



Barselgruppe passer ikke for alle

Vil ha grupper for funksjonshemmede. Side 54

EU-dom truer sykepleier- pensjonen

Side 12

Lytteposten

På Haukeland kan alle lette
sitt hjerte til Atle Halvorsen.
Side 40



Sykepleien

NSF POLITIKK: Sykepleiertjenesten er blitt mindre tydelig, ikke bare ved OUS.

13 | 2010

4. november
2010
98. årgang

15 000 slag i året

Sykepleiere må både handle
raskt og tenke langsiktig.



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. **Indikasjoner:** 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.

Denne skissen var verdt
100.000,- i fjor



Produktet TabDust fikk lesernes Smartpris 2009 på 100.000,-. Ideen var at overtallige tabletter skal behandles på en forsvarlig måte. Pengene bidrar til at Agnethe Tholle fra Arendal i år kan realisere sin oppfinnelse.

Kanskje er det du som har den beste ideen i år?

Smartprisen 2010 arrangeres med Spekter og KS. Både enkeltpersoner og virksomheter kan kjempe om potten på totalt 250.000 kroner. Les mer om konkurransen på Sykepleien.no

Fristen er 15. november, og alle godkjente kandidater inviteres til stor prisutdeling i februar 2011.



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

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

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

Grafisk formgiver Sissel H. 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

Fagpressen
OPPLAGSKONTROLLERT



Gjesteskribenter:



Espen Helge Aspnes synes den tradisjonelle dosetten er gammeldags og bør få avløsning. Det finnes nye løsninger innen medisin håndtering som vil gi bedre sikkerhet mot feil. Verkstedet side 70.



Lisbeth Normann oppfordrer sykepleiere til å si sin mening om den nye helse- og omsorgsplanen, noe man kan gjøre via en nettside. Det er nå intensjonene i samhandlingsreformen skal omsettes i handling. Side 74.



Kurt Lyngved skriver at psykiatriske sykepleiere seiler gjennom tverrfaglighetens «urene farvann», der alle faggrupper prøver å finne en farbar lei. Men brukerne av tjenesten er den aller viktigste samarbeidspartneren, mener han. Kronikk side 80.



Per Nortvedt spør om pasientens ønsker om å unngå fremtidige helsetjenester bør dokumenteres i et livstestamente. Men hva om legen har en annen mening når behovet for behandling oppstår? Dilemma side 82.



Innhold

Sykepleien

AKSJONISTEN: «Fagforbundet er

Hva skjer

- 7 Aksjonisten
- 8 Hva skjer – småstoff
- 10 Robotene lar vente på seg
- 13 Vil ha debatt om organleasing
- 14 Fremdeles rot i regnskapet
- 16 Sykepleiere usynlige i ny plan
- 18 Film om lindrende omsorg
- 20 Voldelig hverdag på legevakten
- 22 På vei mot kjempeskole
- 25 Ønsker videreutdanning om seksuelle overgrep
- 27 Vi bare spør Hulda Gunnaugsdottir

Der ute

- 40 Han lytter til folk
- 44 Etterforsker pilletyver
- 46 50 prosent færre feil
- 47 Min jobb: Merete Norhaug
- 48 Øyeblikket
- 50 Avhengig av merarbeid
- 52 – Gjør innvandrere mer synlig!



40



70



84

SYKEPLEIENS FORMÅLSPARAGRAF:

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

Tema: Hjerneslag

- 28 Etter hjerneslaget
- 30 Jo fortere slagpasientene kommer til sykehus, jo bedre.
- 31 Alle bør få samme tilbud
- 32 De minsker skaden
- 35 Sykepleie med egen erfaring
- 36 Tidlig hjem med slag

28



som en mektig elefant. Det største dyret i LO-familien.»

13 · 2010
4. november 2010 · 98. årgang

Fag og bøker

- 54 Annerledes barselgruppe
- 57 Fra passiv pasient til aktiv medspiller
- 60 Ta HPV-vaksinen!
- 62 Også barn bør rehabiliteres tidlig
 - Utligner tyngdekraften
- 68 Forfatterintervju: Nina Foss
- 70 Verkstedet
- 71 Bokanmeldelser
- 72 Quiz
- 72 Diabetes på flere språk

Mennesker og meninger

- 74 Lisbeth Normann om helse- og omsorgsplanen
- 75 Siden sist og meninger
- 78 Minneord
- 80 Kurt Lyngved om psykiatriske sykepleieres oppgaver
- 82 Dilemma: Per Nortvedt
- 84 Tett på Kari Toverud Jensen

- 88 Stillingsannonser
- 98 Meldinger, skoler og kurs

GJESTESKRIBENTEN:

«Nye produkter kan gi sikrere legemiddel-håndtering.»

Espen Helge Aspnes

70



«Leiring er bra for nesten alle pasienter»

64



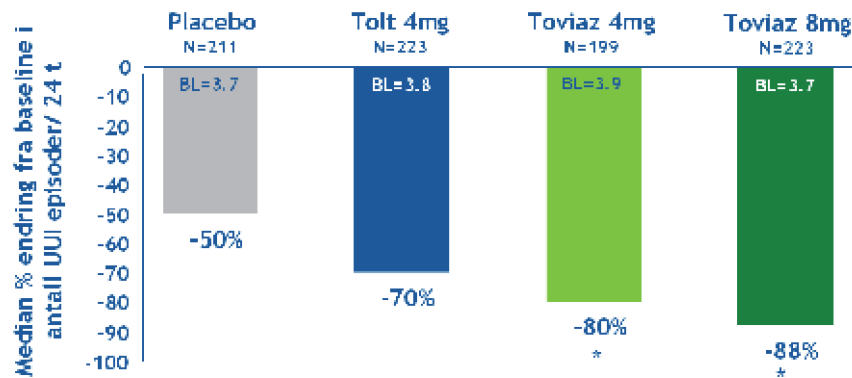
44

Effektiv antimuskarin¹

- **Fleksibel dosering:
4 mg og 8 mg²**
- **En gang daglig²**



UUI-episoder¹



Toviaz depottabletter «Pfizer» Muskarinreseptorantagonist. ATC-nr.: G04B D11
DEPOTTABLETTER 4 mg og 8 mg: Hver depottablett inneh.: Fesoterodinfumarat 4 mg, resp. 8 mg tilsv. fesoterodin 3,1 mg, resp. 6,2 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Indigotin (E 132), titandioksid (E 171). **Indikasjoner:** Symptomatisk behandling av urgeinkontinens og/eller hyppig vannlating og økt vannlatingstrang som kan forekomme hos pasienter med overaktiv blære. **Dosering:** Voksne: Anbefalt startdose er 4 mg 1 gang daglig. Basert på individuell respons kan dosen økes til 8 mg 1 gang daglig. Maks. daglig dose er 8 mg. Til pasienter med normal nyre- og leverfunksjon, som får samtidig behandling med potent CYP 3A4-hemmer, bør maks. daglig dose av fesoterodinfumarat være 4 mg 1 gang daglig. Ved samtidig administrering av en moderat CYP 3A4-hemmer bør individuell respons og toleranse evalueres før doseøkning til 8 mg. Skal svelges hele. Kan inntas uavhengig av måltid. Fullstendig behandlingseffekt er sett etter 2-8 uker og virkningen bør derfor evalueres etter 8 ukers behandling. Barn: Sikkerhet og effekt er ikke dokumentert. **Kontraindikasjoner:** Urinretensjon. Alvorlig ulcerøs kolitt. Toksisk megacolon. Ukontrollert trangvinkelglaukom. Myasthenia gravis. Alvorlig nedsatt leverfunksjon («Child-Pugh» C). Samtidig bruk av potente CYP 3A4-hemmere ved moderat til kraftig nedsatt lever- eller nyrefunksjon. Ventrikkelretensjon. Overfølsomhet for fesoterodin eller noen av de andre innholdstoffene, peanøtter eller soya. **Forsiktighetsregler:** Bør brukes med forsiktighet ved betydelig hindret blæretøm-ming med fare for urinretensjon. Forsiktighet også ved obstruktiv sykdom i mave-tarmkanalen (f.eks. pylorusstenose), gastroøsofageal refluks og/eller samtidig bruk av legemidler som kan føre til eller forverre øsofagitt (f.eks. orale bisfosfonater), nedsatt gastrointestinal motilitet, autonom neuropati og kontrollert trangvinkelglaukom. Forsiktighet må utvises når fesoterodin forskrives til eller opptrifres hos pasienter som forventes å ha økt eksponering for aktiv metabolitt: Nedsatt lever- og nyrefunksjon, samtidig administrering av potente eller moderate CYP 3A4-hemmere, samtidig administrering av potente CYP 2D6-hemmere. Ved kombinasjon av disse faktorene forventes ekstra økning i eksponeringen. Doseavhengige antimuskarine bivirkninger vil sannsynligvis oppstå. Individuell respons og toleranse bør evalueres før doseøkning til 8 mg 1 gang daglig. Organiske årsaker til overaktiv blære skal utredes før behandling. Forsiktighet skal utvises ved risiko for QT-forlengelse (f.eks. hypokalemi, bradykardi og samtidig administrering av legemidler som er kjent for QT-forlengelse) og ved relevante tidligere hjertesykdommer (f.eks. myokardial iskemi, arytmi, medfødt hjertesvikt). Dette gjelder spesielt ved samtidig bruk av potente CYP 3A4-hemmere. Forsiktighet må utvises ved bilkjøring eller bruk av maskiner pga. mulige bivirkninger som f.eks. uklart syn, svimmelhet og søvnighet. Bør ikke brukes ved sjeldne arvelige problemer med galaktoseintoleranse, en spesiell form for hereditær laktasemangel (Lapp-laktasemangel) eller glukosegalaktosemalabsorpsjon. **Interaksjoner:** Samtidig behandling med andre legemidler som har antimuskarine eller antikolinerge egenskaper (f.eks. amantadin, trisykliske antidepressiva, enkelte nevroleptika) kan resultere i uttalte terapeutiske effekter og bivirkninger (f.eks. forstoppelse, munntørhet, søvnighet, urinretensjon). Fesoterodin kan redusere effekten av legemidler som stimulerer motiliteten i mave-tarmkanalen, som f.eks. metoklopramid. Maks. fesoterodindose bør begrenses til 4 mg ved samtidig bruk av potente CYP 3A4-hemmere

(f.eks. atazanavir, klaritromycin, indinavir, itraconazol, ketokonazol, nefazodon, nelfinavir, ritonavir (og alle ritonavir forsterkede PI-regimer) sakonavir og telitromycin). Det forventes økt eksponering av aktiv metabolitt ved samtidig bruk av moderate CYP 3A4-hemmere (f.eks. amprenavir, aprepitant, diltiazem, erytromycin, flukonazol, fosamprenavir, grapefruktjuice, verapamil), men mindre økning enn den som er sett med potente CYP 3A4-hemmere. Samtidig administrering av potente CYP 2D6-hemmere kan gi økt eksponering og bivirkninger og dosereduksjon til 4 mg kan være nødvendig. Induksjon av CYP 3A4 kan føre til subterapeutiske plasmanivåer. Samtidig bruk med CYP 3A4-indusere (f.eks. karbamazepin, rifampicin, fenobarbital, fenytoin, johannesurt) anbefales ikke. **Graviditet/Amning:** Overgang i placenta: Ukjent. Risiko ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. Gravide bør ikke behandles med fesoterodin. Overgang i morsmelk: Ukjent. Bruk under amming bør unngås. **Bivirkninger:** Munntørhet er mest vanlig (1/10). Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Mavesmerter, diaré, dyspepsi, forstoppelse, kvalme. Luftveier: Tørr hals. Nevrologiske: Svimmelhet, hodepine. Psykiske: Søvnløshet. Syn: Tørre øyne. Urogenitale: Dysuri. Mindre hyppige: Gastrointestinale: Abdominalt ubehag, flatulens. Hud: Utslett, tørr hud. Hørsel: Vertigo. Lever: Økning i ALAT og GGT. Luftveier: Faryngolaryngeal smerte, hoste, nesetørhet. Nevrologiske: Smaksforstyrrelse, somnolens. Sirkulatoriske: Takykardi. Urogenitale: Urinretensjon (inkl. følelse av resturin, sykkelig trang til vannlating), urinveisinfeksjon. Øvrige: Utmattelse, generelle lidelser. **Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Fesoterodin er administrert sikkert i doser opptil 28 mg/dag. Overdosering kan føre til alvorlige antikolinerge virkninger. Behandling: Ev. ventrikelskylling og medisinsk kull. Symptomatisk behandling. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares ved høyst 25°C, i originalpakningen. **Pakninger og priser:** 4 mg: Enpac: 28 stk. kr 432,40. 84 stk. kr 1227,30. 8 mg: Enpac: 28 stk. kr 432,40. 84 stk. kr 1227,30.

Referans: Refusjonsberettiget bruk: Motorisk hyperaktiv nevrogen blære med lekkasje (urge-inkontinens).

Refusjonskode:

ICPC	Vilkår nr	ICD	Vilkår nr
U04 Urininkontinens	-	N39.4 Annen spesifisert urininkontinens	-

Vilkår: Ingen spesifisert.

Sist endret: 09.06.2008

Referanse:

- Chapple C, Van Kerrebroeck P, Tubaro A, Haag-Molkenteller C, Forst HT, Massow U, Wang J, Brodsky M. Clinical Efficacy, Safety, and Tolerability of Once-Daily Fesoterodine in Subjects With Overactive Bladder. Eur Urol. 2007. Oct; 52 (4): 1204-12.
- SPC Toviaz Juni 2010

Barth Tholens om rivalisering

Stilling: Redaktør i Sykepleien

E-post: barth.tholens@sykepleien.no



BRÅ MED KONKURRANSE? Når arbeidstakerorganisasjoner bruker energi på å bekjempe hverandres argumenter, kan resultatet bli heller nedslående for den det kjempes om. Foto: Colourbox/Illustrasjon: Sykepleien

Jakten

Det er ikke noe pent syn når arbeidstakerorganisasjoner slåss om nye medlemmer.

Fagforbundet er som en mektig elefant. Dette største dyret i LO-familien har en lei tendens til å dominere hvor det enn beveger seg. Er du på parti med Fagforbundets leder Jan Davidsen, kan det gå deg godt. Snur han rumpa til, er det ikke veldig festlig. Verst er det likevel når han vil konkurrere med deg og spise maten din.

Fagforbundets makt baserer seg nemlig på antall kilo. Det vil si medlemmer. Etter sammenslåingen mellom Kommuneforbundet og Norsk helse- og sosialforbund teller organisasjonen over 300 000 medlemmer – de fleste av dem lavtlønte kvinner med lite utdanning som arbeider innenfor offentlig sektor. Av arbeidstakere som jobber i helsetjenesten er det mest helsefagarbeidere og ufaglærte som bekjenner seg til Fagforbundet.

Nå har Davidsen bestemt seg for å fete seg opp ytterligere. Stadig flere arbeidstakere utdanner seg til større kompetanse. Andelen fagfolk må økes for å kunne møte eldrebølgen. Denne tendensen

Slagordet minner om ordet «billigst» i kommersiell reklame.

kan på sikt true Fagforbundets maktbase. Derfor vil de nå ha flere medlemmer med høyskole- og universitetsutdanning. I helsesektoren betyr det sykepleiere.

I 2007 startet Fagforbundet sin kampanje. Et eget faglig «nettverk for sykepleiere» ble stiftet og siden den gang har antallet sykepleiere som er organisert i LO-forbundet økt fra 900 til nesten 2500. I sin iver etter å verve flere sykepleiere, har Fagforbundet imidlertid brukt en del røffe metoder. De har lagt seg ut med Norsk Sykepleierforbund som tradisjonelt organiserer de fleste sykepleiere her i landet. NSF reagerer kraftig på at Fagforbundet overfor potensielle medlemmer markedsfører seg som «det største forbundet som organiserer sykepleiere og sykepleierstudenter». Slagordet minner om ordet «billigst» i kommersiell reklame og må være uttenkt av et smart pr-byrå med sans for virkelighetsvridning.

På den viktigste arenaen for rekruttering av nye medlemmer – sykepleiehøyskolene – har kampen mellom Fagforbundet og NSF

fått et skjær av åpent fiendskap. NSF's studentorganisasjon mener at Fagforbundets medlemsjegere farer med løgn og fanteri og at de stjal fra NSF da de kom ut med en studenthåndbok som var klin lik NSF sin. Fagforbundet på sin side mener at NSF ikke skal ha monopol på å verve medlemmer på høyskolene. De viser til at en god del studenter faktisk er ufaglærte og helsefagarbeidere som er i Fagforbundet fra tidligere. Med ni av ti mulige studentmedlemmer har NSF foreløpig et solid overtak i den kampen.

Også på arbeidsplassene er det kniving. Fagforbundet frister sykepleierne med frikjøp av tillitsvalgte og romslige stipender til utdanning. NSF forsøker å komme etter. Det hagler beskyldninger om hvilket forbund som gir mest uttelling ved lokale forhandlinger. Fagforbundet, med sin generelle lavtlønnsprofil, har heller vært en brems i arbeidet for å oppnå likelønn for kvinner med høyskoleutdanning. Lokale NSF-tillitsvalgte spør seg også høylytt hva Fagforbundet kan tilby sykepleiere når det gjelder behovet for kompetanse og sykepleiefaglig ledelse. De blir møtt av Fagforbundet som like høylytt mener at NSF bare driver profesjonskamp og vil skvise ut helsefagarbeidere.

Davidsens tropper er godt organisert lokalt og bruker tøffe virkemidler. Men NSF er ikke noe jomfruelig uskylddyr heller. Der Fagforbundet kanskje mest ligner en elefant, har NSF noe neshornaktig over seg: Når den er i full fart mot sitt mål, er det vanskelig å stoppe henne. NSF «skal» ha 100 000 medlemmer innen 2012 og diskuterer nå friske virkemidler for å nå målet. De jager nå blant annet på jordmødre og ledere. Nye medlemmer gir større makt og gjennomslag i politikken. Dessuten mer cash i kassa

Jeg forstår at rivaliseringen skaper vondt blod noen steder. Men personlig mener jeg at forbundene bør la hverandres medlemmer i fred. De bør heller konsentrere seg om saker de kan være enige om. NSF og Fagforbundet tilhører forskjellige hovedorganisasjoner, men de har mange felles mål. Om de to til sammen kan dytte flokken i retning av en fortsatt sterk offentlig helsetjeneste, er kiloene kanskje mindre viktig enn sprut i beina?

Skal lede 1 million europeiske sykepleiere

Norsk Sykepleierforbunds nestleder Unni Hembre er valgt til leder for den europeiske sykepleierorganisasjonen EFN (European Federation of Nurses Associations). Organisasjonen taler sykepleierens interesser og jobber med lobbyvirksomhet i helsepolitiske spørsmål i EU-systemet. Den består av representanter fra de 27 EU-landene pluss Norge, Kroatia, Sveis og Island. Organisasjonen representerer over en million sykepleiere.

Hembre overtar etter Grete Christensen, som er leder for det danske sykepleierforbundet. Hembre har sittet i styret i NSF siden 2004, og forsetter som nestleder.



NY EUROPASJEF: Nestleder Unni Hembre i NSF.

Aktivfoto: Marit Fonn

Hva skjer

Les mer om:

- 10 Robotene lar vente på seg ›
- 12 Sykepleierens pensjonsordning trues ›
- 14 Fremdeles rot i regnskapet ›
- 16 Usynlige sykepleiere i ny plan ›
- 20 Voldelig hverdag på legevakten ›
- 22 På vei mot kjempeskole ›

sykepleien.no

Helsenyheter hver dag på Sykepleiens nettside.



Foto: Colourbox

Drap i Norge

Olsenuutvalget har gått igjen om drap utført av personer som har vært i kontakt med helsetesenet. Resultatet har endt opp i rapporten: NOU 2010 Drap i Norge i perioden 2004–2009. Rapporten er sendt på høring og inneholder blant annet materiale Helsetilsynet har sendt inn etter sine tilsyn.

Helsetilsynets erfaring er at helsetjenesten gjennomgående ikke har etablert rutiner for når og hvordan voldsrisiko skal utføres. Helsetilsynet har også merket seg at i de 18 sakene de har evaluert, ble ingen av pasientene spurt om de hadde tilgang på skytevåpen.

Olsenuutvalget foreslår en oppmykning av taushetsplikten slik at samarbeid mellom linjene skal bli enklere. Helsetilsynet sier i sitt svar at det er liten grunn til å tro at det er taushetsplikten som hindrer samarbeid. De advarer derfor mot en overdreven tro på at unntaksbestemmelser vil føre til bedre samarbeid.

HEMMELIG: Pasienter blir ikke spurt om de har skytevåpen hjemme.

Konflikter i kø

Tall Aftenposten har samlet viser at det er konflikt om én av tre lokalsykehus. – Organiseringen av sykehusvesenet i Norge er i støpeskjeen. Helseministeren er uklar når det gjelder helt grunnleggende spørsmål, for eksempel om hvilke nasjonale minstekrav som skal stilles til lokalsykehus. Denne uklarheten er en viktig grunn til alle de opprivende konfliktene rundt sykehusene som utspiller seg nå, sier Torunn Janbu, president i Legeforeningen til Aftenposten.

Hun mener at selv om regjeringen sier de ikke skal legge ned lokalsykehus, er det i realiteten det de gjør. En overordnet debatt er overmoden, ifølge Janbu.

- › Nord-Norge: Denne høsten skal det avgjøres hvilke lokal- sykehus som skal ha beredskap for alvorlig skadede pasienter.
- › Innen få måneder skal det avgjøres om sykehusene i Molde og Kristiansund skal samles.
- › Før jul skal styret i Helse Vest behandle vedtaket i Helse Førde om å legge ned sykehusene i Lærdal og Nordfjordeid.
- › På Sørlandet er det arrangert flere fakkeltog og folkemøter i høst i forsvar for sykehuset i Arendal.
- › 40 000 underskrifter er til nå samlet inn for å hindre at Aker sykehus legges ned neste år.

Foto: Colourbox

Fugelli fikk Karl Evang-prisen

19. oktober ble den profilerte sosialmedisineren Per Fugelli tildelt Karl Evang-prisen for 2010. Prisen skal gå til en person eller organisasjon som har gjort en innsats for å fremme folkehelsen og sosiale forhold knyttet til denne. Fugelli ble valgt for sitt mangeårige engasjement i samfunnsdebatten, og for særlig å ha vært opptatt av svake gruppers situasjon.



Foto: Erik M. Sundt

PRIS: Professor Per Fugelli er en profilert debattant.

3068 venter på sykehjemsplass

Alle innbyggere har rett til nødvendig helsehjelp når de har behov for det. Derfor har norske kommuner offisielt ingen ventelister på sykehjem. Men ifølge TV 2 venter likevel 3068 personer på å få tildelt en plass på sykehjem eller omsorgsbolig med helsepløi.

USYNLIG: Offisielt fins ikke ventelistene.

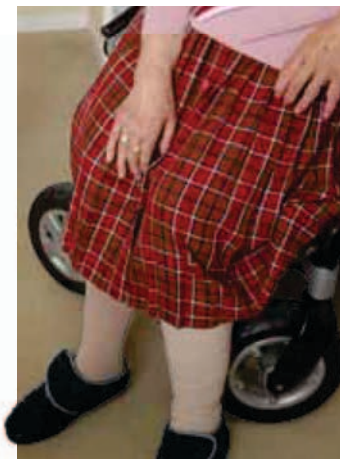


Foto: Colourbox

NÅ TENKER JEG DET SKAL BLI FART I
SAMHANDLINGSREFORMEN, ANNE-GRETE...

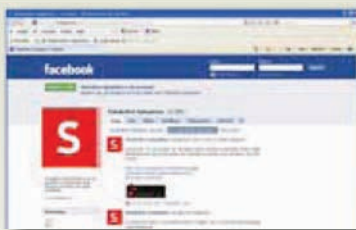


Illustrasjon: Sven Tveit

Over 7 000 følger sykepleien på Facebook

Tidsskriftet Sykepleien ble lansert med egen Facebook-side 16. februar i år. Nå har den over 7 000 tilhengere. De fleste befinner seg i kongeriket Norge, men siden har også tilhengere fra Canada, USA, Filippinene, India, Italia og Tyrkia. I Oslo finner vi halvparten av tilhengerne. Tallet i slutten av oktober var 3 708. I Stavanger følger 560 Facebook-siden og i Tromsø 357.

Tanken med Sykepleiens Facebook-side er at det skal være lav terskel for diskusjon og innlegg. Redaksjonen i Sykepleien tar også imot tips.



Når kan man kalles «senior» i arbeidslivet?

Folk i forskjellige aldersgrupper har ulikt syn på hvor gammel en senior er.

Arbeidstakere	«senior» ved fylte:
under 30 år	56 år
mellom 30-39 år	55 år
mellom 40-49 år	56 år
mellom 50-59 år	57 år
over 60 år	59 år

Kilde: Norsk Seniorpolitisk Barometer 2010, Senter for seniorpolitikk

Ny professor i sykepleie

Vibeke Lohne (bildet) er tilsatt som professor i sykepleievitenskap tilknyttet master i spesialsykepleie ved Høgskolen i Oslo. Lohne er utdannet sykepleier og disputerte i 2006 med en avhandling innen sykepleievitenskap ved Universitetet i Oslo.



Hun har de fire siste årene vært førsteamanuensis ved Avdeling for sykepleierutdanning ved Høgskolen i Oslo.

Meninger fra www.sykepleien.no

Brukerrepresentantene for psykisk helse blir ikke hørt



» Brukermedvirkning er et ledelsesansvar.... Kun å skyldte på styrets syn på økonomi, er å fraskrive seg selv ansvar.

Christine Rosenqvist

Hvordan veilede om røykeslutt?

» Dette var en interessant artikkel. Bra! Jeg skal anbefale den til flere som jobber innenfor tobakksforebyggende arbeide.

Kjersti Lund Olsen

Hele innlegget finner du på: www.sykepleien.no_debatt

Robotene lar vente på seg

Behovet for ny velferdsteknologi er enormt. Men forskere tror ikke roboter i hjemmesykepleien er like rundt hjørnet. De er for dyre.

Tekst **Barth Tholens**



Ved hjelp av avansert teknologi som opprinnelig ble brukt til militære formål, overvåket forskerne i Nederland boligene til 18 hjemmeboende pasienter. Hvor ofte gikk de på do om natta? Når forlot de soverommet om morgenen? Var de innom kjøleskapet om kvelden? Etter en periode lærte datamasinene pasientens vanlige bevegelsesmønstre, for så å kunne slå alarm når noe uvant inntraff: Pasientene spiste for lite, var alt for lenge på do eller sto ikke opp. Alarmen utløste en reaksjon hos hjemmesykepleieren som ringte eller dro ut til pasienten for å sjekke.

Ekspperimentet med ny velferdsteknologi var bare en av flere forsøk som sykepleieforskere presenterte på en internasjonal konferanse i Rotterdam i oktober. Joost van Hoof, som forsket på bruk av det avanserte smarthuset, er ikke i tvil om at teknologien gir brukerne

«Omsorgen blir bedre, men også dyrere.»

større trygghet. Brukerne så heller ikke ut til å bekymre seg nevneverdig for brudd på sitt privatliv.

– Men dette må ikke forlede oss til å tro at teknikken vil erstatte fysisk pleie av pasienten. Behovet for gode sykepleietjenester vil faktisk bare øke, mener van Hoof.

Førende

Foreløpig er det japanerne som fører an når det

gjelder å ta i bruk roboter og annen teknologi i eldreomsorgen. De kan nå både mate pasienten i tillegg til å frakte dem rundt. Med sitt store antall eldre skriker landet etter nye løsninger.

Men også i USA og Europa er interessen for nye tekniske løsninger sterkt økende. Et av eksemplene er Care TV, eller «omsorgs-tv». Hjemmeboende eldre har en toveis interaktiv tv-skjerm i stua. Den setter dem i stand til å kommunisere direkte med både legen, hjemmesykepleieren, annet omsorgspersonale, familien, supermarkedet og andre brukere av systemet. Og de selv kan bli kontaktet.

God morgen!

I et prøveprosjekt i Nederland viste det seg fort at såkalte god morgen- og god kveld-tjenester på omsorgs-tv nøyttor popularitet blant brukerne. Via skjermen tar en sykepleier kontakt med pasienten om morgenen, for å spørre hvordan formen er. Det samme gjentar seg om kvelden: Er det noe brukeren trenger? Hvis ikke, god natt!

Brukeren skal i prinsippet også kunne handle på det lokale supermarkedet gjennom omsorgs-tv – og snakke med andre uten å behøve å forlate egen bolig. Tjenesten, som foreløpig er gratis, sliter imidlertid fortsatt med tekniske problemer og er langt fra ferdigutviklet.

Nesten halvparten av brukerne oppga at de benytter systemet mest på et bestemt tidspunkt på dagen. De fleste mente at omsorgs-tv er «en flott oppfinnelse» og at det har ført til en følelse av større trygghet. En av tre føler både at de har blitt mindre ensomme, mer uavhengige

BLIR DYRERE ENN VENNET: KS og myndighetene etterlyser innføring av ny velferdsteknologi. Forskerne tror ikke det lar seg gjennomføre uten egenbetaling. Illustrasjonsfoto: Colourbox

og sågar mer fornøyd med livet etter at de fikk omsorgs-tv i hjemmet.

Også sykepleierne som arbeidet i hjemmesykepleien var begeistret for systemet, ifølge forskerne. De følte at de fikk en mer variert jobb, men mente samtidig at arbeidsmengden økte som et resultat av den digitale kontakten med pasientene. Flere eldre enn før kom med forespørsler som krevde oppfølging gjennom hjemmebesøk. Sykepleierne registrerte likevel at også pasientene ble mer fornøyd og at de følte seg mindre ensomme. Det gjorde det mer tilfredsstillende å jobbe i hjemmesykepleien.

Trøbbel med teknikken

– Den største utfordringen er imidlertid at finansiering av denne teknologien er vanskelig. Omsorgs-tv og smarthusløsninger fører nemlig ikke til mindre arbeid for hjemmesykepleierne og annet helsepersonell, kanskje snarere tvert om, mener forskerne José Peters og Anneke Francke.

– Omsorgen blir bedre, men også dyrere. Det kan derfor se ut til at finansieringen må skje via egenandeler, slår Peters fast.

For sikkerhets skyld har forskerne også spurt brukerne om de er villig til å betale for den nye omsorgsteknologien. Svarene var positive. I snitt kunne de hjemmeboende eldre tenke seg å betale mellom 50 og 150 kroner for en slik tjeneste per måned. ■■■

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-vitaminsdosen. 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 sukrase-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 ionebytterresiner, 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. Oksalysyre (finnes i spinat og rabarbra) og fytinsyre (finnes i hele korn) kan danne uøselige forbindelser med kalsiumioner og dermed hemme kalsiumabsorpsjonen. Kalsiumpreparater og mat med høyt innhold av oksalysyre 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 (≥1/1000 til <1/100): Stoffskifte/ernæring: Hyperkalsemi og hyperkalsuri. Sjeldne (≥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 loopdiuretika, bisfosfonater, kalsitonin og kortikosteroider. Elektrolytter, nyrefunksjon og diuresis skal overvåkes. I alvorlige tilfeller bør EKG og CVP (sentral venetrykk) 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 ekstracellulær væske. 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

EU-dom truer sykepleiernes pensjon

Pensjonsordningen for sykepleiere er kommet under press etter at EU-domstolen i sommer slo fast at offentlige tjenstepensjonsordninger må ut på anbud.

Tekst Bjørn Arild Østby Foto Unio

Saken ble brakt inn for EU-domstolen av EU-kommisjonen etter at tyske kommuner inngikk tariffavtale hvor leverandørene av tjenstepensjon er utpekt uten at anbudsdirektivene er fulgt. Domstolen kom til at Tyskland har brutt anbudsregelverket ved ikke å sette ut på anbud innkjøp av tjenstepensjoner.

Må videreføres

Mens NHO Service jubler over dommen, advarer Unio mot å dra forhastede konklusjoner av EU-dommen.

Den norske pensjonsordningen for sykepleiere er i dag lovfestet og gjelder for alle syke-

pleiere i både offentlig og privat sektor. Ordningen blir i dag administrert av Kommunal Landspensjonskasse (KLP) på vegne av helse- og omsorgsdepartementet.

Unio frykter at dersom kommuner og helseforetak, som er de største arbeidsgiverne i sykepleierordningen, skulle få unntak fra ordningen, vil dagens forsikringsfond på 50 milliarder kroner bli spredd på flere aktører og svekke ordningen betydelig.

– Når det gjelder sykepleierordningen har vi ikke noe å gi. Den må videreføres, sier Unio-leder Anders Folkestad.

For Unio og Norsk Sykepleierforbund er

hensynet til en helhetlig pensjonsordning for sykepleiere viktigere enn hensynet til arbeidsgivers ønske om å ha alle ansatte i en og samme pensjonsordning.

En viktig garanti

Den snart 50 år gamle pensjonsordningen for sykepleiere har sikret sykepleiere på de fleste arbeidsplasser det er naturlig for sykepleiere å arbeide, anstendige pensjonsforhold, ikke minst i private helseinstitusjoner. Pensjonsordningen er en solidarisk ordning med lik premie for alle uavhengig av alder, kjønn, bedriftens størrelse eller andre faktorer.

Spørsmålet om å innvilge unntak fra sykepleierordningen har vært vurdert av regjeringen ved flere anledninger de seinere åra. Men siden den ble opprettet i 1962 er det ikke gitt et eneste unntak.

«En pensjonsordning for sykepleiere bare for de kommuner, helseforetak og private helseinstitusjoner som ønsker det, vil ikke være levedyktig. Verdien av pensjonsordningen er nettopp at den er obligatorisk, slik at sykepleieren står i den samme pensjonsordning hele yrkeslivet», skriver Unio i sitt innspill om dommen til helse- og omsorgsdepartementet.

Unio påpeker at det er nødvendig med en viss størrelse på pensjonsordningen for at solidariteten skal kunne fungere. Sykepleierordningens samlede forsikringsfond utgjorde i fjor mer enn 50 milliarder kroner.

«Omstillinger av alle typer, deriblant fusjoner, fisjoner, oppkjøp, anbudsutsetting mv. skaper utfordringer og usikkerhet omkring ansattes pensjonsforhold. Sykepleierordningen har bidratt til større ro omkring slike forhold enn det ellers ville blitt. Sykepleierordningens betydning har økt for sykepleiere de senere år som følge av konkurransutsetting av ulike deler av helsevesenet», understreker Unio i brevet til helse- og omsorgsdepartementet. ■■■

«Når det gjelder sykepleierordningen har vi ikke noe å gi.» Anders Folkestad, Unio-leder

Fakta

Pensjonsordningen er obligatorisk for offentlig godkjente sykepleiere som er ansatt i helseforetak, kommune eller private virksomheter.

Ordningen gjelder:

- › fast ansatte sykepleiere med minst 14 timer per uke,
- › fast ansatte sykepleiere i stilling med mindre enn 14 timer per uke, men som jobber ekstra slik at de får betalt for 168 timer i løpet av et kvartal,
- › sykepleiere uten fast ansettelse, men med minst 168 timer i et kvartal.



LOVER KAMP: – Når det gjelder sykepleierordningen har vi ikke noe å gi. Den må videreføres, mener Unio-leder Anders Folkestad.

Vil ha debatt om organleasing

Er det greit å leie en livmor fra kvinner i andre deler av verden når man selv ikke kan få barn? Tekst **Kari Anne Dolonen** Foto **Colourbox**

Anders Fongen har vært opptatt av verditenkning og etikk rundt reproduksjon i hele sitt voksne liv. Nå skaper han debatt rundt det han kaller «organleasing» med et debattinnlegg i avisen Vårt Land.

– Jeg tenker da mest på betalt surrogatlivmor. De etiske problemstillingene som hører til organleasing ligner mye på dem for organhandel: Bak et skinn av en frivillig avtale ligger det enorme forskjeller i makt og penger mellom partene. Livmoren eies av en kvinne fra et u-land, kunden er rik og hvit. Skam og skade

betales med kalde penger. Ikke bare barnløse par, men også enkeltpersoner kan nå realisere sine foreldreambisjoner gjennom utbytting av den fattige verden, sier Fongen.

Må sette grenser

Han mener det er viktig at organleasing ikke blir et nytt marked hvor fattige kvinner ser seg nødt til å bli krenket av velstående mennesker som befinner seg øverst i behovspyramiden.

– For å unngå dette må man finne en løsning



som ikke svekker vår egen grensesetting, sier Fongen.

Vil ikke

Styreleder Renate Kurszus i Ønskebarn, Norsk forening for fertilitet og barnløshet ønsker ikke å gå inn i den debatten.

– Den debatten vi ønsker handler om å sikre et godt kvalifisert og rettferdig tilbud til infertile i Norge.

Hun er likevel enig i at det er en viktig debatt, men vanskelig å ta fordi den lett sporer av. ■■■



Weifa

Samin – effektiv symptomlindring ved slitasjegikt

Kroppen er skapt for bevegelse, men når vonde og stive ledd hindrer oss kan glukosamin hjelpe. Over tid vil glukosamin hemme selve nedbrytningen av brusken i leddene, som jo er årsaken til ubehaget. Samin inneholder glukosamin som brukes som byggestein i brusken. Nå får du Samin uten resept og du kjøper det på apoteket!



Ikke la vonde ledd ødelegge gode opplevelser

Fremdeles rot i regnskapet



ROT: I mars skrev Sykepleien om budsjettrotet i Helsedirektoratet. 100 millioner kroner som skulle gått til prosjekter hadde gått til ordinær drift, ifølge Riksrevisjonen. Ennå er det ikke orden i regnskapene.

Bruker Helsedirektoratet 225 millioner kroner slik Stortinget har bestemt? Det er det store spørsmålet som er vanskelig å finne svar på.

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



GRANSKER BUDSJETTENE: Ekspedisjonssjef i Riksrevisjonen, Jens Gunvaldsen.

Hvert år går Riksrevisjonen igjennom alle departementers regnskaper. Det gjør de blant annet for å sjekke at departementene har brukt pengene slik Stortinget har bestemt.

Helse- og omsorgsdepartementet har i to revisjoner fått kraftig kritikk.

Sykepleien skrev tidligere i år om Helsedirektoratet som hadde brukt 100 millioner kroner på drift. Dette var penger som skulle gått til prosjekter.

225 millioner

I årets revisjon er kritikken nokså lik den de fikk i fjor. I rapporten står det blant annet: «Riksrevisjonen ser alvorlig på at det gjennom St.prp. nr. 1 og tildelingsbrev er foretatt feilbudsjettering mellom driftsmidler og tilskudd og mellom tilskudd til kommuneforvaltningen og tilskudd til andre. Feilbudsjetteringen medfører at regnskapsføringen blir feil i flere underliggende virksomheter.»

Ifølge Riksrevisjonen har Helsedirektoratet

budsjettert 90 millioner kroner som tilskuddsmidler, men brukt dem på drift. I tillegg er 135 millioner kroner ført feil mellom tilskudd til kommuneforvaltningen, og tilskudd til andre.

«Riksrevisjonen ser alvorlig på at praksisen er i strid med bestemmelsene i bevilgningsreglementet og dermed skaper usikkerhet om midlene brukes til de formål og innsatsområder som Stortinget har forutsatt», står det i rapporten.

Lys i tunnelen

Selv om det er samme forhold som nok en gang er kritisert av Riksrevisjonen, er Helsedirektoratet og departementet i ferd med å ordne opp.

– Det har vært en opprydning og mange tiltak er satt inn. Vi forventer at regnskapet til Helsedirektoratet vil bli korrekt når det gjelder midler til driftsmessige forhold og tilskudd for 2010 og 2011, sier ekspedisjonssjef i Riksrevisjonen, Jens Gunvaldsen.

Han opplever at Helsedepartementet har tatt kritikken fra Riksrevisjonen alvorlig. ■■■

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%.



Medisinkurs



Medisinkurs på nett

Nettbasert medisinkurs for hjelpepleiere/omsorgsarbeidere/helsefagarbeidere og assistenter utviklet i samarbeid med Apotekforeningen

Grunnkurs og oppfriskningskurs i legemiddelhåndtering når du trenger det!

AMBIO Helse nettbaserte medisinkurs revolusjonerer kursavviklingen i helsetjenesten. Aldri har det vært enklere å avholde kurs for dine ansatte.

Bestill kurs og ta kurs på www.medisinkurs.no

For mer informasjon kontakt AMBIO Helse i dag på telefon 22411702 eller på e-post kurs@ambio.no



Sykepleiere usynlige i ny plan

NSF synes grunnlaget til ny helse- og omsorgsplan er ullent og kaotisk. Det står mye om pasientrettigheter og verdighetsgaranti, men ikke hvem som skal gjøre jobben.

Tekst **Eivor Hofstad** Foto **Scanpix**

Den nye helse- og omsorgsplanen kommer som en stortingsmelding i februar 2011, men først skal forslaget ut på en særdeles bred høring. Alle som vil kan si sin mening om forslaget på regjeringens nettsider, fram til 18. januar. Sammen med to lovendringer som også er ute på høring, er dette beskrivelsen av hvordan samhandlingsreformen skal omsettes i praksis.

– Det er vanskelig for oss å få tak på hva departementet egentlig mener i forslaget til ny helse- og omsorgsplan. Så vi må bruke lengre tid på dette enn vi vanligvis ville gjort, før vi kan komme med flere høringsuttalelser, sier Lisbeth Normann, leder i Norsk Sykepleierforbund (NSF).

Sykepleiere som koordinatore

Da grunnlaget for planen ble presentert 18. oktober, var NSF raskt ute med to uttalelser.

«Det er ikke samsvar mellom appetitt og magemål her.»

Lisbeth Normann

Den ene beskriver sykepleiere som selvskrevne til rollen som koordinator for pasienter med behov for langvarige og sammensatte tjenester. På nettsiden spratt det kjapt opp en kommentar som ber NSF huske på at det er flere yrkesgrupper som kan inneha koordinatorrollen, blant annet sosionomer, barnevernspedagoger og vernepleiere.

– Vi er ikke uenig i det. Det sto også i samhandlingsreformen at i noen veldige tilfeller vil

koordinatorrollen være aktuelt for andre enn sykepleiere, sier Normann.

Hun understreker at man ikke må glemme helseperspektivet her.

– Det er altså sykepleiere som har helsekompetansen. Jeg er engstelig for at man nå gjør dette så utydelig at man tror at hvem som helst kan ivareta det sykepleierfaglige ansvaret. Sånn er det ikke, sier hun og henviser til at samhandlingsreformen vil føre til flere syke eldre pasienter i kommunene, som tidligere tilhørte spesialisthelsetjenesten.

Sykepleier-ordet forsvinner

– Man må ikke være så redd for å si at man trenger sykepleiere til visse oppgaver. Norge er det landet i Europa som minst tør å bruke sykepleierordet, sier Normann.

NSF ser denne trenden igjen i alle helsedoku-

man holder alt profesjonsnøytralt. Kommunene får flere å spille på, men det er ikke sikkert at det blir bedre for pasienten. Det har vi allerede sett eksempler på.

– Som hva da?

– Ved barnevernsinstitusjoner har vi for eksempel sett at mangelen på psykiatriske sykepleiere har ført til at somatiske lidelser hos disse barna ikke har blitt oppdaget.

Normann legger til at NSF selvfølgelig synes tverrfaglighet er viktig.

– Men når man frislipper ansvarsområdene slik det gjøres nå, må man være sikker på at lederne er så kompetente at de vet hvilken type personale som kreves til den enkelte pasient.

– Det høres ut som et stort krav til en kommunal leder?

– Ja, og det er mye flat struktur i kommunene rundt omkring. Kanskje man heller skulle tenke faglige ledere i dette reformarbeidet, foreslår Normann.

Betydningen av kompetansekravet

Det andre høringssvaret fra NSF understreker behovet for mer kompetanse i kommunene og at kommunene må gjøre seg attraktive som arbeidsgivere ved å prioritere kompetanse og hel-tidsstillinger. «Kompetansen til sykepleiere og annet helsepersonell må verdsettes, både verbalt og lønnsmessig», ber NSF om.

– Det er som det pleier å være i offentlige dokumenter – det står altfor lite om kompetanse og hva kompetansekravet virkelig betyr. Det skuffer meg.

I planen skrives det mye om verdighetsgarantien. Da den ble diskutert på radioen her om dagen,

Hva synes du om grunnlaget til Nasjonal helse- og omsorgsplan?



MANUELA RAMIN-OSMUNDSEN, leder Likeverd og Mangfold, A-hus:

– Bra at planen understreker behovet for universelle ordninger som møter alles behov i tillegg til målrettet innsats rettet mot ulike grupper. Den

inneholder mange gode tiltak som tar utfordringene knyttet til minoritetshelse på alvor.

Det er derfor skuffende at grunnlaget til ny nasjonal helse- og omsorgsplan sier så lite om tolketjenester. Vi har godt dokumentert kunnskap om alvorlig svikt i bruk av tolketjenester i primær- og spesialisthelsetjenester. Det er behov for et krafttak innenfor dette området.



TORUNN JANBU, president i Den norske legeforening:

– Vi trenger en nasjonal sykehusplan hvor innholdet i et lokalsykehus er definert. Oppbygging av et nytt helse-tjenestnivå (lokalmedisinske sentra), før oppgaver og ansvar

er fordelt mellom de nivåene vi har, kommune- og spesialisthelsetjeneste, vil vi fraråde. Fastlegeordningen skal fortsatt være en nasjonal ordning, det er vi godt fornøyd med. Avtaler mellom partene fungerer godt for å styre ordningen og må videreføres. Finansieringsordningen må støtte opp om god kvalitet og tilgjengelighet til fastlege.



GUDRUN H GRINDAKER, direktør for satsning og ledelse i KS:

– Samhandlingsreform og ny plan vil kunne gi gode helsetjenester for innbyggerne, men forutsetter en tydelig ansvarsfordeling mellom kommune og stat. Kompetanse er en av de store utfordringene. Det trengs mer

helsepersonell, både med bredde- og dybdekompetanse, samt styrket lederkompetanse. Utdanningsinstitusjonene må styrke kapasiteten og tilpasse innhold ut fra de fremtidige behovene. Forskningsinnsatsen og kunnskapsutviklingen må øke betraktelig. Reformen vil kreve gode rammevilkår med finansiering og avtaleverk, men også at kommunene tar arbeidsgiveransvaret sitt alvorlig ved å rekruttere og beholde gode medarbeidere.

innrømmet tidligere helseminister Bjarne Håkon Hanssen at den ville koste penger.

– Det er flott at det innrømmes! Men verdighet er ikke bare å få gå på do når man ønsker. Det er også å slippe liggesår. Og hvem er det som kan gjøre de kvalitetsvurderingene som må til for å unngå det? Det er jo sykepleiere, påpeker Normann.

Hun minner om at vi allerede har en kvalitetsforskrift for helsetjenesten i dag, men at det er få kommuner som har operasjonalisert den.

Kaostenkning

Når vi skal snakke om fremtidens helsebehov i kommunene slik det gjøres i høringsforslaget, har det hele preg av kaostenkning, synes Normann.

– Folk har mange ulike bilder i hodene sine og snakker forbi hverandre. Det blir ikke lagt noen felles kurs fordi vi ikke har noen reell oppfatning av antall og type pasienter vi vil ha å gjøre med, heller ikke hvor mange og hvilken type helsearbeidere som trengs.

Hun savner en Statistisk sentralbyrå-basert analyse på helseområdet slik vi har det for mange andre samfunnsområder.

– Vi har hatt helsepersonelloven. Nå blir det profesjonsnøytralt. Samtidig er det mye snakk om pasientrettigheter og verdighetsgaranti. I mitt hode blir dette puslespillbiter som ikke passer sammen. Det blir fritt frem for hvem som skal yte disse tjenestene og ansvaret faller på kommunene. Da blir det feil at forebygging skjæres ned og at det ikke satses på flere helsesøsterstillinger. Det er ikke samsvar mellom appetitt og magemål her, avslutter Lisbeth Normann. ■■■

Vil du jobbe som kosmetisk sykepleier?

NYHET!

Utdanning i estetisk medisin

Botulinum toxin
Hyaluronsyre fillers
Kjemiske peeling
Medisinsk estetisk hudbehandling.
Laser. IPL. Hårfjerning.

Grunnkurs. Repetisjonskurs.

Praktiske øvelser.
Praktisk kunnskap.

Lærerstab med lang fartstid: sykepleiere, hudterapeuter, plastikkirurger, hudleger.
Kursansvarlig: Dr. Marcus Eriksson

Kristiansand. Oslo. Bergen. Tromsø.
Helge/Dagseminarer. Pris fra kr. 12000,-

Info og påmelding tel: 91 91 91 01
Begrenset antall plasser.

Filmpakke om lindrende omsorg

En ny film om lindrende omsorg i kommunen er en del av en undervisningspakke ment for helsepersonell.

Tekst **Eivor Hofstad** Foto fra filmen

Frøydis Stubhaug er sykepleier med videreutdanning i palliasjon, og er ansatt som fagkoordinator i lindrende omsorg i Grimstad kommune. Det er hun som fikk ideen til å lage film om det vanskelige temaet.

– Det er virkelig behov for en slik film. Levealderen i landet vårt stiger og stadig flere alvorlige syke og døende mennesker vil ha behov for lindrende omsorg. Denne filmen kan hjelpe kommunen til å få en god lindrende omsorg, både i forhold til organisering og fagutvikling, sier Stubhaug.

Hun tror også den kan være nyttig for sykehus, og studenter og elever i helsefag.

– Dessuten er den aktuell for politikere og andre som er involvert i å bygge opp et

godt helse- og omsorgstilbud i kommunen, sier hun.

Pasienter og pårørende

Helsedirektoratet, Fylkesmannen og undervisningssykehjemmet/-hjemmetjenesten i Grimstad har støttet prosjektet økonomisk. Resultatet er en 42 minutter lang film. I den møter vi tre pasienter og tre pårørende som på ulike måter forteller om erfaringer og deler av livet sitt. To av pasientene lever ikke lenger og fikk aldri sett det ferdige resultatet.

Stubhaug fikk sin datter Merete Stubhaug i SYNK media til å filme og redigere filmen, som har fått tittelen «Sammen». De brukte nesten to år på å lage den.

– Målet er å inspirere ansatte i kommunen til å lage gode modeller slik at den palliative pasient og pårørende skal ha det så godt som mulig ved livets slutt, enten det er hjemme eller på institusjon, sier Stubhaug.

Filmen har 13 temaer:

- › Samhandling mellom første- og andrelinjetjenesten
- › Bestillerkontoret
- › Hjemmesykepleien
- › Smertelindring
- › Ernæring
- › Koordinators arbeid
- › Lindrende team på sykehuset
- › Lindrende enhet på sykehjem
- › Fagutvikling
- › Tverrfaglig samarbeid
- › Pårørende
- › Frivillige
- › Sorg – fra pårørende og etterlatt

«Målet er å inspirere ansatte i kommunen til å lage gode modeller.» Frøydis Stubhaug



SAMHANDLING: Et av de 13 temaene for filmen er samhandling med sykehuset. Her er en scene fra filmen som foregår på sykehuset i Arendal, med lege Endre Røynstrand og sykepleier Solfrid S. Johansen. Foto: Fra filmen

– Godt egnet til undervisning

I tillegg følger det med et hefte med refleksjons-spørsmål til hvert av temaene og en cd med utskriftsmuligheter. Man får også et kursbevis.

På nettsiden www.undervisningssykehjem.no kan undervisningspakken bestilles.

Universitetslektor Hildegunn Ervik Sønning overvar premieren i Grimstad. Hun underviser ved Institutt for helse og sykepleievitenskap, Universitetet i Agder, og er fagansvarlig for «Lindrende omsorg/fokus på kommunehelsetjenesten,» som er et studium på videregående nivå.

– Filmen er grundig faglig gjennomarbeidet, informativ og sterk. Den viser behandling og lindrende omsorg samt organiseringen av tilbudet som finnes ute i kommunene, samtidig som den gir et godt innblikk i pasientens, pårørendes og de etterlattes opplevelser og ulike behov, sier hun.

– Blir den en del av pensum hos dere?

– Ja, den egner seg godt til undervisning. Lindrende omsorg er viktig og omfattende, så filmen bør derfor ikke stå alene, men som en del av et større tema. ■■■

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 laboratorieprover 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 latekspressar kan svekkes i kontakt med

innholdstoffene 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/Amning: 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 amning.

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 vannløs 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)

Voldelig hverdag på legevakten

En tredel av de ansatte på legevakten har vært utsatt for vold. Det viser en ny undersøkelse.

Tekst **Marte Skaara** Illustrasjon **Sykepleien**



Legene er mest utsatt for vold, mens sykepleierne oftere opplever verbal utskjelling, trusler og seksuell trakassering.

536 ansatte ved 20 legevakter rundt om i landet er med i undersøkelsen. Av de 331 sykepleierne som deltok svarte hele 67 prosent at de har blitt utsatt for trusler på arbeidsplassen. 31 prosent av sykepleierne svarer de er blitt utsatt for vold.

Torill Skibeli Joa er sykepleier på legevakten i Sandnes, og forfatter av studien. Hun er ikke overrasket over tallmaterialet:

– Det bekrefter det vi fryktet, nemlig at tallene er så høye, også for de groveste hendelsene.

Joa forteller at hun personlig ikke har vært redd for å gå på jobb. Men hun har vært redd i enkelte situasjoner. Da en ruset pasient med psykiske lidelser oppførte seg truende oven-

«Det bekrefter det vi fryktet, nemlig at tallene er så høye, også for de groveste hendelsene.»

Torill Skibeli



for henne og hennes sykepleierkollega, var hun glad hun hadde alarm direkte koblet til politistasjonen.

I undersøkelsen kommer det fram at én av fire legevakter ikke har alarm. Dette på tross av at én av tre ansatte svarer at de tidvis er engstelige for å bli utsatt for vold når de jobber kveld og nattskift.

Mer vold

Dette er den første studien i sitt slag i Norge. Dermed er det vanskelig å si noe sikkert om utviklingen. Joa har imidlertid jobbet på legevakten siden 1997, og opplever at volden øker. Hun nevner større pågang på legevakten og et økende rusproblem som noen av årsakene.

Lederen ved Sandnes legevakt, Gudrun Riska Thorsen, er enig.

– Det er det samme om det er en 40-åring som er blitt for full på et julebord eller en tenåring som har satt en sprøyte. Når folk er rusa, viskes grensene for god og dårlig oppførsel ut, konstaterer Thorsen.

Risikoen for å bli utsatt for vold er en del av hverdagen for de ansatte på legevakten.

– Men betyr det at vi skal finne oss i det, spør Joa.

Thorsen mener at de ansatte er blitt flin-

kollegaer også har liknende opplevelser som dem selv.

– Det er fint for de ansatte å se at «det er ikke bare meg», tror Thorsen.

I undersøkelsen kommer det fram at mange savner undervisning og trening om temaet «vold på arbeidsplassen». Hele 73 prosent sier at kurs og trening ville vært nyttig for dem. Flere sykepleiere enn leger svarer dette. Samtidig svarer over halvparten av deltakerne at de aldri har fått undervisning om vold på arbeidsplassen.

Joa mener undervisning i mestring av voldelig oppførsel må prioriteres høyere.

– Tenk om halvparten av de ansatte ikke fikk opplæring i hjerte- og lungeredning, sammenlikner hun.

Setter krav

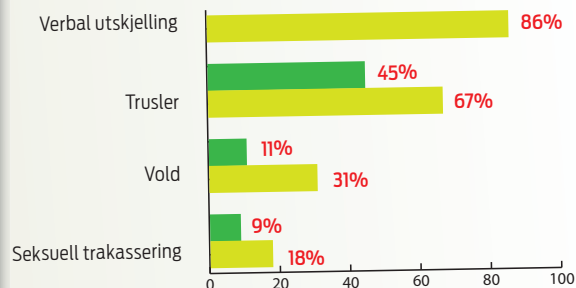
Joa håper nå at studien hennes kan være med på å rette oppmerksomhet mot vold på legevakten, og sette de ansattes sikkerhet på dagsordenen.

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM) la allerede i januar i fjor fram et forslag til en forskrift om krav til kommunal legevaktordning. Et av kravene i dette forslaget er at ingen skal være alene på jobb. I Nasjonalt legevaktregisters rapport fra 2009 kommer det fram at de aller fleste legevaktene kun har én lege på vakt på kveld og natt både i ukedagene og i helgene. I hver femte av disse legevaktene innebærer dette også at legen er helt alene på jobb.

Det er sjeldnere at sykepleiere er alene på legevakten. Men dersom det bare er én sykepleier og én lege på vakt, og legen drar ut på

Vold mot sykepleiere

Så mange opplever voldelige episoder: ■ siste 12 måneder ■ noen gang



hjemmebesøk, blir sykepleieren igjen alene.

NKLM foreslår også et krav om at alle legevakter skal gjennomføre en risiko- og sårbarhetsanalyse. I denne analysen skal det legges særlig vekt på trygghetstiltak for personalet.

Den nåværende forskriften om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus sier ikke nok om legevaktordningen, og ivaretar derfor ikke de ansattes sikkerhet godt nok mener Tone Morken i NKLM.

En talsmann i Helsedepartementet kan fortelle at høringsnotatet til den nye forskriften er under utarbeiding, og at de tar sikte på at notatet er klart i 2011. Når forskriften eventuelt kommer vet man ikke. ■■■



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 informasjonspakke (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 Acid 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

UNIVERSITETSFORLAGET.NO

Karina Aase (red.)

Pasientsikkerhet

Teori og praksis i helsevesenet

Boken synliggjør hvilke utfordringer norsk helsevesen står overfor knyttet til utøvelsen av sikre helsetjenester uten uønskede hendelser.

Boka er skrevet av forskere og spesialister med ulike tilnæringer til pasientsikkerhet. Hovedtemaene som dekkes er: Styring og tilsyn av pasientsikkerhet, læring, kultur og rapportering, pasientsikkerhet i grensesnitt, simulering og trening og risikostyring.

Pris: 389,-

Kjøp boken i bokhandelen eller på
• bestilling@universitetsforlaget.no • www.universitetsforlaget.no
• tlf. 24 14 76 55



UNIVERSITETSFORLAGET

På vei mot kjempeskole

Fra neste høst kan høyskolene i Oslo og Akershus være slått sammen til en. Debatten har rast. Sykepleierutdanningene er for fusjon.

Tekst **Susanne Dietrichson** og **Nina Hernæs** Foto **Erik M. Sundt**

Jeg ser det som en familiejenforening, sier Dag Karterud, en av fire studieledere ved sykepleierutdanningen på Høgskolen i Oslo.

Han mener det å slå sammen de to høyskolene er logisk og strategisk klokt.

– Vi ligger nærme hverandre og tilbyr mange av de samme utdanningene, påpeker han.

Og tror en fusjon vil styrke fagmiljøene i sykepleie.

Karterud viser til høyskolereformen i 1994, der mindre statlige høyskoler ble slått sammen. Noen av sykepleierutdanningene

i Oslo-området ble den gangen lagt under Høgskolen i Oslo, mens andre ble lagt under Høgskolen i Akershus.

– Utdanninger som hadde hatt tett kontakt, ble skilt fra hverandre. Nå blir de samlet.

Bedre praksisplasser

Høgskolen i Oslo er allerede landets største høyskole. Kritikere av fusjonen har blant annet pekt på at en ny storskole blir fryktelig stor. Karterud frykter ikke for store forhold.

– Men vi er helt avhengige av gode systemer så vi kan kommunisere godt, presiserer han.

– Studentene er gjerne mer fornøyde på mindre skoler?

– Det tror jeg er både og. Vi har ikke lenger intime forhold der alle kjente alle. Men vi prøver å ivareta tilhørighet ved å ha studiegrupper på seks til åtte studenter.

Han tror også at en sammenslåing vil gi bedre praksisplasser.

– I Oslo strever vi med å få nok praksisplasser. Ved å slå oss sammen med Akershus får vi tilgang på flere, for eksempel på Akershus universitetssykehus, som er et stort og nytt sykehus.

– Et argument mot fusjon har vært frykt for økt byråkratisering. Deler du frykten?

Fusjonsplaner

For et år siden fattet høyskolene i Oslo og Akershus et prinsippvedtak om å fusjonere. Målet er å være én høyskole fra 1. august 2011. Kunnskapsminister Tora Aasland sa i februar foreløpig ja til planene. 9. desember avgjøres det endelig om de to høyskolene blir til en.

Mer informasjon: www.hio-hiak.no

– Helsetjenestene i Stor-Oslo står overfor store utfordringer. Samhandlingsreformen fører til at helsetjenester i større grad skal gis nærmere pasienten, i kommune og hjemme. Det krever mer spesialiserte sykepleiere, sier hun.

Rosenberg mener robuste fagmiljøer vil øke kvaliteten på utdanning og forskning i høyskolen. Og at sammenslåingen vil gjøre tilbudet om videreutdanning både større og bedre.

– Dessuten kan vi ta imot enda flere studenter, noe samfunnet etterspør, sier hun.

Høgskolen i Oslo er fire ganger så stor som Høgskolen i Akershus. Men Rosenberg frykter ikke å bli slukt av den mye større broren i Oslo.

– Jeg ser faren, men velger å stole på at in-

«Dette får først og fremst konsekvenser organisatorisk.» Dag Karterud

– Ja. Dette er noe vi diskuterer og det er kjempeviktig ikke å lage mer byråkrati.

– Fusjonen er planlagt til neste høst. Vil studentene merke forskjell?

– Nei. Dette får først og fremst konsekvenser organisatorisk.

Flere studenter

Tone Rosenberg, fungerende dekan ved Avdeling for helse, ernæring og ledelse ved Høgskolen i Akershus, håper på fusjon.

tensjonen i avtalen vi har gjort, blir fulgt. Planen er at sykepleierutdanningen skal fortsette og videreutvikles både i Oslo og på Kjeller. På den måten kan vi tilføre hverandre nye impulser og dyrke vår egenart, sier hun.

Snart vedtak

De to høyskolene har allerede fattet prinsippvedtak om å slå seg sammen. 9. desember skal vedtaket behandles i høyskolestyret på begge skolene og en endelig beslutning fattes. ■■■



PÅ VEI MOT NOE STØRRE: Høgskolen i Oslo blir kanskje fusjonert med Høgskolen i Akershus.



- Månedlig prevensjon, ingen piller å huske
- Lavere østrogendose (ethinyløstradiol) enn kombinasjons p-piller¹
- Bedre blødningskontroll enn kombinasjons p-piller (med 30 µg etinyløstradiol og levonorgestrel² eller drospirenon³)



Før forskrivning av Nuvaring®
se preparatomtalen

C NuvaRing "Organon"

Antikonseptjonsmiddel

VAGINALRING 120 µg/15 µg: Hver vaginalring inneh.: Etonogestrel 11,7 mg, etinyløstradiol 2,7 mg, hjelpestoffer.

Indikasjoner: Antikonseptjon. NuvaRing er beregnet til kvinner i fruktbar alder. Sikkerhet og effekt er etablert hos kvinner 18-40 år.

Dosering: Den første vaginalringen settes inn i skjeden den 1. dagen i menstruasjonssyklus og brukes i 3 sammenhengende uker. Start på dag 2-5 i syklus er mulig, men da bør mekanisk tilleggsprevensjon brukes de første 7 dagene. Etter 1 ukes ringfri pause, der en menstruasjonslignende blødning inntreffer, settes en ny ring inn i skjeden på samme ukedag og til omtrent samme tid. Ved bytte fra annen hormonell prevensjon, se pakningsvedlegg. **Kontraindikasjoner:** Dyp venetrombose, nåværende eller tidligere, med eller uten medfølgende lungeemboli. Arteriell trombose, nåværende eller tidligere (f.eks. cerebrovaskulær hendelse, hjerteinfarkt) eller forstadial trombose (f.eks. angina pectoris eller forbigående iskemiske anfall.) Kjent disposisjon for venøs eller arteriell trombose, med eller uten arvelig tilbøyelighet slik som aktivert protein C (APC) resistens, mangel på antitrombin-III, mangel på protein C, mangel på protein S, hyperhomocysteinemi og antifosfolipid antistoffer (antikardiolipin antistoffer, lupus antikoagulanter). Ved mistenkt eller bekreftet trombose skal bruk av preparatet avbrytes. Andre medisinske tilstander som har vært assosiert med sirkulatoriske bivirkninger omfatter diabetes mellitus, systemisk lupus erythematosus, hemolytisk uremisk syndrom, kronisk inflammatorisk tarmsykdom (f.eks. Crohns sykdom eller ulcerøs colitt). En økning i frekvens eller styrke av migrene (som kan være forløper for en kardiovaskulær hendelse) kan være grunnlag for å avbryte bruken av NuvaRing umiddelbart. Noe økt risiko for brystkreft. Den økte risikoen forsvinner gradvis i løpet av 10 år etter avsluttet bruk. Levertumor må anses som en differensialdiagnose ved sterk smerte i øvre del av buken, forstørrelse av leveren eller tegn på indre blødninger i abdomen. Kvinner med hypertriglyseridemi eller slik i familieanamnesen kan ha en økt risiko for pankreatitt. Hvis vedvarende klinisk signifikant hypertensjon utvikler seg, bør bruk av preparatet avsluttes og hypertensjonen behandles. Bruken kan gjenopptas hvis normotensive verdier oppnås ved behandling med antihypertensiver. Følgende tilstander kan forekomme eller forverres ved svangerskap eller ved bruk av hormonell prevensjon: Gulsott og/eller kløe relatert til kolestase, dannelse av gallesten, porfyri, systemisk lupus erythematosus, hemolytisk uremisk syndrom. Sydenhams chorea, herpes gestationis, otoskleroserelatert hørselstap, (arvelig) angionevrotisk ødem. Ved akutte eller kroniske forstyrrelser av leverfunksjon seponeres preparatet inntil markørene for leverfunksjon går tilbake til normalen. Kan nedsette perifer insulinresistens og glukosetoleranse og kvinner med diabetes bør monitoreres nøye spesielt de første månedene. En forverring av Crohns sykdom og ulcerøs kolitt har vært assosiert med hormonell antikonseptjon. Kvinner med tendens til kløasma bør unngå å utsette seg for sollys eller ultrafiolette stråler. Hvis en av følgende tilstander foreligger kan kvinnen ha problemer med å sette ringen riktig på plass eller ringen kan falle ut: Livmorhalsprolaps, fremfall av fremre eller bakre skjedevegg, kraftig eller kronisk forstoppelse. Svært sjelden er det rapportert at preparatet utilsiktet er satt inn i urinrøret og kan havne i urinblæren. Feilplassering bør derfor overveies som differensialdiagnose ved symptomer på cystitt. Svært sjelden er det rapportert at ringen har festet seg i vevet i vagina og måtte fjernes av helsepersonell. Vaginitt kan forekomme. Det er ingen indikasjoner på at effekten av NuvaRing påvirkes av behandling for vaginitt eller at selve ringen påvirkes av slik behandling.

ATC-nr.: G02B B01

Interaksjoner: Interaksjoner kan forekomme med legemidler som inducerer mikrosomale enzymer, noe som kan resultere i økt clearance av kjønnshormoner f.eks. fenytoin, fenobarbital, primidon, karbamazepin, hydantoiner, rifampicin og muligens også okskarbazepin, topiramat, felbamal, ritonavir, griseofulvin og preparater som inneholder johannesurt. Noen kliniske rapporter antyder at den enterohepatiske sirkulasjonen av østrogener kan avta når visse typer antibiotika gis, f.eks. penicilliner og tetracykliner, noe som kan redusere konsentrasjonene av etinyløstradiol. Sikkerhet og effekt påvirkes ikke av behandling med antimykotika eller spermiedrepende midler. Andre legemidlers metabolisme kan påvirkes, ved at plasma- og vevskonsentrasjoner øker (f.eks. ciklosporin) eller reduseres (f.eks. lamotrigin). **Graviditet/Amming:** Overgang i placenta: Hvis graviditet oppstår, skal ringen tas ut. Effekten ved bruk av preparatet under graviditet, er ukjent. Til tross for intravaginal administrering er intrauterine konsentrasjoner av prevensjons hormoner lik de nivåene som er observert hos p-pillebrukere. **Overgang i morsmelk:** Østrogener kan redusere mengden og endre sammensetningen av brystmelken. Bør ikke brukes under amming. **Bivirkninger:** Vanlige ($\geq 1/100$ til $< 1/10$): Gastrointestinale: Magesmerter, kvalme. Hud: Akne. Infeksiøse: Vaginale infeksjoner. Kjønnsgener: Amenoré, ubehag i brystene, forstørrede bryster, brystsprenng, cervixpolypper, blødning under samleie, dyspareuni, cervixektopi, fibrocystisk brystsykdom, menoragi, metroragi, ubehag i bekkenet, premenstruelt syndrom, kramper i uterus, brennende følelse i skjeden, vond lukt fra skjeden, smerter i skjeden, vulvovaginal ubehag, vulvovaginal tørrhet. Muskel-skjelettsystemet: Ryggsmarter, muskelkramper, smerter i ekstremitetene. Neurologiske: Svimmelhet, hypoestesi. Nyre/urinveier: Dysuri, sykkelig trang til vannlating, hyppig vannlating. Psykiske: Følelsesmessig labilitet, humørsvingninger. Stoffskifte/ernæring: Økt appetitt. Undersøkelser: Forhøyet blodtrykk. Øye: Synsforstyrrelse. Øvrige: Tretthet, irritabilitet, utilpasshet, ødeme, følelse av fremmedlegeme. Svært sjeldne ($< 1/10\ 000$), ukjent: Hud: Urticaria. **Oppbevaring og holdbarhet:** Grossist og apotek: Kaldt (2-8°C). Hos bruker: Romtemperatur ($< 30^\circ\text{C}$), ikke over 4 måneder. **Pakninger og priser:** 1 stk. kr 117,40. 3 stk. kr 297,10.

Sist endret: 07.06.2010

Referanser:

1. Heuvel M.W. et al. Contraception; 2005;72:168-74
2. Oddsson K. et al. Hum Reprod; 2004;20:557-62
3. Milsom I. et al. Hum Reprod; 2006;21:2304-11

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. Grundig vurdering av alle som skal begynne med p-piller, informasjon om bivirkninger og risikofaktorer, samt rask oppfølging ved mistanke om blodpropp er viktig.

Statens legemiddelverk





Anna Oppedal Tokheim, Möller's ernæringsfysiolog

- Det finnes ingen snarvei til god helse



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



Vil ha egen utdanning

Norge bør få videreutdanning i rettsmedisinsk sykepleie, mener tre sykepleiere som jobber med seksuelle overgrep.

Tekst **Marte Skaara**

Hanne Sundt, Linda Mølgaard Gustavsen og Marianne Stokkeland var i USA i september og ble kurset i temaet «sexual assault forensic examiner», et kurs for sykepleiere som jobber med mennesker utsatt for seksuelle overgrep.

– Vi fikk bekreftet hvor viktig det er med riktig opplæring, sier Sundt, som jobber på overgrepsmottaket i Oslo.

I USA har sykepleiere ansvaret for hele prosessen med å undersøke pasientene. De utfører både helkropps- og hulromsundersøkelsen og dokumenterer funnene. Dette kan de fordi USA tilbyr videreutdanning som rettsmedisinsk sykepleier med vekt på seksuelt misbruk.

I Norge assisterer i hovedsak sykepleierne legene under de samme undersøkelsene. Gustavsen, Lund og Stokkeland vil nå at sykepleierne skal få mer ansvar.

– Jeg tror ikke det første vi skal satse på er selve hulromsundersøkelsen, men at sykepleierne kan delta mer i skadedokumentasjonen, mener Sundt.

Videreutdanning gir trygghet

Mer ansvar krever også mer kunnskap.

– En offisiell utdanning ville gitt sykepleierne som jobber på overgrepsmottakene større trygghet, sier Gustavsen.

Sundt påpeker at alle tjener på at sykepleierne får videreutdanne seg.

– Pasientene vil bli bedre mottatt. Legene vil få mer støtte. Sykepleierne vil få økt kunnskap. Det er viktig å løfte fram den ekstremt viktige jobben sykepleierne gjør på dette området. Bevisene må sikres slik at overgriperen blir tatt, sier Sundt engasjert.

Hun håper at Norsk Sykepleierforbund i samarbeid med høyskolene kan samarbeide om en videreutdanning.

Økende behov

I 2007 ble det lovfestet at alle kommuner i landet skulle være tilknyttet et overgrepsmottak. I dag har vi 24 slike mottak i Norge. I tillegg til at antallet mottak har økt, øker også antallet pasienter og tiden det tar å sikre sporene.

Sundt har jobbet med mennesker utsatt for seksuelle overgrep i 12 år, og merker økningen. Det stilles høyere krav til sporsikringen, og når det utvikles nye metoder blir det også mulig å finne flere spor, noe som øker tidsbruken.

– Det blir ikke mindre å gjøre, forsikrer Sundt. ■■■



SOKKER som IKKE strammer

ametrine
Postboks 333 - 7301 ORKANGER
Organisasjonsnr. 878684702

- toppkvalitet til lavpris
- svært slitesterk
- kan vaskes på 60°C – også ullsokkene!

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

Bestill gjerne på nett:
www.ametrine.no

Ordretelefon 72 48 16 67 – Ordrefax 72 48 19 45

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

Ordretelefon 72 48 16 67 – Ordrefax 72 48 19 45

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

For én pakke med 5 par: Art.nr 111 **Tynn elastisk bomullsokk**

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

169,-
tillsvarer kun 33,80 pr par
Lett og behagelig - slitesterk
80% bomull, 15% polyamid, 5% Lycra®

For én pakke med 5 par: Art.nr 113 **Tynn ullsokk**

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

229,-
tillsvarer kun 45,80 pr par
Kløfri merinoull - svært slitesterk
60% merinoull, 35% polyamid, 5% Lycra®

For én pakke med 2 par: Art.nr 115 **UllXtra Ullsokk**

Størrelse	Sort
	33-35
36-39	2-pk
40-44	2-pk
45-48	2-pk

149,-
tillsvarer kun 74,50 pr par
Kløfri merinoull
80% merinoull, 15% polyamid, 5% Lycra®

Ypperlig også for personer med diabetes

- flat over tærne, ingen søm
- tynn og svært elastisk
- hele 80% merinoull

Vent litt, jeg vil gjerne ha en prøvesokk før jeg bestiller, send prøve på

Bomullsokk
 Tynn ullsokk
 UllXtra sokk

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

VARENE SKAL SENDES TIL:

Navn:

Adresse:

Postnr/sted:

Telefonnr:

e-post:

Sykepleien 2010-11

AMETRINE AS
Svarsending 9086
0098 Oslo

Adressaten betaler for sending i Norge
Distribueres av Posten Norge

Veth drømmer om å bli proff.
Og håper han ikke risikerer livet
på trening.

Veth, 8 år. Laos



**Gi han minefri
fotballbane til jul.**

Hver time skades eller drepes et menneske av landminer og klasebomber. Hvert fjerde offer er barn. Miner kan ligge skjult under bakken i årevis. I noen land blir leken fatal. Norsk Folkehjelp er verdensledende på minerydding.

Kjøper du en minefri fotballbane som symbolsk julegave i år, kan vi redde enda flere liv.

Symbolskegaver.no



Norsk Folkehjelp

Hulda Gunnlaugsdottir

Alder: 52 år

Aktuell som: Sykepleier og ny administrerende direktør på Akershus universitetssykehus (Ahus)

BAKGRUNN:

18. oktober overtok Hulda Gunnlaugsdottir sjefsstolen på Ahus, et sykehus midt i store omstillinger. I fjor trakk Erik Normann seg etter uro, nyskapingen sykepleiedivisjonen ble nedlagt. Fra nyttår skal Ahus overta deler av pasientgrunnlaget fra Oslo og får en mengde nye ansatte. Gunnlaugsdottir var adm.dir. på Aker sykehus, men dro hjem til Island i 2008 for å lede Landspítali, rikshospitalet i Reykjavik.

– Gøy når det er vanskelig

Hvorfor har du søkt deg til dette vepsebolet?

– Ha-ha. Nei, jeg synes ikke Ahus er noe vepsebol. Det var naturlig å søke når stillingen var utlyst. Ahus er et spesielt sted å være nå. Jeg har lest og hørt og skjønner at det er et sykehus i utvikling med mange muligheter.

Og mange problemer?

– Tror ikke Ahus har flere problemer enn andre sykehus. Med alle sykehus går det opp og ned. Berg-og-dal-bane. Gode perioder og dårlige perioder. Det er helt naturlig.

Hva tar du med fra Island?

– Den største erfaringen er at det alltid er en mulighet. Midt i finanskrisen iverksatte vi et nytt sykehus – selv om kassen var skrappt. Det er alltid en mulighet uansett hvor tøft det er.

Hva med sykepleiedivisjonen, oppretter du den på ny?

– Nei. Den er lagt ned. Beslutningen er tatt. Men et organisasjonskart er ikke statisk. Det må endres etter behov i organisasjonen. Samtidig skal vi ikke ha hyppige endringer heller.

Hva sier du til sykepleierne på Aker sykehus som søkte jobb på Ahus i sommer og som ikke engang fikk svar?

– Det var en systemfeil. Som er ryddet opp i. Nå får alle svar.

Hvordan skal du lokke med deg sykepleiere og andre fra Oslo ut på landet?

– Vi har fått søknader fra sykepleiere, leger og psykologer i de fleste stillinger.

Utfordringen er spesialsykepleiere. Her er vi like sårbare som andre sykehus. Men jeg mener vi er konkurransedyktig.

Hvilken egenskap får du mest bruk for?

– Jaaa ... Nå må jeg tenke meg om. Men jeg har jo ledet tøffe endringsprosesser og har erfaring med å forene ulike kulturer. Det er snakk om forskjellige kulturer i Oslo-sykehuset. Men vi skal faktisk også forene kulturer; fra Ahus og fra Aker og Ullevål, der mange nye kommer fra.

Er du spesielt glad i omorganisering?

– Nei. Men det er gøy å jobbe med mennesker og få til noe, særlig når det er vanskelig. De små seire må feires like mye som de store.

Ellers?

– Det er andre uken jeg er her. Folk er positive og innstilt på å gjøre en god jobb. Det blir 1 500 nye ansatte, det er krevende.

1. januar skal det nye skje. Datoen står ved lag?

– Ja. Det er vedtatt.

Tekst og foto Marit Fonn



Tema Hjerneslag

- 30 Jo fortere, jo bedre >
- 31 Nye retningslinjer >
- 32 De minsker skaden >
- 35 Sykepleie med egen erfaring >
- 36 Tidlig hjem >

INTAKT: Sykepleier Toril Bjørge kan konstatere at Roald Aksel Lyngbø, som fikk slag for en uke siden, fortsatt har sidesynet i orden.

Etter hjernesl



aget

15 000 personer får hvert år hjerneslag i Norge. Det vil bli flere. Sykepleierne er raske når slaget rammer. Tekst og foto Marit Fonn





FORDYPER SEG: Det fins mye forskning om hjerneslag og sykepleierne må stadig oppdatere seg. Det gjør jobben spennende, synes avdelingssykepleier Trine Drange.

« Jo forttere slagpasienten kommer til sykehus, jo bedre. Ring 113.

Ikke fastlege. Ikke legevakt. Det er 113 som gjelder når hjerneslaget rammer.

Ved lammelser, taleproblemer eller synsforstyrrelser må pasienten til sykehus så fort som mulig, sier Trine Drange på Haukeland universitetssykehus i Bergen. Hun er avdelingssykepleier på nevrologen post 2. Slagenheten utgjør to tredeler av posten hun leder. Drange har vært ansatt ved avdelingen siden 1991 og har sett hvordan behandlingen har endret seg. Her var de tidlig ute med blodpropp-oppløsende behandling (trombolyse).

Ikke fasitsvar

– Mye pleie. Det var det første jeg tenkte om hjerneslagpasientene, sier Drange om sin debut.

Hun sluttet fort med det. Hun fant ut at pasientgruppen er sammensatt, både i alder og funksjon. Ti prosent av pasientene med hjerneslag er under 50 år.

– Sykepleierne kombinerer to veldig ulike kulturer: De må

handle fort samtidig som de har et langt perspektiv i tankene.

Slagpasientene har gjerne tilleggsdiagnoser, som diabetes eller hjertekarsykdommer.

– Her må vi derfor fordype oss innen mange felt i sykepleiefaget, sier Drange.

Det forskes mye om hjerneslag. Men svaret står likevel ikke alltid i bøkene:

– To tilsynelatende like pasienter kan ende opp med svært forskjellig utfall og behov. Det er dette som gjør jobben vår så spennende.

Lav terskel

– 450 hjerneslag i året.

Det er overlege Halvor Næss som opplyser om avdelingsstatistikken. Han føyer til:

– Vi har 1 000 som blir vurdert for hjerneslag. Altså har vi en lav terskel, konstaterer han.

Noen får for eksempel vite at hodesmertene skyldes migrene, ikke slag.

Næss har vært med på å utrede de nye nasjonale retningslinjene som kom i vår. Her på posten er rutinene allerede innarbeidet.

To tredeler av pasientene er selvhjulpne innen en uke.

– Vi har mye å lære bort, særlig om trombolyse. Poenget er at så mange som mulig følger rutinene på alle sykehus, og at så mange som mulig får denne blodpropp-oppløsende behandlingen.

Vil finne årsak til drypp

Om blodproppen gjør skade, avhenger av hvor lenge den sitter.

TIA (transitorisk iskemisk attack) er et forbigående anfall av nedsatt blodforsyning til hjernen, et såkalt drypp. Funksjonstapet skal gå over innen 24 timer.

– TIA-pasientene må sikres forebyggende behandling mot mye hjerneslag, sier Næss.

Før TIA-pasientene forlater slagenheten, skal de helst ha funnet årsaken til dryppet.

– Hvor ofte finner dere årsaken?

– I 60 prosent av tilfellene.

Næss trekker fram de viktigste symptomene: Synsproblemer, lammelser i arm og taleforstyrrelser.

– Er hodepine et symptom?

– Nei. Bare hvis hodepinen kommer som hammerslag. Da kan det være blødning, sier overlegen.

Symptomer på hjerneslag:

F Fjes: Lammelser i ansiktet

A Arm: Lammelse i en arm

S Språk: Språkforstyrrelse

T Tale: Taleforstyrrelse

Kilde: Helsedirektoratet

Alle bør få samme tilbud

Behandlingstilbudet for slagpasienter varierer stort. Men nye retningslinjer kan gi likere behandling.

I vår kom nasjonale faglige retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag.

– Bedre kunnskap om symptomer, både blant helsepersonell og folk flest, skal sørge for at pasienten får raskere og bedre behandling, sier avdelingsdirektør Cecilie Daae i Helsedirektoratet.

Med bedre rutiner lokalt kan man lettere unngå forsinkelser. Pasientene bør innlegges i slagenheter, ifølge retningslinjene.

– Det er dokumentert at det er best. Vi er opptatt av helhetlige løp. Rehabilitering skal skje fra første dag. Behandlingen er endret fra «vi får se åssen det går» til å være akutt og umiddelbar.

Informerer

Men helseforetakene må selv ta ansvar for å etablere slagenhetene.

– Gjør de det?

– Det er store ulikheter i tilbudet, men vi oppfatter at det raskt blir bedre utbygget.

Retningslinjene tar for seg fire områder: Akuttfasen, sekundærforebygging, rehabilitering og behandlingsskjeden.

– Hvordan passer dere på at retningslinjene blir fulgt?

– Et viktig spørsmål. Vi er opptatt av at de følges. Men det betyr ikke nødvendigvis at vi lykkes godt nok med implementering. Vi har derfor lagt stor vekt på dette.

Helsedirektoratet satser på å spre informasjon. Daae viser til at retningslinjene fins i både full- og kortversjon, og en webversjon er tilgjengelig på Helsebiblioteket.

– Bør hver enkelt sykepleier lese hele retningslinjen på 200 sider?

– Hver helsearbeider som er i kontakt med slagpasienter, bør i hvert fall lese kortversjonen. Så kan de lese mer nøye om de ulike områdene, avhengig av hva de jobber med og har interesse



LES NYTT: De nye retningslinjene om slagbehandling finnes også i kortversjon.

Hjerneslag

» Omfatter hjerneinfarkt (85-90 %) og hjerneblødninger (10-12 %).

» 15 000 får hjerneslag årlig i Norge.

» 5 500 av disse dør.

» Den tredje største dødsårsak i Norge.

» Flertallet av de som overlever, er selvhjulpne etter et halvt år.

» 40 000 lever nå med funksjonstap.

» Trombolyse har stor effekt på blodpropp.

Kilde: Norsk helseinformatikk

for. Hele befolkningen bør gjøres kjent med varselsymptomene.

Ønsker mer trombolyse

– Er helsetjenesten forberedt på at antallet slagpasienter vil øke med en aldrende befolkning?

– Det beste er selvsagt å forebygge. Men målet er at alle skal bli like godt vurdert og få god behandling. Du er ikke fortapt om du ikke er egnet for trombolyse.

Rundt åtte av ti norske sykehus gir trombolyse i dag.

– Men andelen pasienter som får slik behandling varierer fra sykehus til sykehus. Vi ønsker at andelen går opp, sier Daae.

I 2011 skal det innføres en ny kvalitetsindikator om dette. Den skal fortelle hvor mange pasienter som får trombolysbehandling innen tre timer.



De minsker skaden

– Ser du hendene mine? Sykepleier Toril Bjørge registrerer Roald Aksel Lyngbøs tilstand. Det er sju dager siden han fikk slag.

L yngbø bekrefter at han ser de viftende hendene hennes. Sidesynet er intakt. Han kan også løfte beina, og han kjenner det godt når hun stryker ham nederst på leggene.

Han treffer nesen med fingeren sin.

– Jeg hørte at du har problemer med talen, sier Bjørge.

I hendene har hun noen lysegrønne ark. Det er «stroke-map-pen». Nå følger hun retningslinjene der. Kollega Britt-Helen Rusås har nettopp sjekket blodtrykket. Det er ok.

– Hvilken måned er vi i? spør Bjørge.

Lyngbø, som ligger i sengen, snakker akkurat tydelig nok til at svaret kan oppfattes:

– Tiende.

– Hva heter den? dobbeltsjekker hun.

– Oktober.

Vil trene

Lyngbø har blitt registrert i mappen flere ganger under oppholdet. Han har vært hos logoped og er innstilt på å trene. Dette skal gå bra.

Slaget skjedde hjemme om formiddagen. Han ble skeiv i an-

« Det er tungt for dem som er sofagriser til vanlig.

siktet og snakket utydelig. Sønnen var der og så hva som skjedde med faren. Han sa: «Vi kjører deg til lege.»

Lyngbø forteller at sønnen er 42 år, født i 1968. Ingen problemer med hoderegningen, altså.

– Klarer du å kneppe klærne? Kan du ta på deg skoene?

– Nei, det går til h

– Få se!

Det viser seg at Lyngbø klarer å ta skoene på. Riktignok er de uten lisser. Sykepleierne spør og graver: Går du på do alene? Klarer du å tørke deg? Det er høyresiden som er dårlig, men Lyngbø synes han klarer seg bra. Han forteller at han har vært her før. For noen år siden hadde han også et slag.

Håper på CT

Når pasienten kommer til slagenheten skal sykepleierne kartlegge tilstanden.

– Forhåpentligvis har de vært innom røntgenavdelingen og tatt CT på veien hit, sier Bjørge.

CT gir svar på om pasienten har infarkt eller blødning. Trombolyse – blodproppopløsende behandling – må skje innen fire timer etter symptomene oppsto. Skyldes slaget blødning, skal pasienten holdes i ro. Men er blødningen stor, kan operasjon være aktuelt.

Uansett årsak, pasientene overvåkes. Trombolysepatientene følges opp ekstra godt.

Måler og sjekker

Ingen vet hva vekten bringer her på slagenheten. Det kan komme åtte en kveld og ingen om natten. Eller ti om natten, og helt rolig neste dag.

Det grønne skjemaet har overskriften Bergen Stroke Registry. Det består av 16 sider og fylles ut av både sykepleiere, hjelpepleiere og leger.

Første døgnet registrerer de hver fjerde time. De måler blodtrykket, puls, oksygenmetning, temperatur og blodsukker.

Det gjelder å minske skaden i hjernen: Er temperaturen over 37,5, får pasienten febernedsettende. Er blodtrykket for høyt, må det senkes. Er oksygenmetningen for lav, får pasienten oksygen. Er blodsukkeret for høyt, må dette behandles.

Sjekkliste

Pasienten sjekkes for hvordan tilstanden er. Dette graderes med tall. Er pasienten våken? Det blir 0 i skjemaet. Eller døsig? Det blir 1 eller 2, avhengig av reaksjon på stimuli. Vet hun eller han hvilken måned det er? Tar pasienten instruksjoner? Lukkes øynene på kommando? Hva med kraft i armer og bein? Hvordan står det til med neglekt; glemmer pasienten den ene siden av kroppen? Alle nyanser fanges opp i skjemaet. Synsfeltet sjekkes også. Delvis og total hemianopsi fanges opp. Redusert sidesyn er et vanlig symptom på hjerneslag. Etter to timer kommer legen og vurderer det som er registrert. Er tilstanden blitt verre? →



REGISTRERER: Roald Aksel Lyngbø overrasker seg selv: Han klarer å ta på sko. Toril Bjørgo registrerer i den såkalte «stroke-mappen».

Også svelgefunksjonen må testes. Facialispårese påvirker ofte svelgingen. Mange har dysartri, altså talevansker. Har de det, har de ofte også svelgeparese. Dette skal testes i løpet av de seks første timene på slagenheten.

– Vi skal jo kunne gi medikamenter, forklarer Bjørgo.

På rommet plasserer sykepleierne pasientene slik at den lamme siden er mot døren. Da tvinger de pasientene til å bevege seg når de vil se hvem som kommer inn i rommet. Hvis Rusås ser pasienten ligge urolig i sengen, vet hun hva det kan være:

– Etter en skade hender det at urinveiene stopper opp. De får ikke tisset.

Testing av blærefunksjonene er en del av rutinen.

Tynner blodet

Trombolysen er en effektiv behandling, men egner seg ikke for

alle. Blant annet sjekker de om pasienten tidligere har hatt slag. Kriteriene er strenge. Behandlingen kan utløse dødelig blødning. Det skjer i så fall første døgnet, men hender sjelden. Risikoen er størst for eldre.

Trombolysen utføres av sykepleierne med klarsignal fra lege. Et blodfortynnende middel settes rett i åren. Behandlingen varer en time. Legen er til stede, men sykepleieren observerer og prater med pasienten. Behandlingen må skje før hjernecellene er døde.

– Vi sier nå 4,5 timer. Før var det tre timer. I starten måtte det skje innen halvannen time, og pasienten måtte være under 60 år. Nå kan de være over 80, sier Bjørgo.

Pårørende får ikke være med under selve trombolysen. Pasientene har sengeleie i et døgn og kan bli helt friske. Verken Bjøro eller Rusås har opplevd at noen har takket nei til tilbud om trombolysen. Alternativet vil ofte være enten død eller totalammelse.

Forebygger ny propp

Flere pasienter har TIA. Blodproppen har løst, og symptomene er vekke innen 24 timer. Men de drar ikke hjem før de er sjekket for hva som kan være årsaken. Faren for ny propp er stor.

Årsaken kan være mange. Eksempler er hjertesykdom, høyt kolesterol, tette årer i halsen, fedme. Rehabilitering skjer fra første dag.

– Det viktigste er å mobilisere pasienten. For noen er det nok å sette seg opp i sengen. Noen må opp og stå. Andre må opp og gå. Et viktig mål er å forebygge nye propper. Dessuten må pasienten bli kjent med sin nye tilværelse.

Jo tidligere pasienten er i sving, jo fortere kan nye deler av hjernen ta over funksjonene for de døde hjernecellene. Sykepleierne vurderer hvilke pasienter som trenger fysioterapeut, ergoterapeut eller logoped. De som er i arbeid får avtale med sosionom.

– Som sykepleiere ser vi så mye når vi steller, veileder og forflytter. Vi ser pasientens ressurser tidlig. Vi må vite hva vi jobber med, hva slags nettverk de har. Alle pasienter er forskjellige.

Flere må lære å pusse tenner, vaske og kle på seg. De får vite hvordan de kan vri opp en vaskeklut med en hånd.

– Noen gidder ikke trene. Andre har innstillingen: «Yes, jeg skal snart ut og reise!» De som er trent har et godt utgangspunkt. Det er tungt for dem som er sofafriserte til vanlig.

Deprimerte

Sjokk og depresjon er en vanlig reaksjon.

– Mange blir så deprimerte at de ikke vil trene. Flere takler det likevel bra på sykehuset. Hjemme kommer det store sjokket. Vi prøver å forberede dem på dette. De kan ha permisjon under sykehusoppholdet, eller få hjemmesykepleie når de kommer hjem, sier Rusås.

Mange tar ikke varselsignalene om hjerneslag alvorlig nok.

– Vi vet om mange folk som kan ha blitt trøtte og nummen i en arm. De legger seg og sover til dagen etter. Da har slaget utviklet seg. Kom på sykehus med en gang, oppfordrer de.

De forteller om en mann som var i ferd med å fylle bensin da han fikk slag. Han skjønnte ikke hvorfor han ikke klarte å henge opp bensinslangen etterpå. Så han kjørte like godt videre med bilen. Og havnet i grøften.

Ti dager senere reiser Roald Aksel Lyngbø hjem. At han ikke kommer hjem til tomt hus, er for lengst kartlagt. Dessuten vil han bli fulgt opp av et rehabiliteringsteam hjemme. Det er godt for ham å vite.



GODE TEGN: Britt Helen Rusås (over) konstaterer at Lyngbø's blodtrykk er fint. Toril Bjørgo (under) ser at han har kraft i beinet.





FRIE TØYLER: Signe Gjørsum er sjelden vare: Hun jobber som sykepleier på slagenheten - der hun selv var pasient for 18 år siden.

Sykepleie med egen erfaring

Sykepleier Signe Gjørsum står på en stol og synger av full hals. Hun er i bryllup og det er allsang. Plutselig får hun hodepine.

Det minner henne om da hun som tenåring fikk tåregass i seg på et diskotek.

«Jeg går på toalettet», sier hun til søsteren. Der kaster hun opp. «Kanskje jeg har fått migrene», tenker hun.

Hun setter seg i bilen til bryllupet er over og overnatter hos søsteren etter å ha tatt en smertestillende.

Over helgen går hun til lege. Han gir henne rekvisisjon til fysioterapeut. Legen forstår ikke at hun har fått en «warning leak». Blod har piplet ut i spinalvæsken i hjernen, og dette fører til hodepine og stiv nakke.

Gjørsum jobber deltid som hjemmesykepleier på natt og har to døtre på to og fire år.

Siger sammen

Tre uker senere er Gjørsum og datteren på badet. Toåringen skal i bursdag og har akkurat fått på kjolen i hvit ull med gullpaljetter.

Plutselig siger mamma sammen. Det gjør ikke vondt. Datteren skriker. Men ingen hører, pappa er på utsiden av huset. Gjørsum kan ikke reise seg. Venstresiden er lammet og hun klarer ikke å åpne døren. Mannen lurar etter hvert på hvorfor de bruker så

« De skulle ikke se meg som en sløv mor.

lang tid. Da hører han datterens rop og bryter seg inn på badet.

Ti minutter senere er Signe Gjørsum i ambulansen. Hun husker ikke mer før hun våkner omtåket på nevrokirurgen to uker senere. Da har hun hatt to store hjerneoperasjoner og ligget i kunstig søvn på respirator for å minimere det cerebrale trykket. En bit av skallen er fjernet for å få plass til den opphovnede hjernen. Hun er 32 år.



På nevrologen får hun ekstra mye oppmerksomhet, ung som hun er. Slagpasientene er plassert i den ene enden av korridoren. Slagsiden blir den kalt.

Manglet innsikt

Dette er 18 år siden. Signe Gjørum er tilbake på avdelingen der hun engang var pasient. Nå er hun ansatt med egen

« Frisk er et subjektivt begrep.

kontor plass. Hun husker godt hvordan hun følte seg da hun våknet opp etter slaget.

«Guri, hvor mange kjente», tenkte hun. Halve slekten var der. Men hun hadde ingen innsikt i alvoret.

– Typisk når du har en hjerneblødning på høyre side, konstaterer hun.

Språket hadde hun i behold.

– Men jeg var preget av lite realisme og ekstrem optimisme. Jeg planla hva jeg skulle strikke til nevøene mine til jul.

Optimismen ga seg. Siden gråt hun i tre måneder.

Barna motiverte

Rehabiliteringen dreide seg i stor grad om realitetsorientering. Den begynte i oktober. Det gjaldt å få den intakte delen av hjernen til å lage nye forbindelser for å hente inn normalfunksjoner.

– Jeg trengte ikke svette og slite.

På et opphold på Sunnaas sykehus kom hun seg opp av rullestolen og hun lærte å svømme. Hun bestemte seg for at døtrene aldri skulle se henne på sofaen,

– De skulle ikke se meg som en sløv mor. Min motivasjon var at de skulle være stolte av at jeg hadde guts og vilje til å komme videre.

Det ble et blodslit. Nå bruker hun sofaen med god samvittighet etter behov, slik alle andre gjør det. Hun sleper fortsatt på ene beinet og må passe på hvor hun setter foten. Fortauskanten føler hun ikke. Men å bruke stokk var aldri aktuelt.

– Nei, det ville gjort kroppen mer stiv. Stokk er tungvint. Det blir vanskelig å bære poser eller å vinke.

Det eneste hjelpemiddelet hun bruker er et skjærebrett med sugekopper.

Mistet lappen

Slaget førte til hemianopsi. Hun mistet sidesynet til venstre



MOBIL: Ingen problemer med språket. Hun kom seg opp av rullestolen. Signe Gjørum synes hun er heldig.

på begge øynene. På grunn av et hematom fikk hun rift i netthinnen. Netthinnen løsnet under en operasjon et år etter slaget, så hun ble blind på det høyre øyet.

– Det betyr at jeg ikke kan kjøre bil. Så nå går jeg mye i stedet.

Hun har aldri fått vite om blødningen skyldtes en medfødt aneurisme eller høyt blodtrykk. Hennes hjerneskade omfatter fysiske utfall. En lykkelig fortelling, synes hun selv, og vet godt at ikke alle er like heldig etter et slag.

– Jeg hadde alle forutsetninger for å lykkes: Innsikt. Et apparat rundt meg. Og jeg fikk aldri medlidenskap hjemme. Mannen min var klar på at han ikke ville ha en funksjonshemmet kone. Han er også sykepleier.

Når døtrene visste de hadde gjort noe galt, stakk de for å unngå straff. De ropte: «Mamma kan'ke løpe, mamma kan'ke løpe». Det var sårt. Men hun skjønnte at barn sier sånt.

– Jeg var veldig redd for å bli sykeliggjort. Frisk er et

Tidlig hjem med slag

400 pasienter på hjerneslagenheten på Haukeland sykehus er med i et forskningsprosjekt om rehabilitering.

Hensikten er å sammenlikne rehabiliteringsløp, sier stipendiat og spesialist i nevrologi Håkon Hofstad.

En kontrollgruppe får vanlig behandling, mens to grupper blir skrevet ut fra nevrologen

tidligst mulig til eget hjem. Begge gruppene følges opp av et ambulant team fra sykehuset og får tilbud om fem ukers rehabilitering i kommunen. Den ene gruppen får denne behandlingen i eget hjem, den andre på en daginstitusjon.

Alle blir fulgt opp på sykehuset etter tre og seks måneder. Der blir de også undersøkt med tester.

– Du regner vel med at det er best å komme tidlig hjem?

– Svært mye tyder på at det er et fornuftig prinsipp. Med kommende eldrebølge og økt press på helsesektoren er det ønskelig med færrest mulig hjerneslagpasienter på institusjon og flest mulig hjem. Hvis det kan bekreftes at det også er best for pasienten, er jo det bra, sier Hofstad.

subjektivt begrep. Jeg er ikke en pasient, jeg er ingen diagnose. Det er noe man har.

Foredrag

I åtte år var hun hjemme. Men så ble hun invitert til å holde foredrag på sykepleierutdanningen.

– Det var tøft. Jeg gjorde det med klumpen i halsen.

Siden ble det flere foredrag; for studenter i psykologi, fysioterapi og nevrolog og på videregående. Slik fikk hun sjekket sine kognitive funksjoner. Aktivitet i landsforeningen for slagrammede ble en viktig del av rehabiliteringen. Så spurte avdelingssykepleiere på sykehuset om hun kunne ta samtaler med slagpasienter. Slik ble hun kontaktsykepleier for slagrammede. Hun fikk frie tøyler.

– *Hva sier slagpasientene til deg?*

– At det er deilig å snakke med en som sitter. De andre er ofte på vei til noe annet.

Hun motiverer og trøster. Noen lar seg inspirere: «Når du greide det, skal jeg og.»

– Hvordan har du det, kan jeg spørre. Det er lettere å snakke til meg om det enn til andre.

Synlig

– Noen spør: Hva gjør du her? Heldigvis fikk jeg et hjerneslag som er synlig. Alle ser på meg at det har skjedd noe. Hvis ikke hadde jeg måttet forsvare meg mer.

Gjærum synes det kan bli mye oppmerksomhet om akuttmedisin og overlevelse på bekostning av rehabilitering.

– Den bør skje i hjemlige omgivelser. Det er når man kommer hjem at man oppdager at det ikke går å smøre seg en brødskive, at det sosiale ikke er som før og at det er vanskelig å følge med på nyhetene.

På institusjon lar man seg overlata til personalet. Hjemme blir livet mer realistisk.

– Man får trent i egne trapper og kan øve på å sette på sin egen kaffetrakter, ikke på et treningskjøkken med en ergoterapeut som observatør.

Forsker om samhandling

For tiden bistår hun stipendiat Håkon Hofstad i hans forskning om rehabiliteringsløp. Det er hennes oppgave å fange opp pasienter på slagenheten til studien som passer godt inni samhandlingsreformen.

Kriteriene for å være med er et visst skår på nevrologiske utfall og pasienten må kunne kommunisere. Roald Aksel Lyngbø (se side 32) er en av pasientene hun har plukket ut.

Et mål er å finne ut hvilke typer slagpasienter som er best egnet for tidlig utskrivning.

Hofstad viser til at hjerneslag er hyppigste årsak til varig funksjonshemning hos eldre i Norge.

– Dette legger beslag på store ressurser. Best mulig rehabilitering etter hjerneslag er derfor avgjørende både for pasient og samfunn. ■■■

5 på gangen

Tekst **Marit Fonn**

Hvordan kan slagbehandlingen bli bedre?



Anners Lerdal, professor på Lovisenberg diakonale sykepleierhøgskole, Oslo:

Faren med tverrfaglige team er at man tenker at andre yrkesgrupper tar ansvar for enkelte rehabiliteringstiltak. Sykepleierne må selv definere hva de skal gi av tiltak og behandling. Det gjelder ikke minst mental trening og fysisk aktivitet. Like viktig som fysisk aktivitet er hvile for dem som er plaget av fatigue, slik mange slagpasienter er.



Ailin Steffensen, leder for Skjervøy sykestue og sykehjem, Troms:

Vi må tenke tverrfaglig tidlig, så hver pasient får et godt individuelt behandlingstilbud. Noen har lange rehabiliteringsperioder. Vi må samarbeide smidig, ikke minst med hjemmetjeneste, fysio- og ergoterapeut. Det kan være behov for å tilrettelegge hjemme, eller ny bolig.



Anne-Evy Ødegård, nevrologen, sykehuset i Fredrikstad og faggruppeleder for slagsykepleierne:

Kompetanseheving. Og nok bemanning. I de nye retningslinjene står hvilken bemanning som skal til på slagenheten for å få best resultat. Men sånn er ikke virkeligheten. Dit må vi. Da kan vi gjøre den jobben vi skal gjøre, men ikke har tid til i dag.



Gjertrud Langnes, hjemmesykepleier i Bydel Vestre Aker, Oslo:

Kompetanse er viktig. Om ikke vi kan alt selv, må vi raskt klare å hente inn råd. Vi må også undervise ufaglærte. Når vi er hos slagpasienten, må vi bruke tiden riktig. Det klarer vi best når vi vet hva vi driver med. Vi må gi pasientene med språkproblemer nok tid.



Ellen Dahlberg, seksjonsleder på AMK-sentralen i Tromsø og Harstad:

Tidlig varsling. Ved mistanke om hjerneslag, kober vi inn nevrologen for å klargjøre hastegrad og videre behandling. Er det aktuelt med trombose, må pasienten til sykehus snarest. Da er det full guffe for å spare hjernecellene. Kanskje trengs det både helikopter, ambulansedy og bil. Verst er det når pasienten blir funnet ukontaktbar og man ikke vet starttidspunktet. Meld heller fra en gang for mye enn en for lite.

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.

DOSERING: 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 progestogenpreparat (minipille, progestogeninjeksjon/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 pakningsvedlegg.

KONTRAINDIKASJONER: Skal ikke brukes av kvinner med noe av følgende: Tromboflebitt eller tromboemboliske lidelser, dyp venetrombose, en tidligere historie med dyp venetrombose eller tromboemboliske lidelser, cerebrovaskulære eller kardiovaskulære lidelser, trombose og valvulopati, arvelig eller ervervet trombofili, migrene/hodepine med fokale neurologiske symptomer, slik som aura, trombogene 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. mammaeundersøkelse, blodtrykkmåling, samt en grundig familieanamnese. Hyppigheten og typen av etterfølgende undersøkelser 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 brystkner, 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 progestagener bør minimeres. Forskriving av kombinasjons-p-piller med minst mulig østrogen- og progestageninnhold 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. Opptrer tegn på emboli (f.eks. akutte brystsmarter, tungpustethet, syns- eller hørselsforstyrrelser, smerter og hevelse i en eller begge underekstremitetene) 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 førstegangsbukker 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.

EKSEMPLER 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 delvis eller fullstendige synsforstyrrelser, proptose eller dobbeltsyn, papillødem, eller skader i retinavaskulaturen. Glukoseintoleranse er rapportert og kvinner med diabetes eller nedsatt glukosetoleranse skal følges nøye opp. Dersom kvinner med hypertensjon velger å bruke p-piller, må de overvåkes nøye og dersom signifikant økning av blodtrykket oppstår, må preparatet seponeres. Bruk av perorale kombinasjons-p-piller kan være assosiert med økt risiko for cervical intraepitelial neoplasi 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. Økninger i plasmatriglyserider kan føre til pankreatitt og andre komplikasjoner. Akutt eller kronisk leverdysfunksjon kan nødvendigvis seponering inntil leverfunksjonen normaliseres. Pasienter som blir klart deprimert 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 hereditær 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 spermdrepende middel) i tillegg. Ikke-hormonell prevensjonsmetode anbefales brukt i tillegg i minst 7 dager etter seponering av substansen 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 inducerer hepatiske 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 tarmmotiliteten og derved redusere hormonabsorpsjonen. På samme måte kan medikamenter som reduserer tarmoverføringstiden redusere hormonkonsentrasjonene i blodet. Interaksjoner kan oppstå med medikamenter som inducerer mikrosomale enzymer som kan minske etinyløstradiolkonsentrasjonen (f.eks. karbamazepin, oksykarmazepin, rifampicin, barbiturater, fenylbutazon, fenytoin, griseofulvin, topiramid, enkelte proteasehemmere, ritonavir). Atorvastatin kan øke serumkonsentrasjonen av etinyløstradiol. Medikamenter som opptrer 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 hepatiske mikrosomale enzymer, eller ved å inducere 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 teratogen effekt ved utilsiktet inntak i tidlig graviditet. Overgang i placenta: Se Kontraindikasjon. Overgang i morsmelk: Både østrogen og gestagener går over i morsmelk. Østrogen kan redusere melkeproduksjonen samt andre 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, magekramp, oppblåst mage, smerter. Hud: Akne. Metabolske: Vektforandringer (økning eller reduksjon). Neurologiske: 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, brystsmarter, ømme bryster, forstørrede bryster, seksjon 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 glukosetoleranse, forverring av porfyri, senkning av serumfolatnivået. Neurologiske: 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-, thyreoidea-, 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 laboratortverdier.

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

Sist endret: 19.08.2009

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

LOETTE®

LEVONORGESTREL 100µg / ETINYLØSTRADIOL 20µg

“Anbefalt **førstevalg** er p-piller som inneholder enten **levonorgestrel** eller **norethisterone**, med lavest mulig dose av østrogen.”¹

Loette inneholder levonorgestrel og den **laveste tilgjengelige dose** etinyløstradiol (20 µg).²

Les mer på
WWW.PFIZER.NO/LOETTE



- Trygg bruk av p-piller
- Alle p-piller av kombinasjonstypen gir en liten økning i risiko for blodpropp, og noen kvinner bør velge annen prevensjon.
 - Grundig 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

Der ute

DER UTE BERGEN

Atle Halvorsen tar imot både ris og ros på vegne av sykehuset. Lytteposten er kommet for å bli.

Han lytter til folk

Les mer om:

44 Etterforsker sykepleiere i Fredrikstad ›

46 Verdens største kvalitetsforbedringsprogram ›

48 Studenter møtte Mette-Marit (bildet) ›

50 Avhengig av merarbeid på St. Olavs Hospital ›

52 Inspirerer i Oslo ›



sykepleien.no

› Meld deg på til Smartprisen 2010 nå. Kriteriene for prisen finner du på nettet. Frist: 15. november.



Lytteposten

- › Et tilbud for pasienter og pårørende
- › De kan fortelle hvordan de har opplevd møtet med sykehuset
- › Et supplement til kanalene for alvorlige klagesaker
- › Meldingene blir registrert og sendt til gjeldende avdelinger

I to år har lytteposten eksistert i Helse Bergen. Sykepleier Atle Halvorsen, som kaller seg kulturbrygger, bruker nesten halve arbeidstiden på å ta imot meldinger fra pasienter og pårørende som har opplevd helsetjenester på nært hold.

Det som var en prøveordning er nå blitt et fast tilbud.

Bak en fargesprakende dør, som annonserer både om kommende hundreårsjubileum og lyttepost, holder Halvorsen til. Kontoret ligger i første etasje i sentralblokken på Haukeland sykehus, ikke langt fra den store informasjonsdisken.

Klager fra stellerrommet

Fra klokken elleve til tre tirsdag og torsdag kan alle ringe og lette sitt hjerte. 500 meldinger har det blitt på disse to årene.

– Det var et voldsomt trøkk det første året, så dabbet det litt av. Nå er det et greit trøkk.

Små, grønne lapper på avdelingene og store plakater på veggene opplyser om kanalen for skryt og kjeft. De fleste henvender seg via e-post. Nummer to er de som ytrer seg på telefon. Noen

skriver brev på gamlemåten, mens mindretallet møter opp på kontoret.

Som i dag morges. Vegg i vegg med Halvorsens kontor ligger et handikaptoalett med stellebord. En dame med baby fant veien dit, men ble skuffet.

Da banket hun på Halvorsens dør og fortalte om tapetet som var løsnet fra veggen. «Er det slik sykehuset ønsker å framstå?» sa hun.

Halvorsen har allerede meldt saken videre. Vi tar en rask inspeksjon. Damen har rett, det ser ikke bra ut, vinylen henger i en svær pølse nedover veggen. Halvorsen skjemmes og mener dette burde vært ordnet for lengst.

Heller til oss enn drosjesjåføren

Tilbake bak døren som er merket både med «kulturbryggeriet» og «lytteposten» forteller han om intensjonen med tilbakemeldingskanalen:

– Ideen kom fra lokalavisenes spalter der folk kommer til orde med det de har på hjernen. Når noen er misfornøyd, må det være bedre om vi får høre det enn drosjesjåføren, tenkte vi.

Så nå systematiseres alt som blir meldt, enten det er pasienter som skryter om god pleie eller klager på



sure sykepleiere eller arrogante leger.

– Noen får så hatten passer, røper Halvorsen.

Han viser hvordan systemet fungerer på pc-en.

– Det er enkelt å bruke. Vi registrerer alle henvendelsene. Aller først spør vi: «Har du tatt det opp med den det gjelder?»

Meldingene blir puttet i kategorier som transport/taxi, holdning/atferd, flinke ansatte, tv-kanaler, parkeringsavgift. Tapetklagen har havnet i kategorien «annet».

Mer ris enn ros

Det er mest ris som kommer. Alle klinikklederne har tilgang til sin side. 60-70 prosent av meldingene handler om informasjon, kommunikasjon, holdninger og atferd. Det gjelder både

ris og ros. De aller fleste får smake litt av hvert. Men noen få får bare ros.

– Hvem da?

– De som driver med hyperbarmedisinsk trykktankbehandling. Der jobber det bare engler, ifølge pasientene.

på døren. Han hadde opplevd mye likegyldighet av personalet da hans døende kone var innlagt. Han måtte selv stelle henne og skifte på sengen, men hadde ikke kraft til å gjøre noe med det mens hun fortsatt levde.

LYTTENDE: Atle Halvorsen er høflig på telefonen og hører på hva folk har å si. - De synes det er godt å bli lyttet til.

«Meldingene handler ikke om feil operasjon på feil fot på feil pasient.»

Atle Halvorsen

Mer variert er det for de store, tunge avdelingene.

– Det er ingen bombe at kvinneklinikken og medisinske og kirurgiske klinikker får høre begge deler.

Frustrert mann

For et års tid siden banket en mann

Frustrasjonen kom tilbake etterpå. Da så han lappen om lytteposten. Halvorsen tok imot.

– Denne opplevelsen tok vi på alvor. Datteren hadde skrevet dagbok. Avdelingen kalte dem inn. Jeg tror det ble bra.

Ute i korridoren høres lyder. To



menn er i gang med varmpistoler for å fikse det miserable tapetet.

Sms til besvær

En gjenganger i lytteposten er misnøye med tekstmeldingene sykehuset sender til pasientene.

– De eldre klager på at de ikke kan gi tilbakemeldinger på sms, for eksempel når de vil avbestille en time. Så kommer det krav om gebyr fordi de ikke møter opp.

Om telefonsystemet er det bare kjeft å få.

– Vi har forferdelig lang ventetid på

– Vi har det billigste tilbudet. Krittikken går i bølger. Det hoper seg opp når det går fotballkamper på kanaler vi ikke har. Men dette handler om økonomi.

Skjønne sykepleiere

En pasient hadde bare godt å si:

– Han hadde fått hjertestans og var egentlig stein død. Så kommer han på hjerteovervåkningen der de jobber som ville juling. Han våkner og ser opp i fjesene til noen skjønne, vakre damer. Han får fantastisk oppfølging.

Så bra var det at det var fristende

går ikke inn i saken. Vi sier at saken er registrert og sendt videre til klinikkdirektøren.

Fra psykiatrien er det stille.

– Vi trodde det skulle bli en «highlight». Men vi har bare fått 10-20 totalt.

De handler om ønsker om flere spill og pc-er på avdelingen.

– Meldingene vi får handler ikke om feil operasjon på feil fot på feil pasient. I så fall ville vi sendt dem rett videre til pasientombudet.

Halvorsen tror lytteposten vil bestå.

– Alle vi som jobber med mennesker kjenner de fine ordene om å ivareta pasienter og pårørende. Men vi blir aldri perfekt og må alltid skjerpe oss. Det er alltid et forbedringspotensial, sier Halvorsen.

De to mennene er i ferd med å pakke sammen utstyret. Veggen på rommet med stullebord er blitt glatt, fin og respektabel.

«I trykktankbehandlingen jobber det bare engler, ifølge pasientene.» Atle Halvorsen

telefon. Før fikk vi klager om dårlig mat. Det er ikke gøy med salta fisk til ungdom, fikk vi høre. Nå kan de velge. Klagingen har stilnet, men jeg vil ikke si at det er lyttepostens skyld, sier Halvorsen og gir æren til sykehusets flotte kjøkken.

Tv-kanalene er nok et klagetema:

med et infarkt til for å oppleve det en gang til.

– Han hadde sagt det direkte til dem, men ville også ha det loggført.

Få psykiatri-meldinger

Alle får svar.

– Vi takker for henvendelsen, men

Vil ha journal

Kvinneklinnikkens direktør Ingrid Johanne Garnes ser lytteposten som et lavterskeltilbud for pasienter og pårørende.

– Det er en lett og rask måte å nå sykehuset på. Men de aller fleste henvendelsene kommer direkte til den enkelte klinikk, det gjelder også oss, sier hun.

Alle saker, enten de kommer via lytteposten eller direkte, følges opp.

– Innholdet på kvinneklinnikken handler om alt fra graviditet og fødsel til alvorlig sykdom og død. Det speiler viktige begivenheter i kvinners og hele familiers liv. Så det er klart vi får mange henvendelser, mener hun.

Folk kan henvende seg om klagesaker og fødselstidspunkt. Noen spør etter sin egen journal.

– Får de den?

– Ja. Men vi dobbeltsjekker ganske mye for å forvisse oss om at vi gir den ut til rett person. Vi har et eget skjema de må fylle ut. En e-post er ikke nok, sier klinikkdirektøren. ■■■

Tekst og foto Marit Fonn



FLAU: Nei, sånn skal det ikke være på Haukeland, synes Atle Halvorsen. Damen som meldte fikk rask respons. Noen timer etter er nemlig veggen glatt og presentabel.

Weifa



Når hodepinen forsvinner, kommer gløden 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

Ivar Prestbakken må avhøre sykepleiere når noen oppdager at beholdningen av narkotiske medikamenter stadig er for lav.

Etterforsker pilletyveri

Tap av autorisasjon

- ▶ I fjor mistet 44 sykepleiere, 28 leger og 19 hjelpepleiere sin autorisasjon. Årsaken var i hovedsak rusmisbruk og tyveri av piller.
- ▶ 38 av de 44 sykepleierne mistet autorisasjonen fordi de misbrukt rusmidler.
- ▶ Statens helsetilsyn har myndighet til å begjære påtale. I 2009 ble det gjort i tre tilfeller. I tillegg anmeldte Helsetilsynet to personer til politiet på grunn av mistanke om straffbare forhold. Etter anmodning fra politiet ga Statens helsetilsyn rådgivende uttalelse i to saker.

Kilde: Årsrapport Statens helsetilsyn 2009.

I andre etasje på politihuset i Fredrikstad holder seksjonsleder Ivar Prestbakken til. Han har jobbet i Østfold siden 1996, men i politiet siden 1985. Han har vært med å etterforske utallige saker i løpet av sin karriere. Noen av dem har involvert sykepleiere og leger.

– Men det er ikke mange slike saker vi får, sier han.

Han minner slett ikke om de «solbrillekleddede steinansiktene» av noen etterforskere man ofte ser i tv-serier. Bak et ordinært skrivebord på et passe stort kontor forteller han at politiet og sykepleiere oftest er kollegaer. De jobber blant annet tett sammen innen enkelte områder som akuttmedisin, ulykker og psykiatri.

Anstrengt stemning

Men noen ganger tilkalles politiet fordi ledelsen ved sykehuset eller sykehjemmet mistenker at det foregår ulovligheter. Da er rollene annerledes.

– På en avdeling hvor man mistenker at noen stjeler medisiner, merker vi

medisiner og velger å politianmelde forholdet, er det den lokale politimyndighet som etterforsker saken. Skjer det på Sykehuset Østfold eller et av byens sykehjem, havner saken på Prestbakkens bord.

– Vi har mottatt anmeldelser både fra sykehuset og fra sykehjem, og det er ingen overvekt av anmeldelser fra sykehuset. Selv om det er sjelden vi får anmeldelser fra helsevesenet, er det likevel blitt noen opp igjennom årene. Det finnes ikke noe statistikk hos oss på etterforskning av helsepersonell, så jeg kan bare uttale meg på bakgrunn av egne erfaringer, sier han.

På spørsmål om han tror få anmeldelser skyldes store mørketall eller at det skjer få lovbrudd, svarer han kjapt:

– Jeg tror det er få som driver ulovligheter i helsevesenet. Konsekvensene blir så utrolig store dersom de blir tatt. Å bli tatt med narkotika for en person første gang, gir en bot. Dersom sykepleiere eller leger blir tatt for å være ruset på jobb, eller å stjele medisiner, risikerer de å miste jobben,

andre fakta på bordet enn medikamentsvinn, opprettes det som regel en undersøkelsessak.

– Vi må da finne ut om svinnet kan skyldes tyveri eller dårlige rutiner. Ut ifra hva vi finner, bestemmer vi hva vi skal gjøre videre. Vi kan henlegge saken, eller etterforske videre.

– Er dette vanskelige saker å etterforske?

– Hvis anmeldelsen kun er basert på medikamentsvinn, og det florerer med nøkler til medisinskapet/rommet, kan dette være vanskelig å oppklare. Det er ikke alltid vi klarer å finne ut hvem tyven er. Det beste ledelsen da kan gjøre er å sørge for vannrette rutiner, sier han.

Siktet, mistenkt eller vitne

I mange av sakene politiet får på bordet, har ledelsen ved sykehjemmet eller sykehuset en mistenkt i kikkerten.

– Vi går igjennom bevisene som blir gitt oss og bestemmer hva vi skal gjøre videre. Vi kan blant annet kalle inn kolleger til avhør dersom vi tror de kan sitte på opplysninger som bekrefter eller avkrefter mistanker. Når vi har samlet inn nok bakgrunnsmateriale, kaller vi den bevisene peker mot inn til avhør. Hun eller han får status som mistenkt og får anledning til å gi sin forklaring på hva som har skjedd.

Når en person har status som mistenkt, mener politiet det er en rimelig mulighet for at personen har begått den straffbare handlingen som etterforskes.

– Det gir personen noen flere rettigheter enn hvis du har status som vitne. De som vitner kan risikerer straff dersom de lyver under avhør, forklarer Prestbakken.

– Kaller dere inn alle på avdelingen som vitner?

– Nei. Det har aldri jeg vært med på.

«Hvis det florerer med nøkler til medisinskapet, kan dette være vanskelig å oppklare.»

at stemningen er anstrengt. Vi får også reaksjoner fra de vi eventuelt avhører at det er ubehagelig og belastende. For mange er dette det første møtet med politiet. Det er viktig at folk forstår at vi er der for å prøve å finne ut hva som har skjedd. Uskyldige har ingenting å frykte, vi er der for å gjøre samfunnet trygt, sier Prestbakken.

Lokal etterforskning

Dersom ledelsen ved et sykehus eller et sykehjem mistenker at noen stjeler

sier han, men innrømmer at det trolig finnes mørketall.

Sjette beviser

– Så hva gjør dere når det kommer inn en anmeldelse som gjelder medikamenttyveri?

– Vi tar ofte kontakt med ledelsen og har et møte med dem. Ut ifra opplysningene vi får på det møtet, bestemmer vi om det skal opprettes en undersøkelsessak eller en straffesak.

Dersom ledelsen ikke kan legge



MEST KOLLEGER: Det er ikke ofte sykepleiere er mistenkt, som oftest samarbeider politiet med sykepleiere i forskjellige saker, understreker Ivar Prestbakken.

Når personen som er mistenkt har forklart seg, veier politiet forklaringen opp mot bevisene.

– Dersom de stemmer overens, er jo det greit. Spriker forklaringen fra bevisene, blir den mistenkte konfrontert med det og gitt mulighet til å forklare seg. Vi tar så saken til en politijurist som bestemmer om status blir endret til siktet. Da kan vi for eksempel velge å fengsle, ransake, eller gjøre beslag, sier Prestbakken.

En siktelse er en beskrivelse av lovbruddet slik politiet mener det har

foregått. Når en person blir siktet, er hun eller han mistenkt for en straffbar handling som påtalemyndigheten har bestemt seg for å straffe forfølge.

– Da havner saken i rettssystemet og er ferdig etterforsket for vår del, sier han.

Helsetilsynet

– Samarbeider dere med Helsetilsynet?

– Vi kan snakke med hverandre, men vi samarbeider ikke i forbindelse med etterforskningen. I noen tilfeller underretter vi Helsetilsynet dersom vi

på griper helsepersonell under arrestasjoner i andre saker, her har politiet ofte en varslingsplikt, for eksempel i narkotikasaker. Men for at vi skal melde fra, må saken være overveiende klar. Det er tross alt slik at folk er uskyldige til det motsatt er bevist, sier han.

– *Tror du sykepleiere klarer å skille mellom den etterforskningen politiet gjør, og den Helsetilsynet gjør?*

– Nei, det gjør de nok ikke alltid. Politiet etterforsker etter straffeloven, mens Helsetilsynet gjør sin etterforsk-

ning på bakgrunn av andre lover. Selv om vi velger å henlegge en sak, eller vedkommende blir frifunnet av retten, kan Helsetilsynet velge å frata sykepleierens autorisasjon. For den som etterforskes føles nok Helsetilsynets reaksjon som strengere enn den straffeloven påfører dem. Etter straffeloven kan de få bot eller kanskje betinget fengsel, mens Helsetilsynet gjør dem ute av stand til å uføre yrket, sier Prestbakken. ■■■

Tekst **Kari Anne Dolonen** Foto **Erik M. Sundt**

Tyveri i media

«En sykepleier ansatt i Fredrikstad kommune har tilstått tyveri av beroligende medisiner fra sin arbeidsplass på sykehjemmet. Tyveriet ble avslørt av medisinregnskapet. Sykepleieren hadde vært på medisinrommet i alt fem ganger i en periode vedkommende var sykmeldt.» NRK 30.08.2010

tyveri fra Sykehuset Buskerud, er nå også anmeldt av Drammen kommune. Det bekrefter kommuneoverlege Tor Carlsen overfor Drammens Tidende. 22. januar i år ble det kjent at kvinnen ble anmeldt og siktet for tyveriene, og saken har siden vært under etterforskning.»

Drammens Tidende 01.02.2010

«Sykepleieren (40) fra Drammen som er siktet for medisin-

«En mann i slutten av 20-årene er siktet for å ha underslått

medisiner ved flere sykehjem. Tirsdag ble mannen varetektsfengslet i 14 dager med brev- og besøkskontroll. Han jobbet som sykepleier og er siktet for tyveri av medisiner ved flere sykehjem, deriblant ett i vårt distrikt. – Vi ser meget alvorlig på denne saken og det har blant annet sammenheng med hvordan medisinene ble tatt ut, men jeg vil ikke gå inn på detaljer rundt saken, sier politiadvokat Petter Solberg.»

Ringblad.no 20.10.2010

«En kvinnelig sykepleier i 30-årene har i avhør nektet for å ha gitt pasienter ved Grimtunet sykehjem hormontabletter i stedet for beroligende medisiner. Ledelsen ved sykehjemmet avdekket i februar at sju pasienter ved sykehjemmet hadde fått utdelt feil medisiner i perioden 12. til 17. februar i år.»

Fædrelandsvennen 15.08.2008

Verdens største kvalitetsforbedringsprogram i eldreomsorgen ga hårete resultater.



ENKLE TILTAK er ofte de beste når man skal gå løs på riskofaktorene i eldreomsorgen.

50 prosent færre feil

For fem år siden benket nederlandske helsemyndigheter seg rundt bordet for å diskutere et skrikende problem: Eldreomsorgen hadde kommet i alvorlig miskreditt etter mange presseoppslag om manglende pasientsikkerhet. Oppslag om underernæring blant eldre og feilmedisinering fikk folk flest til å stusse på

hva de ansatte i eldreomsorgen egentlig drev med.

Ambisiøst

Resultatet av rådslagningene var at myndighetene satte i gang et svært ambisiøst kvalitetsforbedringsprogram – etter sigende verdens største. Nøgelen i programmet var at landet ble «tep-

pelagt» med lokale forbedringsteam som skulle se på hva de kunne gjøre med risikofaktorene i eldreomsorgen.

Teamene skulle være bredt sammensatt, med både representanter fra myndighetene, arbeidstakerorganisasjoner, frivillige organisasjoner og omsorgsbedrifter. Sammen skulle de komme opp med forslag for å forbedre metoder og rutiner. Staten la til rette for arbeidet i forbedringsteamene, men teamene hadde stor handlefrihet lokalt.

Færre underernærte

Teamene så blant annet på det utbredte problemet med underernæring blant eldre pasienter på sykehjem. De hadde to hovedmål: Hvordan kunne man stimulere appetitten hos eldre? Og hvordan kunne ansatte oppdage og reagere adekvat på underernærte pasienter?

Rådslagningen rundt problemet førte blant annet til et svært enkelt, men effektivt tiltak. Mens mesteparten av maten på sykehjem tidligere ble organisert av cateringfirmaer som serverte maten i ferdige platenheter (pre-plated), fant man ut at de eldre både fikk bedre appetitt og en mer fullverdig diett når måltidet ble servert på en familiær måte. Når all mat sto klart på et felles bord, ble også fristelsen til å spise større.

Sammen med økt oppmerksomhet hos de ansatte omkring underernæring, reduserte Nederland forekomsten av uønsket vekttap hos eldre pasienter på sykehjem med hele 50 prosent. 90 prosent av sykehjemmene forbedret sine rutiner.

antallet skader etter fall på sykehjem med en tredel. Tiltakene var varierte, fra avanserte hoftebeskyttere til bedre nattlys. At sykepleierne generelt ble mer oppmerksomme på forebygging av fall gjorde også store utslag.

Tilsvarende gjøres det – fem år etter at programmet ble gjennomført – bare halvparten så mange feil i medisinerings på sykehjem. Det viste seg at sykepleiere tidligere ofte «glemte» å gi pasienten medisiner. De hadde det ofte travelt og var ukonsentrerte. I dag praktiseres det en ordning der den som deler ut medisiner har på seg en spesiell vest. Den signaliserer at sykepleieren ikke skal forstyrres i arbeidet med medisineringsen.

Database

Også forekomsten av liggesår ble drastisk redusert. For eksempel gikk antallet liggesår ned med 40 prosent på fire år. Mest oppsiktsvekkende er trolig at hele programmet, under tittelen «Care for better», ble gjennomført i en periode hvor nederlandske myndighetene gjennomførte innstramminger i offentlig sektor. Rutiner og metoder ble forbedret med gode resultater, uten at sektoren ble tilført større ressurser.

Hele 700 forskjellige organisasjoner deltok i arbeidet med kvalitetsforbedringsprogrammet. Nå har nederlandske myndigheter samlet erfaringene og forslagene i en egen kunnskapsdatabase, slik at alle har tilgang til samme informasjon.

Du finner den ved å klikke deg inn her: www.zorgvoorbeter.nl ■■■



Medlemsfordeler på banktjenester

På www.sykepleierforbundet.no finner du dine medlemsfordeler på banktjenester. Les mer og ta kontakt, det kan lønne seg.

Du kan også ringe 04800 eller komme innom et av våre kontorer.

www.dnbnor.no

DnB NOR

Uforstyrret

På samme måte reduserte Nederland

Tekst **Barth Tholens** Foto **Colourbox**

Merete Norhaug

Alder: 33 år

Yrke: Sykepleier

Jobber: Avdeling Strimmelen,
Jadeveien omsorgstjeneste i Tromsø

Til stede

Jeg trenger aldri å be pasientene vente.

Jeg jobber på en forsterket skjermet enhet med fem pasienter. De har demens og ulike alderspsykiatriske diagnoser, men hovedproblematikken er atferd som er vanskelig å håndtere på større avdelinger.

De fleste er oppegående, og til tider har vi pasienter som er fysisk sterke og utagerende. Jeg har vært utrygg på jobb, men går ikke rundt og er redd. Jeg tar forholdsregler. Jeg har kurs i terapeutisk mestring av vold og får mye veiledning.

Arbeidsmiljøet blir veldig spesielt, fordi jeg er nødt til å stole på kollegene mine. Alarm har jeg ikke, men det er en veldig liten avdeling. Jeg har oversikt.

På dag og kveld er vi tre pleiere. Det ble forsøkt å kutte ned til to på kveld, men da protesterte vi. Vi ville ikke greid å håndtere farlige situasjoner med bare to.

Mange tror at en avdeling som dette bruker mye tvang, men det er feil. Jeg gjennomfører ikke et stell bare for å følge rutinene. Jeg vurderer om behovet for stell er i samsvar med eventuelle tvangsiltak. Vi har pasienter som ikke har dusjet på over en måned.

Jobben handler mye om å være til stede. Det er alltid en pleier sammen med pasientene. Det er viktigere enn å stå på skyllerommet. Jeg tror pasientene opplever at de blir sett og det forebygger uro. Er det få på jobb, setter vi på rolig musikk for å stresse ned. Blir stemningen hektisk, blir pasientene fort urolige. De kan begynne å vandre eller rive ned gardiner. Vaktmesteren er ofte innom for å gjøre småreparasjoner.

Noe av det jeg liker best ved jobben er å ha tid. Da jeg jobbet på geriatrisk avdeling på sykehuset, tror jeg den setningen jeg oftest brukte var «vent litt». Etter to år her har jeg ennå ikke behovd å si det. For pasienter med demens og utageringsproblematikk tror jeg en slik beskjed ville fått situasjonen til å eskalere.

Jeg tror vi er veldig kreative til å forebygge uro. Trenger en pasient ekstra pleie, lar vi heller middagen bli en time forsinket. Ønsker en pasient å gå ut, sier vi ikke automatisk nei. Har vi anledning, henger vi oss heller på. Jeg har også hatt med en pasient i stallen for å hilse på hesten min.

Som sykepleier har jeg alltid ønsket å jobbe med geriatri. Jeg erfarte tidlig at jeg mestrer atferd som andre kan slite med. I denne jobben møter jeg komplekse problemstillinger. Jeg prøver å nøste opp problemene og få hverdagen til å fungere. Det er interessant. Men i møte med atferd jeg ikke får bukt med, kan jeg føle avmakt. Da er det bare å fortsette å prøve. ■■■

Fortalt til Nina Hernæs Foto Lars Åke Andersen





KRONPRINSESSE METTE-MARIT fikk trommende velkomst på vei inn i Chateau Neuf 14. oktober. Der ventet tusen sykepleierstudenter på henne.

Kronprinsessen har vært spesialut-sending for FNs aidsprogram. Til de kommende sykepleierne snakket hun om stigmatisering av dem som har hiv og aids.

– Det skjer også i helsevesenet. Men holdninger endrer seg i takt med økt kunnskap. Jeg har stor respekt for yrkesvalget dere gjør. Dere må ha mot for å møte mennesker i sårbare situasjoner, sa hun.

Lars-Erik Arestad, leder for Oslo-studentene og arrangør for fagkonferansen, er overveldet over at det kom så mange.

– Kjempemoro at Mette-Marit kunne komme. Vi visste det ikke sikkert før to uker før. Pågangen var så stor at påmeldingen ble stoppet før konferansestart.

– Hvorfor kongelig invitasjon?

– Hun var nok et trekkplaster. Og hiv og aids er et viktig tema. Det er mye helsepersonell ikke vet.

– Hva betyr en egen studentkonferanse?

– Vi tar opp viktige temaer som skolen ikke gjør. Det er et motiverende avbrekk i studiene, sier Arestad, som er tredjeårsstudent.

Han takket kronprinsessen pent i hånden etter besøket (se side 40).

– Med skrekkblandet fryd. Men hun er jo bare et vanlig menneske.

Tekst og foto **Marit Fonn**

St. Olavs Hospital i Trondheim bruker ekstravakter som tilsvarer 122 sykepleierårsverk.

Avhengig av merarbeid

På styremøtet i september ble medlemmene presentert for tall som viser at rundt hver tredje ansatte ved St. Olavs Hospital i Trondheim arbeider deltid. Blant sykepleierne går vel halvparten på

deltidskontrakter. Men de jobber mye mer.

Mange årsverk

Mange av sykepleierne som går på deltidskontrakter fyller opp stillings-

brøken ved å ta vakter ved andre avdelinger på sykehuset. I tillegg viser tall at bruken av merarbeid ved sykehuset første halvår i år var på hele 24 000 timer.

– Regner vi dette om til hele stillinger med 35,5 timers uke utgjør merarbeidet alene 122 årsverk mer enn det sykehuset har inngått kontrakter om, sier Norsk Sykepleierforbunds foretakstillitsvalgte ved sykehuset, Knut Jørgen Rotabakk.

Bruken av merarbeid viser ifølge Rotabakk det reelle behovet for sykepleiere ved St. Olavs Hospital.

Dom i Høyesterett

– Jeg mener den høye bruken av merarbeid ved sykehuset over tid gir

Høyesteretts begrunnelse er at «Ambulansetjenesten har skåret den faste bemanningen ned til beinet og kunne uten problemer hatt fast ansatte som i større grad dekket behovet.»

– I den aktuelle saken var det snakk om rundt 25–30 årsverk, mens det ved St. Olavs Hospital i dag brukes 122 årsverk på merarbeid, sier Rotabakk.

Må prioritere

På neste styremøte ved St. Olavs Hospital i slutten av november står budsjett på sakskartet.

– Igjen er det snakk om å redusere antall sykepleierstillinger for å få balanse i økonomien. Et av argumentene er at vi i Trondheim har flere sykepleiere sammenlignet med blant annet Helse



Kommunetorget.no

– for planlegging av rusarbeid i kommunene

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

Kommunetorget.no gir innblikk i:

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



«Det sier seg selv at dette ikke går opp.»

Knut Jørgen Rotabakk, foretakstillitsvalgt

grunnlag for at sykepleiere i deltidstillinger kan kreve høyere stillingsbrøk, sier Rotabakk.

Foretakstillitsvalgt viser til en dom i Høyesterett fra 2006 som gjaldt oppsigelse av et vikararbeidsforhold ved ambulansetjenesten i Akershus. I dommen påpeker Høyesterett at det ved ambulansetjenesten «var et konstant og forutsigbart udekket behov for arbeidskraft, som måtte gi grunnlag for en større fast bemanning». Videre heter det i dommen at «et fast arbeidskraftbehov skal ikke dekkes ved vikariater, men med større grunnbemanning av fast ansatte».

Bergen. Å redusere antall sykepleierstillinger rimer imidlertid dårlig med en stadig økende bruk av merarbeid, mener NSF's foretakstillitsvalgte.

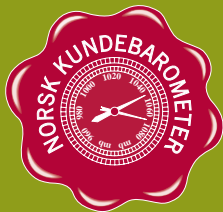
Samtidig med pålegg om nye sparetiltak blir sykehuset pålagt å ta imot nye pasientgrupper.

– Det sier seg selv at dette ikke går opp. Når noe kommer i tillegg, må noe tas bort. Jeg forventer at de ansvarlige nå kommer på banen og klart sier fra om hvilke pasientgrupper som skal prioriteres bort, sier Knut Jørgen Rotabakk. ■■■

Tekst Bjørn Arild Østby

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 strømutfgifter.



LOS har landets mest
fornøyde strømkunder.
Norsk Kundebarometer 2010

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



Innvandrergruppene er dårligere til å rapportere om sin egen helse.



– Gjør innvandrere mer synlig!

Når vil en 50–60 år gammel mann med pakistansk bakgrunn som har vondt i rompa og blod i avføringen hive seg over telefonen og ringe fastlegen, spør Manuela Ramin-Osmundsen.

Ramin-Osmundsen er jurist og leder arbeidet for likeverd og mangfold på Ahus. Hennes oppgave er å sørge for at innvandrere i Oslo og Akershus får et like godt helsetilbud som etniske nordmenn.

Den 29. oktober holdt hun inspira-

sjonsmøte i Norsk Sykepleierforbund sine lokaler. Hun snakket om at mennesker med minoritetsbakgrunn er mer utsatt for skjelettlidelser, kroniske sykdommer, psykiske lidelser og diabetes. Kvinner fra land som Pakistan, India og Sri Lanka utvikler oftere diabetes type to enn kvinner fra andre land, når de kommer til Norge.

Likeverd

– Er det slik at enkelte som har store behov for helsetjenester får lite hjelp?

Ramin-Osmundsen spør ut i forsamlingen. Hun illustrerer: En person med innvandrerbakgrunn og store psykiske problemer søker hjelp hos en psykiater. Personen kan ikke norsk, og har behov for tolk. En etnisk norsk jente på 15 år søker hjelp hos samme behandler. – Hvem tror du psykiateren finner det enklest å hjelpe?

Barn i asylmottak, papirløse og mennesker som har vanskelig for å orientere seg i helsevesenet, er grupper som Ramin-Osmundsen mener

får for lite hjelp i dagens helsevesen.

Mye rosa hud

Hun er skuffet over bildebruken i informasjonshefter og brosjyrer. De hvite ansiktene dominerer. Hun savner en mer mangfoldig representasjon av befolkningen.

– Du finner ikke en svart, gravid mage i en brosjyre. De fargede menneskene er bare ikke der, sier Ramin-Osmundsen oppgitt. ■■■

Tekst **Marte Skaara** Foto **Marit Fonn**

Medlem?



Som medlem får du mange rabatter hos Telenor:

Sjekk ut dine medlemsvilkår og bestill rabattene på <http://telenor.infored.no/nsf>

Fasttelefoni:

Opptil **-15%**

Bredbåndstelefoni:

Opptil **-15%**

Bredbånd ADSL:

Opptil **-15%**

Mobiltelefoni:

30 minutter ekstra ringetid på abonnementer.*

Send SMS til 2000 med tekst Bestill NSF og få 30 minutters ekstra ringetid pr måned for dine private fakturabaserte mobilabonnement fra Telenor.

*Gjelder ikke djuice, surfprat, superkontroll, SuperSim og kontaktkort.



Fag & bøøker

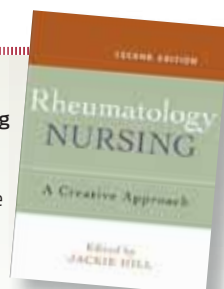
ANNERLEDES BARSELGRUPPE: Det kan være vanskelig for foreldre som har fått barn med funksjonsnedsettelse å delta i barselgrupper med foreldre med friske barn. Bildet er fra Sagene helsestasjon i Oslo, og personene på bildet har ingenting med innholdet i artikkelen å gjøre. Side 54



3 om revmatologisk sykepleie

Anbefalt av
Torill Stenmoen, sykepleier,
reumatologisk poliklinikk,
Sykehuset Østfold Moss

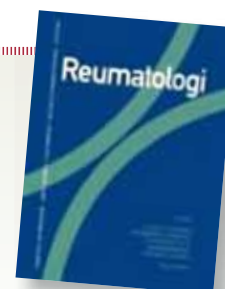
JACKIE HILL
Rheumatology nursing
Grundig innføring i revma-
tologisk sykepleie. Jackie
Hill er professor og ledende
innenfor revmatologisk
sykepleieforskning.



KARI HANSEN BERG
Lærebok i revmatologisk sykepleie
Kort og grei innfø-
ring i faget.



JOHANNES FRIIS
Reumatologi
Grundig innføring
i revmatologisk
sykdomslære og
behandling.





Bente Berg, sosiolog, Lærings- og mestringscenteret for barn, unge og deres familier, Oslo universitetssykehus, Ullevål (LMS-barn)

Annerledes barsel

Vanlige barselgrupper dekker ikke behovene til foreldre som har barn med funksjonsnedsettelse.

Bare barnet er velskapt ...» hører man gjerne vordende foreldre si. Heldigvis opplever de aller fleste foreldre å få et friskt barn. Men noen få opplever at det de kanskje fryktet mest under graviditeten blir en realitet – det nyfødte barnet har en funksjonsnedsettelse. Dette får store konsekvenser for hele familien. Den første tiden oppleves spesielt belastende (1). Foreldrene må takle egen sorg, ta seg av barnet og eventuelle søsken, og forholde seg til et hjelpeapparat som har vært ukjent inntil denne situasjonen oppsto. Foreldre til barn med funksjonsnedsettelse blir opptatt av andre spørsmål enn foreldre til friske barn. De kjenner svært sjeldent andre foreldre i tilsvarende situasjon, og det er liten oppmerksomhet i media og lite litteratur om temaet. Ofte føler de seg alene i en ny og vanskelig situasjon.

Faller utenfor

Til tross for at disse familiene trenger all den støtte og hjelp de kan få, faller de som regel utenfor tilbudet om barselgrupper ved helsestasjonen. Noen foreldre får tilbud om å delta i barselgrupper på lik linje med andre familier. Vi som jobber ved Lærings- og mestringscenteret for barn, unge og deres familier, ved Oslo universitetssykehus, Ullevål (LMS-barn), har vært i kontakt med mange foreldre med vanskelige erfaringer fra møtet med tradisjonelle barselgrupper. Mange trekker seg derfor fra tilbudet. Andre igjen har fortalt at de ikke har fått tilbud om å delta i barselgrupper. Det kan være et forsøk fra helsestasjonens side på å skjerme familien for nettopp den belastning det kan være å delta i barselgrupper sammen med andre foreldre som har barn som utvikler seg «etter boka».

Erfaringsgruppe

I 2007 ble det startet et samarbeidsprosjekt mellom LMS-barn og en helsestasjon i en bydel i Oslo. Målet var å utvikle alternative barselgrupper for foreldre som nylig har fått et barn med funksjonsnedsettelse. Prosjektet var finansiert av stiftelsen Helse og Rehabilitering, gjennom organisasjon Handikappede barns foreldreforening.

Den alternative barselgruppen ble opprettet for at foreldre som nylig hadde fått et barn med nedsatt funksjonsevne skulle få et gruppetilbud der de kunne utveksle erfaringer med familier i tilsvarende situasjon. Temaene som skulle tas opp var tilrettelagt for akkurat disse familiene. Denne artikkelen bygger på noen erfaringer fra den første barselgruppen som ble startet i en bydel i Oslo og på kvalitative intervjuer av noen av de mødrene som deltok. Barselgruppen skulle være et tilbud til foreldre som hadde barn med omfattende og alvorlige funksjonsnedsettelse. De foreldrene som selv definerte seg inn i en slik gruppe, og derfor ønsket et slikt tilbud, fikk plass.

Svært få barn med funksjonsnedsettelse blir diagnostisert i nyfødtperioden. Mange får diagnosen mellom seks måneders alder og cirka et år. Noen også senere enn det. For å fange opp flest mulig

valgte vi å ha et aldersspenn fra nyfødt til tre år. Da vi økte aldersspennet kunne ikke tilbudet lenger betegnes som en barselgruppe. Derfor kalte vi tilbudet «Erfaringsgruppe».

Organisering

Cirka 3 til 5 prosent av alle barn i Norge blir født med eller utvikler tidlig en sykdom som fører til en funksjonsnedsettelse (2). Det er derfor sjelden mange nok ved en og samme helsestasjon til å danne en gruppe. Prosjektet var derfor avhengig av å rekruttere familier fra flere bydeler. Til sammen deltok ni mødre og en far fra fem forskjellige bydeler, med barn fra tre måneder til tre år.

Til tross for at barnas alder var høyere enn det vi vanligvis har i en barselgruppe, ønsket vi at tilbudet skulle organiseres tilnærmet likt tradisjonelle barselgrupper. Helsestasjonen arrangerte seks møter i løpet av åtte måneder. Foreldrene ble også oppfordret til å treffes i egen regi mellom møtene ved helsestasjonen.

Foreldrene kunne selv velge om de ville ta med barnet sitt til møtene eller ikke. Fordi flere av barna var over et år, var det også flere av dem som hadde begynt i barnehage. De eldste barna var derfor som regel ikke med i gruppen. De minste barna var som oftest med, det kunne variere fra gang til gang. Barna lå på matter på gulvet, mens foreldrene satt på stoler i en ring rundt. I gruppen deltok barnefysioterapeut og helsesøster fra helsestasjonen, og prosjektleder fra LMS-barn.

Intervjuer

For å evaluere tilbudet intervjuet prosjektleder foreldre som hadde deltatt i gruppene. Intervjuene var lagt opp som en samtale omkring hvilke erfaringer foreldrene hadde med tradisjonelle barselgrupper og hvordan de opplevde å delta i en alternativ barselgruppe. Temaene var fastlagt på forhånd, men rekkefølgen ble bestemt underveis i intervjuet. Fem mødre ble intervjuet. Prosjektleder valgte å skrive direkte ned mødrenes utsagn mest mulig ordrett etter hva de fortalte. Sitater som er benyttet i artikkelen er alle anonymisert. Hvert intervju tok cirka en time.

Alle mødrene ga eksempler på hvorfor de syntes det var vanskelig å delta i tradisjonelle barselgrupper. En mor sa følgende om det å møte andre foreldre med friske barn: «Alle er opptatt av barnet sitt, snakker om hvor fint og flott det er, du som sitter med et funksjonshemmet barn blir stille. Det er vanskelig å snakke med de som har friske barn.»

Alle mødrene som ble intervjuet hadde tidligere fått tilbud om å delta i barselgruppe i regi av helsestasjonen. En mor hadde bodd i utlandet etter fødselen og fikk der tilbud om en barselgruppe spesielt tilrettelagt for familier med barn som hadde tilsvarende diagnose som hennes. Hun var veldig fornøyd med det tilbudet. De andre fire mødrene hadde deltatt i barselgrupper med familier med

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

Søkeord:

- » Barn
- » Funksjonshemming
- » Kronisk sykdom



gruppe

friske barn. En av mødrene i utvalget visste ikke at barnet hadde en funksjonsnedsettelse da hun gikk i barselgruppen. Hun hadde også gode minner fra tiden i barselgruppen, men som hun sa: «Jeg hadde ikke gått der om jeg visste at det var noe galt, det hadde vært sårt, det hadde jeg ikke orka».

De tre andre mødrene fortalte at de opplevde det som vanskelig å delta i en ordinær barselgruppe. En mor fortalte: «Det var tøft å være der. Jeg sammenlignet meg i hjel og så gråt jeg alltid litt. Det var tøft. Jeg fikk noe styrke. De andre fulgte meg opp, men det var trist. Men jeg hadde bestemt meg, noen måtte jeg jo være sammen med. Jeg kjente jo ingen andre som var i samme situasjon som meg selv.» En annen mor med et barn med funksjonsnedsettelser fortalte: «Ja, jeg var med i barselgruppe en gang, jeg gikk etter 45 minutter, da skulle de se en film, jeg skjønnte fort at det ikke var noe for meg. Hvis jeg møter noen av dem i dag, vet de ikke hva de skal si, jeg føler de er usikre.»

Rekruttering

Ved prosjektoppstart ble det sendt ut invitasjoner til aktuelle familier og informert om gruppene ved konsultasjoner på helsestasjonen. I tillegg ringte gruppelederne i prosjektet rundt til de aktuelle familiene for å informere om tilbudet.

Flere foreldre poengterte at det var bra at de fikk et tilbud som de ikke selv måtte finne frem til og be om. En mor fortalte: «I begynnelsen var alt så tungt, jeg orket ikke å gjøre noe. Jeg ble så glad for at noen tilbød noe uten at jeg trengte å foreta meg noe som helst, det var deilig. Det er det eneste vi har fått hvor vi har sluppet å stå med lua i hånden.»

Intervjuene viste at alle foreldrene opplevde det som vanskelig å avgjøre om de skulle delta eller ikke. En mor sa: «Psykologen min sa jeg burde gå, jeg stolte på ham». Andre refererte til mødre eller kjærester som hadde anbefalt dem å delta. For mange var det avgjørende at flere henvendte seg til dem angående tilbudet: «At dere ringte og sto på for at jeg skulle komme var avgjørende for at jeg kom. Det var veldig hyggelig.»

Det første møtet

Gruppelederne la stor vekt på at foreldrene skulle føle seg velkomne. En mor sa: «Å bli tatt godt imot er viktig. At dere skjønnte hvem jeg var og tok meg imot var viktig».

Det ble benyttet ulike teknikker for at foreldrene skulle bli bedre kjent på det første møtet. Etter å ha småpratet litt med sidemannen ble det foretatt en presentasjonsrunde der hver deltaker skulle si litt om seg selv og barnet. For mange ble dette en veldig tøff runde, men mødrene sa de også opplevde det som godt i ettertid.

En mor sa: «Det første møtet var veldig tøft, jeg greide ikke å gå og handle etterpå en gang, kjente bare gråten hele tiden». En



annen mor fortalte også at hun gråt mye etter det første møtet: «Det var vanskelig å erkjenne at her hørte jeg til, det var vondt å se at andre også har det vondt, men det var godt å se at vi var flere i samme situasjon.»

Til tross for at det første møtet opplevdes som tungt, valgte alle mødrene å fortsette i gruppa. På møtet nummer to fikk gruppelederne tilbakemelding om at flere av mødrene hadde hatt det vanskelig etter først treff. Foreldrene ønsket at gruppelederne tok en felles oppsummering på slutten av hvert treff, for å snakke om hvordan de hadde hatt det. Dette rådet ble fulgt.

Temaer

På det første møtet valgte foreldrene hvilke temaer som skulle belyses. Foreldrene valgte ikke temaer som er vanlige for barselgrupper som søvn, amming, ernæring og så videre. De valgte temaer som gjenspeilet familienes spesielle situasjon: Nav og rettigheter, avlastning, hjelpemidler, tilpasning i barnehage, søsken og parforhold. Hvert tema skulle belyses av en fagperson og en forelder. På alle møtene ble det derfor holdt et foredrag av en invitert fagperson og et innlegg om samme tema av en mor eller far. Av og til inviterte vi inn foreldre som ikke tilhørte gruppa, men som hadde barn med nedsatt funksjonsevne, og erfaring med det temaet vi ønsket

ANDRE BEHOV: Foreldre med friske barn er opptatt av andre problemstillinger i barselgruppen enn foreldre til barn med funksjonsnedsettelser. Personene på bildet har ingen ting med innholdet i artikkelen å gjøre. Arkivfoto: Erik M. Sundt.



å belyse. Andre ganger holdt en av deltakerne i gruppa et innlegg i plenum og fortalte om sine erfaringer. Etter foreldrenes ønske var det også satt av god tid til uformelle samtaler mellom foreldrene. I andre del av møtet ble det servert lunsj. Da satte foreldrene seg rundt et langbord og snakket sammen om det som opptok dem der og da. I intervjuene hevdet foreldrene at temaene stort sett hadde vært i tråd med det de ønsket. Samtlige følte de hadde bidratt i valget av temaer.

Praktisk utbytte

Den praktiske nytten av å delta i gruppen var åpenbar. Alle mødrene opplevde at de hadde fått nyttige tips og gode ideer. Fagpersonene redegjorde for lover, regler, retningslinjer og rettigheter. Mens foreldrene ga nyttige «hverdagstips» til hverandre. En forelder sa: «Jeg synes det dukket opp noe fornuftig hver gang» eller «bra å høre hvordan andre gjør ting, særlig de som ligger foran i løypa».

Noen foreldre fortalte om helt konkrete hendelser: «Kari ga meg ideen til en spesiell stol fordi Stian hadde problemer med nakken, det har Tonje også.» En annen mor fortalte: «Bare det at jeg sa at jeg hadde fått avslag på søknad om skråpute, så var Sandra der med Lisas gamle skråpute neste gang. Og brystpumpe fikk jeg av Heidi.»

Det er vanskelig å snakke med de som har friske barn.

Foreldrene refererte til at de fikk mange nyttige tips som gjorde at de følte at de måtte komme hver gang. Noen av mødrene hevdet at de fikk for mye informasjon utenfra. De hadde heller ønsket å bruke mer tid på egne erfaringer.

Bearbeider sorgen

Mødrene hadde også følelsesmessig utbytte av gruppen. Både fagpersoner og de andre foreldrene var viktige bidragsytere i håndteringen av de følelsesmessige utfordringene. Foreldrene fremhevet særlig at fellesskapet med andre i tilsvarende situasjon ga dem mye. En mor hevdet: «Det er utrolig viktig å snakke med andre som har opplevd det samme som meg. Det fellesskapet vi har i det rommet; sorgen, skuffelsen. Vi snakker ikke så mye direkte om det, men vi vet at alle har det. Det er en bearbeiding som tar lang tid.» eller som en annen mor sa: «Det er ikke så farlig om følelsene tar overhånd når vi er sammen. Jeg ser jo andre som gjør det. Godt å komme inn sammen med andre som også har hatt det tøft. Bli minnet på at det ikke bare er du som har vært uheldig».

Foreldrene hevdet at det var viktig å snakke om følelsene for å bearbeide sine opplevelser. En mor sa: «Hvis ikke vi får prate om dette, forblir det inni oss. Vi blir aldri ferdig med det.» eller som en annen mor sa: «Fint å komme lenger med seg selv og sorgen. Fint å høre andres historie». Enkelte hevdet at de ønsket gruppa hadde gått dypere inn i sorgen ved at man delte flere historier med hverandre.

Kan det være slik at foreldrene egentlig ønsker å gå mer i dybden i følelsesmessige temaer? Er følelser og sorg et så vanskelig tema å gå inn i at de lar være å be om det selv om de trenger det? Det kan være spesielt vanskelig å be om en slik fordypning på det første møtet. Kanskje bør gruppelederne legge til rette for at det blir brukt mer tid på sorg og bearbeiding av følelser i utgangspunktet?

Fellesskapet viktigst

Generelt sett var mødrene veldig fornøyd med det tilbudet de hadde fått i gruppen. En mor sa: «Jeg er så utrolig glad for at jeg fikk bli

med, jeg har hatt så utrolig godt utbytte av det!» En annen mor sa: «Jeg følte denne gruppen var opprettet spesielt for meg».

Alle mødrene som ble intervjuet oppga at det å treffe andre foreldre i tilsvarende situasjon var det viktigste utbytte av gruppesamlingene. En mor sa det slik: «Jeg hadde et sug etter å treffe andre». På spørsmål om å si noe mer om betydningen av å treffe andre svarte en mor: «Kontakt med andre foreldre, uavhengig av diagnose, det er viktig. Man lærer å fikse det. Jeg vet det er mange med meg. Det er mange andre i samme situasjon.»

Barnas diagnoser var veldig forskjellige, alt fra fysisk funksjonsnedsettelse til multifunksjonshemmet. Til tross for at barna har forskjellig behov, har de stort utbytte av å treffe hverandre. En mor sa: «Uansett diagnose står vi foreldre på en annen side enn andre foreldre». En annen mor sa: «Jeg føler at vi er likestilt, alle er på samme nivå. Ingen er noe bedre eller verre enn andre. Noen sliter mer, men du kan snakke om ting» Til tross for ulik alder og forskjellige diagnoser opplevde foreldrene et fellesskap.

Styrke og svakheter

Det kan ikke trekkes for store slutninger av denne studien. Den er basert på kvalitative intervjuer av fem mødre som har deltatt i en tilrettelagt barselgruppe for foreldre til barn med funksjonsnedsettelse i Oslo vest. Alle mødrene hadde høy utdanning. Tendensene som viser seg i studien kan derfor ikke hevdes å være generelle.

Gruppas prosjektleder intervjuet mødrene. Intervjuer og respondenter var derfor kjent for hverandre. En svakhet kan være at foreldrene ønsket å gi en positiv tilbakemelding i intervjuet og dermed ikke har vært helt ærlige med hensyn til mer negative opplevelser i gruppa. At intervjuer og respondent var bekjente kan også ha vært fordelaktig, ved at mødrene følte seg trygge i intervjusituasjonen og dermed var mer åpne og ærlige enn de ville vært med en fremmed.

Andre studier av selvhjelpsgrupper bekrefter det samme: Fellesskapet har en egenverdi, det er ikke bare et virkemiddel for å oppnå andre ting. Det føles godt å oppdage at det er flere i samme situasjon, og det å møte andre med samme problem beskrives som en følelse av å være blant sine egne. Den klart viktigste betydningen av å delta i selvhjelpsgrupper, synes rett og slett å være å treffe like-sinnede som har opplevd det samme. Betydningen av fellesskapet er en dimensjon som lett blir oversett av utenforstående forskere (3).

Avslutning

Erfaringene fra dette prosjektet tilsier at man er avhengig av å rekruttere familier fra flere bydeler for å danne en gruppe for foreldre som nylig har fått et barn med funksjonsnedsettelse. Erfaringsgruppene ble derfor avhengig av samarbeid på tvers av helsestasjoner og på tvers av bydeler/kommuner for å rekruttere deltakere.

Studien tyder på at foreldre til små barn med funksjonsnedsettelse opplever at det er av stor betydning å få et tilrettelagt gruppetilbud ved helsestasjonen. Foreldrene refererer til både praktisk og følelsesmessig utbytte av gruppene. Samtlige opplever de at det å treffe andre foreldre i tilsvarende situasjon er meget betydningsfullt.

Vi håper at denne artikkelen kan bidra til at flere helsestasjoner ønsker å utvikle erfaringsgrupper for foreldre som nylig har fått et barn med funksjonsnedsettelse. Studien kan bare antyde hva som skjer i interaksjonen mellom foreldrene når de treffes i gruppene. Betydningen av å treffe andre foreldre i tilsvarende situasjon som seg selv, vil bli grundigere belyst i studien «Treffe de andre og hverandre», som startet opp ved LMS-barn i januar 2010. ■■■

LITTERATUR

1. Ingstad B, Sommerschild H. Familien med det funksjonshemmede barnet. Oslo: Tanum Norli, 1983.
2. Grue L. Funksjonshemmet er bare et ord. Oslo: Abstrakt forlag, 2004.
3. Hjerndal OK, Nilsen S, Seim S. Selvhjelp, kunsten og løfte seg etter håret. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag, 1998.



Hanne Kalstad Vestaby, sykepleier med klinisk videreutdanning i revmatologisk sykepleie, revmatologisk poliklinikk på Sørlandet Sykehus Kristiansand.

Fra passiv pasient til aktiv medspiller

Dataprogrammet GoTreatIT kan bidra til bedre sykepleiekonsultasjon og gjøre kommunikasjonen mellom helsearbeider og pasient lettere.

Innenfor revmatologien har det skjedd en rivende utvikling både når det gjelder kunnskap om faget, utviklingen av nye behandlingsmetoder og hvordan samhandlingen med pasienten foregår. Pasientene blir sjeldnere innlagt, mens polikliniske konsultasjoner øker. Dette har også ført til en stor utvikling av sykepleierrollen. På de fleste revmatologiske avdelinger i Norge har sykepleierne egne konsultasjoner med pasientene. Som helsepersonell ønsker vi at pasientene tar aktivt del i behandlingsopplegget, men hvor mye slipper vi de egentlig til? Føler pasientene selv at de aktivt blir tatt med på råd? I denne artikkelen vil jeg belyse hvordan sykepleierkonsultasjonen kan gjøres på en god og konstruktiv måte med pasienten i fokus, og ved hjelp av et dataprogram som heter GoTreatIT. Et teknisk hjelpemiddel trenger ikke å skape distanse, men kan tvert imot bidra til å møte pasientene der de er.

GoTreatIT

GoTreatIT (1) er et datasystem som skal hjelpe pasient og behandler til bedre å forstå pasientens plager. Gjennom registreringer i GoTreatIT kan tiltak som er igangsatt evalueres, og det gir pasienten en mulighet til å formidle sine helseplager ved selvrappotering. Systemet bygger på standardiserte sykdomsmål og helsemål. Dataprogrammet er i stor grad selvforklarende, og gir lett adgang til pasientdata som sosiodemografi, diagnose, sykdomsaktivitet, helsestatus og medisinerings. Bruk av data øker trykgheten, sparer tid, gir raskere tilgang til svarene, og viktigst av alt: det gir hyppigere vurderinger av sykdomsaktivitet og effekt av behandling. Dataprogrammet fører til at alle spørsmål besvares, ingen mistes underveis og flere pasienter svarer på skjemaene. Det foretas automatisk utregning av målingene, slik at resultatet er tilgjengelig umiddelbart. Pasienten kan få vite resultatet med en gang, og diskutere dette under konsultasjonen. Dette kan bedre kommunikasjonen og sikre en riktigere behandlingsplan (2).

Pasientens behov

I Sosial- og helsedepartementets retningslinjer settes pasienten først. Begreper som «brukermedvirkning» og «pasienten som ekspert på seg selv» er svært sentrale. Pasientene skal bli hørt og møtes med respekt. De skal betraktes som eksperter på eget

liv, ha rett til innsyn og medbestemmelse, og hjelpes til forståelse og mestring (3). Dialogen mellom pasient og helsepersonell vektlegges. Den enes kompetanse skal ikke svekkes til fordel for den andre, og dette krever samarbeid og samhandling. Pasienten blir en samarbeidspartner, noe som gjør at relasjonen mellom helsepersonell og pasient blir svært viktig (4).

Pasientens status

I møtet mellom pasient og helsepersonell tilhører gjerne fagpersonen et offentlig maktapparat og oppnår dermed høyere status enn pasienten. Hvordan den enkelte profesjonsutøver opptrer har betydning for om denne strukturen blir forsterket eller svekket. Ofte vil fagpersonen tro de vet best hva pasienten trenger, og ta avgjørelser for pasienten (5). Kari Martinsen skriver at vi kan gi et individ en underlegen posisjon med lite rom for tillit. Dette er den moralsk uansvarlige maktutfoldelse, og som fratrar pasienten muligheten til å være deltaker i eget liv. Vår holdning påvirker altså pasientenes livsmuligheter, og vi bør legge forholdene til rette for dem (6).

En av våre pasienter har hatt leddgikt i 30 år. Hun er med

Pasientene blir sjeldnere innlagt, mens polikliniske konsultasjoner øker.

andre ord en meget erfaren pasient som har opplevd mye. Hun sier selv at hun har gått fra å være en passiv pasient til aktiv medspiller på grunn av GoTreatIT. Først nå føler hun at hun blir tatt seriøst med på råd, og at vi anerkjenner henne som ekspert på seg selv både fysisk og psykisk. Hun liker å se utviklingen visualisert, og sier rett ut at nå vet hun at hennes opplevelser har større verdi enn tidligere (8).

Bidrar til brukermedvirkning

WHO definerer empowerment som «en prosess der folk oppnår større kontroll over beslutninger og handlinger som berører helse» (4). Det oversettes gjerne på norsk til brukermedvirkning

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturreferanser på våre nettsider.

Søkeord:

- ▶ Revmatisme
- ▶ Kronisk sykdom
- ▶ Brukermedvirkning
- ▶ Mestring
- ▶ Livskvalitet



(8). Også i denne sammenhengen blir deltakelse et nøkkelord. I empowerment-tenkningen blir det en omfordeling av makt – fra fagfolk til bruker. Hensikten er å styrke pasientenes ressurser, gi dem økt trygghet på seg selv, styrket selvstendighet og evnen til å ivareta egne rettigheter (4).

Men man skal være bevisst på at brukermidvirkning ikke betyr at pasienten skal eller kan bestemme hele tiden. Noen ganger er det nødvendig for pasienten å slippe medvirkning, og heller nyte godt av ekspertens kompetanse. Dette krever bevisst handling fra ekspertens side. Å være ekspert på seg selv, betyr ikke at man er ekspert på faglige forhold. Det kan derimot bety at man vet best hva som er best akkurat for seg selv, hvordan ens egen opplevelse er, hva man selv tenker og trenger (4).

Eksperter på seg selv

Å følge empowerment-tankegangen kan bidra til at helsepersonell i større grad spiller på lag med pasientene. I selvregistreringen til den enkelte i GoTreatIT, er det kun pasienten som har svaret og er eksperten. Denne registreringen blir så sett i sammenheng med faglige målinger, og til sammen utgjør det grunnlaget for valg av behandlingsopplegg. Pasienten blir i høyeste grad sett på som en ekspert på seg selv. Han/hun får en reell anledning til å delta og må selv ta ansvar. Når pasienten foretar selvregistrering, blir det riktigere enn når vurderingen i tillegg skal gå via en annen observatør som for eksempel lege eller sykepleier (9,10). GoTreatIT blir et instrument som gir helsepersonell en unik sjans til å møte pasientene der de er. For at sykepleieren skal kunne gi profesjonell omsorg i et humanistisk perspektiv, må han eller hun nettopp forstå hvilken innvirkning sykdommen har på pasienten sett fra pasientens synspunkt (10).

Ulike faktorerers betydning

Det finnes en egen veileder i revmatologisk sykepleie. Her er det sett på hva forskningen sier om ulike faktorerers betydning for hvordan RA-pasienter følger opp behandlingen. Faktorer som fremmer måten pasientene følger opp behandlingen på, er blant annet at de selv har en aktiv rolle, at de selv har følelsen av å ha kontroll over sykdommen og behandling, og at de har en høy «self-efficacy» – tillit til egen mestring (11).

Også Jackie Hill sier at noe av det viktigste i revmatologisk sykepleie er å styrke pasientenes self-efficacy. For å klare dette

Pasientene trenger informasjon om sin egen tilstand for å kunne ta en aktiv rolle.

er kunnskap helt grunnleggende. Pasientene trenger informasjon om sin egen tilstand for å kunne ta en aktiv rolle. En kronisk sykdom kan alltid endre seg. En pasient kan fint mestre den fasen han er i, men likevel mestre dårlig neste fase han går inn i. I samspillet med pasientene er det viktig å oppfordre dem til å delta i så mange beslutninger som mulig i forhold til behandlingsopplegget. Når man selv er med på å bestemme, er det også større sannsynlighet for at opplegget blir fulgt, selv om man ikke oppnår bedring med en gang (10).

Konsultasjoner og kommunikasjon

Sykepleiere må ha gode kommunikasjonsevner og god kunnskap om sykdom for å yte god omsorg (10). Den viktigste kontakten vi har med pasientene skjer gjennom samtalen. En samtale kan

åpne vei for verdighet og respekt eller fortvilelse, håpløshet og hjelpeløshet. Hvis man opplever å bli forstått, vil man få bekreftet troen på at det finnes en løsning på problemene. Frykten for ikke å bli forstått kan føre til at man ikke klarer å formidle for andre hva man egentlig tenker. Det er derfor av stor betydning å skape en god dialog med pasienten (12).

En kvalitativ studie som er gjort på konsultasjoner med diabetespasienter, viser interessante forskjeller mellom sykepleiere og leger. Sykepleieren kommuniserte ut ifra pasientens egen oppførsel og evne til å ta ansvar, mens legen kommuniserte ut ifra et medisinsk ståsted. Sykepleierne tok utgangspunkt i det pasienten spurte om, og forklarte ut fra dette. Konsultasjonen førte til forklaringer som gjorde at pasienten selv foreslo tiltak, mens legen raskt fant tiltak på pasientens vegne. Undersøkelsen viser at sykepleiere og leger utfyller hverandre. Legene kommer raskere frem til en konklusjon, mens sykepleierne vektlegger å informere og aktivisere pasienten (13).

Slike studier forteller oss at det er viktig at sykepleiere har konsultasjoner med pasientene, og at vi kommer tidlig inn i behandlingsprosessen. Da er det viktig at vi har noe å styre etter, og at ikke møtet med pasienten blir overfladisk og uten betydning. Sykepleieren kan hjelpe pasientene til å mestre livet som kronisk syk, slik at de kan foreta riktige valg og at livet blir så bra som mulig (10).

Egen erfaring

Noe av det første jeg gjør sammen med pasienten er å se på selvrappotereringen i tillegg til å regne ut DAS-score (tall for sykdomsaktivitet). Jeg ønsker å vektlegge pasientens kunnskap og erfaring og opplever at dataprogrammet bidrar til dette. Vi ser på resultatet i fellesskap og sammenligner med tidligere resultater. Tall, grafer og konkrete bilder har stor makt både over pasientene og oss. Når pasienten selv har vært direkte med i utformingen, er det snakk om virkelig samarbeid! Forholdet mellom pasient og sykepleier blir preget av gjensidighet; sykepleieren kan lære av pasienten og motsatt (10). Hvis pasienten ved dagens konsultasjon er mye bedre enn forrige gang, er det en enorm konkret tilbakemelding når de ser at grafen går nedover på sykdomsaktivitet. De får en bekreftelse på at det de selv gjør virker, og blir motivert til å fortsette. Den positive utviklingen kan være et resultat av å ta en medisin på riktig måte eller av å følge et annet skissert behandlingsopplegg. Vi på vår side blir tvunget til handling hvis vi enten ser at pasientens situasjon er forverret eller at pasienten ikke har ønsket effekt av den behandlingen han/hun står på.

Lærer om egen sykdom

Det skal sies at pasientene ikke alltid er like motivert til å foreta selvregistrering, eller at de ikke forstår hvorfor dette må gjøres ved hver konsultasjon. Det er ikke uvanlig å høre utsagn som «dette gjorde jeg jo sist, og det har ikke forandret seg». Vi ønsker at pasientene skal forstå hvorfor de gjør dette, og at det kan være viktige data for oss å vite at tilstanden er lik som før. Jeg opplever at pasientene ønsker å bruke dette verktøyet når de blir forklart hvordan det virker.

På denne måten blir GoTreatIT et redskap som bidrar til at pasienten lærer mer om sykdommen sin. I registreringen går vi systematisk igjennom flere områder som kan være problematiske, og dermed blir det naturlig å gå nærmere inn på det som er aktuelt for den enkelte. Sykepleieren får hjelp til å oppnå den profesjonelle nærheten til pasientene. Dette gir pasientene den tryggheten de trenger for å klare å uttrykke sine tanker og

følelser (10). Siden dataene registreres systematisk over tid, vil pasienten selv kunne se utviklingen og få en bekreftelse på om tiltakene som iverksettes har effekt eller ikke. På denne måten blir samtalen strukturert, samtidig som pasienten føler seg sett.

Konklusjon

I litteraturen er det konsensus om at det mangler forskning rundt sykepleierkonsultasjoner. Hvordan kan vi klare å vise vår kompetanse på dette området? En konsultasjon handler mye om kommunikasjon, men dekker ikke alt. Det er en utfordring å oppnå pasientfokuserede konsultasjoner. Pasientene trenger informasjon om sin egen tilstand for å kunne ta en aktiv rolle. Vi har begrenset tid til å oppnå maksimalt utbytte, samtidig som konsultasjonene skal ha god kvalitet. Det å ha en modell å holde seg til, kan spare tid sammenlignet med et ustrukturert opplegg. Det kan også forebygge at pasienten kommer tilbake fordi behovene ikke ble dekket første gang (14).

Bruken av GoTreatIT har etter min mening flere muligheter. Som sykepleier opplever jeg at det gjør samhandlingen med pasientene lettere, fordi vi i større grad har utviklet et felles språk. Jeg tror også det gjør det enklere for legene å forholde seg til denne delen av vårt arbeid, og at det derfor kan øke kvaliteten på samarbeidet mellom sykepleiere og leger. I tillegg blir den jobben vi gjør som sykepleiere mer synlige, og det trenger vi! ■■■

Artikkelen er forfatterens semesteroppgave ved videreutdanningen i revmatologisk sykepleie, Bergen



BRUKERMEDVIRKNING: Ved bruk av kommunikasjonssystemet kan pasienten lære mer om sin egen sykdom. Personen på bildet har ingen ting med innholdet i artikkelen å gjøre.

LITTERATUR

1. Sørlandet Sykehus. www.helsefilm.no. [film] Kristiansand; 2006 [updatert 2006; cited]; Available from.
2. Lee S, Kavanaugh A, Lenert L. Electronic and computer-generated patient questionnaires in standard care. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*. 2007;21(4): 637–47.
3. Sosial- og helsedepartementet. NOU «Pasienten først». Oslo; 1997.
4. Tveiten S. Den vet best hvor skoen trykker: om veiledning i empowermentprosessen. Bergen: Fagbokforl.; 2007.
5. Skau GM. Gode fagfolk vokser: personlig kompetanse i arbeid med mennesker. Oslo: Cappelen akademisk; 2005.
6. Martinsen K. Samtalen, skjønnnet og evidensen. Oslo: Akribe; 2005.
7. Alsnes R. Vegen starter med det første steg. *Revmatiker* 6:06. 2006.
8. Heggdal K. Kroppskunnskap: pasienten som ekspert i helsefremmende prosesser. Oslo: Gyldendal akademisk; 2008.
9. Yazici Y. Monitoring outcomes of arthritis and longitudinal data collection in routine care using a patient questionnaire that incorporates a clinical note on one piece of paper. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*. 2007;21(4): 629–36.
10. Hill J. *Rheumatology nursing: a creative approach*. Chichester: Wiley; 2006.
11. Zangi H, Hamnes B, Vestaby H. *Veileder i revmatologisk sykepleie: Undervisning i forhold til pasienters oppfølging av behandling*. Oslo: NRRK; 2003. p. 16.
12. Wormnes B, Manger T. *Motivasjon og mestring: veier til effektiv bruk av egne ressurser*. Bergen: Fagbokforl.; 2005.
13. Collins S. Explanations in consultations: the combined effectiveness of doctors' and nurses' communication with patients. *MEDICAL EDUCATION*. 2005 (39): 785–96.
14. Willcox A, Munson E. The emergence of the nursing consultation. *Practice Nursing*. 2007;18(8): 409–12.



Sveinung Wergeland Sørbye, overlege, Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Ta hpv-vaksinen!

Hpv-vaksinen kan beskytte mot kjønnsvorter og flere typer kreft hos både kvinner og menn.

Flere ulike krefttyper forårsakes av virusinfeksjoner. Et slikt virus er humant papillomavirus (hvp). Man regner med at 5 prosent av all kreft totalt, og 10 prosent av all kreft hos kvinner, er forårsaket av nettopp dette viruset. I Norge har hpv-vaksine vært tilgjengelig på resept siden 2006. Fra høsten 2009 har alle jenter i 7. klasse i Norge fått tilbud om hpv-vaksine, som en del av barnevaksinasjonsprogrammet.

Hpv som årsak til livmorhalskreft

Sammenheng mellom seksuell aktivitet og livmorhalskreft ble observert allerede for flere hundre år siden. Livmorhalskreft er en sykdom som nesten aldri forekommer hos nonner. For 30 år siden ble hpv som årsak til livmorhalskreft dokumentert. Harald zur Hausen fikk i 2008 Nobelprisen for denne oppdagelsen, som gjør at livmorhalskreft nå kan forebygges gjennom hpv-vaksine og hpv-testing.

Hpv er den vanligste seksuelt overførbare sykdommen vi har. Omtrent 70–80 prosent av alle kvinner og menn smittes, en eller flere ganger i løpet av livet (ofte som tenåringer eller i 20-årene). Alle seksuelt aktive kvinner som har mer enn én partner i løpet av livet, eller har en partner som har hatt én eller flere partnere tidligere, er i risikogruppen for hpv-smitte. Risiko for hpv-smitte er 10 prosent for hver ny partner. Kondom kan redusere risiko for smitte med 60–70 prosent, men hpv kan også smitte fra områder som ikke er dekket av kondomet.

Utvikling av livmorhalskreft

Livmorhalskreft er en sykdom som utvikler seg over tid gjennom en serie av forstadier. Det tar som regel minst 10–15 år fra hpv-smitte utvikles til kreft. Dette gjør at livmorhalskreft kan forebygges ved hjelp av celleprøver fordi forstadier kan oppdages og behandles før kreft utvikles, men i Norge har 40–50 prosent av kvinner som får livmorhalskreft en tilfredsstillende screeninghistorie.

I Norge har vi et organisert masseundersøkelsesprogram mot livmorhalskreft. Kvinner i alderen 25–69 år innkalles til celleprøve hvert tredje år, og omtrent 80 prosent tar celleprøven som anbefalt. Dette har halvert antallet tilfeller av livmorhalskreft. Likevel er det i underkant av 300 kvinner som utvikler denne typen kreft hvert år. Halvparten av de som får livmorhalskreft er blant de 20 prosent som ikke har fulgt screeningprogrammet. Det er årlig 3000 kvinner som behandles for forstadier ved hjelp av konisering der områder med celleforandringene fjernes ved at en del av livmortalappen opereres vekk, et inngrep som dessverre kan øke risiko for senaborter og premature fødsler i senere svangerskap.

Naturlig infeksjon beskytter ikke

Når en hpv-infeksjon er lokal i slimhinnen og uten kontakt med blod eller lymfe vil immunforsvaret i liten grad oppdage viruset. Likevel vil 90 prosent av hpv-infeksjoner gå over av seg selv i løpet av 6–24 måneder. Det vil til enhver tid være omtrent 20 prosent av

befolkningen som har en pågående hpv-infeksjon, hvorav halvparten av infeksjonene vil være forårsaket av en av de 14 såkalte høyrisiko hpv-typene. En naturlig gjennomgått hpv-infeksjon vil imidlertid i liten grad kunne beskytte mot senere hpv-infeksjoner, selv ikke med samme hpv-type. Halvparten av de med hpv-infeksjon utvikler ikke målbare antistoffer i det hele tatt. Resten utvikler lave titere av antistoff som bare gir delvis beskyttelse mot senere infeksjoner. Vaksinene gir antistoffrespons med nivåer som ligger 10–10 000 ganger høyere enn ved en gjennomgått hpv-infeksjon.

Kan gå over av seg selv

Mange kvinner går rundt med celleforandringer uten å vite om det. Disse gir ingen symptomer og blir ikke alltid oppdaget ved hjelp av celleprøve. På samme måte som hpv-infeksjoner går over av seg selv, vil de fleste celleforandringer også forsvinne uten behandling. Det er stor forskjell på de ulike hpv-typenes evne til å forårsake celleforandringer og kreft. Mens mange typer forårsaker lett grads celleforandringer, er det færre hpv-typer som forårsaker høygradige celleforandringer, og i forhold til livmorhalskreft er hpv type 16 og 18 årsak til minst 70 prosent, og kanskje over 90 prosent, hos kvinner under 35 år.

Andre typer kreft

Livmorhalskreft er bare en av flere typer kreft som skyldes hpv. Kreft i ytre kjønnsorganer hos både kvinner (vaginalkreft og vulvakreft) og menn (peniskreft) samt analkreft og noen typer øre/nese/hals-kreft er også forårsaket av hpv. Hpv-subtypene er samlet årsaken til nesten:

- › 100 prosent av alle tilfeller av livmorhalskreft
- › 90 prosent av alle tilfeller av vaginalkreft
- › 80 prosent av alle tilfeller av analkreft
- › 50 prosent av alle tilfeller av peniskreft
- › 40 prosent av alle tilfeller av vulvakreft
- › 24 prosent av alle tilfeller av øre/nese/hals-kreft

Effekt av hpv-vaksiner

Det er to typer hpv-vaksiner, Cervarix og Gardasil. Begge inneholder viruslignende partikler for hpv-type 16 og 18 som er årsak til minst 70 prosent av livmorhalskreft. Hpv-vaksinen Gardasil inneholder i tillegg viruslignende partikler for HPV type 6 og 11, som er årsak til 90 prosent av kjønnsvorter. Hpv-vaksinen er derfor en vaksine som kan redusere forekomsten både av kjønnsvorter (kondylomer) og flere typer kreft, både hos kvinner og menn. Til sammen cirka 6000 kvinner og menn får behandling for kjønnsvorter (kondylomer) hvert år. Begge hpv-vaksiner har vist 90–100 prosent effekt på celleforandringer forårsaket av HPV 16 og 18. Gardasil har vist nær 100 prosent effekt mot kjønnsvorter forårsaket av hpv type 6 og 11. I tillegg har begge vaksiner vist delvis effekt på enkelte andre typer hpv som følge av kryssbeskyt-

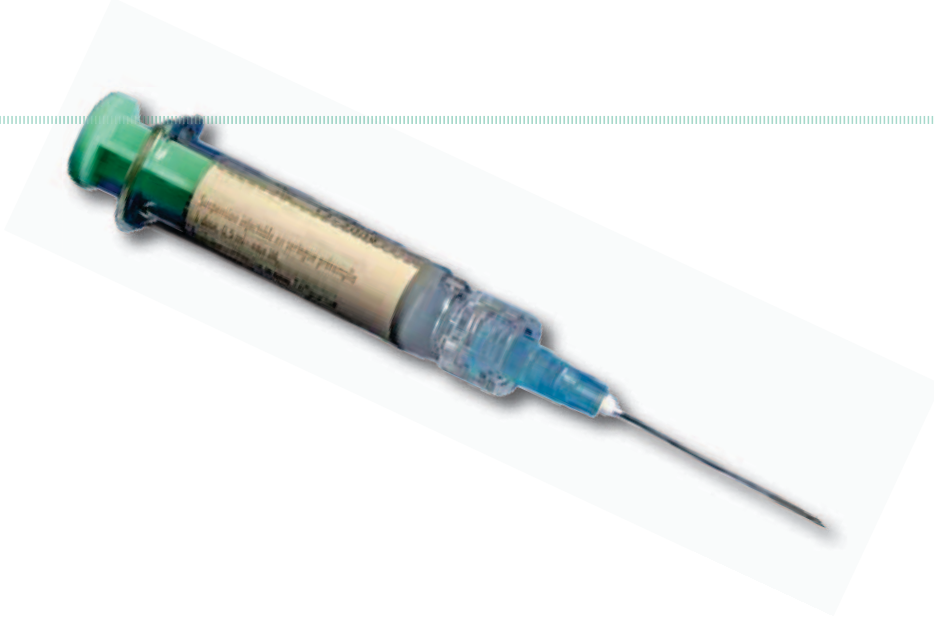
www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

Søkeord:

- › Vaksine
- › Ungdom
- › Kreft
- › Helsestasjon
- › Skolehelse-tjeneste





telse. I Norge brukes Gardasil i barnevaksinasjonsprogrammet.

I Australia gir de gratis hpv-vaksine til kvinner opp til 26 år. Alle rede ett år etter oppstart av vaksinasjon i Australia halveres antall tilfeller av kjønnsvorter hos kvinner under 28 år. Behandlingskrevende celleforandringer er blitt redusert hos kvinner i alderen 18–20 år.

Den lengste oppfølgingen av noen hpv-vaksine er nå nærmere ti år, og man ser ingen tegn til avtakende effekt i denne perioden. I tillegg inducerer vaksinen immunhukommelse, som er en sterkt prediktor for langvarig effekt.

Andre virustyper

Noen forskere frykter at vaksinasjon mot hpv type 16 og 18 vil føre til at andre hpv-typer overtar («replacement») og forårsaker like mye kreft som før. For at dette skal kunne skje må det være konkurranse mellom ulike typer hpv, og viruset må ha evne til å kunne forandre seg. Det ser imidlertid ut til at dette ikke er tilfelle. Samme kvinne kan være smittet av flere typer hpv på en gang, og hver enkelt type hpv kan forårsake hver sine celleforandringer. Infeksjon med hpv type 16 eller 18 vil ikke gi beskyttelse mot andre hpv-typer. Manglende smitte av hpv 16 eller 18 vil ikke gjøre andre typer farligere. Interessant nok ser det heller ikke ut til at samtidig infeksjon av flere hpv-typer medfører større risiko for kreftutvikling enn hpv 16 eller 18 alene.

Alder for vaksinasjon

Etter som det vanligvis tar minst 10–15 år fra hpv-smitte til kreft utvikles, vil det si at en 30 år gammel kvinne med kreft mest sannsynlig ble smittet da hun var 15–20 år gammel. Hpv-vaksinen virker forebyggende og har ingen effekt på en pågående hpv-infeksjon. For å være sikker på at vaksinen blir gitt før hpv-smitte bør den helst gis før man blir seksuelt aktiv. Det er grunnen til at vi i Norge har valgt å gi vaksinen gratis til tolv år gamle jenter. Samtidig vil også de fleste eldre jenter/kvinner ha nytte av vaksinen. Selv om vaksinen ikke har effekt på en pågående hpv-infeksjon, kan den beskytte ved senere hpv-eksponering. Kvinner som blir behandlet for celleforandringer, har lavere risiko for nye celleforandringer dersom de får hpv-vaksine. I tillegg til aldersgruppen 12–26 år har vaksinen også dokumentert effekt hos 27–45 år gamle kvinner. De som ønsker å betale for vaksinen selv, kan oppsøke sin fastlege, gynekolog eller helsestasjon for ungdom.

I Europa er det mange land som gir gratis hpv-vaksine i aldersgruppen 12–18 år, inkludert Sverige og Danmark. I Australia gis hpv-vaksine gratis til jenter/kvinner i alderen 12–26 år. På Grønland får også gutter gratis hpv-vaksine.

Bivirkninger

De vanligste rapporterte bivirkningene av hpv-vaksine er lokal hevelse og ømhet i armen der vaksinen er satt. Dessuten er det meldt feber, hodepine, kvalme, oppkast, diaré og magesmerter. Allergiske

reaksjoner på vaksinen forekommer i sjeldne tilfeller. Det er derfor, som ved annen vaksinerings, viktig med anafylaksiberedskap. Besvimelser og nestenbesvimelser, med eller uten kramper og pustebesvær (hyperventilering) er ikke uvanlig ved vaksinerings, og kan skyldes smerter, eller ubehag ved vaksinerings eller ømstendighetene rundt. I vaksinstudiene ble det ikke sett flere bivirkninger i vaksinegruppen enn i placebogruppen.

Per 21. august 2010 hadde 18 060 jenter, som utgjør 64 prosent av jentene på sjuende klassetrinn i Norge, fått minst én vaksinedose. Hver jente skal få tre doser. Samtidig var det meldt inn 190 mulige bivirkningstilfeller. I all hovedsak betegnes bivirkningene som lite

Hpv kan også smitte fra områder som ikke er dekket av kondomet.

alvorlige (95 prosent). Ni av disse tilfellene ble klassifisert som alvorlige, og er rapportert inn som mulige bivirkninger etter bruk av vaksinen Gardasil. Jentene ble lagt inn på sykehus for observasjon på grunn av besvimelse, kramper eller allergiske reaksjoner, men har ikke fått varige mén.

Erfaringer i andre land

1,1 millioner franske jenter har fått til sammen 2,7 millioner doser Gardasil. Antallet rapporterte tilfeller av autoimmune (allergiske) reaksjoner/sykdommer er under nivået i den ikke-vaksinerte andelen av befolkningen og viser ingen årsakssammenheng med vaksinen. 70 av de franske jentene var, eller ble gravide, kort tid etter vaksinasjonen. Det er ingen signaler som tyder på at vaksinen har hatt noen som helst innvirkning på svangerskapet.

Alle meldinger om alvorlige bivirkninger i USA er gjennomgått av medisinske eksperter. Det ble ikke funnet noen felles mønster som tilsier at de rapporterte hendelsene var forårsaket av vaksinen.

Beregninger fra Storbritannia viser at man allerede innen 2025 kan redusere antall kvinner under 30 år som diagnostiseres med livmorhalskreft med 2/3. Videre forventer man i samme periode 50 prosent reduksjon i behandlingstrengende høygradige celleforandringer (konisering) og 27 prosent færre unormale celleprøver.

Vaksine og screening

Hpv-vaksinen Gardasil beskytter først og fremst mot sykdommer forårsaket av hpv-typene 6, 11, 16 og 18, men det er også sett delvis effekt på enkelte andre hpv-typer gjennom kryssbeskyttelse. Hpv-vaksinen beskytter ikke mot andre seksuelt overførbare sykdommer. Kondom bør derfor anbefales. Vaksinasjon er heller ingen erstatning for regelmessige screeningundersøkelser av livmorhalsen (celleprøver), da det finnes høyrisiko hpv-typer som ikke inngår i vaksinen. Vi trenger både vaksine og screening for å forebygge livmorhalskreft. ■■■



Linda Stange Nilsen, sykepleier, Barneintensiv, større barn, Oslo universitetssykehus avd. Ullevål.

Også barn bør rehabiliteres tidlig

Barn med alvorlige traumatiske hodeskader får ikke det samme tilbudet som voksne om tidlig rehabilitering, til tross for at resultatene blir bedre.

Intensiv behandling kombinert med tidlig rehabilitering er et behandlingstilbud for pasienter med traumatiske hodeskader innlagt på Oslo universitetssykehus, Ullevål. Dette er et tilbud som hovedsaklig gjelder for voksne pasienter. Barneintensivavdelingen på Ullevål har også som mål å kombinere intensivbehandlingen med tidlig rehabilitering, for å gi pasienten best mulig behandling og startgrunnlag for videre rehabilitering på andre institusjoner.

Gir bedre resultater

Totalt blir det lagt inn cirka 150 barn i året med traumatiske hodeskader på Ullevål sykehus. Av disse har 8–15 en så alvorlig hodeskade at de har behov for avansert intensivbehandling (1). Vi har sett at prognosen fra rehabilitering er best når den starter på et tidlig tidspunkt. Tidlig rehabilitering må utføres mens pasienten fortsatt er intensivkrevende, men ute av den ustabile fasen der hjernen trenger ro. Tidlig rehabilitering gir bedre langsiktige funksjonelle resultater (2).

Formålet med intensivbehandling kombinert med tidlig rehabilitering er å få pasienten med traumatisk hodeskade opp på et best mulig funksjonsnivå. Det har vist seg at pasienter med traumatisk hodeskade har stor nytte av rehabiliteringen. I tillegg er det samfunnsøkonomisk kostnadseffektivt (3). Avhengig av skadens alvorlighetsgrad er konsekvensene variable, fra helt bra til total uførhet (3).

Barneintensiv har valgt å bruke noe av det samme rehabiliteringskonseptet som Enhet for Tidlig Rehabilitering (ETR) bruker. Dette er intensiv, systematisk rehabilitering som gir mindre komplikasjoner som kontrakturer, liggesår og agitert atferd. Det kalles ABC-konseptene (se faktaboks).

For å kunne bruke ABC-konseptet må man ha ansatte med fordypning i dette. Disse konseptene gjør også at hele behandlingssopplegget rundt pasienten tar lenger tid i forhold til stell og mobilisering, noe som er en stor utfordring når det er sykepleieren selv som må ta hovedansvaret for dette hos oss.

Behandlingskjeden

Barn med traumatiske hodeskader intensivbehandles på Barneintensiv og blir deretter overført til Sunnås sykehus eller andre rehabiliteringssentre. Eventuelt blir de overført via sitt lokale sykehus i påvente av plass. Ved voksenintensiv er det opprettet en egen enhet for tidlig rehabilitering. Her starter man med intensivt systematisert rehabilitering av pasienter med hodeskader allerede mens de

ABC-konseptene:

- ▶ Affolter-konseptet er en metode der man arbeider med organisering av sanseinput. Behandlingen består av guiding av dagligdagse aktiviteter. Som vask av kroppen, tannpuss, påkledning, hårstell og så videre. Sykepleier vil da føre pasientens hånd og guide ham/henne gjennom prosedyren. Dette er med på å hjelpe pasienten til å kjenne igjen vante bevegelser og handlinger, (og «vekke hjernen») (6).
- ▶ Bobath-konseptet er en metode som brukes for å stimulere til normal bevegelse, funksjon og kontroll. Behandlingen foregår i forbindelse med aktiviteter som leiring, forflytning og dagligdagse aktiviteter. Det blir lagt stor vekt på tidlig mobilisering opp i sittende og stående stilling. Leiring vil si at man pakker dyner eller håndklær rundt pasienten i sengen for at pasienten skal føle komfort/velvære, forebygge komplikasjoner, øke oppmerksomheten av egen kropp, gi taktile stimuli, samt regulere stimuli fra omgivelsene. (6)
- ▶ Coombes-konseptet er en metode med fokus på gjenopptrening av ansikts og munnfunksjoner. Behandling foregår ved stimulering av ansikt og munn, stimulering av normal svelgfunksjon, spise og drikketrening (6).

fortsatt er intensivkrevende. Vårt mål er å få implementert en slik modell på Barneintensiven. ETR ved voksen intensiv er en del av en sammenhengende behandlingsskjede fra skadested, via mottak til initial stabilisering, intensivbehandling og tidlig rehabilitering, mens pasienten fortsatt er innlagt på OUS Ullevål. Videre overflyttes pasienten til rehabilitering på Sunnås sykehus og til slutt tilbake til hjemkommunen, der nødvendige tiltak settes i gang. Pasienten følger med andre ord en helhetsplan der det kontinuerlig blir gjort forberedelser for den videre behandlingen, også når pasienten skal flytte fra en avdeling eller sykehus til neste trinn i behandlingsskjeden.

Målgruppen

Hos oss vil målgruppen for tidlig rehabilitering være barn fra 0–16 år, med traumatisk hodeskade. For å være kandidat til tidlig rehabilitering må pasienten, som ledd i behandlingen, ha vært under respiratorbehandling minst 24 timer. Som regionalt traumesenter mottar Ullevål sykehus alle barn med alvorlige traumer fra hele Helse SørØst. Pasienter med moderate hodeskader blir også sendt til Ullevål sykehus, mens pasienter med lette hodeskader oftest blir behandlet ved lokale sykehus (1). På sikt vil vi utføre tidlig rehabilitering på andre pasientgrupper også, som hjerneblødninger, asfyksiskader (hjertestans), encefalitt, meningitt og metabolske sykdommer.

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

Søkeord:

- ▶ Barn
- ▶ Traume
- ▶ Rehabilitering



Tidlig rehabilitering må utføres mens pasienten fortsatt er intensivkrevende.



Ettersom tidlig rehabilitering er et satsningsområde for barneintensiv, har vi allerede satt i gang tiltak med de ressursene vi har. Det er også opprettet en arbeidsgruppe fra barnesenteret på Ullevål sykehus, Sunnås sykehus og Nordre Aasen habiliteringssenter, som har lagt frem et forslag til utvikling av en behandlingsskjede for rehabilitering av barn i Helse Sør Øst (1).

Opplæring

For å utvikle sykepleiernes kunnskap om temaet har vi hatt undervisningsdager der ergoterapeut og fysioterapeut fra ETR har undervist oss i hvordan de arbeider, og informert oss om hva vi selv kan starte opp med på vår avdeling. Det er også laget prosedyrer som vi kan bruke i forhold til leiring og ansikts- og munnstimulering på pasientene.

Sykepleiere på vår avdeling spiller en avgjørende rolle i den tidlige rehabiliteringen av barna. Fysioterapeutene deltar også i rehabiliteringen. Men vi har ikke ergo- og fysioterapeut som kun jobber med barna som får tidlig rehabilitering slik det er på ETR. Sykepleierne har derfor et stort ansvar i forhold til rehabiliteringen ved avdelingen slik det er i dag.

Barneintensiv har forskjellige faggrupper der sykepleierne får mulighet til å fordype seg i et tema. Hodeskadegruppen har engasjert seg i tidlig rehabilitering og fungerer som en ressursgruppe for sykepleierne. Det er utarbeidet oppslagsverk og sjekklister som skal gjøre det enklere for hver sykepleier på avdelingen å gå inn i rehabiliteringen. Gruppen underviser også resten av sykepleierne på avdelingen i fagforum og på studiedager. Hodeskadegruppen består av fire sykepleiere, og man jobber for å sende disse på kurs i tidlig rehabilitering som retter seg mer mot barn, for å øke kunnskapen deres ytterligere. ETR holder også kurs som omhandler en del av de prinsippene som sykepleierne kan starte med uten å være avhengige av terapeutene. Faggruppen har vært på dette kurset, og har også en avtale om å hospitere ved ETR når det er mulig.

Det finnes lite litteratur og kurs i emnet i forhold til barn, men i Danmark (Hammel, Hvidovre) har de kommet mye lenger enn oss på rehabilitering av barn. Et samarbeid med slike ressursentre vil være av stor betydning og øke sjansen for å utvikle et velfungerende tilbud på vår avdeling.

Har startet

Barneintensiven har ennå ikke systematisk satt i gang med tidlig rehabilitering. Sykepleierne har likevel startet med å utføre tidlig

rehabilitering på de pasientene som havner i målgruppen, basert på den kunnskapen og de ressurser vi har. I de tilfellene hvor det har vært aktuelt med tidlig rehabilitering det siste året har vi også fått råd og veiledning av terapeutene på ETR i forhold til stell og trening. Vi har utviklet planer for videre rehabilitering i samarbeid med ETR.

Hvor vellykket behandlingstilnærmingen blir er basert på samarbeid mellom sykepleierne og fysioterapeutene, intensivbarneleiene, fysikalsk medisinere, nevrokirurger og nevrologer. Når vi har pasienter med hodeskader og disse er stabile nok til å motta tidlig rehabilitering, informerer vi fysioterapeut. Man tilstreber å legge opp et treningsprogram for pasienten i samarbeid med fysioterapeuten. Våre fysioterapeuter har likevel ikke tid og kapasitet til å være hos oss til en hver tid, eller når det passer best for pasienten, slik som på ETR. Hvis vi skal få en egen tidlig rehabiliteringsavdeling for barn, er vi avhengige av å ha ergo- og fysioterapeuter fast tilgjengelig for våre pasienter. Da vil pasientene få en mer kontinuerlig og bedre behandling.

Vi har, etter at det har blitt mer fokus på tidlig rehabilitering, startet opp med rehabilitering hos pasienter med traumatiske hodeskader. Sykepleierne er svært engasjerte i denne behandlingen, og vi ser at det oppslagsverket vi har satt sammen blir brukt og bidrar til kontinuitet i rehabiliteringen. De siste pasientene vi har hatt innlagt med traumatisk hodeskade har blitt raskere overflyttet til Sunnås enn hva som har vært praksis tidligere. Det er inspirerende å tenke på at økt fokus på temaet og samarbeidet om å lage en bedre behandlingsskjede mellom sykehus og rehabiliteringssentrene gir resultater.

Antall overlevende etter traumatiske hodeskader øker. Traumatiske hodeskader hos barn øker i den vestlige verden, samtidig øker andelen overlevende barn med hodeskade grunnet prehospital og intensivmedisin samt kirurgisk intervensjon (4).

Det er nylig vist at tidlig rehabilitering og trening på denne kategorien pasienter er av avgjørende betydning for god langtidsprognose (5). Det bør derfor ikke være noen tvil om at barn bør få samme mulighet som voksne. Dette er en prosess for avdelingen og sykepleiergruppen som vil ta lang tid og det trengs mye mer ressurser både av personal og tilrettelegging. Vårt mål vil likevel være å sette i gang med tidlig rehabilitering med de ressursene vi har i dag. Vi trenger økt kunnskap og erfaring om temaet, men vi håper på sikt å kunne vise til en tilsvarende avdeling for barn som i dag finnes for voksne. ■■■

Se også reportasjen fra Ullevål på neste side.



JO FØR, JO HELLER: Rehabilitering etter traumatiske hodeskader gir best resultater når man starter på et tidlig tidspunkt, også for barn. Illustrasjonsfoto: Scanpix.

LITTERATUR

1. Dahl H M, Henrichsen T, Kanavin Ø, Berstad J, Sundby M. Rehabiliteringstilbud for barn med ervervede hjerne-skader. Forslag til utvikling av en behandlingsskjede av barn i helse SØR ØST. Sendt inn til Helsedepartementet, Oslo, 2008
2. Ling H, Wong J. Rehabilitation for traumatic brain injury in children and Adolescents. Hwee-Ling, Department of Rehabilitation, Tan Tock Seng Hospital, Singapor and Janice TY Wong; Department of Pediatric Medicine, KK Women's and Children's Hospital, Ann Acad Med Singapore, Singapor, 2007;36:62-6.
3. Franckeviciute E, Krisciunas A. Peculiarities of physical therapy for patients after traumatic brain injury. Egle Franckeviciute, Aleksandra Krisciunas. Department of Rehabilitation, Kaunas University of Medicine, Medicina (Kaunas), Lithuania, 2005; 4(1).
4. Appeltson R, Baldwin T. Management of Brain-Injured Children. Oxford University Press, 1998.
5. Andelic, Røe, Early comprehensive rehabilitation after severe TBI, Brain injury 2008; 22: suppl.1, 87; DOI: 080/02699050801984326, Ullevaal University Hospital, Oslo, Norway, 2008.
6. Wæhrens E, Winkel A, Gyiring J. Neurologi og neurorehabilitering for ergoterapeuter og fysioterapeuter. Munksgaard Danmark, København 2006.

Utligner tyngdekraften

Å ligge godt kan få pasienten raskere opp av sengen.

Tekst **Nina Hernæs** Foto **Stig M. Weston**



LEIRING I RYGGLEIE: Skal pasienten settes opp, tippes hele sengen, ikke bare hodeenden.



LEIRING I SIDELEIE: Marianne Landerud passer på å gi støtte under midjen til Ane Langslet.

På barneintensiv på Ullevål pakkes og stappes det. Sykepleier Linda Stange Nilsen bruker dyner, håndklær og stikkklaken for å demonstrere leiring av sederte barn. Sammen med sykepleier Marianne Landerud leirer hun kollega Ane Langslet etter alle kunstens regler. Hensikten er å motvirke tyngdekraften.

Tidlig rehabilitering

Prinsippene for leiringen er hentet fra Bobath-konseptet, som er en metode utviklet av en fysioterapeut og en nevrolog for å stimulere til normal bevegelse, funksjon og kontroll. Bobath er et av konseptene som brukes i tidlig rehabilitering av pasienter med hodeskader. Barneintensiv ønsker å innføre tidlig rehabilitering av hodeskadde barn, etter samme prinsipper som brukes på voksne. Slik rehabilitering er ikke kommet i gang systematisk, men prinsippene for leiring er tatt i bruk.

– Vi ser at leiring er bra for nesten alle pasienter, sier Nilsen.

– Ikke bare de med hodeskader.

Derfor underviser hun og Landerud om leiring også for sykepleiere på vanlige barneposter.

Normal bevegelse

Intensivsykepleier Ane Langslet synes hun ligger riktig godt. Marianne Landerud legger puten til rette under

hodet hennes, og sjekker at det ikke er luftrom mellom nakke og madrass.

Bobath tar utgangspunkt i kroppens normale bevegelser.

– Når vi leirer pasienten liggende på rygg, tar vi utgangspunkt i at kroppen står oppreist, forklarer Nilsen.

– Det skal være støtte under hele kroppen og ingen luftrom. Det betyr at vi leter etter punkter hvor det er glipper mellom kropp og underlag, og det gjelder særlig under knær, nakke og rygg.

Langslet har fått dyne under seg og ekstra pute under hælene.

– Når det oppstår hulrom mellom kropp og madrass, gjør tyngdekraften at den delen som ikke har støtte blir presset ned. Det øker risikoen for muskelspenninger, smerter og trykk.

Ved å leire utjevner vi tyngdekraften og forebygger kontrakturer og trykksår.

Musklene svekkes ved lang tids sengeleie, og derfor er det viktig å støtte opp under de store muskelgruppene. Det gjør det lettere å begynne å bevege seg.

– Dessuten gir leiring komfort og velvære, sier Linda Stange Nilsen.

– Pasientene hviler bedre. Når jeg ser hvor mye bedre de har det når de er leiret, får jeg dårlig samvittighet for at jeg ikke har gjort dette før.

Ikke for varmt

– Kan alle leires på denne måten?

– Pasienten må være ute av den ustabile intensivfasen. Og leiring må alltid klareres av lege, understreker Marianne Landerud.

– Dessuten ser vi selvfølgelig pasienten an. Vi vurderer underveis, og har parametre som puls og respirasjon å forholde oss til. Dette er jo pasienter som overvåkes hele tiden.

– Det vi ser er at blodtrykk og puls hos pasienter som leires normaliserer seg, sier Nilsen.

– Vi tror det henger sammen med at de slapper av.

Et argument mot leiring er at det må bli varmt med alle dynene og putene.

– Det er sjelden et problem, men er pasienten veldig varm, bruker vi håndklær, tøybleier eller tepper i stedet for dyner og puter, sier Landerud.

– Vi tar det vi har.

Tipper hele kroppen

Nilsen ser kritisk på hvordan Ane Langslet er leiret. Hun sjekker at alle ledd og muskler er i nøytral stilling. Ser at kroppen er vertikalt og horisontalt i akse. Ingen hulrom er å spore. Men Langslet ligger flatt i sengen, hodeskadde barn skal ligge med hodet 30 grader hevet.

– Nå er det fristende å heve pasienten ved bare å heve hodeenden av sengen, sier Nilsen.

– Det er feil.

I stedet tipper hun hele sengen 30 grader opp.





STØTTER ANKLENE: Marianne Landerud stapper dynen så ankene til Ane Langslet får støtte. Linda Stange Nilsen står klar med ekstre dyne.

Jeg får dårlig samvittighet for at jeg ikke har gjort dette før. Linda Stange Nilsen

– Hever vi bare hodeenden, forskyves hele kroppen ut av leiringen. Det skjer ikke dersom hele sengen tippes. Men det må være støtte under føttene, så pasienten ikke glir nedover.

Langslets føtter er støttet med en myk pute.

– Dere bruker mange dyner og puter?

– Ja. Mange synes det blir vel mye støsj. Vi har derfor en egen kurv til utstyret.

Dynetrekk og andre tekstiler som brukes til leiringen skiftes daglig.

På samme akse

Pasienter kan leires i ulike stillinger, men på barneintensiv er leiring i rygg- og sideleie vanligst. Langslet snur seg rundt for å demonstrere sideleie.

– Nå må vi se på midjen, sier Nilsen.

– Er det innsving her, må vi gi god

støtte for å unngå feilstillinger.

Hun henter fram dyne og pute på ny, og begynner å stappe under midjens bue. Hun passer på at ryggen ligger parallelt med sengen.

– Og så er det viktig med støtte under rumpa så den ikke sklir ut, sier hun.

Landerud legger også en dyne mellom beina hennes og ser til at avstanden mellom ankene og knærne er lik som hoftebredden, for ikke å få rotasjon i hoftene. Landerud og Nilsen ser til at avstanden fra nakke til skulder er lik på begge sider. Hvis ikke kan det bli strekk i nakken.

Så er Langslet pakket og klar. De to andre sykepleierne sjekker at nese, navle og symfyse ligger på samme akse. Det er lik høyde på skulder, hofte, kne og ankel.

– Så kan vi tippe sengen igjen, sier Nilsen.

– Hvor lenge kan pasienten ligge sånn?

– To-tre timer.

Gjør noe

– Har dere tid til å leire?

– Det går fortere og fortere. Dette er nytt og må læres, men vi brukte tid på å legge pasienten til rette før vi begynte å leire også, påpeker Nilsen.

– Dessuten har vi alltid tid til å leire litt, mener Landerud.

– Kan man gjøre noe feil?

– Nei. Gjør man noe, er man godt på vei. ■■■



INGEN HULROM: Nakken støttes med pute. Linda Stange Nilsen demonstrerer på kollega Ane Langslet.

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

NINA FOSS

Aktuell med: Omskjæring. Stopp

Yrke: Sykepleier og antropolog

Bosted: Tromsø

Også somali elsker barna

Foreldre som lar barna sine omskjære gjør det ikke av ondskap. Tekst Nina Hernæs Foto Stig Weston

Nina Foss tror på endring.
– Kall meg gjerne naiv, men jeg mener dialog og respekt kan få slutt på omskjæring, sier hun alvorlig.

Foran henne ligger boken «Omskjæring. Stopp». Sykepleier og antropolog Foss er redaktør. 13 andre bidrar med tekster om blant annet hva omskjæring er, konsekvenser, utbredelse, historie, jus og religion. Flere av skribentene er somaliere, den gruppen som er sterkest berørt av omskjæring i Norge.

Foss mener omskjæring må ses som en konvensjon. Noe man gjør fordi alle andre gjør det.

– Omskjæring er en forferdelig skikk. Men for å få slutt på den må vi forstå hvorfor skikken etterlevs. I Somalia er omskjæring noe bra. Tradisjonelt er det del av å bli ærbar kvinne. Man blir ikke gift uten å være omskåret, og det oppfattes som nødvendig for å føde friske barn.

I boken skriver Zahra Abdullahi at hun som barn ønsket å bli omskåret og at hun selv inviterte omskjæreren hjem til familien. Hun visste inngrepet ville gjøre vondt, men hun så hvor stolte de jentene som allerede var blitt omskåret var. Hun ville bli som dem.

– Omskjæring er ekstremt smertefullt når det gjøres uten bedøvelse, sier Foss.

– Men siden smerten gir mening, er den mulig å utholde.

I eksil møter somaliere et annet

syn. I Norge er omskjæring forbudt og ikke nødvendig for å bli kvinne. Derimot blir helseplager til omskårne kvinner satt i sammenheng med inngrepet de har vært utsatt for.

– Den innsikten har de ikke med seg. I Somalia er nesten alle kvinner omskåret og derfor har veldig mange kvinner plager knyttet til vannlating, menstruasjon og seksuelt samliv. De har også mer kompliserte fødsler. Plagene blir knyttet til å være kvinne, ikke til omskjæringen.

Derfor mener hun det er ekstremt viktig å nå ut med kunnskap.

– Somaliere selv sier klart: Få ut helseinformasjon. Når de ser sammenhengen mellom omskjæring og helseplager, er veien kort til å spørre hvorfor man da gjør det.

Zahra Abdullahi skriver at det tok henne flere år å forstå at omskjæring verken er nødvendig eller bra. Kunnskap om kroppen fikk henne til å endre mening. I tillegg overrasket det henne å finne ut at omskjæring ikke har noe å gjøre med religion. I Somalia er det en utbredt oppfatning at islam pålegger omskjæring. Det er feil.

– Religion og tradisjon går over i hverandre, og har bidratt til at mange tror omskjæring er et religiøst påbud, sier Foss.

Hun trekker stadig fram behovet for dialog. Mens media jevnlig henter fram krigstyper for å beskrive uhyrlighetene ved omskjæring og politikerne roper

ere sine

ut strakstiltak, bruker hun tiden til å snakke med dem det gjelder. I flere år har hun på oppdrag fra Helsedirektoratet vært med å tilrettelegge arbeidet mot omskjæring. Allerede i 1995 ble omskjæring forbudt i Norge. Det er hun glad for.

– Men en lov endrer ikke holdninger, poengterer hun.

Hun har god erfaring med å lage møteplasser for helsepersonell og somaliere. De som lykkes best med å nå fram med budskapet, er somaliere selv. Flere av dem sier at det er de som må gjøre jobben. Det er deres problem. Mange er likevel redde for å engasjere seg. De frykter media og negative sanksjoner fra eget miljø.

– Mange somaliere føler seg kren-

– Nei. Noen mener jeg driver med snillisme og er lettlurt. Men jeg er overbevist om at det er dialog og respekt som fører fram. Tvang endrer ikke holdninger. Kunnskap kan gjøre det. Dilemmaet er at jeg ikke kan vite om somaliere jeg møter lar være å omskjære barna sine. Jeg velger å stole på det de sier.

– *Hva mener du om underlivsundersøkelse av jenter?*

– Jeg tror ikke det virker i arbeidet mot omskjæring. Det endrer ikke holdninger.

– *Er helsesøstre flinke nok til å ta opp temaet?*

– De som er i felten sier de er blitt bedre. I media er det skapt et bilde av at helsesøstrene ikke gjør noe. Det er

Det er dialog og respekt som fører fram.

ket av media og opplever å bli hengt ut som onde mennesker. Jeg mener ikke det er feil å skrive om omskjæring, men måten det blir gjort på bidrar til fordommer. Somaliere føler de alle blir mistenkeliggjort.

– *Har dine holdninger blitt utfordret?*

– Ja, men jeg har god erfaring med å fortelle hva jeg tenker om omskjæring. Somaliere tåler å høre det. Like viktig er det å lytte til dem.

– *Har det endret ditt syn på omskjæring?*

– Nei. Jeg synes det er like forferdelig. Men jeg har fått en klarere forståelse av hvorfor det skjer. Det er noe man tradisjonelt gjør fordi man vil barna sine vel. De elsker barna sine akkurat som vi.

– *Har du møtt motstand?*

feil, det gjøres mye godt forebyggende arbeid.

Nina Foss har tro på at konvensjoner kan endres raskt. Det har skjedd før.

– I Kina klarte de å endre tradisjonen med fotbinding på én generasjon. Hvis mange slutter å utføre en tradisjon, vil det etter hvert bli konvensjon ikke å utføre den. Men snøballen må begynne å rulle.

– *Har du råd til sykepleiere?*

– Våg å ta opp omskjæring, men snakk om andre ting også. Omskjæring trenger ikke være tema i alle møter med helsevesenet. Dette er mennesker som møter mange utfordringer både når det gjelder helse og det å leve i et nytt samfunn. Selv sier de: Vi er ikke bare folk som omskjærer barn. ■■■



Foto: Colourbox

Alt eller ingenting?

FOR NITTEN ÅR SIDEN flyttet jeg på hybel. Jeg skulle starte på videregående, og fikk leie rom hos en hyggelig ungar i førtiårene. Han hadde et sparsomt møblert hjem. Men det var ikke derfor den gedigne bokhyllen i stuen fanget oppmerksomheten min. Den var jo tom. Vel, helt tom var den ikke. Noen gamle familiebilder og nips sto dandert på et par av hyllene. Ved siden av en oransje fotball. Men bøker? Niks. Ikke engang Biltema-katalogen.

Hva er greia med menn og bøker? Litteraturviter og bokhandler Ellen Knutsen har undersøkt hvorfor menn leser mindre enn kvinner. I hovedfagsoppgaven «Menn og lesning», intervjuet hun 50 gutter og menn i alderen 15–35 år. Tendensene var klare; lesing ga lav status blant gutta og skjønnlitteraturen generelt var for feminisert, mente de.

For ett år siden lanserte Bokklubben Fakta seg som Norges første dokumentarbokklubb. Med Mads Gilbert og Erik Fosses *Øyne i Gaza* som første hovedbok skulle menn lokkes til medlemskap. 50 prosent mannlige lesere var klubbens målsetting. Så langt har de nådd 30 prosent.

Tall fra Statistisk sentralbyrås mediebarometer viser at bare 18 prosent av norske menn leser i en bok i løpet av en dag. Og de av oss som faktisk leser bøker, bruker sågar mindre tid enn kvinnelige lesere. Vel, ikke riktig alle.

Geir Hovind Frøysedal fra Stryn er et hederlig unntak. Volda-studenten skal i løpet av fjoråret ha lest 2 000 bøker fra perm til perm. Det blir i snitt fem og en halv bok per dag. Den siste fullførte han på nyttårs-aften. Når dagene ikke strekker til for den 23 år gamle lærerstudenten, som egentlig drømmer om å bli bibliotekar, tar han natten til hjelp for å stilne leselysten. All ære til Frøysedal. Men ingen trenger å lese alle bøkene i verden. Start med én og ta det derfra.



Geir Arne Johansen



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

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

Sikker håndtering av legemiddel

På tide å erstatte dosetten med moderne teknologi?

Da vi i Sintef startet et prøveprogram på innovasjon og næringsutvikling i helsesektoren i 1993/94, som siden ble til InnoMed (www.innomed.no), var et av de større prosjektene å identifisere områder med innovasjonspotensial innen pleie og omsorg. Et av de tydeligste behovsområdene var legemiddelhåndtering. Det kom blant annet opp forbedringsforslag til den klassiske medisindosetten. Det ble derfor tatt kontakt med Item Development AB i Sverige, som leverer produktet. Innehaveren fortalte at det var svigerfaren hans fra Ålesund som egentlig hadde produktideen, men den ble kommersialisert i Sverige (typisk!). Produktet presenteres som en svensk oppfinnelse og lever fortsatt bra, selv om mange har kopiert det. Men den burde vel i profesjonell sammenheng fått avløsning i større omfang enn det som har skjedd?

Mange feilmuligheter

Blant sykepleiere er vel sjekkpunktene «de 7 R-er» rimelig godt kjent: Riktig: 1) pasient, 2) legemiddel, 3) legemiddelform, 4) styrke, 5) dose, 6) måte og 7) tid.

Dette medfører mange operasjoner og dermed også sjanser for feil. Og feilmedisinering er årsak til en stor andel dødsfall og alvorlige skader i helsesektoren internasjonalt.

Innføring av ny teknologi

På slutten av 90-tallet ble multidosepakninger introdusert i Norge, og i St.meld. nr. 18 ble det fremsatt sterke argumenter for dette konseptet. Viktige effekter er reduksjon av feil, frigjøring av sykepleiertid til andre gjøremål og bedre kontroll med uheldige effekter ved kombinasjon av medikamenter. Konseptet egner seg best for pasienter med stabil medisinerings over tid.

Av andre teknologiske tiltak kan nevnes datastyrt medisinutlevering, innføring av elektronisk kurve og elektronisk resept, datastyrt medisinautomater (eks. Betanien Sykehus, Øya Helsehus), elektronisk forordning, pakkerobot og rørpostforsendelse (Ahus) samt entydig pasientidentifikasjon ved hjelp av strekkode.

Når det gjelder teknologi for hjemmeboende som ønsker å klare seg best mulig selv, er lite implementert i Norge. På det internasjonale markedet finnes det en mengde teknologiske hjelpemidler. Det kan være dispensere, som vist på bildet. Den varsler både med en stemme, tekstbeskjed og blinkende lys

når medisin skal inntas og som da frigir riktig dose ved trykk på den røde knappen. Den varsler også helsepersonell etter en time per telefon dersom medisin ikke er inntatt. Og den gir beskjed når det er på tide med påfyll. «Huskehjelp» kan også være atskilt fra selve dispenserens ved en mobiltelefonapplikasjon eller et spesielt ur som vist under.

I det siste har det vært store medieoppslag om praksis med knusing av tabletter for at de skal kunne blandes inn i mat eller drikke. Ved knusing får tablettene en langt raskere virkning, og i pakningsvedleggene er det ofte beskrevet at tablettene ikke skal knuses, men dette overses. Dette illustrerer at det er mange forbedringsmuligheter innen legemiddelhåndtering. ■■■



VARSLER: En dispenser for medikamenthåndtering (MD2) som kan varsle når det er på tide med påfyll eller hvis medisinen ikke er tatt. «Huskehjelp» kan has på armen og er adskilt fra selve dispenserens.

Andre faste bidragsytere:



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



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



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



Frisk og kronisk syk
– et psykologisk perspektiv
på kronisk sykdom

Av Elin Fjerstad
297 sider
Gyldendal Norsk Forlag AS 2010
ISBN 978-82-05-40235-5
Anmelder: Tone Burvald Enersen,
revmatologisk sykepleier

Se det friske

ANMELDELSE: Som tittelen på boken tilsier, ønsker forfatter Elin Fjerstad å formidle at vi må lære å se en person som både syk og frisk, ikke enten eller. Gode refleksjoner som «sykdom er noe en HAR og ikke ER» åpner for å tenke gjennom egne holdninger.

«Når sykdom ikke kan behandles, men må leves med, spiller psysken en betydelig rolle.» Gjennom å lese boka får leseren innblikk i følelsesmessige problemer som kan følge kronisk sykdom, og hvordan vi som helsepersonell kan forebygge og behandle dem. Fjerstad hevder helsepersonell har en viktig oppgave med å bidra til at den kronisk syke blir en god støtte for seg selv. Hun kommer med forslag til nyttige spørsmål som kan brukes i dialog med pasienten. Uttrykket «friskehistorie» var nytt for meg, men du verden så viktig å etterspørre den

i tillegg til sykehistorien, det er jo her ressursene ligger.

Boka henvender seg til helsearbeidere som møter mennesker med kronisk sykdom i jobb og til den som selv er kronisk syk med pårørende. Fjerstad ønsker med boka å berike de samtaler helsepersonell har med pasienter og pårørende og å inspirere den som er syk til å bli en god støtte for seg selv.

Fjerstad har bred klinisk erfaring fra revmatologi og boka er spekket med gode eksempler. At hun ofte sammenligner to pasienter med nærmest motsatt problem synliggjør hvilken innfallsvinkel helsepersonell kan prøve på en god måte. Boka er lettlest, men med noen faguttrykk som burde vært forklart for ikke-helsepersonell. Fjerstad setter fingeren på at den som rammes av kronisk sykdom har behov for hjelp til mer enn å bear-

beide sykdommen. Det kan være å lære seg aktive mestringsstrategier, å forholde seg til bekymring og negative tanker på en måte som gjør at det ikke går for mye krefter med til det og å bli sjef i eget liv med en mer optimistisk holdning.

Boka kan også brukes som oppslagsverk fordi den har et godt innholdsregister med undertitler.

Fjerstad har selv barneleddgikt og byr litt på seg selv med dikt fra sin historie. De ga meg også noe å tenke på.

Ordet psykisk og psykologisk brukes litt om hverandre, det kunne med fordel vært presentert hva Fjerstad la i dette – for meg er det to forskjellige ord.

Boka har en imponerende referanseliste, både ny og gammel viten er gjennomgått. I kapittelet om sykdommens medisinske kjennetegn savnet jeg litteraturreferanser.

*Jeg tenker ofte på hvorfor jeg ikke får tid til å lese flere bøker.
Jeg tenker sjelden på hvorfor det ikke er flere fester.*

Anne Grete Preus



Forståelse i miljøterapi
Teori, forståelsesramme, kognisjon,
emosjonell og psykologisk fungering,
helse og miljø

Av Karl Jacobsen og Hilde Borg Gjertsen
157 sider
Gyldendal akademisk, 2010
ISBN 978-82-05-39423
Anmelder: Anne-Lill Haabeth, psykiatrisk
sykepleier, klinisk spesialist

Ikke glem individet

ANMELDELSE: I stedet for å diskutere hva som er såkalt riktig behandling og trening, ønsker forfatterne av denne boken å gi faglig påfyll slik at vi bedre forstår mennesker med reduserte kognitive funksjoner. Tanken er at hvis vi forstår dem, vil vi også skjønne hva som blir riktig behandling.

Hilde Borg Gjertsen er vernepleier med videreutdanning i habilitering, rehabilitering og psykisk helsearbeid. Hun har lang yrkeserfaring fra botiltak og miljøterapeutisk arbeid. Karl Jacobsen er professor i klinisk barnepsykologi ved NTNU, der et av hans forskningsområder er mennesker med ulike funksjonsproblemer.

Bokas hovedmål er å fremme og utvikle forståelse og selvstendighet hos miljøterapeuter.

Vi følger «Frida» gjennom syv ulike faser. Vi følger henne fra dag en, ved innflytting i et kommunalt botiltak med åtte leiligheter og døgnbemanning. Mange praktiske eksempler fra hverdagen presenteres. Vi ser hvordan habiliteringstjenesten kommer inn, ansvarsgruppe etableres og sårbarheter i systemet. Vi ser også hvordan personalets tilgang på veiledning gir en økt forståelse for tilnærmingen til Frida. I hver fase blir det vist hvor ulikt grunnlag miljøet hadde for å forstå henne, og dermed fører til et ulikt grunnlag for å utøve miljøterapi.

Etter hver fase presenteres en modell som viser dynamikken mellom kunnskap og forståelse i miljøterapien.

Måten boka presenterer modeller på er positiv. Fagmiljøet må dermed sette av tid til å tenke gjennom hvilken tilnærming man bruker på egen arbeidsplass. Hva er grunnen til at etablerte tiltak ikke lengre fungerer? Miljøterapi utøves under svært ulike betingelser. Teori og forståelsesramme er viktig, men enda viktigere er det å ha kunnskap om det enkelte mennesket, – vi er individer med ulike ønsker og behov.

Jeg vil absolutt anbefale denne boka til bruk på arbeidsplasser der miljøterapi står på dagsorden.

Quiz

Er du en kompetent sykepleier?

Test kunnskapene med vår aktuelle og nådeløse quiz!

1 Hva er TIA?

- A Transatlantisk interprofesjonell arbeidsunion
- B Trombolytisk intramolekylær afasi
- C Transitorisk iskemisk attack

2 Hva er ordet for å løse opp propper?

- A Trombolyse
- B Trombone
- C Plumbo

3 Hva er trombicula?

- A En type midd
- B Et middel mot blodpropp
- C Blodpropp i hoftekulen

4 Hva er ataksi?

- A Ukoordinert bevegelse
- B Svelgproblemer
- C Mangel på pasientdrosjer

5 Hva er dysartri?

- A Utydelig tale
- B Flytende tale
- C En form for dysleksi

6 Hva er karotisstenose?

- A Gulrotfarget urin
- B Innsnevring av halspulsåren
- C Innsnevret hjertepose

7 Hva er Jacksons syndrom?

- A Depresjon etter Michael Jacksons død
- B Syndrom som gir lammelser
- C Symptombilde sett første gang hos britiske Lord Humphrey Jackson

8 Et annet ord for galatip?

- A Klitoris
- B Sinnsforvirret
- C Sykdom på stemmebåndene

9 Hvilket helseskadelig stoff inneholder kanel?

- A Kumarin
- B Kanellin
- C Kameltiss

10 Hva kan stort inntak av kanel føre til?

- A Leverskader
- B Forstyrrelse av balansenerven
- C Diabetes



KAMEL: Inneholder kanel tiss fra denne?



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



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



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



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

SVAR: 1C Transitorisk iskemisk attack, 2A Trombolyse, 3A En type midd, 4A Ukoordinert bevegelse, 5A Utydelig tale, 6B Innsnevring av halspulsåren, 7B Syndrom som gir lammelser, 8A Klitoris, 9A Kumarin, 10A Leverskader

Diabetes på flere språk



Barnesenteret på Ullevål bruker data for å lære små pasienter om diabetes. Tekst **Nina Hernæs** Foto **Scanpix**

Når barn får diabetes, informerer helsepersonell med ord og tekst. Men kunnskapen når ikke alltid fram. Særlig vanskelig kan det være når pasienten snakker et annet språk enn norsk. På Ullevåls barnesenter skal Dinfo gjøre det lettere å kommunisere.

Dinfo er et digitalt verktøy som med bilder, film og tekst på fire språk skal lette kommunikasjon mellom helsepersonell og pasienter.

På eget språk

– Mange av pasientene på barnesenteret er minoritetsspråklige, og det kan i blant gjøre sykepleiere usikre på hvor mye av informasjonen de får med seg, erfarer Hege Linnestad, leder for seksjon for likeverdige tjenester på Oslo universitetssykehus.

På grunn av språklige eller kulturelle utfordringer, kan det være vanskelig å vite hvor mye pasienten faktisk har forstått av det sykepleieren formidler. Informasjon kan bli mangelfull og få konsekvenser for hvordan pasienter håndterer sykdom. Med Dinfo kan pasienten lese informasjon på norsk, engelsk, somali eller urdu. Også for dem som snakker godt norsk, kan det være lettere å tilegne seg informasjon på eget språk, sier hun.

Hjelper

Dinfo er tilgjengelig via pasientterminaler på barnesenteret.

Linnestad understreker at Dinfo er et supplement, det skal ikke erstatte informasjon som gis muntlig eller den kontakten pasient og pårørende har med sykepleier eller lege. Hun tror Dinfo kan være et hjelpemiddel også for sykepleierne.

– De kan for eksempel bruke Dinfo sammen med pasienten.

På dataskjermen kan man blant annet lese om hva diabetes er og hvordan man kan mestre hverdagen med sykdom. Informasjonen er tilpasset tre ulike aldersgrupper, små barn, barn og ungdom og har litt forskjellig innhold. For eksempel er barnehage tema for de minste mens seksualitet og rusmidler tas opp hos de eldste.

Dinfo er kommet til som et samarbeid mellom barnesenteret, Diabetesforbundet og Hospital IT.

Tryggere

Et uttalt mål med verktøyet er å sikre likeverdige helsetjenester for alle.

– Pasientene skal ha lik kvalitet på tilbudet vi gir, og da er vi nødt til å tilrettelegge, sier Linnestad.

Språk, kommunikasjon og bruk av tolk er vanlige utfordringer i møte med personer med innvandrerbakgrunn. Linnestad håper Dinfo kan bidra til å trygge sykepleierne i møte med disse pasientene. – Trygge sykepleiere vil igjen gi trygge pasienter, sier hun. ■■■

Sykepleiere må delta i debatten om fremtidens helsevesen

side 74

Gjelder ikke IA-avtalen for seniorer på sykehusene?

side 76

Psykiatriske sykepleiere har fått nye oppgaver.

side 80

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 KARI TOVERUD JENSEN

«Jeg har ingen tro på at lærerne gir studentene kunnskapen inn med teskje.»

84

DILEMMA PER NORTVEDT

«Skal pasientens livstestamente være bindende i forhold til legens beslutning?»

82



NSF HAR ORDET

Forbundsleder Lisbeth Normann

Stilling: Forbundsleder i NSF

E-post: lisbeth.normann@sykepleierforbundet.no

Fra intensjon til handling

Intensjonene i samhandlingsreformen skal nå gjøres om til handling. NSF-medlemmene bør delta i debatten om hvordan det skal skje.

Helse- og omsorgsdepartementet arbeider nå med en ny nasjonal helse- og omsorgsplan (2011- 2015). Planen er lagt ut på egen nettside, og høringer og kommentarer kan kun skje elektronisk. Her skal vi i Norsk Sykepleierforbund være aktive medspillere og sende inn våre synspunkt på de delene av planen som er aktuelle for oss. Jeg oppfordrer i tillegg alle våre medlemmer til å komme med synspunkt og delta i debatten rundt planen. På den måten kan vi vise at vi er opptatt av sykepleiefaget og pasientenes situasjon.

Planen bygger på samhandlingsreformens

intensjoner om økt satsning på forebygging av sykdom og mer spesialiserte sykehus. Kommunene skal få et større ansvar for folkehelsen og for langt flere og sykere pasienter enn hva de har i dag. Planen suppleres av to lovutkast som er på høring; forslag til ny folkehelselov og forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov.

Samhandlingsreformen trer i kraft fra 1. januar 2012, så det er liten tid til å gjøre intensjonene om til handling. NSF har gjentatte ganger påpekt at den aller viktigste forutsetningen for å lykkes er å gjøre kommunene i stand til å ta sitt økende ansvar ved å sikre tilstrekkelig kapasitet

for kommunenes manglende kapasitet. De aller fleste utskrivningsklare pasientene er over 75 år med et lavt funksjonsnivå, ofte mentalt reduserte. De vil oppleve det belastende stadig å måtte forholde seg til nye omgivelser. Kommunene vil samlet få mellom 0,5 og 0,8 mrd. kroner hvis de unngår å ha utskrivningsklare pasienter i sykehusene.

I tillegg til at kommunene skal betale for utskrivningsklare pasienter skal de stimuleres til å bygge ut egne tilbud gjennom en ordning med kommunal medfinansiering. Det innebærer at kommunene må være med å betale utgiftene for sykehusopphold. NSF er opptatt av at de finansieringsmodellene som velges må utredes grundig slik at man vet at de virker. En slik kommunal medfinansiering må omfatte alle pasientgrupper.

Et av målene i planen er å styrke koordineringsfunksjonen i kommunene og mellom kommuner og sykehus, slik at pasientene opplever helhetlige og samordnede tjenester. NSF ønsker denne funksjonen velkommen. Vi er opptatt av at pasientenes hjelpebehov og sykdomskompleksitet må avgjøre hvilken kompetanse koordinatoren skal ha. Vi mener at de som skal være pasientansvarlige må ha kunnskap om pasientens totale situasjon og det samlede tjenesteapparatet. De må kunne fungere som pasientens «agent» innad i systemet.

Pasienter med behov for koordinerte tjenester trenger bistand fra personell med kunnskap og kompetanse om pasientenes helsetilstand, pasientrettigheter, helsetjenestetilbud, samhandling og informasjonshåndtering. Sykepleierne har denne kompetansen og vil for svært mange pasienter være det naturlige valget.

Fristen for å komme med innspill er 18. januar 2011 og nettadressen er: <https://fremtidshelsetjeneste.regjeringen.no/>.

De pasientansvarlige må kunne fungere som pasientens «agent» innad i systemet.



og kompetanse i kommunene. Det gjelder både på helsestasjonene og i skolehelsetjenesten, i hjemmesykepleien og sykehjemmene, og den øvrige kommunale helsetjenesten. I tillegg er det store behov knyttet til elektronisk samhandling, kommunikasjonsløsninger og velferdsteknologi.

Økonomiske tiltak har alltid stor betydning for prioriteringer og for hvilke tiltak som iverksettes. Det eneste økonomiske insitamentet som foreløpig er vedtatt, er at det skal være kommunal betalingsplikt fra første døgn pasientene er utskrivningsklare. Dette skal gjelde fra 2012. Det gjøres selv om kommunene er underdimensjonerte både i forhold til kapasitet og kompetanse. NSF mener at ordningen vil gi økt byråkrati og ikke redusere antall utskrivningsklare liggedøgn. Kapasiteten og kompetansen i første linjen må bygges ut først, slik at det blir tilstrekkelig antall institusjonsplasser, eller tilrettelagte boliger, med gode tjenester for de sykeste gamle. Løsningen er heller ikke at det etableres en rekke ulike tilbud, som for eksempel enheter for utskrivningsklare pasienter, for å kompensere

VET MEST: For svært mange pasienter vil det være naturlig å velge sykepleieren som koordinator. Arkivfoto: Tarjei Ekenes Krogh

Varskurop for grunnleggjande sjukepleie

For ei tid tilbake var eg innlagt på sjukehus fordi eg hadde fått ein alvorleg infeksjon. Her opplevde eg fleire urovekkjande forhold som eg vil dele med sjukepleiarkollegaer og sjukepleiarstudentar. Når ein vert innlagt i sjukehus forventar ein å kome i trygge hender. Pasienterfaringa mi byrja dårleg. Eg vart ikkje ønska velkomen til avdelinga, fekk berre beskjed om å setje meg på en stol i gangen. Ingen henvendte seg til meg for å kartlegge allmenntilstanden min, som var dårleg. Heldigvis hadde eg med ein kollega som tok affære, slik at eg fekk ei seng, og ho fekk henta personal for å ta temperatur, puls og BT. Dette vart ikkje utført på en hyggjeleg måte, og høg puls vart avfeia med at eg var stressa. Så hadde det meste kanskje vorte tilgitt, om resten av sjukehusopphaldet hadde gått greit. Men alt for mye kritikkverdig skjedd i veka eg var innlagt, til å kunne seie at eg følte eg var i trygge og kompetente hender.

Eg opplevde at grunnleggjande sjukepleie var mangelvare. I mitt tilfelle gjaldt dette manglande ivaretaking av behova eg hadde for god feberpleie, eit godt stell, eit godt sengeleie, grundig munnstell, dekking av væske og ernæringsbehovet når eg var kvalm og kasta opp, god nok smertelindring og kvalmelindring, og at eg fekk den informasjonen eg trong for å bli trygg. Denne mangelen på observasjonar og grunnleggjande sjukepleie resulterte blant anna i opne sår på heile ryggen etter sveitteutslett, sopp og sår i munnen og på leppene, og eit forlenga sjukehusopphald. Eg opplevde at sjukepleierane kun var oppgaveorienterte. Eg såg dei stort sett når dei hengte opp antibiotika eller administrerte smertestillande eller kvalmestillande på forespørsel frå meg. Eg opplevde ikkje at dei fulgte opp effekten av behandlinga. Eg låg stort sett utan tilsyn, og det kunne gå inntil 30 minutt frå eg ringte på hjelp til nokon kom.

Når eg skal formidle kva som faktisk betyr noko for den som er sjuk, så vil eg trekkje fram det første eg ser hjå hjelparen; sjølv blikket. Er vedkommande interessert i meg eller på veg ein annan stad? Blikket rommar også fagleg trygghet. Viss me hadde tenkt igjennom kva blikket signaliserer i forhold til å bry seg om den andre, så hadde den enkelte av oss tatt seg nokre minutt til å setje seg ned og innhente opplysningar frå pasienten. Eg har lyst å samanlikne sjukepleie med etterforskning. Ved å sjå på pasienten som eit puslespel, der bitane må setjast saman til ei heilheit for å gje meining, så krev dette at sjukepleiaren må innhente opplysningar om kva pasienten bekymrar seg for, så vel som kartlegging av pasientens tilstand og forandring i pasientens tilstand. Det eg kjente på for min eigen del, var at sjukepleierane ikkje bekymra seg for min situasjon, då dei verken spurte korleis eg hadde det eller tok relevante observasjonar. Eg opplevde også at når

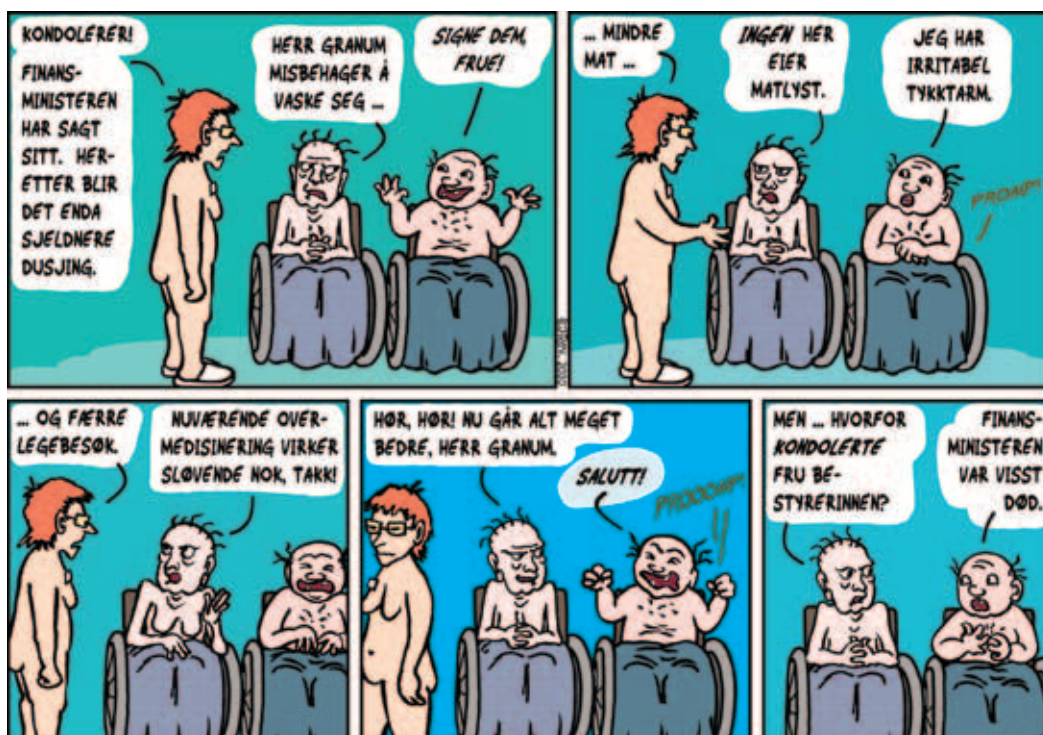
eg rapporterte symptom, så blei ikkje desse tatt tak i og handla i forhold til. Eg opplevde at eg måtte ordinere mi eiga behandling. Og då tenkjer eg på, kva med dei pasientane som ikkje har den kompetansen som eg har.

Eg bruker denne erfaringa som pasient i arbeidet mitt som sjukepleielærer, for å bevisstgjere studentane på kva som faktisk betyr noko for den som ligg i sjukesenga. Sjølv sentreringspunktet for klinisk sjukepleie er møtet mellom sjukepleiaren og den enkelte pasient. Fyrst og fremst er klinisk sjukepleie *pleie av den sjuke*. Mens medisinen primært har sitt fokus på diagnostikk og behandling av sjukdom, består sjukepleiens sjølvstendige oppgave i å ha omsorg for den sjuke slik han eller ho erfarer det å være sjuk og å leve med konsekvensar av sjukdom. Sjukepleiaren må lindre dei plagene som sjukdomstilstanden fører med seg, eller som behandlinga kan skape for pasienten. Sjukepleiaren si omsorg ligg nettopp i det at han eller ho er forplikta til å gjere det beste for pasienten ut frå eit observant blikk og faglig kyndigheit. Kreftpasienten Heidi Tuft har beskrevet opplevelsen av å bli pleia gjennom beskrivelsen av hånlaget: *upersonlige hender, harde hender, tomme hender, hjelpeløse hender, kalde hender, varme hender, ømme hender, omsorgsfulle hender, varsomme hender, kjærlighetsfylte hender. Hvor jeg merker forskjell!*

Ei utfordring for helsepersonell er og blir korleis ein kan ivareta forsvarleg individuell omsorg samtidig som moderne helsetjenester blir stilt overfor stadig aukande krav til produktivitet og kostnadseffektiv behandling. Står grunnleggjande sjukepleie for fall i sjukehus? Det er her me som sjukepleiarar må være premissleverandører for kvalitet på pasientens vegne, det er her motet kjem inn. Den faglege og moralske forpliktelsen overfor pasienten i sjukesenga må være eit dominerande prinsipp. Ivaretakelse av pasientane sine grunnleggjande behov er eit viktig fokus i all sjukepleie, og Virginia Henderson uttrykte at det er sjukepleiaren sitt suverene område, hvis nokon skulle være i tvil om det. Ho trakk fram begrepa: «commitment», det å ta ansvar for og forplikte seg til å handle til pasientens beste, «prescense», det å være tilstades med heile seg og «compassion», det å leve seg inn i den andres verden på ein omsorgsfull måte, som viktige eigenskapar hjå sjukepleiaren. Ein kjem ikkje utanom at god sjukepleie både omhandler den relasjonelle delen og den problemløysande delen. Og når alt kjem til alt, er god sjukepleie at pasienten får dekkja sine grunnleggjande behov, dette fordrar evne til å sjå og lytte og kompetanse til å handle.

Medlem 544545

TERAPI av Bodil Røvhøg



Ønsker sykehusene å beholde seniorer i arbeid?

En stadig tilbakevendende politisk sak er å få ned sykefraværet og beholde seniorer i arbeidslivet lengst mulig. Bedrifter reklamerer for at de er IA-bedrifter. Intensjonsavtalen om et inkluderende arbeidsliv har som hovedmål å gi plass til alle som kan og vil arbeide.

Jeg er spesialsykepleier, ansatt på et sykehus som har IA-avtale og ønsker å bruke min kompetanse i en spesialavdeling. Dette er også sykehuset tjent med. På en spesialavdeling er det høy vaktbelastning som i lengden sliter på kroppen. Etter 30 år som intensivsykepleier merker også jeg dette. Jeg har i løpet av disse årene sett mange dyktige spesialsykepleiere som har sluttet i avdelingen fordi de ikke klarer nattevaktbelastningen. For noen år tilbake prøvde noen av disse å gå «tjenestevei» for å slippe nattevakter. De fikk ingen hjelp av overordnede eller NSF. Siden dette ikke førte frem, henvendte jeg meg direkte til HMS-sjefen, som har ansvaret for IA-avtalen hos oss. Dessverre var det ikke hjelp å få. Vi går tre-delt turnus med tolv nattevakter på tolv uker i hel stilling.

Min kamp har gått ut på at de seniorer som ønsker og trenger det skal få gå i seniorturnus. Med

seniorturnus mener jeg en stilling uten nattevakter fra en bestemt alder, for eksempel 56 eller 58 år. Ved min avdeling er det ingen stillinger uten nattevakter, verken for seniorer eller for andre som har helsemessige plager. Derfor slutter mange og stadig nye begynner som skal læres opp. Hva om sykehuset hadde gjort noe for å beholde oss med kompetanse og erfaring? Jeg stortrives i min jobb på nyfødt/intensiv og vil gjerne fortsette. Følgende spørsmål er aktuelle:

- › Hvor skal vi erfarne spesialsykepleiere arbeide fram mot pensjonsalder?
- › Trenger ikke spesialavdelingene vår kompetanse selv om vi sliter med nattevaktene?
- › Gjelder ikke IA-avtalen for seniorer på sykehusene?
- › Hva kan NSF bidra med til sine tillitsvalgte når slike spørsmål kommer opp?

Jeg håper på en debatt om dette og lurar på hva som er praksis ved andre sykehus i landet.

Vennlig hilsen intensivsykepleier
Bente Nærland Rimestad (57 år)

www.sykepleien.no

Du kan si din mening om aktuelle saker på sykepleien.no



Er det noen «vits» i å

Jeg er i den heldige situasjon at etter å ha fullført to år med videreutdanning på høyskolen, kan jeg nå i vår kalle meg spesialsykepleier med videreutdanning innen aldring og eldreomsorg. Det har vært en spennende reise i «ukjent» land. Jeg har lært mye om hvor viktig det er å se hvert enkelt menneske som den unike personen vi er, og at ingen sykdom opptrer likt, selv om vi er flere som kan ha felles «diagnose».

I løpet av min utdannelse søkte jeg meg jobb i eldreomsorgen. Hadde lyst å ta i bruk mye av min nylærte visdom som høyskolen hadde bruk mye tid på å lære oss studenter. Men jeg ble ganske sjokkert over at jeg noen ganger «følte» at min utdannelse ble sett på som en «trussel».

Etter å ha jobbet en tid i eldreomsorgen, som i mine øyne kun hadde fokus på å spare penger, valgte jeg å ikke fornye min midlertidige arbeidsavtale. Det er med undring jeg spør: Hva er det som gjør at det ikke er påkrevet med videreutdanning for helsepersonell innen geriatri (eldreomsorg) på sykehjem/ hjemme-sykepleien i Norge?

Når du blir innlagt på sykehuset tror jeg bestemt at du som pasient er glad for at vi har spesialiserte sykepleiere. Når du skal opereres ved sykehuset er det operasjonssykepleier og anestesisykepleier til stede. Etter operasjonen er det intensivsykepleiere som ser at det går bra med deg etter narkosen. Og når ting er stabilt etter operasjonen kommer vi sykepleiere på sengepost og henter deg ned til avdelingen.

SIDEN SIST
Siden sist inneholder korrigererte og nye synspunkter på fakta gjengitt i tidligere utgaver. Vil du hjelpe? Kontakt oss på interaktiv@sykepleien.no



«De sykeste eldre og behov for sykehjem»

Viser til forbundslederens artikkel i 12/2010 med over nevnte tittel. I inngressen under står dette: «Omsorgsboliger kan ikke erstatte sykehjem som et tilbud til de sykeste eldre, selv med heldøgnsbemanning.» Her finnes det ikke rom for tvil, spørsmål eller nyanser, det eneste som mangler er et autoritativt utropsteget etter utsagnet. Dette provoserer meg rimelig sterkt. For meg virker det som om det for tida, fra ulike sykepleierhold, foregår nærmest en svertetekampanje mot omsorgsboliger. Ja, vi kan snakke om «mye rart» når vi snakker om omsorgsboliger. Her inkluderer imidlertid forbundslederen også heldøgnsbemannede omsorgsboliger i elendighetsbeskrivelsen og avviser disse kontant som et alternativ til sykehjem.

For å klargjøre mitt ståsted: Jeg er sykepleier, utdannet i 1978. I mine 32 år som sykepleier har jeg bare arbei-

det innfor eldreomsorgen. I tillegg til noe praksis fra hjemmetjenesten, har jeg i disse åra arbeidet på fem forskjellige sykehjem. De siste åtte åra har jeg vært leder for en heldøgnsbemannet omsorgsbolig for mennesker med demens, og håper at jeg kan avslutte mitt yrkesliv her.

Jeg er langt mer stolt over det tilbudet jeg har vært med på å gi disse åtte åra enn over noe annet jeg har bidratt med innfor denne sektoren tidligere. Boligen jeg er leder av kan aldri være noe alternativ til «vanlig» somatisk langtidssykepleie på sykehjem. (Selv om vi ved et par anledninger har latt beboere «få lov til å dø her».) Den er imidlertid et svært godt alternativ til en demensavdeling.

Vår gjennomsnittlige beboer er 85 år. Demensgraden varierer fra moderat til alvorlig. Av de siste åtte som har flyttet inn, kommer fem fra sykehjem, resten fra egne hjem. Hovedkriteriene for å bli tildelt leilighet her, er at man har en diagnostisert demenslidelse og

er fysisk oppegående. I tillegg bør man ha kognitive ressurser i en slik grad at man har nytte av å bo i egen leilighet.

Jeg trur de fleste som har arbeidet på sykehjem, har opplevd følgende: Det innlegges en eldre dame med demens som, til tross for massive tiltak i hjemmet, ikke har noe mulighet for å bo aleine lengre på grunn av sin kognitive svikt. Den første tida etter innleggelsen kommer det flere kommentarer fra personalet om at det er synd at det ikke finnes en annen plass for denne dama, for hun har jo tross alt en god del ressurser igjen. Til tross for alle mulige gode intensjoner, snakker de ansatte etter hvert mindre og mindre om dette. Dama institusjonaliseres rimelig fort og skiller seg etter en stund ikke i noe særlig grad fra resten av pasientene i avdelinga. Fokus blir lagt på den kognitive svikten og de somatiske sykdommene som måtte være til stede.

Kristiansund kommune har vært så fornøftig at de har opprettet et alternativt tjenestetilbud for denne dama

utdanne seg som spesialsykepleier innen geriatri?

Ville du følt deg trygg hvis jeg hadde vært din operasjonssykepleier? Uten erfaring og nødvendig skolering? Hadde jeg kunnet utført en like bra jobb? Eller er det ikke viktig med skole og tilleggsutdanning?

Det var behagelig å være sykepleier i eldreomsorgen uten videreutdanning. Nå som jeg har fått min skolering, er det utenkelig å jobbe i de ulike kommuner før

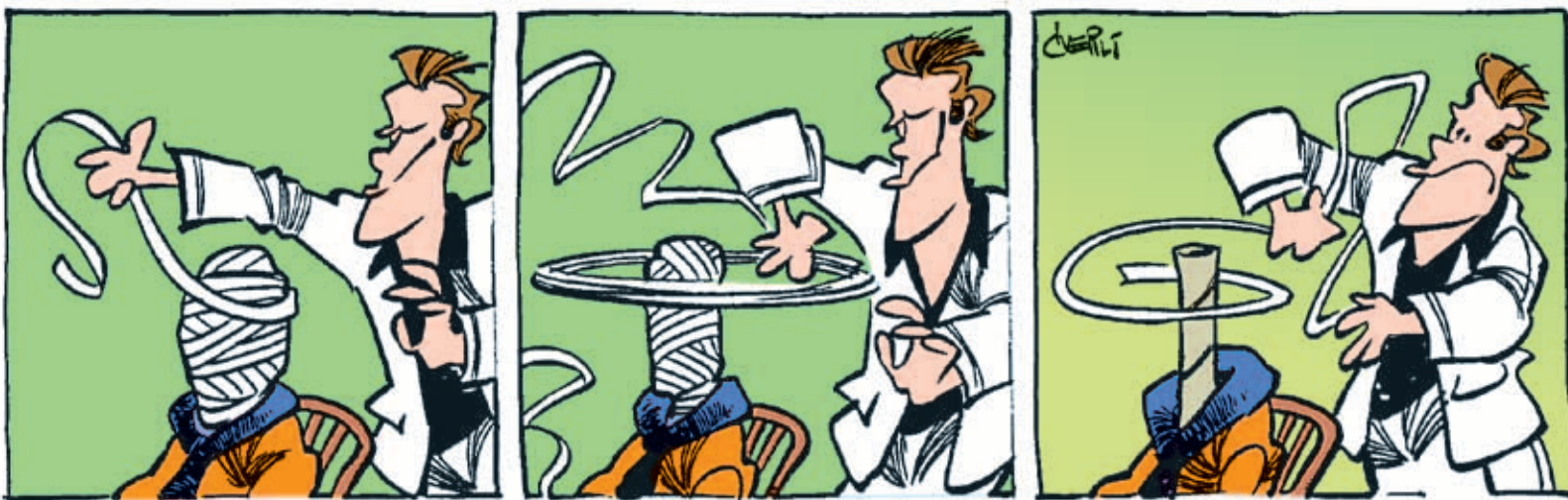
det kommer flere ansatte med samme type utdanning. Det å få seg jobb i en godt nedarvet avdelingskultur og mene at dette kan snus, er noe som må gjøres i fellesskap.

Det er på høy tid at pårørende og pasienter krever at lederne og flere av de ansatte ved sykehjem og i hjemmesykepleie har videreutdanning innen geriatri. Det

bør stilles krav til kommunene om å tilrettelegge for at ansatte får permisjoner og lønn under videreutdanning.

Tør de ulike kommunene å gå fremtiden med den kommende «eldrebølgen» i møte, uten riktig mannskap og kompetanse til å styre skuta? Jeg håper ikke det.

Geriatrisk sykepleier Merete Johansen



og noen få av hennes likesinnede. En heldøgnsbemannet omsorgsbolig med høyt kvalifisert og engasjert personale, i all hovedsak hjelpepleiere, men også noen sykepleiere. Fokus for det tilbudet som blir gitt ligger på miljøarbeid og gjenværende ressurser hos den enkelte beboer og ikke på antall somatiske sykdommer det er mulig å telle opp. Et av de ledende prinsippene for tilbudet, er at disse menneskene skal hjelpes til å leve et så tilnærmet normalt liv som mulig, med de begrensningene deres svikt fører med seg. Det betyr at de oppsøker de tjenestene de har behov for der alle andre mennesker får de samme tjenestene. De går til sin fotpleier, frisør, fastlege og forbruker mange av de samme kulturtilbudene de oppsøkte da de bodde i egne hjem. I alle disse aktivitetene er våre ansatte med som hjelpere. De lever ikke i en beskyttet verden, som et sykehjem er, og får disse tjenestene «levert på døra.»

I tillegg til denne kontakten med

«det egentlige livet», vil jeg påstå at også deres boforhold er av høyere kvalitet enn det et liv på ei sykehjemsavdeling kan tilby. De har egen leilighet med kombinert stue/sovealkove og en liten kjøkkenkrok. De fleste har mulighet til å ta i mot overnattingsgjester om det er ønskelig. Det er gode, funksjonelle og romslige fellesarealer. Frokost og kvelds i egen leilighet, middag i fellesskapet. Ut fra sine forutsetninger og ressurser deltar de i all huslig aktivitet i sin egen leilighet og i fellesarealene.

Jeg vil hevde at summen og konsekvensen av dette botilbudet fører til et påfallende fravær av «utfordrende atferd» og APSD enn det man vanligvis finner på de fleste demensavdelinger. Det sier seg sjøl at tvangstiltak i form av låste dører og lignende ikke forekommer.

Om denne beskrivelsen stemmer, hva er så «suksesskriteriene»? I korthet en stab av ansatte som gis mulighet til kontinuerlig kompetan-

sebygging og som også i stor grad blir myndig- og ansvarliggjort i forhold til deres praksis. I tillegg til en filosofi som fokuserer på personsentrert omsorg og miljøbehandling og ikke ensidig på kognitiv svikt og somatiske sykdommer.

Finnes det så ikke utfordringer i forhold til denne type drift? Jo da, opptil flere. En av de viktigste, for meg som faglig leder, er å sikre at beboerne til enhver tid får den nødvendige helsehjelp. For å sikre dette, er det nødvendig å skape et nært forhold til de enkelte fastlegene. Dette innebærer fra tid til annen, at det er nødvendig å skifte fastlege til beboere som flytter inn. Erfaring har vist oss hvilke fastleger som er flinke/interesserte i å følge opp denne gruppa. Når det gjelder kontakt med andrelinjetjenesten, spes. geriatri/psykogeriatrici, så fungerer også denne helt tilfredsstillende.

En annen utfordring er i forhold til den kommunale tildelingstjenesten av pleie- og omsorgstjenester. Det å ska-

pe forståelse for når det er nødvendig å få aksept for overføring av beboere fra oss og til somatisk avdeling på sykehjem, er en kontinuerlig prosess. Vi nærmer oss nå en felles forståelse for hva «rett bruker på rett plass» betyr. På samme måte som ved de fleste demensavdelinger på sykehjem, er det naturlig at det skjer en differensiering i forhold til hvilket tilbud brukerne får. Hos oss ligger den gjennomsnittlige botida på mellom tre–fire år.

Avslutningsvis: Det er et dårlig utgangspunkt om ordinære sykehjemsplasser omhjemles til omsorgsboliger av økonomiske grunner. Bestemmer man seg for å gi en gruppe mennesker med kognitiv svikt en mulighet til å få leve et aktivt liv i trygge rammer noen år til, så kan en heldøgnsbemannet omsorgsbolig være et bedre alternativ enn en demensavdeling på et sykehjem!

Kurt Larsen, boleder/sykepleier, Roligheten Omsorgsbolig, Kristiansund.

Christoffersaken

Jeg ble først for noen dager siden kjent med denne saken gjennom NRKs nettradio, da jeg bor i utlandet. Jeg tror vi alle vet hva jeg snakker om.

Jeg er naturligvis rystet. Det er fryktelig skremmende at noen kan være i stand til å mishandle et lite uskyldig barn på en slik rå og brutal måte. Men, vi vet alle at vold skjer der inne i familiene hver dag over hele Norges land.

Det er etter mitt skjønn rene galskapen at denne stefaren ansvarlig for mordet har fått en så mild straff og at moren først nå må inn for påtalemyndigheten. Et enormt hån mot barnas grunnleggende rettigheter!

Like skremmende er det å måtte konstatere at sykehuspersonale og skolepersonale ikke har maktet å løfte en finger for å hjelpe og gi Christoffer beskyttelse. Hvordan er dette mulig?

Kan vi virkelig rolig se på at dette skjer i dag i vårt

såkalte demokratiske og siviliserte norske samfunn? Jeg tror ikke det. Jeg stiller meg spørsmålet «Har vi forstått viktigheten av å få til endringer?» Jeg er både sterkt bekymret og skuffet, i lys av helsevesenets store svik i denne saken.

Videre stiller jeg meg undrende til at jeg ikke har funnet en eneste artikkel i bladet Sykepleien med referanse til saken, som tar for seg temaet sykepleierens rolle og ansvar i møte med barn og mistanke om voldsutsettelse av disse. Hva gikk så dundrende galt? Hvor er selvkritikken og diskusjonen rundt dette temaet?

Vi burde spørre oss kontinuerlig, hva vi sykepleiere konkret kan gjøre for å beskytte maksimalt alle «Christoffere» som er der ute i dag og i fremtiden.

Hva med forense-sykepleiere og deres spesifikke kompetanse? Burde man styrke bruken av disse i helsevesenet, og på hvilken måte? Hvordan er lov-

verket? Hvilke juridiske plikter har vi i dag? Holder disse? Hvilket system har vi med henhold til meldepikten? Kan dette forandres? Et hav av uoppdaget materie! Eller tar jeg feil?

Det synes klart for meg at man ikke har vært i stand til å «sette i system» sterk kompetanse, etiske og moralske klare retningslinjer og drøftinger av eventuelle justeringer av lovverk og så videre.

Det nytter ikke å nøye seg med uklare forklaringer fra foreldre og tenke «ja det er vel sånn» eller «det kan jo ikke være så ille». Det kan ikke være opp til hver enkel helsearbeider å synse og mene tilfeldig og ukritisk. Vi kjenner altfor godt til de dramatiske følgende; barn som fortsetter å oppleve helvete på jord, kanskje med døden som følge!

Til de grader uproffe kan vi bare ikke tillate oss å være!

Med vennlig hilsen Aud Marie Bjerk

MINNEORD

May Kristin Robertsen



May Kristin Robertsen, født 24. mai 1956, døde 15. august 2010.

Ordtaket om at ord blir fattige kjenner jeg virkelig nå. I dag fikk jeg spørsmål fra SIS (sykepleiere i stomiomsorg) om å utføre en av mine tøffeste oppgaver hittil; en oppgave jeg aldri noen gang trodde jeg skulle få spørsmål om å utføre. Det fordi man tenker at mennesker man virkelig er glad i, aldri vil gå bort. May Kristin var en slik person. Ikke bare for meg, men for alle de som kjente henne.

Første gang jeg møtte May Kristin var som håpefull sykepleierstudent ved kirurgisk avdeling, K1, Sykehuset Østfold Moss. Året var 1999. Fra den dagen May Kristin ble min kontaktsykepleier, ble hun også min venn. En god og spesiell hjertevenn. Jeg hadde ingen kunnskap eller erfaring fra kirurgisk avdeling, men May Kristin fikk meg engasjert. Hun lærte meg om helhetlig sykepleie, omsorg, etikk og ansvar. May Kristin ga den enkelte pasient en følelse av å være spesiell. Hun ga av seg selv, fullt og helt. May Kristin var en engel i hvitt.

Etter å ha fulgt May Kristin i praksis, visste

jeg umiddelbart at det var kirurgisk sykepleie jeg ville fordype meg i. Vi ble kollegaer.

May Kristin var faglig sterk, dyktig, engasjert og omsorgsfull, og hun hadde den «gaven» enhver sykepleier håper man en dag vil få æren av å inneha. En gave man kun får ved å jobbe, være engasjert, ydmyk, stolt og medmenneskelig. May Kristin ga oss alle litt av denne gaven, og det var med stolthet vi kunne si at vi var sykepleiere. Hun hadde en egen evne til å få frem det beste i andre.

Høsten 2007 møttes våre veier ved Høgskolen i Bergen. Fra å være min kontaktsykepleier ti år tidligere, skulle vi nå sammen være studenter. Jeg var så stolt av å skulle studere med May Kristin. Totalt var vi 20 sykepleiere spredt fra hele landet som skulle fullføre studiet som ville gi oss tittelen stomisykepleier. Tiden vi hadde sammen i Bergen frem til 2009 vet jeg alle nåværende stomisykepleiere ser tilbake på med glede. Vi ble kalt «annerledeskullet» av vår lærer Torill. Og vi var annerledes, og spesielle. May Kristin var en positiv faktor som bidro til det. Hun spredte så mye glede og latter i denne tiden. Mange av oss kunne også dra nytte av May Kristins lange erfaring og kunnskap innenfor faget.

May Kristins «hjerterbarn» var stomipasi-

tene. I mange år var hun stomikontakt ved Sykehuset Østfold Moss. De siste årene jobbet hun ved stomiklinikken i Sarpsborg hvor hun arbeidet tett sammen med Monika. En jobb jeg vet May Kristin trivdes svært godt i, og en jobb alle visste hun utførte med stolthet og omsorg for den enkelte pasient. Også kolleger opplevde hennes omsorg.

Det er med tårefylte øyne jeg skriver disse ord, og med en følelse av uvirkelighet. For det er nettopp i en slik situasjon jeg vanligvis ville ringt May Kristin. Hun hadde alltid gode råd og trøstende ord å gi.

Faglig hadde May Kristin alltid et svar. Det gjorde at flere enn meg kunne ringe henne i arbeidstiden for råd. Det ga oss en mulighet til å kunne hjelpe den enkelte pasient umiddelbart.

Mens tårene fortsatt renner, vil jeg på vegne av stomisykepleiere og alle i SIS overbringe den dypeste medfølelse til May Kristins familie.

Harald, Magnus og Sondre var May Kristins store stoltheter i livet. Hun la aldri skjul på det og gleden smittet over på oss andre.

Hvil i fred, kjære May Kristin. Du er dypt savnet, og vil aldri bli glemt.

Aina Berntzen

DEN BESTE STARTEN

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

ALKOHOLFRI
SVANGERSKAP

 Helsedirektoratet
www.helsedirektoratet.no/gravid



Leder NSF's faggruppe av psykiatriske sykepleiere, Kurt Lyngved

Med kunnskap har vi justert kursen

Psykiatriske sykepleiere står overfor flere store utfordringer: En god dialog mellom faggruppene, å overlate mer makt til pasienten og kampen for et godt tjenestetilbud er noen.

Det er allerede flere måneder siden jeg ble valgt som ny leder av NSF's landsgruppe av psykiatriske sykepleiere. Stille sommertid har gitt meg god tid til å tenke gjennom denne første tiden av min lederperiode og hvilken reise jeg har startet på.

Sykepleie som fagområde har en lang tradisjon innenfor det psykiske helsefeltet. Det er mange år siden de første sykepleierne begynte å jobbe i de psykiatriske institusjonene, og de var noen av de første innenfor det kommunale psykiske helsearbeidet.

Gjennom den lange reisen vi har vært på i fortiden er mye erfaring og kompetanse samlet. Vi vet mye om hva som virker og hva som ikke virker. Denne kunnskapen har vi trengt for å justere kursen på vår seilas gjennom skiftende tider og ideologier. I dag seiler vi gjennom tverrfaglighetens «urene kyster», og alle faggrupper prøver å finne en farbar lei. Med ulike styringsverktøy og ulikt tenkningsgrunnlag prøver vi å gå klar av hverandre og å hindre kollisjoner. Men utpreget tro på tverrfagligheten har sendt oss ut i en flerfaglig virkelighet som til tider er svært uoversiktlig og vanskelig å finne frem i.

Lytt til pasienten

Fremtiden for psykiatriske sykepleiere er fylt av utfordringer knyttet til faglig utvikling og artikulering av fagets innhold. Hvordan skal vi møte denne fremtiden, og hvordan skal vi gripe tingene for å bidra til avklaring av fagets ståsted i tverrfaglighetens tid? Hvordan skal vi klare å bidra til å skape et kart hvor de ulike fagområdene i feltet blir tydelige for hverandre, og der vi klarer å skape forutsigbarhet

Vi vet mye om hva som virker og hva som ikke virker.

for seilassen videre for oss selv, andre faggrupper og brukere i det psykiske helsefeltet? I denne sammenheng er det mange viktige samarbeidspartnere, men fra mitt ståsted ser jeg brukerne av tjenestene som den aller viktigste. Så tenker jeg at alle yrkesutøvere som befinner seg i kretsen rundt pasienten eller brukeren må la dialogen ta utgangspunkt i menneskenes opplevelse av sin helsesituasjon.

En av dagens utfordringer innen psykisk helsearbeid er nettopp knyttet til balansen mellom fagkunnskapen og erfaringskunnskapen. Hva skal veie tyngst, og hvilken betydning skal de to perspektivene ha relatert til hverandre? Som psykiatrisk sykepleier opplever jeg

dette meget spennende og ser hvordan vi utfordres mer og mer av dem som bærer erfaringene og deres kompetanse. Jeg vil gjerne at vi som faggruppe skal være konstruktive medarbeidere i denne dialogbyggingen. Dette vil sannsynligvis bidra til å skape et mer likeverdig forhold mellom sykepleier og pasient, der rollene er preget av respekt og verdighet. En situasjon der kunnskap kan utveksles og begge parter kan dra nytte av dette.

Denne dialogskapingen vil også være essensiell i det flerfaglige fellesskapet, og en av de utfordringer vi står i er nettopp hvordan vår fagkompetanse kan komme brukerne til best mulig nytte. For det er i siste instans de som skal kunne dra nytte av vår kunnskap.

Spenninger innenfor det flerfaglige feltet må avklares. Dette innebærer at også vi som faggrupper må utvikle gode dialoger innad i de tverrfaglige fora og hjelpe hverandre til å avklare hverandres kunnskapssyn. På denne måten blir vi tydeligere for hverandre, men sist og ikke minst for brukerne våre. Så kan det være opp til brukerne å se hva de har behov for og hvem de vil ha tjenester fra.

Må gi fra oss kontroll

En av våre store utfordringer i fremtidig psykisk helsearbeid er nettopp dette å gi fra oss kontroll og ansvar. Sett i et historisk perspektiv har psykiatrien i stor grad fortalt pasientene hva som til enhver tid er best for dem. Tidsånden tilsier at dette er noe vi som representanter for det psykiatriske system er nødt til å gjøre noe med, og det innebærer at maktforhold og ansvarsfordeling endres i brukernes favør.

Yrkesgruppenes kunnskapssyn er ulike, og det betyr at vi bringer ulike perspektiver «til torgs» i møte med brukerne. Ideologiske endringer og strømninger, og spennet mellom disse, utfordrer oss hele tiden. Et av refleksjonsområdene i vår tid er om det er noen kunnskapssyn som representerer mer sannhet enn noen annet, og hvordan dette i så fall skal håndteres i en klinisk hverdag. Det er viktig å ha en god dialog om dette, slik at uklare oppfatninger av hverandre ikke bidrar til uklare tilbud til brukerne. En god teori, en god praksis og en god dialog i det tverrfaglige samarbeidet er nødvendig for å sikre god kvalitet på tjenestene. I dette ligger også refleksjonene knyttet til om hvert kunnskapssyn er likeverdig eller om det er slik at noen typer kunnskap er overordnet andre.

Tilbake til start?

Opptrappingsperioden innenfor psykisk helse og øremerking av økonomiske midler ligger bak oss nå, og vi er inne i det andre året



NYE ROLLER: Psykiatriske sykepleieres rolle er endret. I stedet for å være en som forteller pasienten hva som er best for ham, skal sykepleieren nå samarbeide mer med pasienten. Illustrasjonsbildet fra filmen «Gjøkeredet» fra 1975. Foto: AFP/Scanpix

siden øremerkingen opphørte. Vi som jobbet i kommunen, og flere med oss, var bekymret for fremtiden når pengene skulle gå inn i den store potten. Mange steder rundt i landet er tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser fortsatt marginalt, og reduksjoner vil være katastrofalt.

For noen uker siden ble jeg ringt opp av en journalist som nettopp viste til at tendensen er at en del kommuner allerede er i gang med å redusere tilbudet innenfor det psykiske helsefeltet (se *Sykepleien* nr. 11 side 16. red.anm.). Dette er alarmerende og det innebærer at psykiatriske sykepleiere som gruppe, men også hver især der vi befinner oss, må kjempe en kamp for våre brukere. Dersom tjenestetilbud innen psykisk helsearbeid i stor grad forsvinner rundt omkring i dette landet, kan man stille spørsmål om opptrappingsplanen har vært forgyves. Det vil i så fall være respektløst overfor de brukerne som trenger tjenestene hver dag.

I opptrappingsperioden bidro fokuset på psykisk helse til å sette søkelys på stemping og stigmatisering. At flere og flere sto frem og fortalte om egne erfaringer med psykiske lidelser, bidro sannsynligvis til at skammen ved å ha en psykisk lidelse ble redusert. Denne prosessen er så vidt i gang, og jeg er redd for at hele holdningsarbeidet reverseres hvis tilbudene trappes ned. Skamfølelsen og stigmatiseringsproblematikken vil igjen bli økende, og det tjener ingen. Aller minst dem som strever med vanskelige liv og som ikke bør og skal påføres enda flere belastninger enn de allerede har. Derfor oppfordrer jeg sykepleiere til å være aktive i alle debatter og holde fanen høyt for tjenestetilbudet innenfor det psykiske helsefeltet. Vi godtar ikke nedskjæringer innfor et felt som ennå har langt igjen før vi kan si at vi og brukerne er fornøyd med tjenestenivået.

Kongress ga energi

En stor utfordring er også å dreie fokuset mer mot det forebyggende psykiske helsearbeidet. Her har psykiatriske sykepleiere en bredkunnskap som vi kan bruke som grunnlag. Satt i system vil dette kunne bidra til å utvikle selvhjelpskonseptet for dem som er i faresonen. Ved å dele kunnskap og erfaringer og la mennesket selv ta ansvar for egen situasjon, er jeg helt sikker på at vi vil lykkes bedre enn å behandle symptomer. Vi kan være veiledere og rådgivere der dette trengs og bidra til å styrke menneskets egne ressurser til å håndtere eget liv. Der tror jeg mange av suksesskriteriene befinner seg med tanke på å lykkes i det psykiske helsearbeidet.

Nordisk kongress for psykiatriske sykepleiere er nettopp arrangert i Helsinki. Det var et spennende møte mellom psykiatriske sykepleiere fra hele verden. Tre dager full av fag og gamle og nye tanker. Mye forskning gjort av sykepleiere ble lagt fram, og det er lovende for faget vårt. Det å fokusere på «biter» av vår virkelighet for å si noe om praksis og noe om hva som nytter og hva som ikke nytter. Det gir energi til å arbeide videre med sykepleiefaget innenfor det psykiske helsefeltet og forsterker vår posisjon i det. Vi som praksisutøvere må bli flinkere til å sette oss inn i den forskning som er gjort og bruke den til å implementere nye måter å praktisere på. På denne måten blir det enklere å argumentere for det vi faktisk gjør og hvorfor vi gjør det.

Det andre inntrykket fra kongressen som sitter sterkt i, er at psykiatriske sykepleiere sin virkelighet er nokså lik hva angår faglig ståsted i hele verden. Dette sier noe om felles utfordringer, men også noe om en felles kraft over landegrensene.

Det lover godt, fordi vi er mange, og vi vet at vi har mye å bidra med som sykepleiere i det psykiske helsefeltet. ■■■



DILEMMA

Per Nortvedt om pasientens ønsker

Navn: Per Nortvedt
Bakgrunn: Professor ved seksjon
for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo
E-post: p.nortvedt@medisin.uio.no

Livstestamente og pasientens vilje

En sykepleier som ligger for døden vil ha seg frabedt overivrig Decadronbehandling for å forlenge livet noen uker. Har hun rett til det?

En pasient med hjernetumor som snart skal dø, sier til mannen sin, at når sykdommen er i sin slutfase og hun ikke lenger har bevissthet, (i denne sammenheng kognitive evner så hun kan forstå og gjøre seg forstått,) så ønsker hun ikke at livet skal forlenges med overivrig Decadronbehandling (et corticosteroid

blant annet sykepleieres) faglige og etiske skjønn i de fleste situasjoner er tilstrekkelig for å ivareta pasientens beste. Videre hevdes det at et livstestamente absolutt ikke bør være bindende for legens beslutninger, fordi det alltid vil være vanskelig å vite om dette uttrykker pasientens reelle vilje på det aktuelle tidspunkt en medisinsk beslutning må tas.

beslutninger eller et livstestamente. Det skjer hvis det er saklig uenighet og/eller man er usikker på om beslutningen ut fra medisinske eller andre årsaker ikke er i pasientens interesse. Land som har såkalte bindende livstestamente, sier at dette skal være primae facie bindende, dvs., at det kan overprøves under bestemte forutsetninger. Slike grunner kan være at det er for gammelt (man er usikker å om pasienten ville stå ved sitt ønske i den aktuelle situasjonen, eller at ny behandling er kommet til som ikke var kjent da beslutningen ble fattet, for å nevne noen).

Man har (som i Østerrike) spesifisert betingelser for at et livstestamente skal kunne ansees gyldig (ref). I de fleste tilfeller vil et livstestamente, bindende eller ikke, være et viktig bidrag til legens beslutninger og kunne styrke beslutningens gyldighet og kvalitet.

Selve prosessen rundt slike beslutninger må være best mulig.

Mange land har lovregulert rett

Mange land derimot, og ikke bare stater i USA, men også mange av våre nærmeste EU-land (Spania, Belgia, Nederland, England, Østerrike, Finland, for å nevne noen) har en lovregulert praksis med rett til bindende livstestamente, men i tillegg har de også rett til å oppnevne en verge i spørsmål som angår egen helse. Et livstestamente må ofte sees i sammenheng med at pasienten, som enten kan samtykke (eller i en framtidig situasjon, f. eks pga. av kognitiv svikt ikke lenger kan samtykke) oppnevner en såkalt stedfortredende beslutningstaker som på vegne av et livstestamente vil kunne tale pasientens sak. Det burde være en selvfølge, også i Norge, at pasienter har en legal rett til å både ha et livstestamente og en oppnevnt stedfortreder som kan representere pasientens interesser i helse spørsmål.

Om dette skal kunne være bindende i forhold til legens beslutninger på vegne av pasienten, er derimot et vanskelig etisk og faglig spørsmål. Noen land, som Storbritannia, har løst dette ved at en domstol kan overprøve stedfortrederens

som demper hevelsen i hjernen). Det har hun sett nok av i sitt virke som sykepleier. Da vil hun heller dø noen uker tidligere. Et unntak er hvis denne behandling har stor lindrende betydning. Hun ønsker å sette opp et livstestamente som spesifiserer dette.

Skal hun ikke ha rett til det? Skal det ikke gode grunner til for helsepersonell å ikke respektere et slikt ønske?

Ikke nødvendig?

Mange i helsetjenesten, både leger og sykepleiere, konkluderer med at det er unødvendig for pasienten å sette opp et skriftlig livstestamente (såkalt advanced directive) som gir direktiver for den framtidige helsehjelp pasienten ikke ønsker å motta. De mener det er både unødvendig og galt fordi legenes (og helsepersonells,

Andre faste bidragstere



Professor i sykepleier ved Høgskolen i Bodø
Berit Støre Brinchmann



Leder Rådet for sykepleieetikk
Marie Aakre



slutt enn at lege i samarbeid med helsepersonell alene skal ha ansvaret for denne prosessen. I Norge har legen ansvaret for den endelige beslutningen om begrenning av medisinsk behandling, men slike beslutninger skal tas i samråd med annet helsepersonell og med pasientens pårørende.

God prosess viktig

Det er absolutt situasjoner der et livstestamente meget godt kan være et gyldig uttrykk for pasientens ønske og der man i samtale med pårørende kan forsikre seg om at man handler i pasientens beste interesse, slik som det innledende eksemplet viser. Det er også situasjoner der ingen medisinske parametre kan si noe særlig sikkert om hva som er pasientens beste. Da er spørsmålet om videre behandling beheftet med stor usikkerhet, og et livstestamente satt opp i samråd med pårørendes ønske kan bidra til den beste mulige beslutning. Er det ikke riktigere at et slikt testamente i utgangspunktet skal være gyldig (og det skal spesielle grunner til å underkjenne det) enn som i dag, at det i utgangspunktet ikke er bindende, og det er opptil lege/helsepersonell å avgjøre om det skal respekteres?

Det som imidlertid er et kjernepunkt og der mange nok vil være enig med meg, er at selve prosessen rundt slike beslutninger må være best mulig. Da vil grunnlaget for konflikter være minimalt og beslutningene bli tatt på et best mulig faglig og etisk grunnlag. ■■■



Arkivfoto: Erik M. Sundt



- › Hva er gode grunner for et bindende livstestamente – hva er gode argumenter mot?
- › Har du eksempler på situasjoner der et livstestamente bør ansees gyldig og være bindende.
- › Har du eksempler på det motsatte?
- › Hva mener du om argumentene om at medisinske og prognostiske spørsmål er så kompliserte at bare fagpersonell kan ta etiske beslutninger

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

Kari Toverud Jensen

Hvem: Kari Toverud Jensen

Alder: 50 år

Utdanning: Sykepleieviter med doktorgrad i pedagogikk

Yrke: Dekan for sykepleierutdanningen ved Høgskolen i Oslo

Hvorfor: Fordi hun leder Norges største sykepleierutdanning

Ingen typisk sykepleier

Kari Toverud Jensen er mer opptatt av å bygge broer enn å tette gapet mellom teori og praksis.

Tekst **Susanne Dietrichson** Foto **Erik M. Sundt**



«Ikke alle skal bli sykepleiere.»

Det er ikke vanskelig å finne døren til Kari Toverud Jensens kontor. Store, fargerike bokstaver: «KARI DEKAN», viser vei. Jensen forklarer at de nylig ble hengt opp av kollegaene da hun feiret bursdag.

Hun forbereder oss med hes røst på at det kan bli en del hosting. Og mye latter. I sin tid skrev hun hovedoppgave om humor som verktøy, om sykepleieres bruk av humor i samtale med personer med demens. Og hun mener generelt at latter og moro fortjener stor plass i hverdagen.

Jensen kan saktens trenge sitt gode humør. Undersøkelsen «Avgangsstudenten» fra 2009 avdekker misfornøyde sykepleierstudenter ved Høgskolen i Oslo og rapporterer at 37 prosent vurderte å slutte i løpet av utdanningen. Mye av misnøyen blant sykepleierstudentene synes å bunne i det samme, nemlig at høyskolen tar inn for mange studenter. Det er for få gode og relevante praksisplasser, for få og små undervisningslokaler og for store grupper på øvelsesposten.

– Er du enig i at dere tar inn for mange studenter?

– Vi er nødt til å kalkulere med frafall. Noen faller fra i starten fordi de ikke vet helt hva de vil. Ikke alle skal bli sykepleiere, og det er viktig at de som oppdager underveis at faget ikke passer for dem blir støttet i denne beslutningen. Andre faller fra fordi de ikke består eksamen. Jeg vil også legge til at det er et samfunnskrav å ta inn flere studenter på grunn av økt behov for sykepleiere.

«Noen ganger kan jeg få følelsen av å miste kontroll, og da får jeg litt panikk.»

Jensen forteller at undervisningslokalene blir bedre høsten 2011. Da flytter hele avdelingen ned i den gamle patologibygningen i Pilestredet park; Andrea Arntzens hus.

– Hva anser du som dine viktigste arbeidsoppgaver?

– Å tenke strategisk rundt utdanningen. Skjømte samfunnsmandatet. Og være et bindeledd mellom departementet og høyskolen og mellom høyskolestyret og avdelingen, begynner Jensen.

Hun reiser seg og henter en bunke notater fra skrivebordet.

– Målet med å drive en høyskole er at utdanningen og forskningen skal bli best mulig. Min jobb er å legge føringer for både utdanning og forskning, tenke strategisk rundt den, sørge for at den blir fremragende. Jeg må være tydelig, gå foran, men også være samlende. En viktig del av jobben min er å være buffer og en god samtalepartner for studielederne. De er hjørnesteinene i utdanningen. Jeg skal støtte dem, men også utfordre og stille krav.

Jensens kontor er romslig og ligger tett på campus ved Høgskolen i Oslo. Møtebordet er stort og svart. Midt på bordet står en bolle med steiner.

– Jeg er veldig glad i steiner og pleier å ta dem med meg hjem fra reiser, smiler Jensen og holder fram en stor hvit stein.

– Ser du at denne ligner på en gris? Og dette er en høne, ler hun.

Mange av steinene er fra Danmark. Årets flotteste steinfunn fikk hun dessverre ikke med seg hjem, den var for tung å frakte på sykkel.

SER VI PÅ SYKEPLEIERUTDANNINGENS nære historie, kan det se ut som om evnen til å lede omorganiseringer er en påkrevd egenskap for dekanen. I 1994 ble tre sykepleierutdanninger (Aker-, Ullevål- og Statens Sykepleierhøgskole) slått sammen til en utdanning under Høgskolen i Oslo. I 2002 ble hele utdanningen flyttet til Bislett. I 2010 ble det gjennomført en faglig omorganisering av studielederområdene. Neste store omorganisering er en mulig sammenslåing av sykepleierutdanningene ved Høgskolen i Oslo og Høgskolen i Akershus.

– Bakgrunnen for omorganiseringen av studielederområdene var å styrke forholdet mellom utdanning, fagutvikling og forskning fordi lærere som jobber med samme tema samles på tvers av utdanningsnivå, forteller Jensen.

Tidligere hadde studielederne ansvar for hvert sitt årstrinn. Nå leder fire studieledere hvert sitt parallelle bachelorløp, i tillegg til master- eller videreutdanning, etterutdanninger og kurs, og Fou (Forskning og utvikling). Jensen mener det er bedre for studentene å forholde seg til én studieleder gjennom hele bachelorutdanningen. I tillegg kan de lettere dra veksler på studenter på andre nivåer under samme studieprogram.

– Hvordan har de ansatte reagert på omorganiseringen?

– Jeg synes endringene stort sett har blitt positivt mottatt. Det er klart at det har vært motstand og skepsis, det skal det jo være. Men de aller fleste har sett at det er behov for endringer. I tillegg gjorde vi et svært grundig og godt forarbeid.

HUN MENER DET VILLE VÆRE RART om endringer ikke ble møtt med det hun kaller sunn skepsis ved en utdanning som har så lange tradisjoner som sykepleierutdanningen. Som lillesøster til tre eldre brødre er hun dessuten ikke redd for uenighet.

– Jeg liker temperatur, folk skal ha mulighet til å uttrykke hva de mener. Jeg tror heller ingen er i tvil om hva jeg mener. Da må jeg også tåle det samme fra andre, ler hun.

– Dine nærmeste kollegaer beskriver deg som åpen, modig, redelig og inkluderende. Du skal også være god på å vise tillit. Kjenner du deg igjen i denne beskrivelsen?

– Ja, jeg er en åpen person, og selv om jeg har et stort behov for kontroll er jeg ikke detaljstyrende. Jeg stoler på at andre gjør jobben sin. Noen ganger kan jeg få følelsen av å miste kontroll, og da får jeg litt panikk. Jeg kaller sammen til møte med mine nærmeste medarbeidere og sier: «dette må vi snakke om, for min skyld!»

Mer latter.

Også mine tre barn har nok fått føle mitt behov for kontroll, selv om jeg har slakket litt på grepet med tredjemann.

– Du har et stort arbeidsområde. Hvilke områder prioriterer du høyest?

– Jeg er opptatt av studentene. Og av utdanning og forskning. Det kan være noen mener jeg ikke verdsetter lærerne nok, men det gjør jeg virkelig. Jeg ser at lærerne våre er engasjerte og at de er opptatt av studentenes fokus. Det kan likevel hende de opplever at jeg ikke alltid ser den enkelte lærers bidrag inn i utdanningen.

Selv er Jensen sykepleieviter med doktorgrad i pedagogikk.

– Jeg interesserer meg for hvordan studentene lærer, og jeg mener at de selv må delta aktivt i egen læring. Teori er næring for å forstå praksis, men studentene må gjøre sine erfaringer og trekke egne slutninger under læringen. Jeg har ingen tro på at lærerne gir studentene kunnskapen inn med teskje.

SYKEPLEIERUTDANNINGEN har vært gjenstand for hard kritikk i to nye bokutgivelser. Den amerikanske professoren Patricia Benner har stått i spissen for en grundig evaluering av den amerikanske sykepleierutdanningen og slått fast at det kreves omfattende reformer. Her hjemme har professor Kåre Heggen skrevet boka «Kvalifisering for profesjonsutøvelse» der det kommer frem at sykepleierstudenter er mer kritiske til utdanningen enn sosialarbeiderstudenter og lærerstudenter.

– Hva tenker du om at sykepleierstudentene er så misfornøyde?

– Jeg er klar over at sykepleiere i større grad enn andre yrkesgrupper opplever at de er usikre på sin praktiske kompetanse når de skal ut i jobb etter endt utdanning. Men hva er det som gir praktisk kompetanse? Det er ikke sikkert det er behov for mer praksisstudier, men kanskje en annerledes form for praksisstudier? Medisinerstudenter får et sterkere teoretisk fundament, men er mer fornøyde. Kanskje sykepleierstudenter trenger mer teori som gir et bedre verktøy til å handle i praksis?

– Ifølge Bård Nylund, studentleder i NSF opplever sykepleierstudentene ved Høgskolen i Oslo at de ikke får god nok veiledning i praksis fra lærerne på skolen. Er du enig i denne kritikken?

– Jeg er ikke så sikker på om veiledningen i praksis i så stor grad skal skje gjennom våre lærere. Det er jo veilederne ute i praksis som sitter på ekspertisen. Når studentene opplever at det de har lært ikke stemmer med det som praktiseres ute på avdelingene, så er det kunnskapen i praksis som seirer. Det er sykepleieren i praksis som er rollemodellen, ikke læreren.

– Men er ikke kontakten mellom studiestedet og praksis viktig for å utjevne det gapet studentene opplever mellom teori og praksis?

– Men det skal da være et gap mellom teori og praksis?

Jensen tegner ivrig i bordplaten med fingeren.

– Jeg mener at det ikke nødvendigvis er hensiktsmessig å tette dette gapet. Men vi skal bygge broer over det. Vi jobber stadig med å utvikle nye metoder for hvordan læring i praksis kan organiseres. Langerudmodellen – et samarbeidsprosjekt mellom høyskolen og Langerud sykehjem i Oslo – er et eksempel på dette.

CIRKA 50 FØRSTEÅRSSTUDENTER fra sykepleierutdanningen i Oslo har praksisplass på Langerud sykehjem. Her veiledes de i grupper i stedet for enkeltvis. Veilederne er faglærere og ansatte ved sykehjemmet. I tillegg får de veiledning av en bibliotekar som skal hjelpe dem med litteratursøk. På denne måten lærer studentene kunnskapsbasert praksis og får samtidig reflektert over egen læring i grupper.

Jensen tar en tenkepause, blir lett rød i kinnene og hever stemmen en smule:

– Når jeg leser i NSF's bilag til Sykepleien at Bård Nylund mener studielederne er mer opptatt av drift og å uteksaminere studenter fordi dette genererer penger, synes jeg det er uforståelig. Det er klart vi først og fremst er opptatt av kvaliteten på

utdanningen! Jeg forstår ikke hvordan en slik myte kan oppstå.

– Men det er jo en realitet at skolen får mer penger jo flere studenter som uteksamineres. Og som dekan har vel du budsjettansvar?

– Ja, absolutt. Vi har en økonomisk ramme, og vi må gjøre det beste vi kan innenfor disse rammene. Men vi fokuserer alltid først og fremst på kvalitet. Vårt hovedmål er å utdanne sykepleiere som er gode nok, men vi må tåle at alle ikke er like gode. Men hvis vi ikke utdanner tilstrekkelig kompetente sykepleiere, vil det slå tilbake på oss.

9. DESEMBER I ÅR blir det avgjort om den planlagte fusjonen mellom Høgskolen i Akershus og Høgskolen i Oslo blir en realitet. Jensen tror det går mot fusjon og mener det både er strategisk og faglig riktig med en sammenslåing.

«Det er klart vi først og fremst er opptatt av kvaliteten på utdanningen!»

– Jeg tror alle parter vil ha utbytte av sammenslåingen. De faglige miljøene kan dra veksler på hverandres kompetanse og vi får et komplett videreutdanningstilbud med helsesøster- og jordmorutdanningen på HiAk som vi ikke har her på HiO.

– Vurderte du selv å slutte mens du gikk på sykepleien?

– Nei, aldri. Men jeg er nok heller ingen typisk sykepleier. Jeg valgte sykepleien fordi jeg er glad i mennesker. Jeg trives i den jobben jeg har nå. Jeg liker å tenke strategisk rundt utdanning, og jeg tenker fremover. Jeg mener blant annet at rammeplanene må endres. Helsevesenet er endret og pasientene er annerledes. Dette fanges ikke opp av rammeplanen slik den er i dag. ■■■



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



Spar opp til 25% - på populære modeller til arbeid og fritid!

praxis
... gjør dagen din behagelig

Softshell-jakker

Smarte jakker med mange detaljer. Bl.a fleecelor, vanntette glide-låser og avtakbar hette i en funksjonell og slitesterk stretch kvalitet. Jakken er pustende, vind- og vannavvisende og kan brukes hele året. - Et kvalitetsprodukt, som akkurat nå selges til en pris langt under hva en tilsvarende jakke i denne kvaliteten koster.

2 stk.
softshell jakker
Kun kr. 800,-



Modell 21224

Unisex softshell-jakke
Farge/størrelse:
Sort + Marine - str. XS - 4XL
Rød - str. XS - XXL

kr. 499,- inkl. mva

Modell 21225

Dame softshell-jakke
Formsydd for perfekt passform
Farge/størrelse:
Sort + Rød - str. XS - 4XL
Marine - str. XS - XXL

kr. 499,- inkl. mva



JAKKE OG BUKSE - til all slags vær

Et 3-delt sett til arbeid og fritid i meget god kvalitet og utført i et praktisk design med mange detaljer. Ytterjakken og innerjakken er helforet. Innerjakken er i varme-/kuldeisolerende microfiberfleece, som kan tas av ytterjakken og brukes som en selvstendig jakke. Kort og godt 3 kvalitetsprodukter i ett og samme sett. Et sett, som kler på deg fra topp til tå, når du skal ut i regn, vind eller kulde.

Settpris
Jakke + bukse kun
kr. 899,-



Modell 21221

Herre allværsjakke
Farge: Sort
Str. XS - 4XL

kr. 849,- inkl. mva

Modell 21222

Dame allværsjakke
Farge: Sort - rød
Str. XS - 4XL

kr. 849,- inkl. mva

Modell 21223

Allværsbukse
Farge: Sort
Str. XS - 4XL

kr. 349,- inkl. mva

Miks som du vil! - Du kan fritt velge mellom alle varene på siden og får selvfølgelig rabatt på alt - bare du bestiller minimum 2 deler. Tilbudet gjelder til 30.11.10 og du har full bytte- og returrett i 30 dager.

Bestill på 57 69 46 00 eller www.praxis.no

- hvor du kan se hele kolleksjonen med klær og fottøy - til arbeid og fritid!

Praxis AS
Sjøtun Næringspark
6899 Balestrand