NSFs nye ansikt

Side 82

500 dør av forgiftning

Giftinformasjonen får 40 000 telefoner årlig. Side 38

Hvorfor gjør vi ikke som svenskene?

Side 60

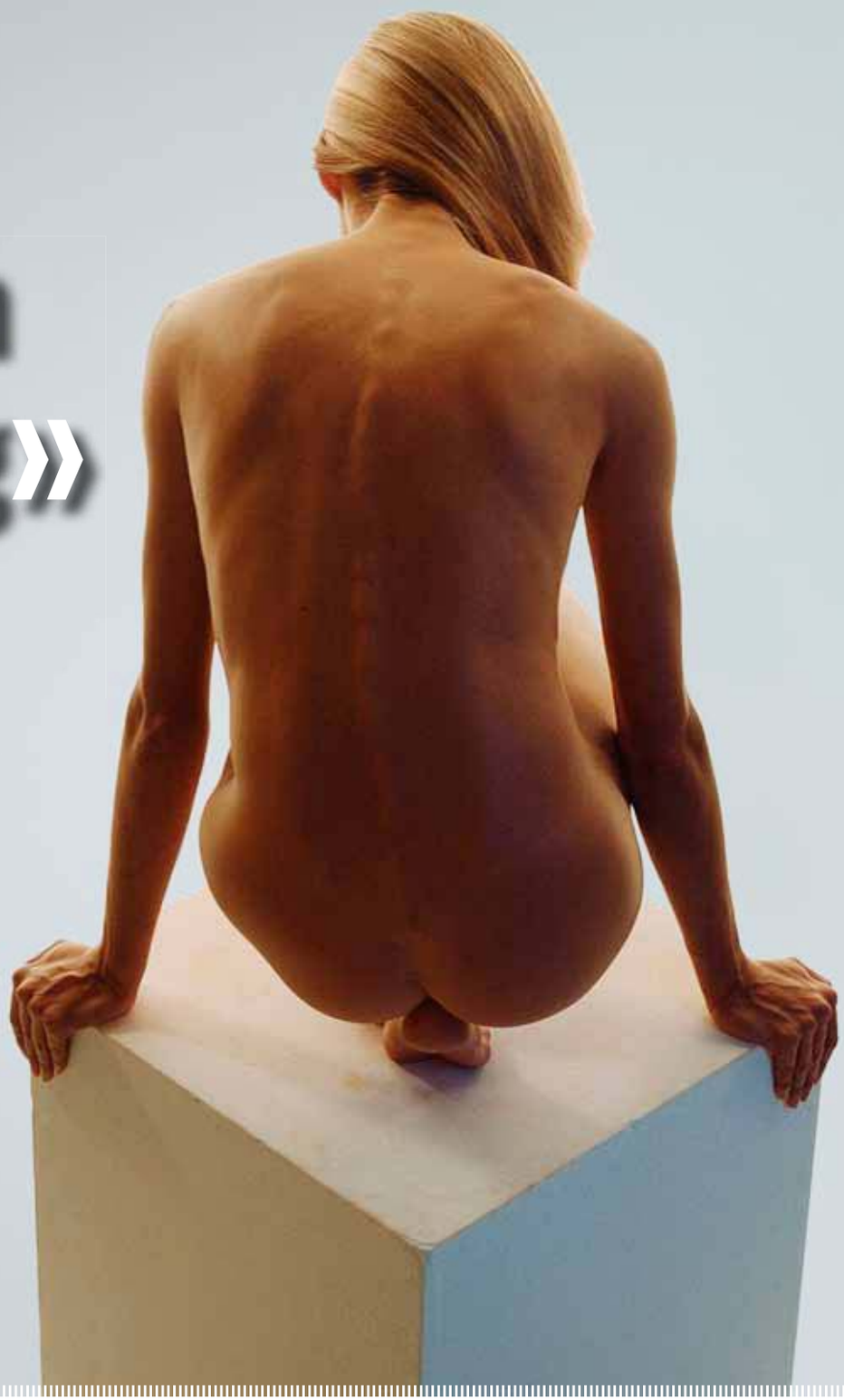
Sykepleien

14 | 2011 8. desember 2011 99. årgang

ELI GUNHILD BY : Hvis helsetjenesten er et hjul, er sykepleie navet.

Alt for en «naturlig» kropp

Tiden for store pupper er forbi. Nå går folk gjerne til kirurg for å få en kropp som alle andre. Risikofritt er det ikke.



Simponi ferdigfylt penn og sprøyte:

- Enkel dosering 1 gang i måneden på samme dato[1]
- 3 godkjente indikasjoner; RA, AS og PsA[1]

Før forskrivning av Simponi®, vennligst se fullstendig preparatomtale

Referanse:
1. Felleskatalogen

MSD

Månedlig
Simponi®
golimumab

02-2012-SIM-2011-SCAN(NO)-5215-J

c Simponi «Janssen Biologics»

Immunsuppressivt middel. ATC-nr.: L04A B06

INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning ***50 mg:*** *Hver ferdigfylte penn/sprøyte (0,5 ml) inneh.:* Golimumab 50 mg, sorbitol 20,5 mg, L-histidin, L-histidinmonohydrokloridmonohydrat, polysorbat 80, vann til injeksjonsvæsker.

Indikasjoner: *Revmatoid artritt (RA):* I kombinasjon med metotreksat for behandling av moderat til alvorlig, aktiv revmatoid artritt hos voksne når responsen på sykdomsmodifiserende antirevmatiske legemidler (DMARDs), inkl. metotreksat, har vært utilstrekkelig og ved behandling av alvorlig, aktiv og progredierende revmatoid artritt hos voksne som tidligere ikke er behandlet med metotreksat. Golimumab har i kombinasjon med metotreksat vist å kunne redusere progresjonsraten av leddskade. *Psoriasisartritt (PsA):* Alene eller i kombinasjon med metotreksat for behandling av aktiv og progredierende psoriasisartritt hos voksne, når responsen på tidligere behandling med sykdomsmodifiserende antirevmatiske legemidler (DMARDs) har vært utilstrekkelig. Golimumab har vist å redusere progresjonsraten av perifer leddskade målt ved hjelp av røntgen hos pasienter med polyartikulære symmetriske subtyper av sykdommen og å bedre den fysiske funksjonen hos RA- og PsA-pasienter. *Ankyloserende spondylitt (AS):* Behandling av alvorlig, aktiv ankyloserende spondylitt hos voksne som ikke har respondert tilfredsstillende på konvensjonell behandling.

Dosering: Skal injiseres s.c. Igangsettes og følges opp av kvalifisert lege med erfaring i diagnostisering og behandling av revmatoid artritt, psoriasisartritt eller ankyloserende spondylitt. Pasienten skal få utlevert det spesielle pasientvarselskortet. Etter trening i s.c. injeksjonsteknikk kan pasienten injisere golimumab selv, dersom legen vurderer dette som hensiktsmessig. Hele mengden golimumab skal injiseres iht. instruksjonene i pakningsvedlegget. *Revmatoid artritt:* 50 mg gis 1 gang i måneden (samme dato hver måned). Bør gis i kombinasjon med metotreksat. *Psoriasisartritt og ankyloserende spondylitt:* 50 mg gis 1 gang i måneden (samme dato hver måned). Klinisk respons oppnås vanligvis innen 12-14 uker (etter 3-4 doser). Fortsatt behandling bør revurderes hos pasienter som ikke viser tegn til terapeutisk nytte innen denne tidsperioden. Hos pasienter >100 kg som ikke oppnår tilstrekkelig klinisk respons etter 3 eller 4 doser, kan det vurderes å øke dosen til 100 mg 1 gang i måneden. Fortsatt behandling bør revurderes hos pasienter som ikke viser tegn til terapeutisk bedring etter å ha fått ytterligere 3-4 doser på 100 mg. ***Eldre (≥65 år):*** Ingen dosejustering er nødvendig. ***Barn (<18 år):*** Ikke anbefalt. *Nedsatt nyre- og leverfunksjon:* Ikke undersøkt. *Uteblitt dose:* Den glemte dosen injiseres så snart pasienten husker det. Man skal ikke injisere dobbel dose for å erstatte en glemt dose. Neste dose administreres etter følgende retningslinje: Dersom dosen er <2 uker på etterskudd, injiseres den glemte dosen, og deretter holdes den opprinnelige månedsplanen. Dersom dosen er >2 uker på etterskudd, injiseres den glemte dosen, og deretter etableres en ny månedsplan for injisering fra denne datoen.

Kontraindikasjoner: Aktiv tuberkulose eller andre alvorlige infeksjoner som sepsis og opportunistiske infeksjoner. Moderat eller alvorlig hjertesvikt (NYHA klasse III/IV). Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene.

Forsiktighetsregler: *Infeksjoner:* Pasienter som får TNF-hemmere er mer mottagelige for alvorlige infeksjoner. Potensielle risikofaktorer for infeksjon bør unngås. Pasienten må overvåkes nøye for infeksjoner inkl. tuberkulose før, under og i 5 måneder etter behandling (eliminasjonen av golimumab kan ta opptil 5 måneder). Pasienter som utvikler en ny infeksjon under behandling skal overvåkes nøye og gjennomgå en fullstendig diagnostisk utredning. Bør ikke gis ved en aktiv infeksjon av klinisk betydning. Forsiktighet må utvises ved behandling av pasienter med kronisk infeksjon eller som har hatt tilbakevendende infeksjoner. Bakterielle (inkl. sepsis og pneumoni), mykobakterielle (inkl. tuberkulose), invasive soppinfeksjoner og andre opportunistiske infeksjoner, inkl. dødelige, er sett. Både immunsuppressiv behandling og underliggende sykdom kan predisponere for infeksjoner. Behandling skal avsluttes dersom pasienten utvikler en ny alvorlig infeksjon eller sepsis, og egnet antimikrobiell eller antifungal behandling skal iverksettes inntil infeksjonen er under kontroll. For pasienter som har vært bosatt i eller reist til områder hvor invasive soppinfeksjoner som histoplasmose, koksidiomykose eller blastomykose er endemiske, skal nytte/risikoforholdet ved golimumabbehandling overveies nøye før behandlingsstart. Ved bytte fra en biologisk behandling til en annen skal pasienten overvåkes for tegn på infeksjon. *Tuberkulose:* Aktiv tuberkulose er rapportert, primært ekstrapulmonal, beskrevet som lokal eller disseminert sykdom. Før oppstart med golimumab skal alle pasienter undersøkes for både aktiv og latent tuberkulose. Undersøkelsen skal inneholde en detaljert anamnese med tanke på tidligere forekomst av tuberkulose eller mulig tidligere kontakt med tuberkulose og tidligere og/eller pågående immunsuppressiv behandling. Relevante screening-tester dvs. tuberkulin hud- eller blodtest og lungerøntgen skal utføres på alle pasienter (lokale retningslinjer kan benyttes). Det anbefales at gjennomføringen av disse testene noteres i pasientens varselskort. Forskrivere påminnes risikoen for falsk negativ tuberkulintest, spesielt hos pasienter som er alvorlig syke eller immunsupprimerte. Dersom aktiv tuberkulose diagnostiseres, kan ikke golimumabbehandling startes opp. Dersom latent tuberkulose mistenkes, bør lege med ekspertise i tuberkulosebehandling konsulteres. I alle situasjoner beskrevet under skal nytte/risikoforholdet ved golimumabbehandling vurderes svært nøye. Dersom latent tuberkulose diagnostiseres skal behandling startes iht. lokale retningslinjer før oppstart av golimumab. Ved flere eller signifikante risikofaktorer for tuberkulose og negativ test for latent tuberkulose, eller ved tidligere latent eller aktiv tuberkulose hvor adekvat behandling ikke kan bekreftes, bør antituberkulosebehandling vurderes før oppstart med golimumab. Alle pasienter skal informeres om å søke medisinsk hjelp dersom tegn/symptomer på tuberkulose (f.eks. vedvarende hoste, tæring/vekttap, lav feber) oppstår under eller etter golimumabbehandling. *Reaktivering av hepatitt B-virus (HBV):* Sett hos kroniske bærere av viruset. Noen tilfeller har hatt dødelig utfall. Pasienter skal testes for HBV før oppstart. Ved positiv test anbefales henvisning til lege med ekspertise på HBV. Bærere av HBV skal overvåkes nøye for tegn og symptomer på aktiv HBV-infeksjon under behandlingen og i flere måneder etter avsluttet behandling. Ved reaktivering av HBV skal golimumab seponeres og effektiv antiviral behandling med egnet støttebehandling igangsettes. *Maligniteter og lymfoproliferative sykdommer:* Forsiktighet må utvises ved vurdering av TNF-hemmende behandling til pasienter med tidligere malignitet eller som utvikler malignitet. Mulig risiko for utvikling av lymfomer, leukemi eller andre maligniteter kan ikke utelukkes. Mulig risiko for malignitetet hos barn som behandles med TNF-hemmere kan ikke utelukkes. *Andre maligniteter:* Forsiktighet bør utvises i behandlingen av KOLS-pasienter. Dette gjelder også ved økt risiko for maligniteter som skyldes omfattende røyking. Hjertesvikt: Bør brukes med forsiktighet ved mild hjertesvikt (NYHA klasse I/II). Pasienten bør overvåkes nøye, og behandling skal seponeres ved utvikling av nye eller forverrede symptomer på hjertesvikt. *Nevrologiske tilstander:* Bruk av golimumab har vært forbundet med tilfeller av debut eller forverring av kliniske symptomer og/eller radiografiske tegn på demyeliniserende lidelser i sentralnervesystemet, inkl. multippel sklerose og perifere demyeliniserende lidelser. Nytte/risiko må derfor vurderes nøye før oppstart med golimumab ved eksisterende eller nylig inntruffet debut av demyeliniserende tilstander. Dersom noen av disse lidelsene utvikles skal seponering av golimumab vurderes. *Kirurgi:* Det foreligger begrenset sikkerhetserfaring fra kirurgi inkl. artroplastikk. Den lange halveringstiden bør tas i betraktning dersom kirurgi er planlagt. En pasient som trenger kirurgi bør overvåkes nøye for infeksjoner, og passende tiltak bør iverksettes. *Immunsuppresjon:* Det foreligger en mulighet for at TNF-hemmende legemidler påvirker vertsforsvaret mot infeksjoner og maligniteter, siden TNF medierer inflammasjon og modulerer den cellulære immunresponsen. *Autoimmune prosesser:* Det relative underskuddet av TNFα forårsaket av anti-TNF-behandling kan utløse en autoimmuniseringsprosess. Dersom en pasient utvikler symptomer som indikerer et lupuslignende syndrom etter behandling, og pasienten utvikler antistoffer mot dobbelttrådet DNA, må behandlingen avsluttes. *Hematologiske reaksjoner:* Det er rapportert pancytopeni, leukopeni, nøytropeni, aplastisk anemi og trombocytopeni hos pasienter behandlet med TNF-hemmere. Med golimumab er cytopenier inkl. pancytopeni rapportert sjelden. Pasienter bør anbefales å søke øyeblikkelig medisinsk hjelp dersom de utvikler tegn og symptomer på blodddyskrasier (f.eks. vedvarende feber, blåmerker, blødning, blekhet). Ved bekreftede signifikante hematologiske abnormaliteter skal seponering vurderes. *Vaksinasjoner:* Pasienten kan vaksineres, men ikke med levende vaksiner. Administrering av levende vaksiner til spedbarn som har vært utsatt for infliksimab i livmoren, er ikke anbefalt de første 6 måneder etter morens siste infusjon under svangerskapet. *Allergiske reaksjoner:* Alvorlige systemiske hypersensitivitetsreaksjoner (inkl. anafylaktisk reaksjon) er sett. Noen har oppstått etter 1. administrering av golimumab. Dersom en anafylaktisk reaksjon eller annen alvorlig allergisk reaksjon oppstår, skal golimumab seponeres umiddelbart og nødvendig behandling igangsettes. Svimmelhet kan forekomme etter administrering og kan påvirke evnen til å kjøre bil eller bruke maskiner. *Lateksoverfølsomhet:* Beskyttelseshetten på den ferdigfylte pennen inneholder lateks og kan forårsake allergiske reaksjoner hos individer som er overfølsomme for lateks. Pasienter med sjeldne, arvelige problemer med fruktoseintoleranse bør ikke ta preparatet da det inneholder sorbitol. *Eldre (≥65 år):* Forsiktighet bør utvises og man skal være spesielt oppmerksom på infeksjoner. *Nedsatt nyre- og leverfunksjon:* Ikke undersøkt. Bør brukes med forsiktighet ved nedsatt leverfunksjon.

Interaksjoner: Alvorlige infeksjoner og nøytropeni er sett ved samtidig bruk av anakinra og anti-TNF-behandling. Samtidig bruk av TNF-hemmere og abatacept er assosiert med økt risiko for infeksjoner, inkl. alvorlige infeksjoner. Kombinasjon med abatacept eller anakinra anbefales derfor ikke. Levende vaksiner bør ikke gis samtidig med golimumab. Selv om kombinert bruk med metotreksat resulterer i høyere steady state-konsentrasjoner av golimumab hos pasienter med RA, PsA eller AS, er det ingen data som støtter behovet for dosejustering av hverken golimumab eller metotreksat.

Graviditet/Amming: *Overgang i placenta:* Risiko kan ikke utelukkes pga. begrenset erfaring. Bruk hos gravide anbefales ikke; skal kun gis dersom det foreligger et klart behov. Golimumab hemmer TNFα og det er derfor mulig at bruk under graviditet kan påvirke normale immunresponser hos den nyfødte. Dyrestudier indikerer ingen direkte eller indirekte skadelige effekter på svangerskapsforløp, embryo-/fosterutvikling, fødsel eller postnatal utvikling. Kvinner i fertil alder må bruke sikker prevensjon for å unngå graviditet under og i minst 6 måneder etter siste behandling. *Overgang i morsmelk:* Ukjent, men golimumab utskilles i morsmelk hos aper, og humane immunglobuliner skilles ut i melk. Amming frarådes under og i minst 6 måneder etter siste behandling.

Bivirkninger: *Svært vanlige (≥1/10):* Infeksiøse: Øvre luftveisinfeksjon (nasofaryngitt, faryngitt, laryngitt og rhinitt). *Vanlige (≥1/100 til <1/10):* Blod/lymfe: Anemi. Gastrointestinale: Forstoppelse, dyspepsi, gastrointestinal smerte og buksmerte. Hjerte/kar: Hypertensjon. Hud: Alopesi, dermatitt, kløe, utslett. Immunsystemet: Allergiske reaksjoner (bronkospasme, hypersensitivitet, urticaria), autoantistoffposiztiv. Infeksiøse: Bakterieinfeksjoner (f.eks. cellulitt), virusinfeksjoner (f.eks. influensa og herpes), bronkitt, sinusitt, overflatiske soppinfeksjoner. Lever/galle: Økt ALAT og ASAT. Nevrologiske: Svimmelhet, parestesi, hodepine. Psykiske: Depresjon, insomni. Øvrige: Feber, asteni, reaksjon på injeksjonsstedet (erytem på injeksjonsstedet, urticaria, indurasjon, smerte, blåmerker, pruritus, irritasjon, parestesi), svekket tilheling, ubehag i brystet. *Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):* Blod/lymfe: Leukopeni, trombocytopeni. Endokrine: Thyreoideaforstyrrelse (f.eks. hypotyreoidisme, hypertyreoidisme og struma). Gastrointestinale: Gastrointestinale inflammatoriske sykdommer (f.eks. gastritt og kolitt), gastroøsofageal refluks, stomatitt. Hjerte/kar: Hjertesvikt (nyoppstått eller forverret), arytmi, iskemiske koronare arteriesykdommer, trombose (f.eks. dyp venetrombose eller aortatrombose), Raynauds fenomen, rødming. Hud: Psoriasis (nyoppstått eller forverring av eksisterende psoriasis, palmar/plantar og pustuløs), urticaria, vaskulitt (kutan). Infeksiøse: Septisk sjokk, sepsis, tuberkulose, nedre luftveisinfeksjon (f.eks. pneumoni), opportunistiske infeksjoner (f.eks. invasive soppinfeksjoner (histoplasmose, koksidiomykose, pneumocystose), bakteriell, atypisk mykobakteriell infeksjon og protozoiske), pyelonefritt, abscess, bakteriell artritt, infeksiøs bursitt. Kjønnsorganer/bryst: Brystsykdommer, menstruasjonsforstyrrelser. Lever/galle: Gallestein, leversykdommer. Luftveier: Astma og relaterte symptomer (f.eks. pipende pust, og bronkial hyperaktivitet). Nevrologiske: Demyeliniserende lidelser (sentrale og perifere), balanseforstyrrelser, smaksforstyrrelse. Nyre/urinveier: Sykdommer i urinblære. Stoffskifte/ernæring: Økt blodglukose, økte lipider. Svulster/cyster: Svulster (f.eks. hudkreft, plateepitelkarsinom og melanocyttnevus). Øye: Synsforstyrrelser (f.eks. tåkesyn og svekket synsskarphet), konjunktivitt, allergi i øyet (f.eks. kløe og irritasjon). Øvrige: Benfrakturer. *Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000):* Blod/lymfe: Pancytopeni. Immunsystemet: Alvorlige systemiske hypersensitivitetsreaksjoner (inkl. anafylaktisk reaksjon), vaskulitt (systemisk), sarkoidose. Infeksiøse: Hepatitt B-reaktivering. Luftveier: Interstitiell lungesykdom. Muskel-skjelettsystemet: Lupuslignende syndrom. Nyre/urinveier: Nyresykdommer. Svulster/cyster: Lymfom, leukemi. *Svært sjeldne (<1/10 000), ukjent:* Blod/lymfe: Aplastisk anemi. Svulster/cyster: Leukemi.

Overdosering/Forgiftning: Enkeltdoser ≤10 mg/kg gitt i.v. har ikke medført toksiske effekter. Ved overdose skal pasienten overvåkes for tegn eller symptomer på bivirkninger og symptomatisk behandling iverksettes umiddelbart.

Egenskaper: *Klassifisering:* Humant $IgG_{1\kappa}$ monoklonalt antistoff. *Virkningsmekanisme:* Tumornekrosefaktor alfa (TNFα)-hemmer. Bindes med høy affinitet til både løselige og transmembrane bioaktive former av humant TNFα, og forhindrer binding av TNFα til dens reseptorer. Nøytraliserer TNFα-indusert ekspresjon av adhesjonsmolekylene E-selektin, VCAM-1 (vascular cell adhesion molecule-1) og ICAM-1 (intercellular adhesion molecule-1) på celleoverflaten til humane endotelceller. In vitro hemmes også TNF-indusert utskillelse av interleukin-6 (IL-6), IL-8 og GM-CSF (granulocytt-makrofag-kolonistimulerende faktor) fra humane endotelceller. *Absorpsjon:* T_{max} = 2-6 dager. Biotilgjengelighet 51%. *Fordeling:* Distribusjonsvolum = 115 ± 19 ml/kg. *Halveringstid:* Terminal t½ = 12 ± 3 dager. Steady state nås etter ≤12 uker. Clearance = 6,9 ± 5 ml/dag/kg.

Oppbevaring og holdbarhet: Oppbevares i kjøleskap (2-8°C). Skal ikke fryses. Skal ikke omrystes. Oppbevares i ytteremballasjen for å beskytte mot lys.

Pakninger og priser: 1 stk. (ferdigfylt penn) 11035,80. 1 stk. (ferdigfylt sprøyte) 11035,80.

Sist endret: 14.10.2011

MSD (Norge) AS, Postboks 458 Brakerøya, 3002 Drammen, telefon 32 20 73 00, telefaks 32 20 73 10.
Copyright © 2011 Merck Sharp & Dohme Corp., et datterselskap av Merck & Co., Inc. All rights reserved.
02-2012-SIM-2011-SCAN(NO)-5215-J

Månedlig Simponi® golimumab

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
aknbh@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

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

Deskjournalist Johan Alvik
tlf. 92 60 87 06
johan.alvik@sykepleien.no

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

Grafisk formgiver Bjørg Nordstrand
tlf. 22 04 33 56
bjorg.nordstrand@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

Produktannonser Lise Dyrkoren (bilag)
tlf. 22 04 33 72
lise.dyrkoren@sykepleien.no

Produktannonser Maud P. Kaino
tlf. 97 74 21 20
maud.kaino@sykepleien.no

Stilling/nett Marianne Musæus
tlf. 91 83 41 10
annonser@sykepleien.no

Repro og trykk:
Stibo Graphic AS

Fagpressen F
OPPLAGSKONTROLLERT

Fagpressens markedspris 2009
Fagpressepris 2009

Gjesteskribenter:

Per Nortvedt tar opp dilemmaet som oppstår når en pasient ikke vil motta hjelp. En kvinne døde av komplikasjonene etter liggesår fordi hun nektet helsepersonell å behandle henne. Side 80.

Kristin Heggen mener vi må få øynene opp for nye måter å tilegne oss kunnskap på. Hvis det skal skapes bedre samspill mellom akademia og yrkeslivet, må vi interessere oss mer for den type kunnskapsprosesser som skjer i yrkeslivet, skriver hun i refleks side 86.

Eli Gunhild By har sitt første innlegg som leder av Norsk Sykepleierforbund. Her oppsummerer hun landsmøtet som var i november, og to viktige saker: Profilering av sykepleieryrket og arbeidet for en nasjonal sjefsykepleier. Side 72.

Per Koren Solvang diskuterer i sin kronikk hva som er det normale. Det har betydning for hvordan vi ser på enkelte pasientgrupper. Det er usikkert om vi i fremtiden vil ha samme syn på normalitet. Side 78.

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

Forsidefoto: Colurbox

Innhold

Sykepleien **AKSJONISTEN:** «Sykepleierforskerne

Hva skjer

7 Aksjonisten
8 Hva skjer – småstoff
11 Sykepleierforskning får kritikk
- – Vi må bygge opp selvtillit

16 Ny ledelse etter landsmøtet i NSF
- Innsats på mange områder
- Veien mot 2015
- Mer til fylkene

22 Siri Hatlen om OUS
24 Fjernet organer for å unngå kreft
26 – Ikke definér pasienten som et problem
29 Vi bare spør Knut Dybwik

Der ute

38 Farlige tider
42 – Jeg fikk for stort ansvar
– I ytterste konsekvens kan det ende med dødsfall
46 Paragrafrytterne
47 Min jobb: Karina Henriette Rønsen
48 Øyeblikket
50 Kritiseres for dårlig styring
52 Lærer lite av uønskede hendelser

Tema:
Kosmetisk behandling

30 Fikser flottere former
32 – Når de har bestemt seg, er det etter nøye vurdering.
35 Ønsker tydeligere regler
37 5 på gangen

Foto: Stig Weston

må tåle å bli målt på lik linje med annen forskning.

14 • 2011
8. desember 2011 • 99. årgang

Fag og bøker

56 Overtar voldsutsatte kvinners smerte
60 Hva kan vi lære av svensk samhandling?
64 Legemidler bør påføres åpningsdato
66 Forfatterintervju: Jeanne Boge
68 Bokanmeldelser
69 Jeg elsker min ... bandasje
70 Quiz
70 Nytt syn på omsorgsyrker

Mennesker og meninger

72 Eli Gunhild By om landsmøtet
74 Siden sist og meninger
78 Per Koren Solvang om normalitet
80 Dilemma: Per Nortvedt
82 Tett på Eli Gunhild By
86 Refleks: Kristin Heggen

87 Stillingsannonser
92 Kunngjøringer

GJESTESKRIBENTEN:

«Er det normale det riktige for alle?»

Per Koren Solvang 78

16

38

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

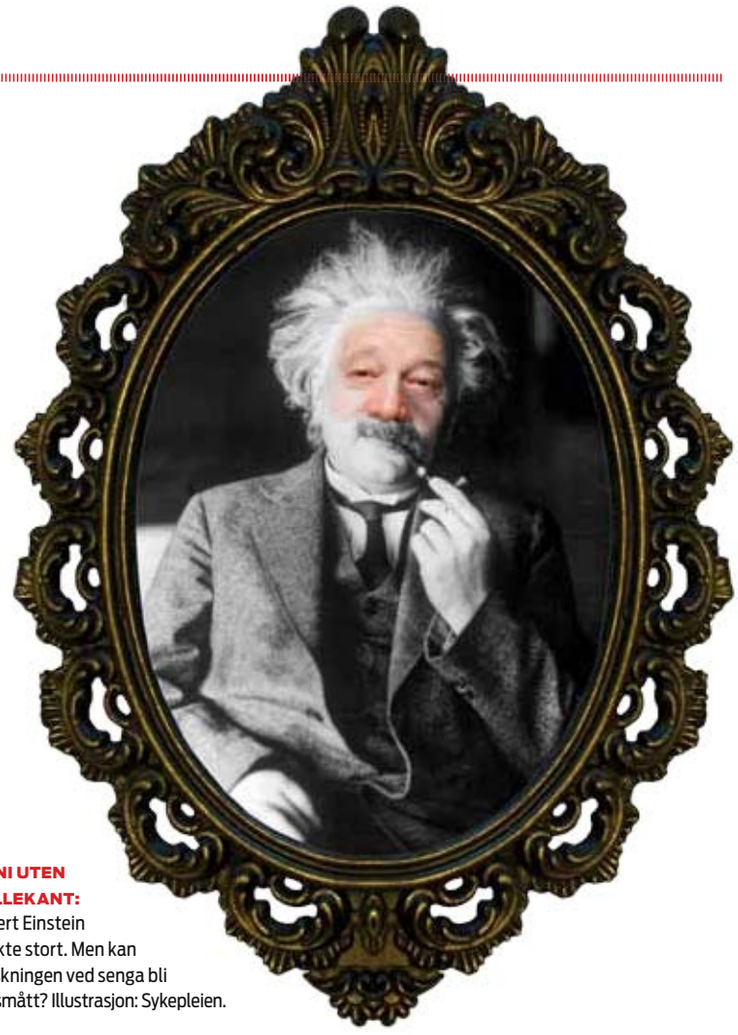
Johnson & Johnson Tel. 6698 1030

Barth Tholens om vitenskap

Stilling: **Ansvarlig redaktør i Sykepleien**
E-post: **barth.tholens @sykepleien.no**

Einstein er ute

Forskere får aldri forske i fred. Alltid skal det være noen som stikker nesa opp i resultatene deres.



GENI UTEN TELLEKANT: Albert Einstein tenkte stort. Men kan forskningen ved senga bli for smått? Illustrasjon: Sykepleien.

Det krever sin mann/kvinne å drive med forskning nå om dagen. Før kunne du være ansatt i behagelige stillinger på godt oppvarmede kontorer på universitetet, uten at alle på død og liv skulle vite hva du holdt på med. Vitenskapsmannen fikk liksom lov til å være litt alene med sin egen hjerne. Og sannelig om ikke også denne romslige holdningen resulterte i god forskning. Einstein trengte tydeligvis verken tellekanter eller statlige tilskudd for å finne motivasjon til å finne opp relativitetsteorien.

I dag, derimot, er det få forunt å drive helt fri forskning. Forskerne får ikke lenger uforstyrret pusle for seg selv, i håp om at en god forskningsidé plutselig daler ned. De er ikke lenger livstidansatt, men må helst skaffe fram forskningsmidler selv på ad hoc basis, innenfor programmer som myndighetene definerer. De er underlagt strenge, til dels nokså byråkratiske regimer, og skal aller helst publisere mye i prestisjefylte tidsskrifter. Poengene de skårer på denne måten, gir uttelling i nye penger.

Systemet belønner med andre ord de flinke, og straffer de svake forskerne. Bak ligger et intenst ønske fra politikerne om at forskning ikke bare skal være interessant, men også nyttig. Man skal kunne bruke resultatene til noe. Helst på områder der behovet for ny forskning er størst.

Jeg synes at de skal ta kritikken til seg.

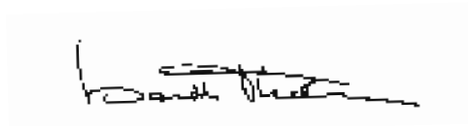
Derfor er det svært bekymringsfylt når et ekspertpanel nettopp har kritisert deler av norsk sykepleieforskning. Med unntak av blant annet Høgskolen i Bergen og OUS, skal det være mye «irrelevant» forskning. Sykepleieforskerne mangler klare problemstillinger og velger overflatiske forskningstema. Med andre ord: Man forsker på mye av det samme, og det det forskes på, er det ikke mye bruk for.

Kritikken rammer hardt. Sykepleierhøyskolene, ofte små miljøer, har tidligere fått kritikk for å inneha for lite kompetanse i staben. Når kompetansen nå er på plass, får de kritikk for å drive med ussel og snever forskning. Den beske kritikken vil av enkelte kunne føles urettferdig: Forstår man ikke at sykepleieforskningen fortsatt er ung? At samfunnet må ta seg tid til å utvikle denne forskningen, og ikke gi dem rødt kort umiddelbart eller når resultatene ikke kan anvendes på flekken? Og forstår ikke ekspertene som har stått for evalueringen, hvor viktig sykepleieforskning kommer til å bli, bare den får lov til å bygge seg opp?

Personlig synes jeg at sykepleierne bare skal ta kritikken til seg. Det kan kjennes slitsomt å bli kikket i kortene. Men sykepleieforskning bør ikke kreve at de blir målt annerledes enn annen forskning, for eksempel medisinsk forskning. Det ville være en farlig vei å gå, selv for en ung disiplin. Anno 2011 kan man ikke drive med forskning for forskningens skyld. I stedet for at forskningen bruker mye krefter på å beskrive ting vi allerede vet, bør den konsentrere seg om å finne svar på de mange utfordringene vi har. Evalueringen kan derfor bidra til at man skjerper seg.

Fordi sykepleiere er så tett inn på pasientens hverdag, kan nettopp sykepleieforskning bidra til å øke kvaliteten i helsetjenesten vesentlig. Riktignok har den medisinske vitenskapen i flere hundre år bidratt til å flytte grensene for hva som er mulig å gjøre. Men det er et faktum at sykehusinnleggelse i seg selv fortsatt er en av de største risikofaktorer i helsevesenet. Mange pasienter dør eller får sin situasjon rett og slett forverret av å ligge på sykehuset. Ikke **på grunn av** den medisinske behandlingen, men fordi sykehuset ikke er flink nok til å ta seg av pasienten etterpå. Om sykepleieforskningen kunne bidra til å forbedre pasientsikkerheten med bare noen få prosent, ville enorme lidelser og ressurser være spart.

Det vil kanskje ikke gi noen ny Einstein eller Nobelpris. Men nyttig er det.



Hva skjer

Få traume-manual på telefonen

Foto: Colourbox

Oslo universitetssykehus (OUS) gjør traumemanualen sin tilgjengelig for alle med Iphone. App´en er gratis.

– Leger eller sykepleiere som trenger en rask oppdatering har nå lett tilgang til relevant informasjon om vurdering og behandling av alvorlige skader.

Det sier Josef Kleven i sykehusets avdeling for traumatologi i en pressemelding fra OUS.

OUS sin traumemanual kom for første gang ut i 1984, og er de siste årene oppdatert hvert tredje år. Ved å lage en gratis app vil sykehuset dele mange års erfaring fra skadebehandling. Ifølge Josef Kleven vil det nå bli mulig å oppdatere manualen oftere.

App´en er tilgjengelig i Appstore og kan legges inn på Iphone. En versjon for Ipad skal komme i løpet av året, mens en versjon for Android står på ønskelisten.

Sykehusene tar regningen

En kvinne uten oppholdstillatelse fikk en regning på 17 000 kroner etter en fødsel ved Sørlandet sykehus Kristiansand. Helseministeren mener det er sykehusene som må dekke kostnadene dersom personer uten lovlig opphold ikke har råd til å betale for helsehjelp.

NRK Foto: Colourbox

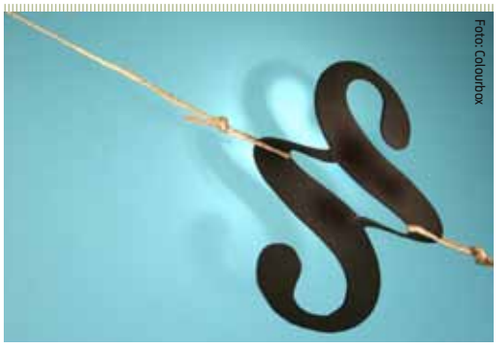


Foto: Colourbox

Vanskelig arbeidstid

To ansatte på ved Sanderud sykehus jobbet 10 og 14 helgedager på rad. Ved Sykehuset innlandet, Reinsvoll, jobbet en ansatt 17 helgedager på rad. Arbeidstilsynet har gjennomført tilsynsbesøk ved 14 enheter i helseforetaket. Det ble funnet mange brudd på Arbeidsmiljøloven. Nå skal ledelsen ved Sykehuset Innlandet rydde opp. Det er allerede satt inn flere tiltak, blant annet kurs i lovverket for arbeidstid og oppfriskningskurs i arbeidsplansystemet som brukes.

Hamar Arbeiderblad

11 Kritikk til sykepleieforskere ›

16 Dette bestemte landsmøtet ›

22 – Det hadde vært lettere uten Aker ›

24 Fjerner organer pga kreftfare ›

26 – Ikke definer pasienten som et problem›

sykepleien.no

Helsenyheter hver dag på sykepleien.no

Gode tall om hjerneslag

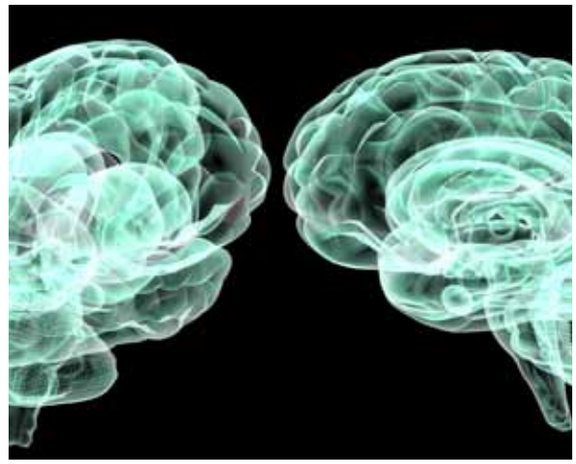


Foto: Colourbox

OVERLEVER: Flere nordmenn går det bra med.

Tall fra OECD viser at pasienter som dør innen 30 dager etter blodpropp i hjernen er redusert til 2,8 prosent i 2009. Det er en nedgang fra 6,1 prosent i 2000. Bare Korea, Japan og Danmark har lavere dødelighet enn Norge.

Helse- og omsorgsdepartementet

Den gode dagen

Demensplanen «Den gode dagen» er nå oppdatert til å gjelde ut 2015. Helse- og omsorgsdepartementet legger vekt på tre hovedområder.

Foto: Colourbox

- Det skal bli flere dagaktivitetsplasser. Målet er at alle kommuner innen 2015 bør kunne tilby dagaktivitetstilbud.
- Botilbud skal tilpasset personer med demens gjennom investeringstilskuddet i Husbanken.
- Det skal satses på økt kunnskap og kompetanse til pårørende og ansatte. Revidert rapport kan lastes ned fra Helsedepartementet.

Helse- og omsorgsdepartementet

Foto: Colourbox

Nordmenn som døde i utlandet, fordelt på årsak 2008-2010

	2008	2009	2010
Død av sykdom	46	39	36
Ukjent årsak	336	303	385
Død av ulykker	12	5	11
I alt	394	347	432

Kan spare 20 milliarder

Ifølge riksrevisor Jørgen Kosmo, har Direktoratet for forvaltning og IKT (Difi) gjort en forsiktig beregning som viser at dersom alle offentlige etater hadde fulgt dette regelverket for offentlige anskaffelser, kunne det offentlige spart 20 milliarder kroner i året.

Riksrevisjonen gikk igjennom 11 anskaffelser som Helsedirektoratet har gjort i 2010. I tre av dem manglet det blant annet anskaffelsesprotokoll.

Kontraktene som er gjennomgått, gjelder beløp på mellom 420 000 kroner opp til 1,4 millioner kroner.

Direktoratet opplyser til revisjonen at de jobber med saken og har blant annet opprettet en egen avdeling for innkjøp og anskaffelser.

Best i Europa

En fersk rapport fra OECD viser at norske kreftpasienter har de beste mulighetene til å overleve. Rundt 30 000 personer rammes årlig av kreft i Norge, og belastningen er stor, både for pasientene og deres nærmeste.

Forrige OECD rapport i 2009 viste at Norge lå på nivå med gjennomsnittet av sammenlignbare land og etter Sverige og Finland. - Nå er vi på topp, og jeg vil gjerne få rose alle dyktige fagfolk som har oppnådd så gode resultater, sier helse- og omsorgsminister Anne- Grete Strøm- Erichsen.

Samtidig peker statsråden på betydningen av at behandlingen av kreftpasienter skjer så raskt som mulig. Regjeringen har nylig gått ut med en målsetting om at behandling for 80 prosent av kreftpasientene skal starte innen 20 virkedager.

Radikale jenter får bra kroppsbilde

VAR DU SLIK? Da har du trolig et bra kroppsbilde selv om du har lagt på deg. Foto: Colourbox

To forskere ved Universitetet i Oslo har funnet en sammenheng mellom kvinners innstilling til egen kropp og deres politiske standpunkt i ungdommen. Ved å analysere funn i ungdomsundersøkelsen Ung i Norge, gjort av Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring, kom de frem til at tenåringsjenter som blir overvektige i tjueårene, er langt mer tilfredse med kroppsbildet sitt hvis de sympatiserte med Arbeiderpartiet, SV eller Rødt i ungdomstiden sin.

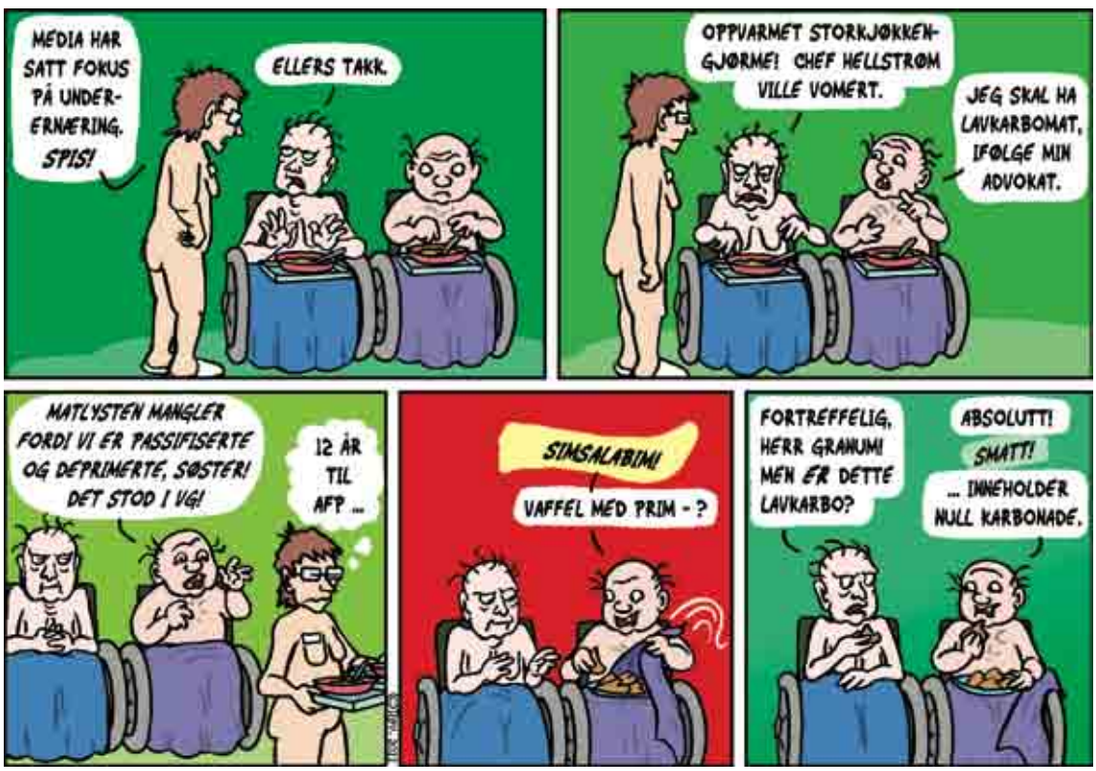
Andelen overvektige jenter øker med alderen. Hver nittende jente er overvektig som trettenåring. Andelen overvektige øker til nesten 30 prosent når de samme jentene er 26 år gamle. Halvparten av de overvektige jentene er misfornøyde med kroppsbildet sitt.

Jo mer høyreorienterte jentene var, desto mer hadde kroppsbildet endret seg i negativ retning.

For dem som sympatiserte med høyresiden, var det negative kroppsbildet doblet på tretten år. For dem som stemte i sentrum, var kroppsbildet økt med en tredjedel. Derimot var det nesten ingen endringer for dem som sympatiserte med røde partier.

Kilde: Apollon

TERAPI av Bodil Revhaug



Meninger fra www.sykepleien.no

Altfor lange journaler truer pasientsikkerhet

- Mangel på struktur ....Hadde man gått over til (og hatt gode it-verktøy for!) mer strukturert dokumentasjon f.eks. i pleieplan eller tverrfaglig behandlingsplan, kunne problemet med informasjon som drukner i svada blitt så godt som borte.

(Silje L. Bakke)

NSF ikke imponert over heltids-avtale

- Likestilling...?!? «Jan Davidsen i Fagforbundet mener derfor dette handler om likestilling.» Hvor mye likestilling er det når mor må jobbe annenhver helg for å få endene til å møtes??

(Kruttlappen)

Hele innlegget finner du på: www.sykepleien.no_debatt

UTFLOD? VOND LUKT?

- Ecovag Balance® er dokumentert effektiv til å gjenopprette og vedlikeholde en sunn vaginal-flora.
- Ecovag Balance® doseres kun én gang i døgnet.
- Du får Ecovag Balance® i alle apotek og i Vitaflos nettbutikk.

EcoVag Balance® vaginalkapsler forebygger vaginalt ubehag og er dobbeltvirkende mot ubehagelig lukt og irritasjon i skjeden (kløe, brennende svie, tørrhet og utflod). EcoVag Balance® inneholder naturlige kvinnelige melkesyrebakterier og har i vitenskapelige, kliniske studier, bevist sin effektivitet. Les mer på www.vitaflo.net

Vitaflo Scandinavia AB NUF
Fornebuveien 44,
Postboks 107, 1325 Lysaker
Telefon: 67 11 25 40
Fax: 67 11 25 41
Web: www.vitaflo.net
E-post: infono@vitaflo.net

VITAFLO
Part of the Navamedic Group

MISFORSTÅTT: Mange av dem som utdanner sykepleiere har trodd at de må kombinere undervisningen med sin egen forskning. Arkivfoto: Stig Weston (personene på bildet har ingen forbindelse til artikkelen).

Her er kritikken:

Ekspertene i panel 5 etterlyser særlig forskning innenfor forebyggende helse og helsefremmende prosjekter angående eldreomsorg og pasienter med kroniske sykdommer. Ifølge dem er problemene med sykepleieforskningen:

- de små miljøene
- mangel på klare problemstillinger
- metodiske problem
- overflatiske forskningstemaer
- stor overlapping i valg av forskningstemaer

Kritiserer sykepleieforskning

Sykepleieforskningen i Norge har fått kritikk. Dessuten er det avdekket en utbredt misforståelse om hva forskningsbasert undervisning egentlig betyr. Tekst **Eivor Hofstad**

Norges forskningsråd har bestilt en forskningsevaluering som nylig kom i sju delrapporter, foretatt av 60 internasjonale eksperter. Evalueringen har tatt for seg vitenskapelig kvalitet og relevans. Temaer som strategi og forskningsledelse, rekruttering og samarbeid er også kartlagt og evaluert.

I panel fem gjennomgås helseforskningen, og i sammendraget er det særlig sykepleieforskningen som får dårlige skussmål. Panel fire omhandler klinisk forskning, og her forekommer også sykepleieforskning, uten at den er særlig omtalt i sammendraget.

Karakterene for sykepleieforskningen spriker fra svak til svært bra. «Noen store miljøer tilknyttet universiteter gjør det bra, mens andre, spesielt de små miljøene ved høyskolene, er svakere», skriver evalueringsekspertene. Så vidt Sykepleien kan se, er det kun tre høyskoler som er evaluert: I Bergen, Oslo og Molde.

I en overordnet samlerapport for alle sju panelene får også sykepleieforskningen kritikk:

«I en aldrende befolkning er det et sterkt behov for kunnskapsbasert informasjon for pleie i helse- og omsorgssektoren. Den nåværende norske forskningen på dette området kan, med noen få unntak, ikke forventes å gi slik informasjon.»

Ungt miljø

– Det var ikke overraskende resultater for oss, siden sykepleieforskningen er et ungt forskningsfelt som er i ferd med å bygge seg opp, sier Mari Kristine Nes, direktør for avdeling for helse i Forskningsrådet.

Evalueringen har vært frivillig for institusjonene, og forskerne har selv evaluert sin forskning og sendt inn sine CV-er. Noen har blitt intervjuet av panelet etterpå.

– Man kan spørre seg hvor godt disse unge forskningsmiljøene kjenner til hvordan de skal beskrive sin egen forskning for å få maks uttelling i en evaluering, påpeker Anners Lerdal, redaktør for Sykepleien Forskning og seniorforsker ved Lovisenberg Diakonale Sykehus og Oslo universitetssykehus.

Evalueringsrapporten anbefaler mer samarbeid og en større utveksling av personale mellom institusjonene.

– De har rett i mye av det de peker på. Vi har levd i vår egen verden. Det er veldig uheldig at vi står for lite samlet. Vi skulle samarbeidet mer. I stedet er vi opptatte av å kritisere hverandre, sier Monica W. Nortvedt, professor og leder av Senter for kunnskapsbasert praksis ved Høgskolen i Bergen.

GAMLE: Stipendiatene har høy alder, påpeker Anners Lerdal. Foto: Marit Fonn.

Men også Senter for kunnskapsbasert praksis er relativt ungt. Det startet opp i 2006. Til tross for dette, fikk senteret karakteren good/very good i evalueringen.

– Hva har dere gjort riktig?

– Vi er i takt med utviklingen med helsetjenesten internasjonalt. Vi tar praksis på alvor og er klinisk rettet. Vi lærer studentene å ta i bruk forskningen i praksis. Pasientene skal ha nytte av forskningen, ellers er det ikke vits i å forske. Akkurat på det området har vi nok markert oss internasjonalt.

Misforståelse på høyskolene

På side 15 i rapporten fra panel fem avdekkes en utbredt misforståelse som gjentatte ganger ble uttrykt av intervjuobjektene: Mange av dem som utdanner sykepleiere har opplevd det politiske kravet om å kople all høyere utdanning til forskning som et krav om at de skal basere undervisningen på sin egen forskning.

Forskningsminister Tora Aasland sa til Aftenposten den 18. november at det ikke var hensikten, men derimot at underviserne må

følge med på den forskningen som er i front og bruke den i undervisningen.

– Jeg kjenner igjen diskusjonen fra høyskolene. Det er ikke en klar oppfatning at det er andres forskning man skal bruke når man skal drive forskningsbasert undervisning, sier Anners Lerdal.

Kravet fra NOKUT siden 2004/2005 har vært at minst 20 prosent av de som underviser ved bachelorutdanningene må ha førstekompetanse: Enten førstelektor, førsteamanuensis eller professor.

Høy alder på doktorandene

Ifølge evalueringsekspertene har det eksistert en feil oppfatning om at alt personale involvert i undervisningen av sykepleierstudenter burde forske.

«Denne forskningsaktiviteten har ofte blitt bred og grunn. Den har i tillegg ført til en veldig høy gjennomsnittsalder på doktorgradsstudentene samt en frustrasjon over den umulige delingen mellom forskning og undervisning, med et konstant krav om mer forskningsmidler til de små enhetene», skriver panel fem i rapporten.

– Ved Høgskolen i Oslo, som nå er slått sammen med Høgskolen i Akershus, er gjennomsnittsalderen på doktorgradsstipendiatene 55 år. Når man tar doktorgrad så seint i karrieren, får man ikke bygd opp forskningsfelt som kan etableres og kaste av seg gode resultater, sier Lerdal.

Han mener at en mulig forskerkarriere må «markedsføres» allerede på bachelorutdanningene, og at dette er høyskolenes oppgave.

– Og så må utdanningsinstitusjonene bli flinkere til å tenke «hva trenger vi av forskning», i stedet for å tenke «hvordan kan vi få det vi driver med til å bli forskning», råder Lerdal.

Kan ikke rangeres

Aftenposten slo stort opp den 17. november at den internasjonale evalueringen sier sykepleieforskningen ligger på bunnen av norsk forskning.

– *Gjør den det?*

– Det er ikke et ja-nei svar på det spørsmålet. Det er stor variasjon innenfor sykepleieforskningen som det er for mange andre forskningsfelt. Men det er riktig at sykepleieforskningen kommer relativt dårlig ut i denne evalueringen og trenger et løft, sier Mari Kristine Nes fra Forskningsrådet.

Hun legger til at det ikke er så enkelt å rangere noe på bunnen siden de ulike panelene ikke har kalibrert karaktersettingen seg imellom, det er ikke praktisk mulig. Men sammenlikningene innenfor de enkelte panelene er gjort etter samme mal.

Rapporten kan lastes ned fra Forskningsrådets nettsider.

– Vi må bygge opp selvtillit

– Mer penger og økt selvtillit vil gi bedre sykepleieforskning.

Tekst og foto **Marit Fonn**

UT: Karen Bjøro vil ha forskerne ut i klinikken.

Karen Bjøro, 2. nestleder i Norsk Sykepleierforbund (NSF), ble ikke overrasket over evalueringen.

– Nei, sykepleieforskningen er jo relativt ny. Det tar lang tid å bygge opp gode forskningsmiljø.

Hun påpeker at det i evalueringen var et lite utvalg, og at resultatene varierte fra «weak» til «excellent».

– Det kom ikke med i Aftenpostens oppslag, som var litt for kritisk. Det var uheldig, for vi trenger å bygge opp selvtillit. Samtidig er vi nødt å ta kritikken innover oss.

Bjøro mener sykepleierutdanningen er sterkt underfinansiert, spesielt i høyskolene.

– De får mindre per sykepleierstudent enn for fysioterapeut- eller legestudentene.

Ifølge rapporten har sykepleieforskningen lite relevans. Bjøro mener dette kan henge sammen med det skarpe skillet mellom sykepleierne som forsker og de som er i klinikken.

– Derfor får ikke forskerne tak i de klinisk relevante problemstillingene. Her er legene mer integrert.

– *Hva kan NSF gjøre for en bedre forskning?*

– Landsmøtet har vedtatt at det må jobbes for flere kombinerte stillinger mellom helsetjenesten og utdanningen. Det bør også bli flere stipendiatstillinger, og forskningsmetodene må bli spissere.

Bjøro viser til at helseforetakene har varierende vilje til å bidra til sykepleieforskning.

– Helse Vest har den viljen. Helse Sør-Øst har vist mindre vilje. IIII

Voldtekt, tvangsekteskap og omskjæring

Slik er dessverre hverdagen for mange kvinner i Etiopia. Sammen med Mekane Yesus kirken setter Det Norske Misjonsselskap fokus på kvinners rettigheter i dette landet.

Send SMS <NMS til 2090> til 2090 og du har overført 200,- fra din mobilregning til arbeidet for kvinners rettigheter. Eller gi din gave - merket 11034 - til konto: 8220 02 85030
Se www.nms.no for mer informasjon

Det Norske Misjonsselskap
www.nms.no

Illustrasjonsfoto. Kvinnene på bildet har ingen sammenheng med teksten

Remicade®
INFLIXIMAB

Flere sykdommer
Mange pasienter
En behandling

Før forskrivning av Remicade®, vennligst se fullstendig preparatomtale

MSD

Referanse: Preparatomtale Remicade 2010
02-2012-REM-2011-SCAN(NO)-5220-J

c *Remicade «Janssen Biologics»*

Immunsuppressivt middel **ATC-nr.: L04A B02**

PULVER TIL INFUSJONSVÆSKE *100 mg:* *Hvert hetteglass inneh.:* Infliksimab 100 mg, sakkarose, polysorbat 80, natriumdihydrogenfosfatmonohydrat, dinatriumfosfatdihydrat.

Indikasjoner: *Revmatoid artritt:* Reduksjon av tegn og symptomer, samt forbedring av fysisk funksjon i kombinasjon med metotreksat hos pasienter med aktiv sykdom som ikke har respondert tilfredsstillende på andre sykdomsmodifiserende antirevmatiske legemidler (DMARDs), inkl. metotreksat. Reduksjon av tegn og symptomer i kombinasjon med metotreksat hos pasienter med alvorlig, aktiv og progredierende sykdom som ikke tidligere er behandlet med metotreksat eller andre DMARD. I disse pasientgruppene er det, målt ved røntgen, vist en reduksjon i progresjonshastigheten av leddskade. *Crohns sykdom hos voksne:* Behandling av moderat til alvorlig aktiv Crohns sykdom hos pasienter som ikke har respondert på en fullstendig og adekvat behandling med et kortikosteroid og/eller et immunsuppressivt legemiddel, eller som ikke tolererer eller har kontraindikasjon mot slike behandlinger. Behandling av aktiv fistulerende Crohns sykdom hos pasienter som ikke har respondert på en fullstendig og adekvat konvensjonell behandling (inkl. antibiotika, drenasje og immunsuppressiv behandling). *Crohns sykdom hos barn:* Behandling av alvorlig, aktiv Crohns sykdom hos barn og ungdom i alderen 6-17 år som ikke har respondert på konvensjonell behandling inkl. kortikosteroid, immunmodulator og ernæringsterapi, eller som ikke tolererer eller har kontraindikasjoner mot slike behandlinger. *Ulcerøs kolitt:* Behandling av moderat til alvorlig aktiv ulcerøs kolitt hos pasienter som ikke har respondert tilfredsstillende på konvensjonell behandling med kortikosteroider, 6-merkaptopurin eller azatioprin, eller som ikke tolererer eller har kontraindikasjon mot slike behandlinger. *Ankyloserende spondylitt (Bekhterevs sykdom):* Behandling av alvorlig, aktiv ankyloserende spondylitt (Bekhterevs sykdom) hos voksne som ikke har respondert tilfredsstillende på konvensjonell behandling. *Psoriasisartritt:* Behandling av aktiv og progredierende psoriasisartritt hos voksne når responsen på tidligere DMARDs-behandling ikke har vært tilfredsstillende. Gitt alene (hos pasienter som ikke tåler metotreksat eller hvor metotreksat er kontraindisert) eller i kombinasjon med metotreksat. Infliksimab har vist å forbedre fysisk funksjon ved psoriasisartritt og redusere progresjonshastigheten av perifer leddskade, målt ved røntgen, ved polyartikulære symmetriske subtyper av sykdommen. *Psoriasis:* Behandling av moderat til alvorlig plakkpsoriasis hos voksne som ikke har respondert på, som har en kontraindikasjon mot eller som ikke tolererer annen systemisk behandling, inkl. ciklosporin, metotreksat eller PUVA.

Dosering: Igangsettes og følges opp av lege med erfaring i å diagnostisere og behandle en eller flere av de godkjente indikasjonene. Infliksimabinfusjoner skal gis av kvalifisert helsepersonell som har trening i å oppdage infusjonsrelaterte problemer. Pasienter som behandles med infliksimab bør få utlevert pakningsvedlegget og det spesielle varselskortet. ***Voksne: ≥18 år:*** *Revmatoid artritt:* 3 mg/kg etterfulgt av 3 mg/kg, 2 og 6 uker etter 1. infusjon, deretter hver 8. uke. Klinisk respons oppnås vanligvis innen 12 ukers behandling. Ved inadekvat respons eller tap av respons etter denne perioden, bør en vurdere å øke dosen trinnvis med ca. 1,5 mg/kg opp til maks. 7,5 mg/kg hver 8. uke. Alternativt kan det vurderes å gi 3 mg/kg så ofte som hver 4. uke. Dersom tilstrekkelig respons oppnås skal pasienten fortsette med valgt dose eller dosefrekvens. Fortsatt behandling bør nøye revurderes hos pasienter som ikke viser tegn til terapeutisk nytte innen de 12 første behandlingsukene eller etter dosejustering. *Moderat til alvorlig aktiv Crohns sykdom:* 5 mg/kg etterfulgt av 5 mg/kg 2 uker etter 1. dose. Dersom ingen respons etter 2 doser, bør det ikke gis ytterligere infliksimabdoser. Tilgjengelige data støtter ikke videre behandling hos pasienter som ikke responderer innen 6 uker etter 1. infusjon. Hos pasienter som responderer er de alternative strategiene for fortsatt behandling enten vedlikeholdsbehandling eller fornyet behandling: Vedlikeholdsbehandling: Ytterligere infusjoner på 5 mg/kg 6 uker etter 1. dose, deretter hver 8. uke. Fornyet behandling: Infusjon på 5 mg/kg dersom tegn og symptomer på sykdommen kommer tilbake. Begrenset data fra pasienter som initialt responderte på 5 mg/kg, men som mistet responsen, indikerer at noen pasienter kan gjeninnhente responsen med doseøkning. Fortsatt behandling bør nøye revurderes hos pasienter som ikke viser tegn på terapeutisk nytte etter dosejustering. *Aktiv fistulerende Crohns sykdom:* 5 mg/kg etterfulgt av 5 mg/kg 2 og 6 uker senere. Dersom en pasient ikke responderer etter 3 infusjoner, bør det ikke gis ytterligere infliksimabbehandling. Hos pasienter som responderer, er de alternative strategiene for fortsatt behandling enten vedlikeholdsbehandling eller fornyet behandling: Vedlikeholdsbehandling: Ytterligere infusjoner på 5 mg/kg hver 8. uke. Fornyet behandling: Infusjon på 5 mg/kg dersom tegn eller symptomer på sykdommen kommer tilbake, etterfulgt av infusjoner på 5 mg/kg hver 8. uke. Begrenset data fra pasienter som initialt responderte på 5 mg/kg men som mistet responsen, indikerer at noen pasienter kan gjeninnhente responsen med doseøkning. Fortsatt behandling bør nøye revurderes hos pasienter som ikke viser tegn på terapeutisk nytte etter dosejustering. Erfaring med fornyet behandling dersom tegn eller symptomer kommer tilbake er begrenset, og sammenlignende data på nytte/risiko for de alternative strategiene for fortsatt behandling mangler. *Ulcerøs kolitt, psoriasisartritt og psoriasis:* 5 mg/kg etterfulgt av 5 mg/kg 2 og 6 uker senere, deretter hver 8. uke. Klinisk respons hos pasienter med ulcerøs kolitt oppnås vanligvis innen 14 ukers behandling (3 infusjoner). Fortsatt behandling bør nøye revurderes hos pasienter som ikke viser noen tegn til terapeutisk nytte innen denne tidsperioden. Pasienter med psoriasisartritt og psoriasis som ikke responderer etter 14 uker (etter 4 infusjoner), bør ikke gis flere behandlinger. *Ankyloserende spondylitt:* 5 mg/kg etterfulgt av 5 mg/kg 2 og 6 uker senere, deretter hver 6.-8. uke. Dersom en pasient ikke responderer innen 6 uker (dvs. etter 2 infusjoner), bør det ikke gis flere behandlinger. *Fornyet behandling ved Crohns sykdom og revmatoid artritt:* Dersom tegn eller symptomer på sykdom kommer tilbake kan ny infusjon gis <16 uker etter den siste infusjonen. Forsinkede hypersensitivitetsreaksjoner etter infliksimabopphold <1 år, se Forsiktighetsregler. Sikkerhet og effekt ved gjentatt administrering etter infliksimabopphold på >16 uker er ikke fastslått. Dette gjelder både for pasienter med Crohns sykdom og revmatoid artritt. *Fornyet behandling ved ulcerøs kolitt og psoriasisartritt:* Sikkerhet og effekt ved gjentatt behandling, annet enn hver 8. uke, er ikke undersøkt. *Fornyet behandling ved ankyloserende spondylitt:* Sikkerhet og effekt ved gjentatt behandling, annet enn hver 6. - 8. uke, er ikke undersøkt. *Fornyet behandling ved psoriasis:* Begrenset erfaring fra fornyet behandling i form av re-induksjonsbehandling etter oppbluss av sykdomsaktivitet, antyder en økt insidens av infusjonsreaksjoner, også alvorlige, sammenlignet med 8 ukers vedlikeholdsbehandling. *Fornyet behandling ved alle godkjente indikasjoner:* Dersom vedlikeholdsbehandling avbrytes og det er behov for ny oppstart av behandling, anbefales ikke re-induksjonsbehandling. I slike tilfeller bør infliksimab gis som en enkelt dose etterfulgt 8 ukers vedlikeholdsbehandling. ***Barn og ungdom: 6-17 år:*** *Crohns sykdom:* 5 mg/kg etterfulgt av 5 mg/kg 2 og 6 uker senere, deretter hver 8. uke. Enkelte kan trenge et kortere eller lengre doseringsintervall. Behandlingen skal stoppes dersom barnet/ungdommen ikke responderer innen de første 10 behandlingsukene. ***Administrering:*** Skal administreres intravenøst over en 2-timers periode. Alle pasienter må observeres i minst 1-2 timer etter infusjonen mhp. akutte infusjonsrelaterte reaksjoner. Ved indikasjoner til voksne: Hos nøye utvalgte pasienter som har tolerert 3 initiale 2-timersinfusjoner og som får vedlikeholdsbehandling, kan det overveies å gi påfølgende infusjoner med varighet på ikke mindre enn 1 time. Kortere infusjoner ved doser >6 mg/kg er ikke undersøkt.

Kontraindikasjoner: Tuberkulose og andre alvorlige infeksjoner som sepsis, abscesser og opportunistiske infeksjoner. Moderat eller alvorlig hjertesvikt (NYHA klasse III/IV). Kjent hypersensitivitet for innholdsstoffene eller murine proteiner.

Forsiktighetsregler: Erfaring viser at hos noen pasienter er eget forsvar mot infeksjoner nedsatt under infliksimabbehandling. Hemming av TNFα kan maskere symptomer på infeksjon som f.eks. feber. Tidlig gjenkjennelse av et atypisk klinisk forløp for alvorlige infeksjoner og for typiske kliniske forløp for sjeldne og uvanlige infeksjoner er kritisk for å redusere forsinkelse av diagnostisering og behandling. Ved fistulerende Crohns sykdom med akutte suppurative fistler skal ikke infliksimabbehandling initieres før en kilde til mulig infeksjon, spesielt abscess, er utelukket. Pasienter må monitoreres nøye for infeksjoner inkl. tuberkulose før, under og etter infliksimabbehandling. Siden eliminasjonen av infliksimab kan ta opptil 6 måneder, skal monitorering fortsette gjennom hele perioden. Videre infliksimabbehandling skal ikke gis dersom en pasient utvikler en alvorlig infeksjon eller sepsis. Forsiktighet må utvises om infliksimab skal gis til pasienter med kronisk infeksjon, som har hatt tilbakevendende infeksjoner samtidig med immunsuppressiv behandling. Pasientene bør unngå potensielle risikofaktorer for infeksjon. Infeksjoner er oftere rapportert hos barn, enn hos voksne. Pasienter som får TNF-hemmere er mer mottagelige for alvorlige infeksjoner. Tuberkulose, bakterielle infeksjoner, inkl. sepsis og pneumoni, invasive soppinfeksjoner, virale infeksjoner og andre opportunistiske infeksjoner er rapportert. Noen av disse har vært dødelige; de mest frekvent rapporterte med en mortalitetsrate på >5% inkluderer pneumocystose, kandidose, listeriose og aspergillose. Pasienter som utvikler ny infeksjon under behandlingen skal overvåkes nøye og gjennomgå en fullstendig diagnostisk evaluering. Preparatet seponeres dersom pasienten utvikler ny alvorlig infeksjon eller sepsis, og passende antimikrobiell eller antifungal behandling skal påbegynnes inntil infeksjonen er under kontroll. Ved bytte fra en biologisk behandling til en annen skal pasienten overvåkes for tegn på infeksjon. Aktiv tuberkulose er rapportert, hovedandelen ekstrapulmonal, beskrevet som lokal eller disseminert sykdom. Før oppstart med infliksimab skal alle pasienter undersøkes nøye for tuberkulose (både aktiv og latent). Undersøkelsen skal inneholde en detaljert anamnese med tanke på tidligere forekomst av tuberkulose, ev. mulig tidligere kontakt med tuberkulose og tidligere og/eller pågående immunsuppressiv behandling. Relevante «screening»-tester dvs. tuberkulintest og røntgen av lungene bør utføres på alle pasienter (lokale retningslinjer kan benyttes). Vær oppmerksom på at en kan få falsk negativ tuberkulintest spesielt hos pasienter som er alvorlig syke eller immunsupprimerte. Dersom aktiv tuberkulose diagnostiseres, må ikke infliksimabbehandling startes. Dersom latent tuberkulose mistenkes, bør lege med ekspertise i tuberkulosebehandling konsulteres. I alle situasjoner beskrevet under skal nytte-risikoforholdet ved infliksimabbehandling vurderes svært nøye. Dersom latent tuberkulose diagnostiseres, skal behandling startes iht. lokale retningslinjer før oppstart med infliksimab. Ved flere eller signifikante risikofaktorer for tuberkulose og negativ test for latent tuberkulose, eller ved tidligere latent eller aktiv tuberkulose hvor adekvat behandling ikke kan bekreftes, bør antituberkulosebehandling overveies før oppstart med infliksimab. Alle pasienter skal informeres om å søke medisinsk hjelp dersom tegn/symptomer på tuberkulose oppstår (f.eks. vedvarende hoste, tæring/vekttap, mild feber) under eller etter infliksimabbehandling. Hos pasienter behandlet med infliksimab og som utvikler alvorlig systemisk sykdom, kan man mistenke invasiv soppinfeksjon, f.eks. aspergillose, candidiasis, pneumocystose, histoplasmose, coccidioidomykose eller blastomykose. Lege med ekspertise innen diagnose og behandling av invasive soppinfeksjoner bør konsulteres i tidlig fase ved utredning. Invasive soppinfeksjoner opptrer heller som disseminerte enn lokaliserte, og antigen- og antistofftesting kan være negativ hos noen med aktiv sykdom. Hensiktsmessig empirisk antifungal behandling bør vurderes. For pasienter som har vært bosatt i eller reist til områder hvor invasive soppinfeksjoner som histoplasmose, coccidioidomykose eller blastomykose er endemiske, skal nytte-risikoforholdet ved infliksimabbehandling overveies nøye før behandling startes. Ingen data foreligger mht. respons på vaksinering med levende vaksiner eller sekundær overføring av infeksjon med levende vaksiner ved anti-TNF-behandling. Samtidig administrering av levende vaksiner er derfor ikke anbefalt. Administrering av levende vaksiner til spedbarn som har vært utsatt for infliksimab i livmoren, er ikke anbefalt de første 6 måneder etter morens siste infusjon under svangerskapet. Det anbefales at barn med Crohns sykdom vaksineres iht. gjeldende retningslinjer før oppstart av infliksimabbehandling. Det foreligger begrenset sikkerhetserfaring fra kirurgi inkl. artroplastikk hos pasienter behandlet med infliksimab. Den lange halveringstiden til infliksimab bør tas i betraktning dersom kirurgi er planlagt. Infliksimabbehandlede pasienter som trenger kirurgi, bør monitoreres nøye for infeksjoner, og passende tiltak iverksettes. Reaktivering av hepatitt B-virus (HBV) er sett hos kroniske bærere av viruset. Noen tilfeller med dødelig utfall. Pasienter bør testes for HBV før oppstart, ved positiv test bør pasienten henvises til lege med ekspertise på HBV. Bærere av HBV skal overvåkes nøye for tegn og symptomer på aktiv HBV under og i flere måneder etter avsluttet behandling. Ved reaktivering av HBV skal infliksimab seponeres og effektiv antiviral behandling med egnet støttebehandling igangsettes. Isolerte tilfeller av leversvikt som resulterte i levertransplantasjon eller død har forekommet. Pasienter med symptomer eller tegn på leverdysfunksjon, skal undersøkes for tegn på leverskade. Ved gulsott og/eller ALAT-økning ≥5 ganger den øvre normalgrensen, skal preparatet seponeres og grundig undersøkelse gjennomføres. Akutte infusjonsreaksjoner, inkl. sjeldne anafylaktiske reaksjoner, kan utvikles under (i løpet av sekunder) eller innen få timer etter infusjon. Dersom akutte infusjonsreaksjoner inntreffer skal infusjonen avbrytes umiddelbart og dersom alvorlige reaksjoner oppstår, må symptomatisk behandling gis og infliksimabbehandling avsluttes. Utstyr for akuttbehandling må være tilgjengelig. Pasienten kan behandles på forhånd med f.eks. et antihistamin, hydrokortison og/eller paracetamol, og infusjonshastigheten kan senkes for å redusere risikoen for infusjonsrelaterte reaksjoner, spesielt dersom infusjonsreaksjoner har inntruffet tidligere.

Antistoffer mot infliksimab kan utvikles og er forbundet med økt frekvens av infusjonsreaksjoner. Det er også sett en sammenheng mellom utvikling av antistoffer mot infliksimab og redusert varighet av respons. Samtidig administrering av immunmodulerende legemidler er forbundet med lavere insidens av antistoffer og redusert frekvens av infusjonsreaksjoner. Effekten av samtidig immunsuppressiv behandling er mer uttalt hos pasienter behandlet episodisk enn ved vedlikeholdsbehandling. Annen samtidig medisinering (f.eks. kortikosteroider og immunsuppressiver) bør være optimalisert. Pasienter som slutter med immunsuppressiver før eller under infliksimabbehandling, har større risiko for utvikling av antistoffer, som ikke alltid detekteres i serumprøver. Alvorlige infusjonsreaksjoner ved fornyet behandling er sett hos pasienter med moderat til alvorlig psoriasis. Pasientene fikk ikke samtidig immunsupprimerende behandling. Flesteparten oppstod under den andre infusjonen (uke 2). Symptomer inkluderte, men var ikke begrenset til, dyspné, urticaria, ansiktsødem og hypotensjon. I alle tilfellene ble infliksimab seponert og/eller annen behandling igangsatt med påfølgende fullstendig opphør av alle tegn og symptomer. Forsinkede hypersensitivitetsreaksjoner har forekommet etter legemiddelopphold <1 år. Tegn og symptomer inkl. myalgi og/eller artralgi med feber og/eller utslett. Noen pasienter opplever kløe, ødem i ansikt, hender eller leppe, dysfagi, urticaria, sår hals og hodepine. Økt risiko for forsinket hypersensitivitet med økende lengde på legemiddelopholdet. Pasienter må rådes til umiddelbart å søke medisinsk hjelp dersom de opplever forsinkede bivirkninger. Dersom pasienter behandles på nytt etter et lengre opphold, må de overvåkes nøye for tegn og symptomer på forsinket hypersensitivitetsreaksjon. En mulig risiko for utvikling av lymfomer eller andre maligniteter ved behandling med TNF-hemmere hos barn og voksne kan ikke utelukkes. Særlig forsiktighet må utvises ved vurdering av behandling av pasienter som utvikler maligniteter mens de får infliksimab, ved maligniteter i anamnesen, samt hos pasienter med økt risiko for maligniteter pga. storrøyking. Forsiktighet skal også utvises ved psoriasis og ekstensiv immunsuppressiv behandling, eller forlenget PUVA-behandling i anamnesen. Pasienter med ulcerøs kolitt, som har økt risiko for dysplasi eller tykktarmskreft (f.eks. pasienter med mangeårig ulcerøs kolitt eller primær sklerosерende kolangitt) eller som har hatt dysplasi eller tykktarmskreft, bør undersøkes for dysplasi jevnlig før behandling og gjennom hele sykdomsforløpet. Undersøkelsen bør inkl. koloskopi og biopsi ifølge lokale retningslinjer. Ved nydiagnostisert dysplasi bør det vurderes nøye hvorvidt infliksimabbehandlingen skal avsluttes. Sjeldne tilfeller av hepatosplenisk T-cellelymfom er rapportert hos pasienter behandlet med TNF-hemmere, inkl. infliksimab. Denne sjeldne typen T-cellelymfom har et veldig aggressivt sykdomsforløp og er vanligvis dødelig. Alle tilfellene med infliksimab inntraff hos pasienter med Crohns sykdom eller ulcerøs kolitt, primært ungdom eller unge voksne menn. Alle pasientene hadde fått behandling med azatioprin (AZA) eller 6-merkaptopurin (6-MP) samtidig eller rett før infliksimab. Den potensielle risikoen med kombinasjonen av AZA eller 6-MP og infliksimab bør overveies nøye. Det skal utvises forsiktighet ved mild hjertesvikt (NYHA klasse I/II). Utvikles nye eller forverrede symptomer på hjertesvikt, skal infliksimabbehandling avbrytes. Pasienter som utvikler tegn på bloddyskrasier (f.eks. vedvarende feber, blåmerker, blødning, blekhet) skal øyeblikkelig søke medisinsk hjelp. Ved hematologiske unormaliteter skal seponering vurderes. Det relative underskuddet av TNFα som forårsakes av anti-TNF-behandling, kan forårsake en autoimmuniseringsprosess. Hvis en pasient utvikler antistoffer mot dobbelttrådet DNA og symptomer som indikerer et lupus-lignende syndrom etter infliksimabbehandling, må videre behandling med infliksimab ikke gis. Bruk av TNF-hemmere, inkl. infliksimab, har vært forbundet med debut eller forverring av kliniske symptomer og/eller radiografiske tegn på demyeliniserende sykdommer i sentralnervesystemet, inkl. multippel sklerose, og perifere demyeliniserende sykdommer, inkl. Guillain-Barrés syndrom. Nytte/risiko må derfor vurderes nøye før oppstart med anti-TNF-behandling hos pasienter med eksisterende eller nylig inntruffet debut av demyeliniserende tilstander. Hvis noen av disse sykdommene oppstår skal seponering vurderes. Med unntak av Crohns sykdom er sikkerhet og effekt ved bruk hos pasienter ≤17 år ikke tilstrekkelig undersøkt og anbefales derfor ikke. Preparatet er ikke undersøkt hos pasienter <6 år med Crohns sykdom. Manglende respons på behandling av Crohns sykdom kan indikere en vedvarende fibrotisk striktur som kan kreve kirurgisk behandling. Hos eldre bør det utvises spesiell oppmerksomhet angående risikoen for infeksjon.

Interaksjoner: Sikkerhet og effekt av anakinra brukt i kombinasjon med infliksimab er ikke etablert. Derimot er det sett økt risiko for alvorlige infeksjoner og nøytropeni ved kombinasjon av annen anti-TNFα-behandling og anakinra, og ingen ytterligere nytte sammenlignet med TNFα-hemmer gitt alene. Kombinasjonen er derfor ikke anbefalt. I kliniske studier har samtidig administrering av TNF-hemmere og abatacept vært assosiert med en økt risiko for infeksjoner, inkl. alvorlige infeksjoner sammenlignet med TNF-hemmere alene, uten økt klinisk nytte. Kombinasjonen av infliksimab og abatacept er ikke anbefalt. Det anbefales at levende vaksiner ikke gis samtidig med infliksimab.

Graviditet/Amming: *Overgang i placenta:* Ingen uventede effekter på utfallet av graviditeten. Infliksimab hemmer TNFα og det er derfor mulig at bruk under graviditet kan påvirke normale immunresponser hos nyfødte. Risiko kan ikke utelukkes pga. begrenset erfaring, og infliksimab er derfor ikke anbefalt under graviditet. Fertile kvinner må bruke sikker prevensjon under og i minst 6 måneder etter siste infliksimabbehandling. *Overgang i morsmelk:* Ukjent, men immunglobuliner skilles ut i melk. Amming frarådes før minst 6 måneder etter avsluttet behandling.

Bivirkninger: *Svært vanlige (≥1/10):* Gastrointestinale: Magesmerter, kvalme. Infeksiøse: Virusinfeksjon (f.eks. influensa, herpesvirusinfeksjon). Luftveier: Infeksjon i øvre luftveier, sinusitt. Nevrologiske: Hodepine. Øvrige: Infusjonsrelatert reaksjon, smerte. *Vanlige (≥1/100 til <1/10):* Blod/lymfe: Nøytropeni, leukopeni, anemi, lymfadenopati. Gastrointestinale: Gastrointestinal blødning, diaré, dyspepsi, gastroøsofageal refluks, forstoppelse. Hjerte/kar: Takykardi, palpitasjon, hypotensjon, hypertensjon, ekkymoser, hetetokter, rødming. Hud: Debut av eller forverret psoriasis, inkl. pustuløs psoriasis (hovedsakelig i håndflater og fotsåler), urticaria, utslett, kløe, økt svetting, tørr hud, soppdermatitt, eksem, alopesi. Immunsystemet: Allergisk luftveissymptom. Infeksiøse: Bakterielle infeksjoner (f.eks. sepsis, cellulitt, abscesser). Lever/galle: Abnormal leverfunksjon, økte transaminaser. Luftveier: Infeksjon i nedre luftveier (f.eks. bronkitt, pneumoni), dyspné, epistakse. Muskel-skjelettsystemet: Artralgi, myalgi, ryggsmerte. Nevrologiske: Vertigo, svimmelhet, hypoestesi, parestesi. Nyre/urinveier: Urinveisinfeksjon. Psykiske: Depresjon, insomni. Øye: Konjunktivitt. Øvrige: Brystsmerte, tretthet, feber, reaksjon på injeksjonsstedet, frysninger, ødem. *Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):* Blod/lymfe: Trombocytopeni, lymfopeni, lymfocytose. Gastrointestinale: Intestinal perforasjon, intestinal stenose, divertikulitt, pankreatitt, keilitt. Hjerte/kar: Hjertesvikt (ny eller forverret), arytmi, synkope, bradykardi, perifer iskemi, tromboflebitt, hematom. Hud: Bulløs erupsjon, onykomykose, seboré, rosacea, hudpapillom, hyperkeratose, abnormal hudpigmentering. Immunsystemet: Anafylaktisk reaksjon, lupuslignende syndrom, serumsyke eller serumsykelignende reaksjon. Infeksiøse: Tuberkulose, soppinfeksjoner (f.eks. kandidose). Kjønnsorganer/bryst: Vaginitt. Lever/galle: Hepatitt, hepatocellulær skade, kolecystitt. Luftveier: Lungeødem, bronkospasmer, pleuritt, pleuraleffusjon. Nevrologiske: Krampeanfall, nevropatier. Nyre/urinveier: Pyelonefritt. Psykiske: Amnesi, agitasjon, forvirring, somnolens, nervøsitet. Undersøkelser: Positiv autoantistoffer. Øye: Keratitt, periorbital ødem, hordeolum. Øvrige: Nedsatt sårheling. *Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000):* Blod/lymfe: Agranulocytose, trombotisk trombocytopenisk purpura, pancytopeni, hemolytisk anemi, idiopatisk trombocytopenisk purpura. Hjerte/kar: Cyanose, perikardeffusjon, sirkulatorisk svikt, petekkier, vasospasmer. Hud: Toksisk epidermal nekrolyse, Stevens-Johnsons syndrom, erythema multiforme, furunkulose. Immunsystemet: Anafylaktisk sjokk, vaskulitt, sarkoidlignende reaksjon. Infeksiøse: Meningitt, opportunistiske infeksjoner (som invasive soppinfeksjoner, f.eks. pneumocystose, histoplasmose, aspergillose, koksidiomykose, kryptokokkose og blastomykose; bakterielle infeksjoner, f.eks. atypisk mykobakteriose, listeriose og salmonellose og virale infeksjoner f.eks. cytomegalovirus), parasittinfeksjoner, reaktivering av hepatitt B. Lever/galle: Autoimmun hepatitt, gulsott. Luftveier: Interstitiell lungesykdom (inkl. raskt progredierende sykdom, lungefibrose og pneumonitt). Nevrologiske: Transvers myelitt, demyeliniserende sykdommer i sentralnervesystemet (multippel sklerose-lignende sykdom og optisk nevritt), perifere demyeliniserende sykdommer (slik som Guillain-Barrés syndrom, kronisk inflammatorisk demyeliniserende polynevropati og multifokal motornevropati). Psykiske: Apati. Svulster/cyster: Lymfom, non-Hodgkins lymfom, Hodgkins sykdom, leukemi. Undersøkelser: Unormal komplementfaktor. Øye: Endoftalmitt. Øvrige: Granulomatøs lesjon. *Svært sjeldne (<1/10 000), ukjent:* Hjerte/kar: Myokardiskemi/-infarkt under eller innen 2 timer etter infusjon. Lever/galle: Leversvikt. Svulster/cyster: Hepatosplenisk T-cellelymfom (primært hos ungdom og unge voksne med Crohns sykdom og ulcerøs kolitt). Øye: Forbigående synstap under eller innen 2 timer etter infusjon. Noen bivirkninger har hatt dødelig utfall.

Overdosering/Forgiftning: *Symptomer:* Enkeltdoser <20 mg/kg har ikke medført toksiske effekter.

Egenskaper: *Klassifisering:* Kimært humantmurint monoklonalt antistoff (IgG_1). *Virkningsmekanisme:* Binder med høy affinitet til løselige og transmembrane former av TNFα, og hemmer dermed bioaktiviteten til TNFα. Forhøyede konsentrasjoner av TNFα er funnet i leddene til pasienter med revmatoid artritt og korrelerer med økt sykdomsaktivitet. Preparatet gir betydelig reduksjon i det vanligvis forhøyede nivået av serumbetennelsesmarkøren C-reaktivt protein (CRP). Behandlingen gir en reduksjon i antall celler som er i stand til å utskille TNFα og interferon-γ, og reduserer infiltrasjon av inflammatoriske celler i det angrepne området samt tilstedeværelse av inflammasjonsmarkører. *Fordeling:* Hovedsakelig vaskulær. *Halveringstid:* 9½ dag.

Oppbevaring og holdbarhet: Oppbevares ved 2-8°C. Den rekonstituerte oppløsningen er kjemisk og fysisk stabil i 24 timer i kjøleskap. Oppløsningen inneholder ikke konserveringsmidler, og preparatet bør brukes så snart som mulig innen 3 timer etter blanding og fortynning.

Andre opplysninger: Hvert hetteglass skal tilberedes med 10 ml vann til injeksjon vha. sprøyte med 21 gauge (0,8 mm) eller tynnere nål. Den totale dosen av den tilberedte oppløsningen fortynnes videre med natriumklorid infusjonsvæske 9 mg/ml til 250 ml. Bruk et lavproteinbindende filter (porestr. 1,2 µmeter eller mindre) under infusjonen.

Pakninger og priser: 1 stk. (hettegl.) kr 5607,50. 3 stk. (hettegl.) kr 16752,60.

Sist endret: 11.10.2011

Remicade®
INFLIXIMAB

MSD (Norge) AS, Postboks 458 Brakerøya, 3002 Drammen, telefon 32 20 73 00, telefaks 32 20 73 10, www.remicade.no.
Copyright © 2011 Merck Sharp & Dohme Corp., et datterselskap av Merck & Co., Inc. All rights reserved.
02-2012-REM-2011-SCAN(NO)-5220-J

Helt ny ledelse etter landsmøtet

Steng dørene. Det er valg. Stemmesedler deles ut. Kryss settes. Sedler samles inn. Så er det å vente på tellekomiteens resultat.

Tekst **Bjørn Arild Østby** Foto **Marit Fonn og Erik M. Sundt**

Det er alvor når Norsk Sykepleierforbunds (NSF) landsmøte foretar valg. Spenningen blant delegatene er merkbar. Og det er ikke lite nervøsitet hos kandidatene.

Landsmøtet i 2011 skilte seg imidlertid fra tidligere landsmøter i NSF. Nå var det ikke snakk om gjenvalg. En helt ny ledertrio skulle velges. Og blant tidligere medlemmer av forbundsstyret stilte kun en til gjenvalg.

Ny forbundsleder

Første valg var på ny forbundsleder. Her stod bare ett navn på stemmeseddelen - Eli Gunhild By fra Oslo.

– Hvis dere velger meg, skal jeg hver dag sørge for å gjøre en god jobb som er tilliten verdig. Selv om det bare er én kandidat som leder, er det maktpåliggende for meg at dere vet hva jeg står for, sa hun til delegatene i landsmøtesalen.

– Min styrke er at jeg er god til å lese det politiske spillet, evner å lytte og å legge strategier som fører NSF et skritt nærmere målet.

By viste også til sin forhandlingskompetanse og lovet at NSF skal sitte i førersetet på likelønnslokomotivet. Hun fikk stående applaus etter sitt innlegg.

Eli Gunhild By har gått gradene fra å være tillitsvalgt og hovedtillitsvalgt til å være fylkesleder i Oslo. På landsmøtet nådde hun toppen i NSF. By overtar etter Lisbeth Normann som har ledet NSF i fire år.

Til tross for vedvarende og entydig applaus, måtte delegatene stemme skriftlig. 170 stemte for. Ni stemte blankt.

(Se portrettintervjuet med den nye NSF-lederen side 82).

Nye nestledere

Da var det mer spenning knyttet til hvem som skulle overta som nestleder etter Unni Hembre. Her skulle landsmøtedelegatene velge mellom tre kandidater: Fylkesleder i Troms, Hanne Marit Bergland, rådgiver ved Nav Sør-Trøndelag, Solveig Kopperstad Bratseth og førsteamanuensis ved Universitetet i Oslo og forsker ved OUS, Karen Louise Bjøro.

Før landsmøtet gikk til avstemming, fikk hver av kandidatene fem minutter til å fortelle delegatene hvorfor akkurat hun burde velges. Det var tre kandidater med svært forskjellig ståsted som var på talerstolen.

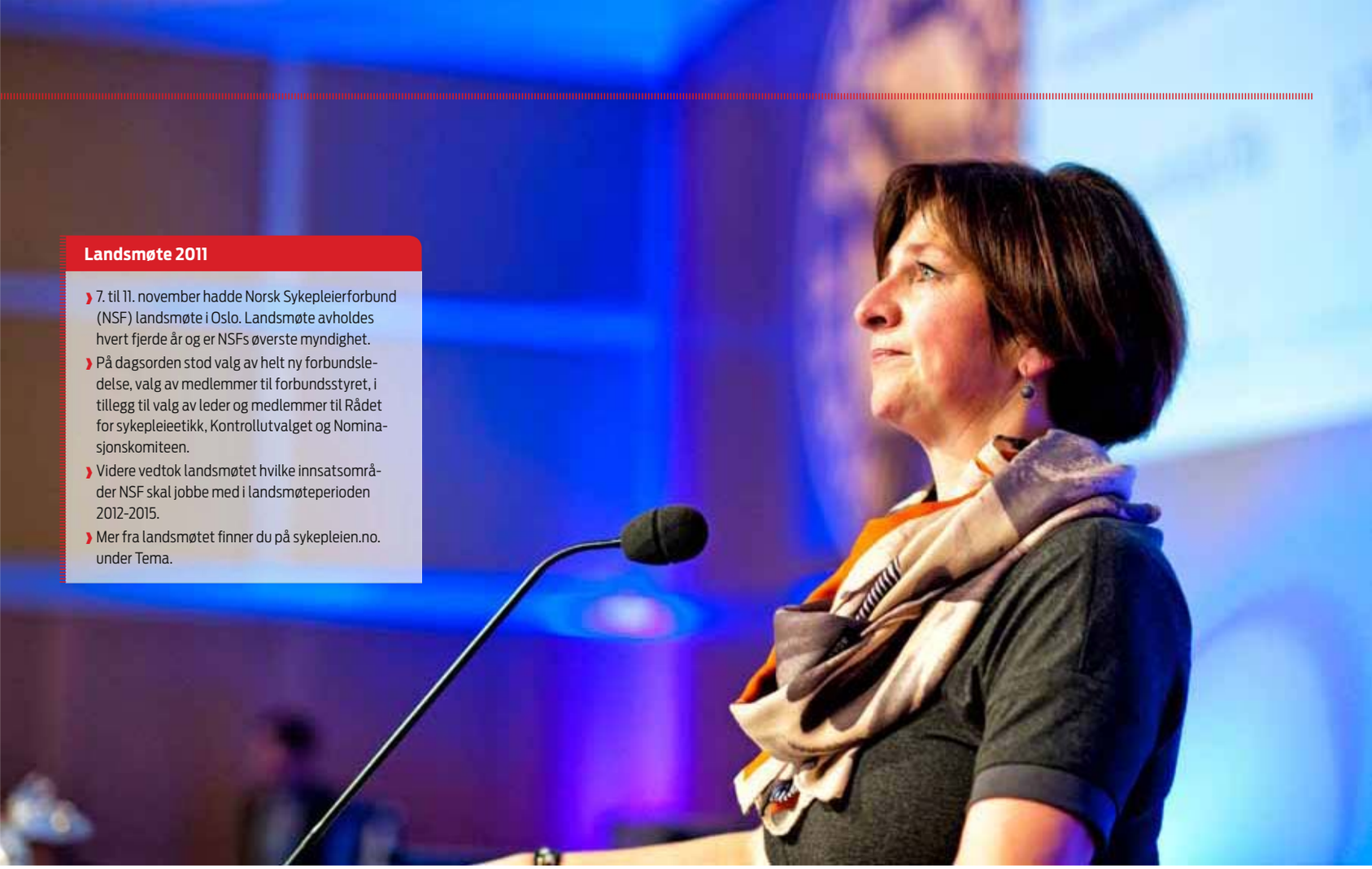
Bratseth la vekt på sin politiske erfaring som profilert politiker i Trondheim og vararepresentant på Stortinget. En kandidat som også gjennom sitt mangeårige arbeid i Nav mente hun hadde god innsikt i utfordringer og muligheter i arbeidslivet.

Bergland har vært 11 år i vervet som fylkesleder i Troms. En erfaring som ifølge henne selv har gitt god innsikt i NSF som organisasjon. Hun framstod som kandidaten langt fra hovedstaden, som visste hva det ytterste ledd i organisasjonen har av kompetanse, utfordringer og behov.

Bjøro framstod med en tydelig fagprofil. En kandidat med stort engasjement for fag og forskning. Akademikeren og forskeren understreket at hun med sitt nasjonale og internasjonale nettverk vil kunne utgjøre et viktig faglig tyngdepunkt i forbundsledelsen.

Solveig Kopperstad Bratseth fra Sør-Trøndelag ble til slutt valgt med klart flertall. Den nye

FEM NYE: Bare Rigmor Føske Johnsen (t.v.) har erfaring som medlem i det nye forbundsstyret. De andre fem medlemmene er nye (videre mot høyre): Heidi Helene Stykket, Kai Øivind Brenden, Anne Margrethe Haukås, Hilde Skauen Ranum og Toril O. Fjørtoft. Foto: Marit Fonn.



Landsmøte 2011

- 7. til 11. november hadde Norsk Sykepleierforbund (NSF) landsmøte i Oslo. Landsmøte avholdes hvert fjerde år og er NSFs øverste myndighet.
- På dagsorden stod valg av helt ny forbundsledelse, valg av medlemmer til forbundsstyret, i tillegg til valg av leder og medlemmer til Rådet for sykepleieetikk, Kontrollutvalget og Nominasjonskomiteen.
- Videre vedtok landsmøtet hvilke innsatsområder NSF skal jobbe med i landsmøteperioden 2012-2015.
- Mer fra landsmøtet finner du på sykepleien.no. under Tema.

ELI GUNHILD BY følger opp Lisbeth Normann som leder av NSF de neste fire årene. Les portrettet på side 82.

nestlederen har vært medlem i forbundsstyret de to siste landsmøteperiodene.

Til vervet som 2. nestleder var det også tre kandidater. I tillegg til Bergland og Bjøro stilte sjefsykepleier i Fredrikstad kommune, Hilde Skauen Ranum, som kandidat til vervet som 2. nestleder.

Her ble det, som ved valg av nestleder, et klart flertall blant delegatene for en av kandidatene - Karen Louise Bjøro fra Oslo.

Nytt forbundsstyre

Hvem skulle så dra lasset sammen med de tre nyvalgte lederne?

Til de seks plassene i forbundsstyret var det kommet inn forslag på 17 kandidater. Bortsett fra Rigmor Føske Johnsen, som har sittet i forbundsstyret i to landsmøteperioder, var alle kandidatene nye.

Flere av kandidatene benyttet derfor talerstolen hyppig under behandlingen av de enkelte sakene til å fremme sitt kandidatur. (Se de nye styremedlemmene i faktaboks)

Tre nye ledere

Med ledere og forbundsstyre på plass, var tiden kommet til å velge leder og medlemmer til Rådet for sykepleieetikk, Kontrollutvalget og Nominasjonskomiteen.

Rådet for sykepleieetikk er et selvstendig og uavhengig organ i NSF som skal overvåke og fremme etisk standard i sykepleiepraksis og -utdanning. Rådet behandler saker og avgir uttalelser om etiske spørsmål som bringes inn for Rådet eller som Rådet selv tar initiativ til.

Berit Daae Hustad fra Vestfold ble uten motkandidat valgt til leder av Rådet for sykepleieetikk. Hun er lektor ved Høgskolen i Vestfold, og har vært medlem av Rådet de to siste landsmøteperiodene.

Landsmøtet hadde tidligere avvist å behandle et forslag om å endre saksbehandlingsrutinene til Rådet. - En lettelse, kommenterte avtroppende leder, Marie Aakre.

Valgene

Mange kandidater skal velges under Norsk Sykepleierforbunds landsmøte. Totalt 44 stykker til 14 forskjellige verv som leder, nestleder, medlem og vara-medlem.

FORBUNDSLEDER: Eli Gunhild By
NESTLEDER: Solveig P. Kopperstad Bratseth
2. NESTLEDER: Karen Louise K. Bjøro

FORBUNDSSTYREMEDLEMMER:
Hilde Skauen Ranum
Rigmor Føske Johnsen
Toril O. Fjørtoft
Kai Øivind Brenden
Anne Margrethe Haukås
Heidi Helene Stykket

RÅDET FOR SYKEPLEIEETIKK
Leder Berit Daae Hustad
Medlemmer:
Kristin Gjerdingen Haugen
Lillian Lillemoen
Kari Nerland
Berit Brinchmann Støre
Kurt Johan Lyngved
Elin Albrigtsen
Knut Eyvind Hofseth
Anne Cecilie Steenfeldt-Foss

KONTROLLUTVALGET:
Leder Johnny Ødegård
Medlemmer:
Torbjørn Avsnes
Reidun Nyborg Johansen
Catrine Enger Lunde

NOMINASJONSKOMITEEN:
Leder Irene Kronkvist
Medlemmer:
Marianne Skovly
Sigrun Ø. Gundersen
Kirsten Harstad
Gunhild Grythe
Marit Hjalmarsen
Turid Gudim Aune

NY TROIKA: Eli Gunhild By, Solveig Kopperstad Bratset og Karen Bjøro skal lede NSF-skuta framover.

Forbundsstyret hadde fremmet et forslag om en endring av vedtektene. Om forslaget hadde blitt vedtatt ville Rådet ikke kunne uttale seg om saker som er under behandling av Helsetilsynet eller domstolene.

Kontrollutvalget skal se til at NSF forvalter sine midler på en slik måte at vedtak fattet i forbundsstyret er i samsvar med vedtektene og landsmøtevedtak. Johnny Ødegård fra Vestfold hadde heller ingen motkandidat til vervet som ny leder av Kontrollutvalget. Han er sykepleier ved Sykehuset i Vestfold, og har siste landsmøteperiode vært medlem av utvalget.

Nominasjonskomiteen skal vurdere de kandidater som foreslås for valg til landsmøtet om fire år. Vurderingen vil skje på grunnlag av innsendte forslag fra enkeltmedlemmer og organisasjonsledd.
Det var kommet inn to forslag på kandidater, Irene Kronkvist fra Akershus og Turid Gudim Aune fra Finnmark. Irene Kronkvist ble valgt til ny leder av komiteen. Hun er frikjøpt konserntillitsvalgt ved Vestre Viken, og var nestleder i Nominasjonskomiteen forrige landsmøteperiode.

Innsats på mange områder

Helgejobbing, karakterkrav og linjeledelse av sykepleietjenesten med en nasjonal sjefsykepleier på toppen. Disse sakene skapte stort engasjement hos delegatene på landsmøtet.

Tekst **Bjørn Arild Østby** Foto **Erik M. Sundt**

Det manglet ikke på forslag til hva Norsk Sykepleierforbund (NSF) bør jobbe med da arbeidsoppgaver kommende landsmøteperiode stod på dagsorden. Utfordringen var å velge. Det har delegatene gjort.

Innsatsområder heter det. Fem i tallet. Det går på organisering av landets helsetjenester, sykepleieprofesjonen, sykepleierutdanning og forskning, lønns- og arbeidsvilkår, og egen organisasjon.

Hver tredje helg

Arbeid flere helger, foreslår Spekter og Fagforbundet. I bytte for dette blir sykepleierne foreskrevet økt mulighet til hele stillinger. Bare glem det, var tilbakemeldingen fra landsmøtet. NSF vil tariffeste prinsippet om arbeid hver tredje helg.

En innarbeidet praksis er kommet under alvorlig press. Og det bekymret delegatene.

– Det høres kanskje ikke så dramatisk ut å skulle jobbe noen flere helger i løpet av året. Men hva innebærer dette for en sykepleier som arbeider i turnus?

Delegat Tone Woll Buer svarer på sitt eget spørsmål med følgende regnestykke:

– I dag jobber turnusarbeidere helg 17 uker i løpet av ett år. En utvidelse med fem helger vil innebære helgearbeid i totalt 22 uker. Hvordan fylle disse 22 helgene? Arbeider sykepleieren annen hver helg har man dekket 44 av årets 52 uker. I tillegg skal sykepleieren ha fem uker ferie. Da er man kommet til uke 49,

Nestleder får godtgjørelse

Nestleder i NSF student er nå et verv som er betalt. Siden 2009 har nestledervervet vært frikjøpt som en prøveordning. Forbundsstyret foreslo at prøveordningen fortsatte fram til neste landsmøte og ble skikkelig evaluert. Studentene mente på sin side at ordningen burde gjøres permanent. De fikk landsmøtet med seg og de nødvendige to tredels flertall.

Møtehonorar

Fra 2013 starter NSF opp med møtehonorar for fylkesstyremøtene. Satsen blir den samme som for Nominasjonskomiteen, 450 kr dag under 5 timer og 750 kr dag for over 5 timer. Dette dekkes over driftsbudsjettet for de enkelte fylka. Driftsbudsjetta til hvert enkelt fylke økes tilsvarende. Man vil foreta evaluering av vedtaket på landsmøtet i 2015.

LANGE DAGER: De ble møter fra morgen til kveld til langt ut på kvelden da Landsmøtet i NSF diskuterte politikken framover.

– Det betyr et definitivt farvel til arbeid hver tredje helg, konkluderte Woll Buer.

– Sats heller på økt grunnbemanning, tenk nye måter å organisere turnus på, hva med vikarpooler og arbeid ved flere enheter, og frivillig helgearbeid mot skikkelig kompensasjon, var noen av rådene fra avtroppende nestleder Unni Hembre.

I tillegg til tariffesting av arbeid tredje hver helg, vil NSF i kommende landsmøteperiode blant annet fortsette arbeidet med å styrke retten til full stilling og at ansatte i nattevaktstillinger får redusert arbeidstid.

Sosial dumping

Antall utenlandske sykepleiere i bemanningsforetak har eksplodert de siste årene. Og etterspørselen øker. Det kommer fram i en fersk undersøkelse fra forskningsstiftelsen Fafo som ble presentert på landsmøtet.

I rapporten har Fafo avdekket det de betegner som grove eksempler på lave lønninger, lang arbeidstid og uverdige boforhold. Vikarbransjen er ifølge undersøkelsen spesielt utsatt.

Da landsmøtet behandlet sosial dumping gikk mye av diskusjonen på selve begrepet: Hva mener vi egentlig når vi snakker om sosial dumping?

I undersøkelsen fra Fafo svarte over 80 prosent av de tillitsvalgte at de i stor eller noen grad har behov for mer opplæring i temaer som angår sosial dumping.

Landsmøtet lyttet til de tillitsvalgte og vedtok

Veien mot 2015

Prioritering og organisering av helsetjenesten

Hovedmål:

En sammenhengende og helhetlig helsetjeneste med fokus på kvalitet og pasientsikkerhet, som er organisert, bemannet og finansiert med utgangspunkt i pasientenes behov for helsehjelp og prinsippet om behandling på beste effektive omsorgsnivå.

Viktige elementer for å nå målet:

- En finansiering som fremmer faglig kvalitet, ønsket prioritering og god ressursbruk i alle deler av helsetjenesten.
- Sykepleiernes rolle styrkes innenfor alle deler av helsetjenestetilbudet. Det helsefremmende og forebyggende arbeidet gjennom hele livsløpet vektlegges og styrkes.
- Sykepleiernes kompetanse tas i bruk for å nå målene i Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011–2015.
- E-helse, velferdsteknologi og andre IKT-verktøy som understøtter pasienten og sykepleiernes arbeidsflyt.

Sykepleieprofesjonen i utvikling

Hovedmål:

En kompetent, tydelig og godt koordinert sykepleietjeneste med fokus på kvalitet, pasientmedvirkning og tilgjengelighet.

Viktige elementer for å nå målet:

- Sykepleietjenesten er forankret og posisjonert på nasjonalt nivå og på alle nivå i helsetjenesten for øvrig. Dette bidrar til en lærende helsetjeneste som er trygg, samordnet og effektiv.
- Gjennomgående ledelse av sykepleietjenesten med fokus på kunnskapsbasert

JUBEL: Gratulasjoner og jubel da ledervalget var i havn. Her blir Eli Gunhild By gratulert av Lisbeth Normann og Ragnhild Hegg, fylkesleder i Akershus. – Jeg har aldri fått så mange klemmer på en gang, forteller hun i portrettintervjuet på side 82.

som innsatsområde at de tillitsvalgte skal settes i stand til å håndtere utfordringer knyttet til sosial dumping.

Ikke bare har sosial dumping negative konsekvenser for arbeidsinnvandrere, det har også negativ effekt på lønns- og arbeidsvilkår for norske arbeidstakere da det på sikt vil undergrave lønnsnivået. I det nye prinsipprogrammet blir det slått fast at «Sosial dumping i arbeidslivet skal motarbeides uten bruk av lovfestet minstelønn».

Nasjonal sjefsykepleier

En nasjonal sjefsykepleier vil kunne sikre en helhetlig og systematisk oppfølging av kvaliteten på sykepleien i Norge. Det var den klare meldingen da landsmøtet diskuterte sykepleiernes plass i helsetjenesten.

Sverige, Finland, Danmark, England og USA har alle etablert en ordning med en nasjonal sjefsykepleier. Nå står en lignende ordning høyt opp på ønskelista til NSF. Landsmøtet vedtok at sykepleiere på alle nivå i helsetjenesten skal ledes av sykepleiere med lederutdanning (linjeledelse), og at den overordnede kvaliteten av disse sykepleiertjenester skal ivaretas av en sykepleier på toppen av hierarkiet.

Nyvalgt nestleder Solveig Kopperstad Bratseth oppfordret landsmøtet sterkt til å vedta en resolusjon om dette - og fikk det som hun ville.

– Sykehusreformen viser en fragmentert sykepleietjeneste med fravær av tydelig og koordinert ledelse, heter det i resolusjonen. Landsmøtet mener at innføring av nye lover der krav til sykepleierkompetanse er fjernet, utgjør en trussel for pasientenes sikkerhet.

Karakterkrangel

Det var til tider høy temperatur blant delegatene da saken «Utdanning, fagutvikling og forskning» var oppe til debatt.

Uenigheten gikk i all hovedsak på hvor konkrete mål landsmøtet burde vedta som forbundsstyrets politikk på utdanningsområdet kommende landsmøteperiode.

– Jeg synes forslagene til vedtak som forbundsstyret har lagt fram er for diffuse, mente studentrepresentant Henny Fauske fra Hordaland. På vegne av fire fylkesdelegasjoner presenterte hun flere nye forslag til vedtak.

Blant forslagene var minimumskarakter 3 i fagene norsk, engelsk og matematikk ved opptak til bachelorutdanning i sykepleie, at NSF skal kjempe for å beholde nasjonal rammeplan for sykepleierutdanning og at forbundsstyret skal utrede hvordan etablere nasjonale prøver ved gjennomført bachelor i sykepleie.

Forslagene skapte engasjement blant delegatene.

praksis og kompetanseutvikling.
- En sykepleietjeneste som videreutvikler arbeidet med kvalitetsindikatorer, pasientforløp og helhetlige systemer for kvalitetsforbedring.
- En sykepleietjeneste som aktivt utvikler og implementerer nye funksjoner og tjenestetilbud.
- NSF skal motarbeide profesjonsnøytralitet i helsetjenesten.
- NSF skal arbeide for å innføre en nasjonal sjefsykepleier.

Sykepleierutdanning og forskning

Hovedmål:

Utdanning, fagutvikling og forskning skal gi sykepleiere kunnskap og kompetanse som sikrer grunnlag for god pasientbehandling, og synliggjør sykepleiernes særegne funksjon i helsetjenesten.

Viktige elementer for å nå målet:
- Sykepleierutdanning på alle nivå skal være regulert, organisert, finansiert og kvalitetssikret i tråd med befolkningens behov for sykepleierkompetanse. Det skal etableres nasjonale kvalitetskrav til sykepleierutdanningen på alle nivå.
- Opptakskrav, kvalitet og fokus på kjernefagene i sykepleie på Bachelorstudiet, herunder sykepleiernes særegne funksjon og naturvitenskapelige tema skal styrkes.
- Forskning med fokus på sykepleiernes utdanning, kjerneområder, arbeidsbetingelser, kvalifikasjoner i samhandling, pasientsikkerhet og pasientresultater skal initieres og prioriteres.
- Det skal utarbeides strategi og innhold i forhold til klinisk ekspertsykepleie/ avansert klinisk praksis.
- Det skal arbeides med opprettelse av en samarbeidsavtale mellom praksis og fag- og forskningsmiljøer.
- Stillinger til forskning og fagutvikling i sykepleie skal økes.

Lønns- og arbeidsvilkår

Hovedmål:

Lønns- og arbeidsvilkår som anerkjenner og verdsetter sykepleierens kompetanse, utdanning og ansvar og som ivaretar likelønn for den enkelte og yrkesgruppen. Et helsefremmende og inkluderende arbeidsmiljø som bidrar til å skape attraktive arbeidsplasser og muliggjør høy yrkesdeltakelse i alle livsfaser.

– Er helt imot forslaget om minimumskarakterer. Det er feil fokus. Kompetanse er viktig, men da må vi først og fremst jobbe med bachelorutdanningen. Vi må sikre gode sykepleiere ut av studiet. Det er det som er viktig, sa Tiril B. Svensen fra Oslo.

Hun fikk støtte fra Line Orlund:

– Hvem er det som blir gode sykepleiere? Det er innholdet i utdanningen som teller, og det hadde vært synd å gå glipp av noen knallgode sykepleiere på grunn av karakterkrav, mente hun.

Det manglet heller ikke på innlegg fra delegater som ønsket konkrete karakterkrav. En av dem var Jonas Egeland Reime fra Rogaland:

– Det er ganske spesielt at hvis folk bare er hyggelige og greie kan de bli sykepleiere. Hvis vi skal heve statusen til yrket, må vi begynne et sted. Vi må ha karakterkrav. Såpass må vi kunne kreve av personer som skal drive med medikamentutregning.

Mens delegatene diskuterte, strømmet det inn med forslag til vedtak. Det ble en stor utfordring for redaksjonskomiteen å samordne alle forslagene før landsmøte kunne gå til votering.

Det ble flertall for karakterkrav, at NSF skal arbeide for å bevare nasjonalrammeplan for sykepleierutdanning og at nasjonale prøver utredes under avstemmingen i saken «Utdanning, fagutvikling og forskning».

Da punktene seinere kom opp til votering under saken «Innsatsområder for landsmøteperioden» var det forslagene fra forbundsstyret som med små justeringer ble vedtatt under innsatsområdet «Sykepleierutdanning og forskning».

Ikke alle var fornøyd med språket i de vedtatt forslagene. Tord Kjelsbu fra Oslo kom med følgende hjertesukk:

– Tenk om jeg kunne skrevet på en lapp hva målet er, slik at jeg kan gjenta dem når jeg er ute og diskuterer NSFs politikk på utdanningsområdet.

Mer til fylkene

Fra neste høst skal tre fylker få frikjøpte nestledere. På prøve.

Tekst og foto **Marit Fonn**

Skal fylkene få frikjøpte nestledere? Ja, vi prøver med tre, sa landsmøtet. Prøveordningen med frikjøp i tre fylker skal evalueres før neste landsmøte i 2015.

Det har vært en langvarig dragkamp mellom sentral ledelse og fylkene i denne saken. Fylkeslederne med Oddgeir Lunde i spissen vant fram. Den avtroppende ledelsen i Norsk Sykepleierforbund (NSF) led nederlag.

Allerede i 2009 la fylkeslederne fram et forslag til forbundsstyret om frikjøpte nestledere i alle fylker. Saken har vært lang og vond for sentral og lokal politisk ledelse i NSF. NSF-ledelsen, inkludert forbundsstyret, har vært imot. 19 frikjøpte nestledere vil koste over 20 millioner kroner, og ville krevd en vedtaksendring.

Ressurskamp

Oddgeir Lunde, fylkesleder i Sogn og Fjordane, modererte forslaget før landsmøtet til en prøveordning.

– Jeg er forbauset over måten forbundsstyret har opptrådt i hele saksprosessen, sier Oddgeir Lunde.

– *Kan du presisere?*

– Nei, det ønsker jeg ikke.

Forbundsstyret hadde ønsket saken strøket fra landsmøtets saksliste. Men delegatene ville ha denne debatten. Den varte i fire timer og ble en dragkamp mellom "inne og ute". Forbundsstyret mente at NSF må utvikle seg til en dynamisk og fleksibel organisasjon med handlefrihet.

– Makt og innflytelse må søkes der makten er, sa avtroppende NSF-leder Lisbeth Normann i sitt innlegg.

VINNER: Hvilke tre fylker som skal bli prøvekaniner, vil ikke Oddgeir Lunde mene noe om.

– Det må være samsvar mellom utfordringene og ressursene i organisasjonen, sa hun og viste til endring i forvaltningsstrukturer, særlig i sykehussektoren, og til fylkeskommunene som er tømt for oppgaver.

Vil øke kontingenten

Oddgeir Lunde brukte NSFs likelønnskamp som et eksempel på hvorfor han vil ha mer hjelp i fylket:

– Jeg hadde ønsket vi var flere der ute. Skal vi oppnå resultater, må vi være til stede.

Lunde viste til et stadig økende antall medlemmer. Han understreket at poenget ikke er å ta ressurser fra hovedkontoret. Han vil heller øke kontingenten.

– Dette er kontroversielt. 19 frikjøpte nestledere vil koste 21 millioner. Det er 300 kroner i året per medlem, altså 25 kroner i måneden. Jeg har spurt om de synes det er urimelig. «Nei, om vi vår mer hjelp, betaler vi gjerne», sier medlemmene. IIII

Viktige elementer for å nå målet:

- Retten til full stilling skal styrkes.
- Arbeidstidsordninger skal ivareta hensynet til helse, velferd, likestilling og faglig forsvarlighet.
- En bemanning og kompetansesammensetning som ivaretar balanse mellom oppgaver og ressurser skal sikres.
- Tredje-hver-helg-prinsippet skal tariffestes.
- Det skal sikres redusert arbeidstid for ansatte i nattevaktstillinger.
- Sykepleierkompetansen skal synliggjøres i kampen for økt verdsetting og likelønn, samt utnytte nye arenaer, nytt ansvar og nye funksjoner.
- Medlemmenes og tillitsvalgtes innvirkning på lønnsfastsettelse skal styrkes ved tilsetting, kompetanseutvikling og økt ansvar.
- Forebygging og bekjempelse av sosial dumping skal videreføres.
- Tillitsvalgte skal settes i stand til å håndtere utfordringer knyttet til sosial dumping.

Medlemmer og organisasjon

Hovedmål:

NSF er et selvfølgelig førstevalg og et sterkt redskap for sykepleiere, sykepleieledere, jordmødre og sykepleiestudenter.

Viktige elementer for å nå målet:

- Videreutvikle en attraktiv, sterk og tydelig medlemsorganisasjon hvor medlemmenes kollektive og individuelle behov står sentralt, og hvor god service er selvfølgelig i alle ledd.
- En målrettet og tilpasset virkemiddelbruk for å rekruttere og beholde medlemmer.
- Hensiktsmessig integrering av faggrupper og strategisk satsning på sykepleierledere for å styrke og utnytte organisasjonens samlede kompetanse og slagkraft.
- Målrettet og konkret aktivitet for å rekruttere og beholde tillitsvalgte, styrke tillitsvalgtapparatet, oppnå styrket fagforeningsbevissthet og høy organisasjonsgrad hos sykepleierne.
- Videreutvikle en kostnadseffektiv, dynamisk og fleksibel organisasjon med høy kompetanse og påvirkningskraft på relevante beslutningsarenaer.

– Det hadde vært lettere uten Aker

– Vi burde lyttet til fagmiljøene tidligere, sier eks-direktør Siri Hatlen om den vanskelige prosessen ved OUS. Tekst **Marit Fonn** Arkivfoto **Erik Sundt**

I to år var hun administrerende direktør for landets største helseforetak i omstilling. Men i juni hadde Siri Hatlen fått nok. Hun gikk fra jobben fra toppen i Oslo universitetssykehus (OUS) fordi hun og styret ikke var enige om veien videre. Hatlen ville ha mer tid og ressurser. De ansatte beklaget at hun gikk.

– Man må ha tro på oppgaven, sier Siri Hatlen til en forsamling ledere på Unio-konferansen «Mellom barken og veden».

Troen på at det var lurt å slå sammen de store sykehusene i Oslo hadde hun.

«Det var krevende å få folk til å flytte samtidig som de ikke skulle føle seg uønsket.» *Siri Hatlen*

– Og jeg har den fortsatt, bedyrer hun.

– Men fusjonen hadde vært vesentlig lettere hvis Aker ikke var del av dette. Det ble veldig mye som skulle skje på en gang med fusjon og overføring til Ahus.

For tiden har hun et midlertidig oppdrag på halv tid, gjør styrearbeid og holder foredrag.

Startet uten planer

Da Hatlen ble sykehusdirektør i 2009, hadde hun erfaring med omstillinger i både privat og offentlig sektor. Hun viser til at et typisk utbyggingsprosjekt har planer, budsjetter og risikoanalyser før man starter arbeidet. Men i store offentlige omstillinger må ofte planer og analyser etableres underveis, og kostnadene er ikke kjent på forhånd.

– I tillegg til selve omstillingen var oppgaven å fusjonere fire ulike kulturer og systemer.

De fire var Ullevål sykehus, Rikshospitalet, Radiumhospitalet og Aker sykehus.

Knyttet til bygg og navn

Stolte fagmennesker, sterke tradisjoner og tilknytning til bygninger og navn viste seg å prege prosessen mer enn mange var forberedt på. Å få med seg 20 000 mennesker på 70 adresser er ikke gjort i en håndvending. Blant annet handlet det om å få gamle konkurrenter til å jobbe sammen.

– Prosessen vil vare minst til 2018, antakelig lenger, før alt er på plass. I en prosess som dette er det nesten umulig å forutse hva som dukker opp av tidkrevende saker, sier Hatlen.

Ikt-systemer som ikke kommuniserer, førte til store oppslag i mediene. Helseministeren har nettopp uttalt seg svært kritisk om dette.

– De ulike sykehusene hadde ulike systemer på de fleste områder. Selv om alle er basert på det samme lovverket, viste det seg at når man er vant til en type logikk og må bytte til et annet system, så krevdes mye opplæring, sier Hatlen til Sykepleien.

Å få ansatte til å flytte til nye Ahus gikk heller ikke smertefritt. Det måtte skje frivillig. Men når de ansatte ble oppfordret, sa de: «Vi føler oss ikke ønsket her. Vil dere ikke ha oss? Vi er jo flinke folk.»

– Det var en krevende balanse å prøve å få folk til å flytte samtidig som de ikke skulle føle seg uønsket. Det beskriver godt usikkerheten og alle følelsene i organisasjonen, og dilemmaene for ledelsen.

– Tillitsvalgte informerer best

Hatlen understreker at de tillitsvalgte kan være en verdifull informasjonskilde for ledelsen.

– De er gode til å få informasjon fra sine medlemmer og varsler om hvor det er uro. Tillitsvalgte kan hjelpe til med å sortere hva som er de reelle røde områdene.

Sammenslåing og integrasjon krever samtaler og drøftinger som tar mye tid, og dette kommer i tillegg til de ordinære oppgavene for ledere og tillitsvalgte.

– Ledere er også ofte usikre på sine framtidige posisjoner i en slik prosess. Samtidig skal de være rollemodeller og utøve god ledelse overfor usikre ansatte. Det er krevende.

Hun påpeker at alle store organisasjoner, og særlig de som er i endring, vet at informasjonen utvannes gjennom nivåene, enten den går opp eller ned.

– Du kan tro at du som leder er krystallklar. Så sildrer informasjonen nedover, og bare en brøkdel når fram. Ofte mangler også forklaringen. Det samme gjelder andre veien. Tillitsvalgte har gode nettverk og bidrar til å få informasjonen ut i organisasjonen.

Hatlen mener det er viktig å være åpen om risiko. Både styre og ledelse må både kjenne til og forstå risikoen i en prosess.

– Men det er også et dilemma, for det skaper avisoverskrifter man ikke ønsker.

– Få kritikken opp i dagen

I ettertid ser Hatlen at OUS burde fått fagmiljøene i tale på et enda tidligere tidspunkt.

– Det var mye frustrasjon i fagmiljøene underveis. Det var skapt forventninger om at sammenslåingen skulle gi gevinster for fag, forskning og pasientbehandling. Så møtte de ansatte i stedet tunge prosesser, kostnadskutt og ledere som ikke hadde tid til å være til stede.

På et allmøte talte en kirurg ledelsen midt imot da han hadde innlegg om hva han ville gjort hvis det var han som ledet OUS. Han la ikke fingrene imellom, og mange, også sykepleiere, syntes han satte ord på hvordan de følte det. Applausen ble stor. Hatlen hørte også på.

– Jeg valgte å være til stede og lytte til kritikken. Jeg tror det styrket min legitimitet. Det er bedre å få kritikken opp i dagen, selv om det kan være heftig når det står på.

SKRYTER: Siri Hatlen ser tillitsvalgte som en god kilde til informasjon: - De vet hvor det er uro.

– Tyngst for dem som behandler

Vanligvis mener Hatlen at når en beslutning er fattet, må man stå for den. Omkamp skal ikke lønne seg.

– Men når man jobber under tidspress kan noen løsninger vise seg ikke å være optimale. Da kan det være grunn til å stoppe opp og tenke seg om etter hvert som man får ny kunnskap og forståelse. Uten et detaljert plangrunnlag blir veien til mens man jobber. Vi valgte å endre noen enkeltbeslutninger.

– *Er du bekymret for det som skjer nå?*

– Jeg får nå mest informasjon om hva som skjer via mediene. Jeg synes fortsatt det er utrolig viktig at OUS lykkes med omstillingen.

– *Har du et råd til sykepleierne som lever i uroen?*

– Jeg vil si til dem at de gjør en utrolig god og viktig jobb.

– *Og til dem som har lyst til å slutte?*

– Det er krevende å være leder i omstillingstider, men jeg har alltid tenkt at det er mest krevende for dem som hver dag behandler pasienter når de opplever at det ikke er nok tid og ressurser.

– *Anbefaler du dem å bli?*

– Et så stort sykehus med så tunge pasientgrupper trenger dyktige sykepleiere. Men hver enkelt må gjøre sine valg. IIII

– Flest sykepleiere som slutter

FORETAKSTILLITSVALGT MERETE MORKEN på Oslo universitetssykehus (OUS) opplever stadig mer slitasje blant sykepleierne. Hun forteller at bekymringsmeldingene først og fremst gjelder drift og en manglende plan for den videre omstillingen.

– Sykepleiere opplever urimelige krav mens omstillingen pågår. Driften blir tungvinn når it-systemer ikke kommuniserer med hverandre og lokaler er spredt på flere steder, i stor grad i gamle bygninger, sier Morken.

– Det er ingen forståelse utenfra for at det tar tid å nedbemanne. Det er heller ikke slik at ti prosent mindre aktivitet er lik ti prosent færre ansatte. Jeg er redd dette er med på å bryte ned fagmiljøene.

De som slutter er oftest sykepleiere.

– Det ser ut som våre grupper er hardest rammet. Det er høy turnover blant sykepleierne. Når noen slutter, blir de i liten grad erstattet. Det er også en utfordring å redusere aktivitet som forutsatt. Øyeblikkelig hjelp-pasientene ser ut til å bli flere og må tas imot. Noen pasientgrupper skal ikke lenger behandles på OUS, men siden det ikke fins noe tilbud for dem andre steder, tas de imot likevel. Sykepleierbemanningen er ikke tilpasset dette.

Dette skjer for eksempel innenfor ortopedi.

Morken påpeker at mange sykepleieledere i førstelinje har altfor mange ansatte under seg.

– De har personalansvar for opp til 110 ansatte, og skal være både økonomisk og faglig ansvarlig. Lederstøtten minker og rapporteringskravene øker. Det blir for mye.

Ifølge en fersk medarbeiderundersøkelse ved OUS får kun halvparten av de ansatte medarbeidersamtale. Morken frykter andelen er større for sykepleierne, fordi lederne deres ofte har mange under seg.

Bare èn av tre av de ansatte har tro på at OUS vil oppnå ambisjonene som ligger til grunn for sammenslåingen.

ØKENDE URO: – Bekymringene blant sykepleierne er flere og tydeligere enn før, sier Merete Morken. Foto: Marit Fonn

Fjernet organer for å unngå kreft

Fire av seks søsken arvet kreftgenet BRCA1. To av dem forteller sin historie i siste utgave av Kreftsykepleie.

Tekst **Johan Alvik**

Søstrene «Maja» og «Lovise» vil være anonyme. De vil fremstå som friske – slik de er i dag. De er begge bærere av BRCA 1, et gen som går i arv og kan gi bryst- og eggstokkreft. For å beskytte seg mot sykdommen har Lovise fjernet både brystene og eggstokkene. Maja, som er yngre, har fjernet brystene. Men eggstokkene står for tur.

Søsteren fikk kreft

I 2003 fikk den ene søsteren til Maja og Lovise brystkreft. Kreft er en vanlig sykdom i slekta på farssiden. Farmoren døde av brystkreft 43 år gammel. Farmorens søster var bare 28 da hun måtte gi tapt for kreften. Etter at søsteren fikk brystkreft ble det søkt etter en genfeil i hennes blodmateriale. De fant BRCA1-genet. Lovise og Maja testet seg for å se om de var bærere, og det var de.

En lettelse

Lovise er i midten av førtiårene og har fått de barna hun vil ha. Hun opererte bort eggstokkene i 2006, og for ett år siden fjernet hun brystene.

– Å fjerne eggstokkene var for meg det letteste. Da reduserte jeg samtidig brystkreftsjansen med 50 prosent. Men jeg ventet i fire år med å ta brystene, forteller hun til bladet Kreftsykepleie.

Lovise beskriver det som uvirkelig å ha et livsfarlig kreftgen i kroppen. Hun er takknemlig for at hun fikk kjennskap til risikoen, slik at hun fikk fjernet bryst og eggstokker før hun kanskje utviklet kreft.

Maja venter

Søsteren Maja har foreløpig kun tatt bort brystene. Hun er i slutten av 30-årene og er småbarnsmamma til tre. Maja fikk sitt første barn i 2006. Litt senere fikk hun bekreftet det hun fryktet mest – hun hadde genet. Hun ammet barnet ett år. Før hun rakk å vurdere om hun skulle operere bort eller ei, var hun gravid igjen.

– Jeg følte det som en stor lettelse. Da kunne jeg skyve foran meg de vanskelige avgjørelsene, sier Maja.

I 2009 bestemte hun seg. Hun fikk fjernet brystene – og risikoen med dem. Det var en lettelse.

– Jeg skal snart fjerne eggstokkene. Jeg har tre barn og nærmer meg 40. Nå føler jeg at det ikke er god grunn til å utsette det lenger, sier Maja.

I bladet Kreftsykepleie kan du lese et mer dyptgående intervju med Maja og Lovise. IIII

TEMA ARVELIG KREFT: I dette nummeret av Kreftsykepleie kan du lese flere gode artikler om arvelig kreft. Kreftsykepleie sendes med Sykepleien til medlemmer av faggruppen Forum for Kreftsykepleie. Er du ikke medlem, kan du abonnere. Se sykepleien.no under faggruppebladene.

C Daivobet "LEO" **ATC-nr.: D05A X52**
Middel mot psoriasis
GEL: 1 g inneh.: Kalsipotriol 50 µg (som monohydrat), betametason 0,5 mg (som dipropionat), flytende parafin, polyoksypropylen-15-stearyleter, hydrogenert ricinusolje, butylhydroksytoluen (E 321), helracemisk α-tokoferol. SALVE: 1 g inneh.: Kalsipotriol 50 µg (som monohydrat), betametason 0,5 mg (som dipropionat), flytende parafin, polyoksypropylen-15-stearyleter, helracemisk α-tokoferol, hvit vaselin. **Indikasjoner**: Gel: Topikal behandling av psoriasis i hodebunnen for voksne. Topikal behandling av mild til moderat plaque psoriasis vulgaris på kroppen for voksne. Salve: Behandling av stabil plaque psoriasis vulgaris egnet for lokal terapi for voksne. **Dosering**: Gel: Påføres de affiserte områder 1 gang daglig. Anbefalt behandlingsperiode er 4 uker ved bruk i hodebunnen og 8 uker ved bruk på andre områder. Hvis det er nødvendig å fortsette eller starte opp med behandling etter denne perioden, bør behandling skje etter legens anbefaling og tilsyn. Gelen bør forbli på huden over natten eller resten av dagen for å oppnå maks. effekt. Ved bruk i hodebunnen: Alle affiserte områder i hodebunnen kan behandles med gelen. Vanligvis er 1-4 gram pr. dag tilstrekkelig (4 gram = 1 teskje). Salve: Påsmøres det affiserte området 1 gang daglig. Den anbefalte behandlingsperioden er 4 uker, men man har erfaring med gjentatte behandlingsperioder opp til 52 uker. Hvis det er nødvendig å fortsette eller starte opp med behandling etter 4 uker, bør behandling skje etter legens anbefaling og tilsyn. Maks. daglig dose av legemidler som inneholder kalsipotriol: 15 gram. Anbefales ikke til barn <18 år. **Kontraindikasjoner**: Overfølsomhet for innholdsstoffene. Ved erytrodermisk, eksfoliativ og pustuløs psoriasis. Pga. innholdet av kalsipotriol er Daivobet kontraindisert hos pasienter med forstyrrelser i kalsiumstoffskiftet. Pga. innholdet av kortikosteroid er Daivobet kotraindisert ved viruslesjoner i huden (f.eks. herpes eller varicella), sopp- eller bakterieinfeksjoner i huden, infeksjoner forårsaket av parasitter, hudmanifestasjoner i forbindelse med tuberkulose eller syfilis, perioral dermatitt, atrofisk hud, atrofisk striae, skjørhet av hudvener, iktyose, acne vulgaris, acne rosacea, rosacea, hudsår/-skader, perianal og genital kløe. **Forsiktighetsregler**: Samtidig behandling med andre steroider må unngås. Bivirkninger som sees i forbindelse med systemisk kortikosteroidbehandling, som f.eks. adrenokortikal suppresjon eller påvirkning av metabolsk kontroll ved diabetes mellitus, kan også forekomme ved topikal kortikosteroidbehandling pga. systemisk absorpsjon. Applikasjon under okklusjon, på store områder skadet hud, på slimhinner eller i hudfolder bør unngås, pga. økt systemisk absorpsjon av kortikosteroider. Hyperkalsemi kan forekomme dersom maks. daglig dose (15 gram) overskrides. Serumkalsium normaliseres raskt når behandlingen seponeres. Risiko for hyperkalsemi er minimal hvis man følger anbefalingene. Behandling av > 30% av kroppens overflate bør unngås. Huden i ansiktet og på genitalier er svært følsom for kortikosteroider. Bør ikke brukes på disse områdene. Mindre vanlige lokale bivirkninger (som øyeirritasjon eller irritasjon av ansiktshuden) er sett ved utilsiktet kontakt med ansikt, øyne eller konjunktiva. Pasienten må instrueres i korrekt bruk for å unngå applikasjon og utilsiktet overføring til ansikt, munn og øyne. Hendene må vaskes etter hver påføring. Om lesjonene blir sekundærinfisert, bør antimikrobiell behandling gis. Behandlingen bør stoppes om infeksjonen forverres. Ved psoriasisbehandling med topikale kortikosteroider kan det være en risiko for utvikling av den pustuløse formen eller «rebound»-effekt ved seponering. Det er derfor viktig å følge opp pasienten etter avsluttet behandling. Det er økt risiko for lokale og systemiske bivirkninger ved langtidsbehandling. Behandlingen bør seponeres hvis bivirkninger oppstår som følge av lang tids bruk. Daivobet salve til bruk på psoriasis på kroppen har vært brukt i kombinasjon med Daivobet gel til bruk på psoriasis i hodebunnen, men det er ingen erfaring med samtidig bruk av andre antipsoriasismidler gitt systemisk eller samtidig bruk av fototerapi. Unngå overdreven bruk av naturlig eller kunstig sollys. Kombinasjonen topikal kalsipotriolbehandling og UV-lys bør kun benyttes hvis lege og pasient anser fordelen større enn potensiell risiko. Det er ingen erfaring med bruk ved guttat psoriasis. Sikkerhet og effekt ved alvorlig nyreinsuffisiens eller alvorlig leversykdom er ikke fastslått. Gelen inneholder butylhydroksytoluen, som kan forårsake lokale hudreaksjoner (f.eks. kontaktdermatitt) eller irritasjon av øyne og slimhinner. **Graviditet/Amming**: Overgang i placenta: Det foreligger ikke tilstrekkelige data for bruk til gravide. Bør kun brukes under graviditet når fordelen oppveier risikoen. Overgang i morsmelk: Betametason går over, men risiko for barnet synes lite sannsynlig ved terapeutiske doser. Det foreligger ingen data på overgang av kalsipotriol til brystmelk. Forsiktighet bør utvises ved forskrivning til ammende. Bør ikke brukes på brystene under amming. **Bivirkninger**: Vanlige (≥1/100 til < 1/10): Gel: Hud: Kløe. Salve: Hud: Kløe, utslett, brennende følelse i huden. Mindre vanlige (≥1/1000 til < 1/100): Gel: Hud: Forverring av psoriasis. Sviende følelse, smerter eller irritasjon i huden, follikulitt, dermatitt, erytem, akne, tørr hud, utslett, pustuløst utslett. Øye: Øyeirritasjon. Salve: Hud: Forverring av psoriasis. Smerter i huden eller irritasjon, dermatitt, erytem, follikulitt, pigmentforandringer på applikasjonsstedet. Sjeldne (≥1/10 000 til < 1/1000): Salve: Hud: Pustuløs psoriasis. Følgende bivirkninger anses relatert til de farmakologiske grupper for hhv. kalsipotriol og betametason: Kalsipotriol: Lokale reaksjoner på applikasjonsstedet, kløe, hudirritasjon, sviende og stikkende følelse, tørr hud, erytem, utslett, dermatitt, eksem, forverring av psoriasis, fotosensitivitet og overfølsomhetsreaksjoner inkl. meget sjeldne tilfeller av angioødem og ansiktsødem. Systemiske effekter ved lokalbehandling kan i svært sjeldne tilfeller forårsake hyperkalsemi eller hyperkalsiuri. Betametasondipropionat: Lokale reaksjoner inkl. hudatrofi, telangiektasi, striae, follikulitt, hypertrikose, perioral dermatitt, allegisk kontaktdermatitt, depigmentering og kolloid milia, kan oppstå etter lokalbehandling, særlig ved langvarig bruk. Risiko for utvikling av pustuløs form av psoriasis. Systemiske reaksjoner ved lokalbehandling med kortikosteroider er sjeldne hos voksne, men de kan være alvorlige. Adrenokortikal suppresjon, katarakt, infeksjoner, påvirkning av den metabolske kontroll av diabetes mellitus og økt intraokulært trykk kan forekomme, særlig ved langtidsbehandling. Systemiske reaksjoner sees oftere ved okklusjonsbehandling (plast, hudfolder), ved påsmøring på store områder og ved langtidsbruk. **Overdosering/Forgiftning**: Symptomer: Bruk av mer enn anbefalt dose kan føre til forhøyet serumkalsium, som faller raskt når behandlingen seponeres. Svært langvarig bruk av topikale kortikosteroider kan hemme hypofyse-binyrebarkfunksjonene og gi sekundær adrenal insuffisiens, som normalt er reversibel. Behandling: Adrenal insuffisiens behandles symptomatisk. Ved kronisk toksisitet skal preparatet seponeres gradvis. Se Giftinformasjonens anbefalinger for kalsipotriol D05A X02 og betametason: Glukokortikoider H02A B. **Egenskaper**: Klassifisering: D-vitaminanalog i kombinasjon med gruppe III kortikosteroid (sterke). Virkningsmekanisme: In vitro-data tyder på at kalsipotriol stimulerer differensieigen og hemmer proliferasjonen av keratinocytter. Betametason har antiinflammatoriske, kløestillende, vasokonstriktive og immunundertrykkende egenskaper. Ved okklusjon sees forsterket effekt pga. økt penetrasjon gjennom stratum corneum. Den antiinflammatoriske virkningsmekanisme er ikke klarlagt. Absorpsjon: Systemisk absorpsjon av hhv. kalsipotriol og betametason fra salven er < 1% på frisk hud. Absorpsjonen av topikale kortikosteroider kan øke ved påsmøring på psoriasis plaque og under okklusjon. Absorpsjon gjennom skadet hud er ca. 24%. Proteinbinding: Ca. 64%. Fordeling: Undersøkelser av vevsdistribusjonen av radiomerket kalsipotriol og betametasondipropionat hos rotter viser høyest nivå i nyrer og lever. Halveringstid: Etter i.v. tilførsel 5-6 timer. Pga. dannelsen av et huddepot, skjer eliminasjonen etter dermal påføring over dager. Metabolisme: Betametason metaboliseres særlig i lever, men også i nyrene. Etter systemisk eksponering vil begge de aktive virkestoffene metaboliseres raskt og i stor utstrekning. Utskillelse: Kalsipotriol: Hovedsakelig via feces. Betametason: Via urin. **Oppbevaring og holdbarhet**: Gel: Oppbevares i ytteremballasjen beskyttet mot lys. Skal ikke oppbevares i kjøleskap. Åpnet flaske må brukes innen 3 måneder. Salve: Åpnet tube må brukes innen 1 år. **Pakninger og priser**: Gel: 60 g kr 428,10. Salve: 60 g kr 428,10. 120 g kr 821,10.
Refusjon: Kode: ICPC: S91, ICD: L40
Oktober 2011.

Referanser:

1. Kaufmann R. Bibby A.J. et al. *A New Calcipotriol/Betamethasone DipropionateFormulation Is an Effective Once Daily Treatment for Psoriasis vulgaris*. Dermatology 2002;205:389-393.

2. Fleming C., Ganslandt C. et al. *Calcipotriol plus betamethasone dipropionate gel compared with its active components in the same vehicle and the vehicle alone in the treatment of psoriasis vulgaris: a randomised, parallel group, double-blind, exploratory study.* Eur J Dermatol 2010; 20 (4): 465-471.

3. Jemec G.B.E.,Ganslandt C. et al. *A New Scalp Formulation of Calcipotriene Plus Betamethasone Compared with its Active Ingredients and the Vehicle in the Treatment of Scalp Psoriasis: A Randomized, Double-Blind Controlled Trial.* J Am Acad Dermatol 2008; 59 (3):455-463.

4. Kragballe K., Austad J. et al. *A 52-week randomized safety study of a calcipotriol/betamethasone dipropionate two-compound product in the treatment of psoriasis vulgaris.* Br J Dermatol 2006; 154:1155-1160.

5. Luger T.A., Cambazard F., et al. *A Study of the Safety and Efficacy of Calcipotriol and Betamethasone Dipropionate Scalp Formulation in the Long-Term Management of Scalp Psoriasis.* Dermatology 2008;217:321-328.

3 grunner til å forskrive Daivobet® ved behandling av psoriasis

1. *Hurtig innsettende, god effekt[1,2,3]*
2. *Veltolerert[1,2,3], også ved langtidsbehandling (52 uker)[4,5]*
3. *Enkel dosering - kun en gang daglig*

Nå også som gel

© LEO October 2011. All LEO trademarks mentioned belong to the LEO Group

LEO

Daivobet® Gel
Calcipotriol / betametasondipropionat

Compliance i psoriasisbehandlingen

– Ikke definer pasienten som et problem

Når innvandrer-pasienten ikke gjør som du sier, er det ikke nødvendigvis pasienten det er noe galt med.

Tekst **Eivor Hofstad** Foto **Stig M Weston**

Inger Daae-Qvale holder ofte foredrag for sykepleiere om flerkulturelt helsearbeid. En klassisk tilbakemelding hun får fra dem er at innvandrere oppleves som lite samarbeidsvillige dersom de ikke følger opp informasjonen som blir gitt, med hensyn til ulike behandlinger. «De gjør ikke som vi sier», eller «de hører ikke etter», er omkvedet.

– Slike utsagn kan tyde på at sykepleieren ikke lykkes å etablere god kommunikasjon med pasienten, til tross for gode intensjoner og forsøk. De ser bare pasientens manglende evne til dette, ikke sin egen. Når pasienten ikke oppfører seg «riktig», kan årsaken være at pasienten har andre forståelser av sin helse og de behandlingsmetoder som foreskrives, enn det som er gjeldende i en norsk kontekst, sier Daae-Qvale.

Hun har selv sykepleiefaglig bakgrunn og har siden 1988 jobbet med flerkulturelle problemstillinger knyttet til helse og utdanning. Siden august i år har hun hatt permisjon fra stillingen som høyskolelektor ved Høgskolen i Oslo/Akershus, for å være spesialrådgiver på Senter for helsefremmende arbeid på Ahus. Her jobber hun med flerkulturell fagutvikling i sykehuset.

«Særlig i Midtøsten er det en vanlig oppfatning at man kan bli utsatt for ‹det onde øyet›.» *Inger Daae-Qvale*

FORSTÅ PASIENTENS STÅSTED: – Sykepleiere bør se forbi egne verdier, mener Inger Daae-Qvale.

Flere virkelighetsforståelser

– Når pasienten defineres som et problem, kan sykepleierne frita seg selv for ansvar, mens pasienten tillegges ansvaret for at behandlingen mislykkes, sier Daae-Qvale.

Hun etterlyser større åpenhet knyttet til profesjonell selvrefleksjon.

– Mange sykepleiere synes slike problemstillinger kan være vanskelige å løfte frem, da de selv kan risikere å bli ignorert som fagpersoner, sier Daae-Qvale.

– *Hvorfor går kommunikasjonen noen ganger galt?*

– Manglende kunnskap om andre kulturelle sykdomsuttrykk kan utfordre eget etablert profesjonsmønster, sier Daae-Qvale og forklarer:

– Sykepleierutdanningen gir en entydig måte å tenke helse, sykdom og behandling på, med et vestlig, biomedisinsk perspektiv. I møte med pasienter med minoritetsbakgrunn kan andre kulturelle sykdomsuttrykk og forventninger om hvordan disse kommuniseres, komme til syne. Dersom sykepleierne ikke har kompetanse til å reflektere eller fortolke disse forventningene, byr det på utfordringer i praksis.

Sagt på fagspråket, savner hun større evne til «metodisk relativisme» hos sykepleierne.

– Dette betyr ikke at sykepleieren overtar, eller aksepterer pasientens forståelse, men i stedet viser evne og vilje til å se forbi egne verdier for å forstå pasientens ståsted.

– Ta andre ståsteder

– *Hvilke konkrete strategier skal sykepleierne bruke for å klare det i praksis?*

– Man må se individet og ikke omskrive minoritetspasienten til den store kategorien «de». En god innfallsvinkel kan være å spørre: «Hva er du vant til fra hjemlandet og hva ønsker du at vi kan gjøre for deg?» Om pasienten ikke har noe svar å gi til dette, kan det skyldes at pasienten er vant til at det er legen eller sykepleieren som diagnostiserer og finner frem til behandling. En oppmuntring videre kan være å si til pasienten at «det er nyttig for oss at du sier noe om hva du tenker, slik at vi bedre kan forstå og gi den hjelpen du trenger.»

I alle kulturer «sluses» både helsepersonell og pasienter inn i en felles forståelse av hvordan begge parter skal opptre og samhandle. Daae-Qvale er opptatt av at helsepersonell har kunnskap om at det finnes flere virkelighetsforståelser, og at alle virkelighetene har sin egen logikk.

– Kommer en pasient med mange pårørende, kan en forklaring være at i deres kultur blir den som er syk ivaretatt av hele familien. Dette er et kulturelt uttrykk for omsorg og handler ikke om at folk ikke vil høre etter. Skriker en fødende kvinne ekstra høyt, er det kanskje fordi jo høyere hun skriker, jo mer blir hun tatt på alvor, sier hun.

Snakk forsiktig

Daae-Qvale mener helsepersonell må vite at det ikke alltid er god terapi å snakke om vanskelige ting.

– I vår kultur er vi så vant til å sette ord på alt. Men taushet og glemsel er i mange andre samfunn en måte å bearbeide traumer på. Ord befester vonde erfaringer snarere enn å forløse dem. Det kan føles angstfremkallende dersom helsepersonell stadig skal snakke om det vanskelige.

– *Men hva skal de gjøre da?*

– Man må gå forsiktig frem og tenke over hvem man står overfor. Man kan si at «nå har du kommet hit – og her tror vi på å snakke om ting. Hvordan er du vant til å gjøre det i hjemlandet?»

Daae-Qvale legger til at hun også har sett mange eksempler på at pasienter faktisk syntes det var godt å få åpnet seg om problemene sine til slutt.

Frykten for «det onde øyet»

«Det onde øyet» er en forklaringsmåte over store deler av verden på hvorfor og hvordan sykdom og uhell rammer. Det er en skadelig kraft i mennesker som virker gjennom blikk, ofte kvinners blikk. Misunnelse er gjerne hevdet å være den bakenforliggende årsak.

– Særlig i Midtøsten er det en vanlig oppfatning at man kan bli utsatt for det onde øyet, sier Daae-Qvale.

Hos nasjonal digital læringsarena for videregående opplæring, står det om muslimske kvinner i Oslo som har fortalt at de gjennom svangerskapet og i barseltiden frykter det onde øyet fra kvinner som ikke kan få barn eller kvinner som har abortert ufrivillig. Derfor forsøker de å begrense kontakten med andre mennesker i denne tiden og beskytter seg med amuletter og forskjellige ritualer. Mange liker ikke at helsesøster eller andre roser de nyfødte barna deres, da det kan føre til at noen vil kaste det onde øyet på dem.

– NSF kan bidra

– Hva kan Norsk Sykepleierforbund gjøre for å styrke den profesjonelle selvrefleksjonen du etterlyser?

– Forbundet kan stimulere til debatter om uenighet uten at det dermed ses som et angrep på det bestående. Tone Danielsen viste i 2001 at det foregår diskriminering innad i sykepleiermiljøet mot kolleger med minoritetsbakgrunn. Enkelte grupper kan skape et kulturelt hegemoni som kan utgjøre uformelle negative stemmer i miljøet. Disse gruppene kaller jeg portvoktere. De har ofte stor makt til å bestemme hvilke syn som får gjelde innad i faggruppen.

– *Hvordan stille opp mot dem?*

– Det er mye god støtte i forbundets etiske retningslinjer. Bevisstgjør disse ved å stimulere til diskusjoner om hvordan de faktisk forplikter sykepleiernes profesjonsutøvelse.

Daae-Qvale har tro på at Norge kan få til et helsevesen med mer likeverdige helsetjenester for alle etniske grupper.

– Men likeverdige helsetjenester er ikke nødvendigvis lik behandling. Skal vi få lik mulighet til samme goder, må vi tilrettelegge tjenester i forhold til behov, slik vi også gjør med norske pasienter, påpeker hun. IIII

– Helsevesenet må bli bedre

Noen pasientgrupper blir utsatt for diskriminering når de møter helsepersonell. Nå kommer håndboken for likeverdige tjenester. Tekst **Eivor Hofstad** Foto **CF-Wesenberg/kolonihaven.no**

– HELSEVESENET må bli bedre rustet til å ta imot mangfoldet av mennesker som oppsøker dem. Vi ser av henvendelser vi får, av medieoppslag og av brukererfaringer at dette ikke alltid er tilfellet, sier Sunniva Ørstavik, likestillings- og diskrimineringsombud.

Hun understreker at å behandle alle likt er ikke det samme som å gi likeverdige tjenester. Forenklet kan en si at diskriminering ofte handler om at like tilfeller behandles ulikt, eller at ulike tilfeller behandles likt.

I 2011 har Likestillings- og diskrimineringsombudet hatt likeverdige helsetjenester som et satsingsområde.

– Hva håper du kommer ut av denne satsingen?

– Den skal bidra til bevisstgjøring på alle nivåer hos tjenesteytere. Diskriminering er ofte ubevisst, og alle har godt av å lære om egne fordommer og stereotypier. Tilgang til likeverdige offentlige tjenester er en grunnleggende rettighet, og en lovpålagt plikt, og vi gir råd og veiledning for å hjelpe tjenesteytere til å sikre dette.

Gjennom hele året har Likestillings- og diskrimineringsombudet (LDO) arrangert folkemøter i ulike deler av Norge for å diskutere ulike aspekt rundt likeverdige helsetjenester.

– Er det noen spesielle historier som har gjort inntrykk på deg fra disse møtene?

– Språkbarrierer er en stor utfordring. Barn må overbringe sykdomsbudskap til foreldre fordi fastlegen eller sykehuset ikke har tolk. Jeg har også hørt om en lesbisk kvinne som ønsket assistert befruktning og fikk beskjed av legen om å ta seg en tur på byen.

Nylig ga LDO ut en ny håndbok om likeverdige tjenester for tjenesteytere i offentlig sektor.

Dette er noen av eksemplene på diskriminering i helsevesenet som nevnes i håndboken:

- Samer opplever ti ganger mer diskriminering enn nordmenn. Dette kan føre til høyt psykisk stressnivå, depresjoner og angst.
- 7 prosent av ikke-vestlige innvandrere opplever å bli dårlig behandlet i helsevesenet.
- Sykdommer som særlig rammer kvinner gis ikke like mye prioritet i forskning.
- Det er en underdiagnostisering av depresjoner hos eldre. En årsak er forestillingen om at det er normalt å bli passiv i alderdommen..
- Personer med psykisk utviklingshemming får et dårligere helsetilbud enn andre til tross for at de i mange tilfeller har dårligere helse enn andre.

DISKRIMINERER UBEVISST:
- Diskriminering er ofte ubevisst, og alle har godt av å lære om egne fordommer og stereotypier, sier Sunniva Ørstavik, likestillings- og diskrimineringsombud. Foto: CF-Wesenberg/kolonihaven.no

Har du glemt oss?

De fleste husker å forsikre bil og bolig. Men overraskende mange glemmer å forsikre det de har aller mest kjært her i livet – sine egne barn. En god barneforsikring fjerner ikke alle bekymringer, men den kan gi én bekymring mindre.

Barneforsikringen leveres av Tryg. Bestill forsikringen hos Forsikringskontoret NSF på telefon 22 04 31 50.

Det handler om å være trygg Tryg

Knut Dybwik

Alder: **50 år**
Aktuell som: **Intensivsykepleier med fersk doktorgrad om respiratorbruk utenfor sykehus**

BAKGRUNN:

Knut Dybwiks forskning handler om avansert og kostbar behandling. Men han er mest opptatt av de menneskelige kostnadene for familiene og kommunehelsetjenesten. Dybwik har fått flere priser, blant annet Det nytter-prisen.

– Det verste er ikke at barnet er sykt

Hva handler doktoravhandlingen din om?
– De praktiske og etiske konsekvenser av å tilby avansert og livsforlengende behandling i hjemmet. Disse pasientene er alvorlig syke. Uten respirator dør de.

Ditt viktigste funn?
– At slik behandling er en stor belastning for pårørende.

Hvorfor det?
– Kommunehelsetjenesten klarer ikke å gi et godt nok behandlingstilbud. Derfor må familiene delta aktivt i pleien. Uten dem hadde ikke dette gått.

Er det sånn overalt?
– Det er et fenomen over hele landet.

Er det bra at disse pasientene er hjemme?
– Kommunehelsetjenesten er nok ikke dimensjonert for så syke pasienter. Problemet er å få tak i nok folk. Disse pasientene må ha en kompetent person hos seg kontinuerlig. Det er så mye som kan gå galt. Omsorgen er jo også ekstremt kostbar. Den koster fem millioner i året.

Er det for dyrt?
– Helsedirektøren mener færre skal få slik behandling, selv om den er nyttig. Det handler om økonomi.

Du er uenig?
– Jeg vil også diskutere de menneskelige kostnadene dette har: Har vi rett til å påføre friske familiemedlemmer så store byrder og oppofrelser?

Har helsedirektøren fått avhandlingen din?
– Jeg sendte den forleden dag. Det er mye samhandlingsreform i dette. Jeg får dårlig smak i munnen når jeg vet at kommunene skal overta det sykehusene gjør nå. De mangler folk og kompetanse.

Hvor jobber du?
– Jeg har full stilling på intensivavdelingen i Bodø. Det er ikke mange med doktorgrad som jobber i klinikken daglig. Jeg har 25 års erfaring med respiratorpasienter og følger dem også utenfor sykehus.

Hvor mange er de?
– Sammen med Vestfold har vårt fylke flest per innbyggertall. Det er rundt 150 pasienter i Nordland, og relativt mange er av den aller sykeste sorten. De har hull på halsen og respirator hele døgnet. Et eksempel er pasienter med amyotrofisk lateralsklerose (ALS).

Hva blir utviklingen, tror du?
– Det har vært en fordobling av disse hjemmepasientene på fem år. Vi forventer at det blir enda flere.

Hvorfor?
– Tilbudet har blitt mer kjent. Pasienter og familier er godt informert om hva som fins. De kommer til sykehuset og sier: «Det vil vi ha.»

Så dette er midt i prioriteringsdebatten?
– Ja, veldig. Men helsepersonell kan ikke prioritere bort nyttig behandling. Det må politikerne gjøre. Men de er livredde for negative oppslag i media.

Ser du noe som kan prioriteres bort?
– Det offentlige helsevesen klarer aldri å gi det tilbudet pasientene har rett til. Vi har sjenerøse pasientrettigheter og politikerne lover mye. Det er et økende gap mellom forventninger og hva vi er i stand til. Dette sliter vi med hver dag.

Så politikerne må skjerpe seg?
– Ja, de bør love mindre. Det blir bare skuffelser, og de rettes mot helsevesenet i stedet for politikerne. Familiene sier at kampen mot systemet er det verste, ikke at de har et alvorlig sykt barn. Det er tankevekkende, altså.

Tekst **Marit Fonn**
Foto **Linn Braseth/Nordlandssykehuset**

Les mer om Dybwiks doktorgrad i Sykepleien Forskning.

32 Når de har bestemt seg, er det etter nøye vurdering ›
33 Dette fikser vi på ›
35 Ønsker tydeligere regler ›
37 5 på gangen ›

Folk tenker seg nøye om før de legger seg under kniven, erfarer sykepleier Lise Tobiassen (bildet).

De fleste ønsker å se naturlige ut, og store pupper er nå definitivt «ut».

Økt aktivitet gir også flere klager når noe går galt, men kosmetisk kirurgi som ikke er medisinsk begrunnet, befinner seg i en grå-sone i regelverket. Nå jobbes det med en europeisk standard for bransjen.

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

Fikser flotter

VELSTAND: – Vi lever i et samfunn hvor fokuset på hvordan vi ser ut er sterkt. Og folk har råd til å fikse på det de eventuelt ikke liker. Om det er riktig eller galt, vil jeg ikke si noe om. Jeg vil ikke dømme noen, sier sykepleier Lise Tobiassen ved det private sykehuset Aleris i Oslo.

e former

TUSENLAPPENE FLYR: Små operasjoner som øyelokk koster rundt 12 500 kroner, for ansiktsløfting må du ut med 40-50 000. Sykepleier Lise Tobiassen forteller at infeksjoner og blødninger er noen av de vanligste komplikasjonene etter operasjon.

«Når de har bestemt seg, er det etter nøye vurdering

Sykepleier Lise Tobiassen, Aleris

Det er ingen impulshandling å bestemme seg for kosmetisk operasjon, mener sykepleier Lise Tobiassen. Men det har blitt mer akseptert. Og i kjølvannet kommer klagesakene.

Det er ingenting som tyder på at frasen «Skjønnheten kommer innenfra», vinner terreng. Bransjen som kan hjelpe deg med plagsomme rynker og arr, skjeve neser, tamme lepper, utstående ører og hengemager er i vekst.

Sykepleier Lise Tobiassen ved det private sykehuset Aleris i Oslo merker det godt. Kundene kommer fra alle samfunnslag og i alle fasonger.

– Det er ikke noen spesielle typer som kommer hit. Pasientene gjenspeiler hele samfunnet, sier hun.

Men hun innrømmer at kvinner er i flertall. Gjerne de som har passert 40 år.

– Men de fleste ønsker ikke noe ekstremt. De vil se mest mulig naturlige ut, sier hun.

– *Men har etterspørselen økt?*

– Det er vel en bransje i vekst. Men det jeg har hørt er at Norge ligger etter andre land. Kosmetisk kirurgi er mer vanlig i land som for eksempel USA og latinamerikanske land.

Bransje i vekst

Til Aleris er flertallet av pasientene henvist direkte, eller de oppsøker sykehuset via ordningen om fritt sykehusvalg. Disse blir registrert. Den andre gruppen er dem som betaler selv for kosmetisk behandling og kirurgi som ikke er definert som medisinsk påkrevet.

Denne gruppen pasienten blir ikke nødvendigvis registrert. Dermed finnes det ingen nasjonal oversikt over hvor mange behandlinger og operasjoner av denne typen som foretas hvert år.

Men et visst bilde er det mulig å danne seg. I en kartlegging av estetisk plastikkirurgi utført av Helsetilsynet i 2003 er konklusjonen at det da ble utført 8000–9000 plastiske operasjoner i Norge årlig. Basert på bransjens vekstsiffer i resten av Norden bør dette tallet nå nærme seg 15 000 plastiske operasjoner i året, ifølge plastikkkirurgi.no

Den samme kartleggingen viste at det i 2003 var 49 private institusjoner som utførte kosmetisk kirurgi. Ifølge Statistisk sentralbyrå er det antallet i 2011 økt til 76.

Antallet leger som har spesialisert seg innen plastisk kirurgi har også økt. I 2003 var det 73 spesialister. I 2009 var tallet økt til 120 spesialister, en økning på mer enn 60 prosent.

– Ikke impulshandling

Statistisk sentralbyrå (SSB) har kommet frem til at 5 prosent av oss en eller flere ganger har lagt oss under kniven for skjønnhetens skyld. Det er over dobbelt så mange kvinner enn menn som får utført en kosmetisk operasjon: 7 prosent av kvinnene og 3 prosent av mennene. Rundt 10 prosent av dem som har gjort kirurgisk inngrep, har gjort det mer enn en gang.

Sykepleier Lise Tobiassen tror de fleste har tenkt seg godt om før de lar seg operere. Pasienter Tobiassen snakker med har kanskje ikke turt å vise seg i badetøy på mange år, eller har store komplekser som de har slitt med lenge.

– Det er en risiko ved alle operasjoner. Og dette er i utgangspunktet friske folk. Når de har bestemt seg, er det etter nøye vurdering.

Tobiassen styrer skiftestuen. Det har hun gjort de siste to årene.

Alle som er operert, enten etter kosmetisk inngrep eller andre operasjoner, kommer innom henne.

Hun merker at mange i utgangspunktet har et fordomsfullt syn på kosmetisk kirurgi. Reality-programmer med unge jenter som har forstørret bryster og sprøytet Botox i leppene er det mest synlige tegnet på at bransjen er i vekst.

– Vi ser ikke de unge jentene med altfor store silikonbryster og oppblåste lepper hos oss. Kirurgene gjør en nøye vurdering av pasientene før de utfører inngrep, sier Lise Tobiassen.

– En av grunnene til at folk forbinder kosmetiske operasjoner med disse unge guttene og jentene er at de blir så tydelige. De blir «utstillingsvindu» for kosmetiske operasjoner. Faktum er at de fleste som har fått fikset på ting, vil du ikke kunne se det på. De ønsker også å holde det hemmelig. Det kan være kvinner som vil fjerne hud etter slanking, har hengemage etter fødsler, ønsker brystoppstramming, fjerning av løs hud på øyelokk og så videre. Det er slike pasienter som dominerer, sier hun.

– *Går det rykter i bransjen om hvem som er useriøse aktører?*

– Det vet jeg ingenting om. Jeg har i hvert fall ikke hørt noe, sier hun.

Tobiassen vet ikke hvor unge jenter og gutter går for å få utført det som kan kalles ekstreme inngrep.

– Kirurgene hos oss har klare etiske og medisinske retningslinjer å forholde seg til. Pasientene de opererer blir på en måte deres signatur. De ønsker ikke dårlig publisitet på det arbeidet de gjør. Hvor man får gjort ekstreme inngrep, aner jeg ikke. Ettersom de betaler selv, kan de for eksempel få det gjort i utlandet. Det er vel nesten umulig å vite ettersom det ikke finnes oversikt, sier hun.

Koster «flesk»

Å forbedre utseendet betyr ikke alltid at man legger seg på operasjonsbordet. Det finnes heller ingen oversikt over omfanget av ikke-kirurgiske behandlinger. SSB har derfor valgt å se på salget av Botox. Det gir en pekepinn på hvor stort markedet er.

Salget har økt kraftig. Tall fra Apotekerforeningen viser at det på fire år ble rekvirert dobbelt så mange pakninger med Botox av leger ved private helseinstitusjoner eller privatpersoner i 2010 sammenliknet med 2006.

Hos Aleris koster små operasjoner som øyelokk rundt 12 500 kroner. Større operasjoner som ansiktsløftninger koster rundt 40–50 000 kroner.

– Det koster litt, sier Tobiassen.

Når det gjelder skjønnhetsbehandling som Botox og lignende, ligger det på et par tusenlapper per gang.

– Det er billigere, men det er behandlinger som må følges opp. Effekten forsvinner etter en tid. Begynner man tidlig er det klart at det blir dyrt dersom man skal fortsette med det livet ut. Og det er vel det man bør tenke litt på. Han man først begynt, er det vanskelig å ikke fortsette.

Pasientklage eller reklamasjon?

Økt aktivitet i skjønnhetsbransjen reiser spørsmålene om hva som skjer når noe går galt. Ifølge levekårsundersøkelsen i 2008 sa seks prosent at de hadde opplevd alvorlige ettervirkninger etter inngrepet. For eksempel smerter eller store ubehag. De fleste er knyttet til brystkirurgi eller fjerning av overflødig hud.

Tidligere var pasientskadeerstatning noe som var forbeholdt feil og skader etter behandling utført på offentlige sykehus. Men etter hvert begynte private klinikker å utføre større inngrep. Dette er en av årsakene til at private klinikker i 2009 ble innlemmet i ordningen med Norsk Pasientskadeerstatning (NPE).

NPE fikk i løpet av 2009 og 2010 inn 638 klagesaker etter selvfinansiert kosmetisk behandling. 87 av saken gjelder kirurgi. Sakene handler i stor grad om nordmenn som er misfornøyde etter skjønnhetsbehandling. Å behandle slike saker er altså en forholdsvis ny geskjeft for NPE.

Det at nordmenn «shopper» behandling uten medisinsk begrunnelse, har ført forbrukerbegrepet inn på NPEs saksbehandlingskontorer.

– I mange tilfeller kan det være vanskelig å skille hva som er pasientskadesaker og hva som er reklamasjon. Når pasienter klager på skjønnhetsbehandlinger, er det etter å ha kjøpt en tjeneste som skal gi forbedret utseende. Det er som regel ikke medisinske vurderinger som ligger til grunn for behandlingen, sier seniorrådgiver ved juridisk stab i NPE, Tore Grøtholm.

Mangelfull journal

I sakene NPE behandler er det gjennomgående dårlig journalføring og mangelfull informasjon om risiko for varig skade.

– Vi ser det er dårligere journalføring i det private enn i det offentlige. Det kan skyldes at det offentlige har lengre erfaring med oss. Alt var ikke like bra der heller for 20 år siden. Innen kosmetisk behandling og tannlegebehandling er det generelt dårligst journalføring, sier Tore Grøtholm.

Dette fikser menn på:

	Antall	Prosent
Menn i alt	72	100
Fettsuging	14	19
Fjernet arr/kul/vorte	12	17
Øyelokkplastikk	7	10
Nesekirurgi	7	10
Øreoperasjon	5	7
Annet	27	36

Kilde: Levekårsundersøkelsen 2008

Dette fikser kvinner på:

	Antall	Prosent
Kvinner i alt	214	100
Øyelokkplastikk	37	17
Fettsuging	34	16
Brystforstørrelse	21	10
Brystreduksjon	22	10
Brystkirurgi, uspesifisert	17	8
Mage-/bukplastikk	17	8
Nesekirurgi	11	5
Fjernet arr/kul/vorte	8	4
Ansiktsløftning	5	2
Annet	42	20

Kilde: Levekårsundersøkelsen 2008

Han oppfordrer sterkt alt helsepersonell til å bli gode på kommunikasjon til pasienter.

– At pasientene er innforstått med risikofaktorer er viktig. En del av sakene vi får kunne vært unngått. Det viser seg at det er mange misforståelser som oppstår når informasjon gis. God informasjon er spesielt viktig i forhold til denne typen inngrep, ettersom det ikke er noen medisinsk indikasjon på hvorfor inngrepet skal gjøres.

For at pasienten skal kunne ta en veloverveid beslutning må hun eller han være godt innforstått med eventuelle komplikasjoner som kan oppstå.

– Det er vel begrenset hva folk er villig til å risikere når det ikke er medisinsk nødvendig, tror han.

Mørketall

– Får dere inn alle pasientskadene som skjer?

– Det gjør vi ikke. Vi vet ikke hvor store mørketallene er, men det er vel rimelig å anta at det vil være større mørketall i det private en det offentlige. I det offentlige har vi jobbet med informasjonsarbeid i mange år, mens det private er en ny aktør, sier Grøtholm.

Han tror internett har ført til at pasienter er bedre informert om rettighetene sine uansett hva helseinstitusjonen informerer om.

– Vi ser at folk henter ut informasjon fra våre nettsider.

Vanskelige saker

Noen behandlinger ligger i gråsonen mellom helsehjelp og skjønnhetsbehandling. For eksempel er laserbehandling å betrakte som helsehjelp når det gjelder de sterkeste laserne.

– De svakeste laserbehandlingene er det verre å bedømme. Der er heller ikke Helsedirektoratet helt tydelig på hva som er helsehjelp og ikke, derfor er slike saker vanskelige å behandle.

> « De fleste ønsker ikke noe ekstremt. De vil se mest mulig naturlige ut.
>
> *Sykepleier Lise Tobiassen, Aleris*

Botox er helsehjelp ettersom skadepotensialet er stort. Det samme gjelder kjemisk peeling. Vanlig peelingkremer er ikke å regne som behandling, sier han.

Noen saker kommer ikke inn under NPEs saksområde. Det gjelder blant annet alternativ behandling og skjønnhetspleie med kremer.

Offentlige retter bare store feil

– Dersom en pasient får medhold etter en svikt etter skjønnhetsoperasjon,hvem retter opp feilen?

– Feilene rettes stort sett opp der feilen er gjort. Det som går til det offentlige er større skader. For eksempel ved nerveskader, stygge arr eller store infeksjoner. Dersom det offentlige har kjøpt tjenester av en privatpraktiserende kirurg, rettes det som regel opp i det private, sier Grøtholm.

– Har du vært borti saker som du har reagert på hva folk utsetter seg for frivillig?

– Det er vel klart at man stusser av og til. Men så lenge folk ønsker seg noe og det er liten risiko og de selv betaler for det, så må de jo få lov til det, sier han.

Grøtholm bekrefter at noen pasienter går igjen i klagesakene.

– Noen gjennomfører mange operasjoner. Da er det betimelig å spørre seg om problemet kanskje ikke er fysisk, men mer på det psykiske plan. Det er kanskje mer riktig å tilby psykisk hjelp til slike pasienter fremfor å gjennomføre flere operasjoner, sier han.

Ønsker godt rykte

NPE behandler alle klagesaker så lenge det er autorisert helsepersonell som yter helsehjelp, selv om saken er en ren reklamasjon.

– Vi anbefaler at pasienten tar kontakt med behandlingsstedet. De fleste er opptatt av å ha et godt rykte. De vil ikke at det går misfornøyde «reklameplakater» rundt. Mitt inntrykk er at de private aktører retter opp skader eller gir reduksjon i pris uten særlig krøll. Det kan godt være man kan få rettet opp en skade, selv om det ikke har skjedd det vi kaller en «svikt». At en person ikke fornøyd med resultatet oppfyller ikke kravene om erstatning så lenge resultatet er innen for det man kan forvente, sier han og tilføyer:

NPE må vurdere om det er blitt utført behandling på personer som man burde sagt nei til.

Utgangspunktet til NPE når de behandler en klage er om behandlingen er gjort i tråd med vanlig god praksis. Hvis svaret er nei, blir neste skritt å vurdere hvilke konsekvenser dette har hatt.

– Hvis du har tatt for eksempel en neseplastikk som ikke ble så bra som du ønsket, er ikke det grunnlag for erstatning. Du er ikke blitt noe styggere enn du var fra før, sier han.

Dersom det blir avdekket svikt, vurderes det om feilen kan rettes opp. Kan den rettes opp, blir det utfallet av saken. Dersom svikten eller feilen ikke kan rettes opp, vurderer vi om pasienten får noen utgifter.

– Det som er vanskelig å vurdere er det psykiske. Det kan for eksempel være reelt i ansiktsskader hos unge mennesker. Da kan erstatningen for eksempel bli behandling hos psykiater over en tid, sier han.

NPE henter inn vurderinger fra sakkyndige i så å si alle saker. Spesialistene hentes fra samme fagområdet som klagen gjelder, men fra et annet behandlingssted.

Saksgang for pasientskade:

- Skademelding kommer til NPE fra pasienten.
- NPE sender den til behandlingsstedet slik at det får komme med en eventuell uttalelse. NPE ber behandlingsstedet sende journaler, eventuelt røntgenbilder og fotografier.
- Pasienten får så se uttalelsen fra behandlingsstedet. NPE henter i noen tilfeller også informasjon fra fastlege eller andre som også kan belyse saken.
- Saken går så til saksbehandler som tar kontakt med en spesialist med spørsmål som trenger å bli belyst. Når spesialisterklæringen kommer, blir den sendt til pasienten og behandlingsstedet. Begge parter har da mulighet til å komme med ytterligere kommentarer.
- Avhengig av innspillene, fatter NPE et vedtak.
- Pasienten kan eventuelt påklage vedtaket til pasientskadenemnda.

Rar etter øyeplastikk, men ikke uvanlig

En kvinne i 30-årene ønsket øyeplastikk for å ta bort litt heng på sidene av øynene. Ifølge pasienten er ønsket resultat ikke oppnådd. I ettertid er hun vurdert ved annen plastisk kirurgisk klinikk for korreksjon med fettbehandling. Pasienten mener at øyelokkene ble for store, samt at de ble innhult og fikk stygg form.

NPEs vurdering: Det forelå ingen særskilte grunner for ikke å gjennomføre inngrepet. Resultat av øyeplastikk vil variere. Øvre øyelokkplastikk vil imidlertid ikke endre øyets fasong eller øyespalten varig. Dype øyehuler er et resultat av behandlingen og representerer ingen feilbehandling.

Ønsker tydeligere regler

En ny europeisk standard for kosmetisk behandling og kosmetisk kirurgi kan gi tryggere forhold for forbrukerne, mener plastikkirurg Helge Einar Roald.

Den østerrikske foreningen for kosmetisk kirurgi har nå tatt initiativet til å opprette en europeisk standard på kosmetisk behandling og kosmetisk kirurgi. En standard kan blant annet sette opp retningslinjer for hvem som skal gjøre hva, prosedyrer og hvordan operasjonsstuene skal se ut.

Plastikkirurg Helge Einar Roald ønsker initiativet velkommen og håper at en europeisk standard på sikt kan munne ut i nasjonale retningslinjer.

– Dersom vi får på plass en slik standard, kan den få stor betydning for pasientenes rettigheter, sier han.

– Da vet de helt klart hva de kan forvente og hvilke krav som stilles til aktører i bransjen.

I dag er det vanskelig å få oversikt.

– Legger vi terskelen for høyt i Norge, risikerer vi bare at flere drar utenlands for å få fikset på ting. Det er ikke ønskelig. Hvis noe går galt etter en operasjon i for eksempel Asia, kan man ikke regne med å få fikset på det hvor som helst i Norge. Vi er livredde for å få MRSA inn på operasjonsstuene. Dette aspektet er viktig å ta med. Jeg skjønner det kan være fristende å dra til Tyrkia og ta en laseroperasjon på øynene til halve prisen, men man bør tenke seg nøye om, råder han.

Helge Einar Roald er plastisk kirurg ved Colosseumklinikken i Oslo og leder i Norsk Forening for Estetisk Plastikkirurgi.

– Bør det være klarere retningslinjer for hvem som skal få lov til å utføre kosmetisk kirurgi og ikke-kirurgiske kosmetiske behandlinger?

– Det er et interessant spørsmål av flere grunner. Hva er kosmetikk? Hva er ikke-kirurgisk kosmetisk behandling? Og hva er kosmetisk kirurgi? Ren kosmetikk kan for eksempel være kremer og krembehandling med effektive tilsetninger som medikamenter eller etsende stoffer. Men som Puls og Forbrukerrådet har satt fokus på den siste tiden, trenger ikke selv tilsynelatende ufarlig kosmetikk å være så ufarlig som det høres ut, sier Roald.

Hvor går grensen?

Roald referer til Forbrukerrådets rapport som kom ut for noen uker siden og avslørte at kremer og sjampoer som vi ukritisk bruker, også kan gjøre noe med kroppens indre balanse.

– De kan inneholde stoffer som kan påvirke hormonproduksjonen i kroppen. Dette er det laveste nivået innen kosmetisk behandling, og her er det liten kontroll med hvem som gjør hva. Eksemplet er skjønnhetssalonger og frisørsalonger som tilbyr kosmetiske produkter som virker i mer eller mindre grad. Her kan i prinsippet hvem som helst jobbe, og ingen tenker over det, sier han.

SKJULER: – De fleste vil ikke at naboen skal vite at de er operert, men vil gjerne se bedre ut enn naboen, mener plastikkirurg Helge Einar Roald.

Neste trinn er ikke-kirurgisk kosmetisk behandling a lå typen Botox og Restylane.

– Her stikkes det hull på huden. Er dette medisinsk behandling? Kan dette fortsatt gjøres i frisørsalongen? Hvem skal kunne gjøre dette? Må man være sykepleier? Hva slags kompetanse trengs egentlig? spør han retorisk og fortsetter:

– Når det gjelder kosmetisk kirurgiske inngrep er det forholdsvis greit å forstå at det er leger som skal utføre inngrepet. Men hvilken spesialitet skal legen ha? Skal det være plastikkirurger, øre-, nese-,

Fjernet rynker, fikk flekker

En kvinne i 40-årene fikk utført exopeelbehandling (fenolsyrepeeling) av rynker i ansiktet. Hun utviklet ujevn pigmentering i ansiktet som viste seg å være varig pigmenttap i deler av ansiktet. Pasienten lot seg behandle på nytt med Exopeel for å jevne ut fargeforskjellene i ansiktet. Hun anfører at hun ikke fikk informasjon om at det kunne oppstå varig pigmenttap.

NPEs vurdering: Pasienten skulle ha blitt informert om at Exopeel kunne medføre varig pigmenttap. Dette er en kjent komplikasjon som forekommer i mer enn 1 prosent av tilfellene. Pasienten ville mest sannsynlig ikke latt seg behandle dersom hun hadde blitt informert om denne bivirkningen.

Fettsuget, men ikke fornøyd

En kvinne i 30-årene fikk utført full bukplastikk med fettsuging. Ved kontroller etter 20 dager og etter tre måneder ble det journalført at pasienten ikke var fornøyd med resultatet. Hun ble satt opp til ny fettsuging som ble gjennomført 14 dager seinere. To år etterpå ble det gjennomført ny fettsuging ved en annen klinikk. Pasienten mener at magen har blitt skjev og rar etter mislykket bukoperasjon og fettsuging. Hun mener også å ha fått psykiske plager som følge av dette.

NPEs vurdering: Vurdert ut fra bilder før og etter operasjonen var det betydelig forbedring etter inngrepet. Resultatet blir ansett å være tilfredsstillende. Helsehjelpen har vært i tråd med gjeldende retningslinjer, og behandler er ikke å laste.

halsspesialister eller ortopeder? Helsedirektoratet har sammen med legeforeningen laget kompetansekravene for kirurgene. Når det gjelder ikke-kirurgisk kosmetisk behandling, bør man få på plass klarere kjøreregler. Dette vil både være til det beste for pasientene og behandlerne, sier Roald.

Selger en tjeneste, ikke vare

Norsk Pasientskadeerstatning (NPE). er en instans som objektivt skal vurdere klager. Det er imidlertid ikke alltid like lett når det gjelder kosmetisk kirurgi.

– Ved en brystproteseinnleggelse eller øyelokksoperasjon, hvor resultatet ikke blir akkurat slik klienten ønsket, er det vanskeligere å anskueliggjøre pasientens ulemper enn for eksempel etter et mislykket ortopedisk inngrep. Ved kosmetisk kirurgi er det klientens egen opplevelse og forventning som er utgangspunktet for klagen. Det er også oftere vanskeligere for pasienten å dokumentere sin sak, sier han.

– *Er de som får utført kosmetisk kirurgi og behandling kunder eller pasienter?*

Roald er ikke glad i kundebegrepet, men han innrømmer at i hans bransje dreier det seg om kjøp og salg.

– Dersom du har lyst på brystproteser, og det ikke er medisinske kontraindikasjoner, kan du få det mot at du betaler. Det ligger dog en grundig medisinsk vurdering av pasienten til grunn før man

> « Vi er livredde for å få MRSA inn på operasjonsstuene. *Helge Einar Roald, plastikkirurg*

aksepterer å operere. Det er viktig også å understreke at vi som kosmetiske kirurger leverer en tjeneste, ikke et produkt. Klienter kan ikke kjøpe et resultat. Det er mange faktorer som kan virke inn på sluttresultatet. Pasienten kan få en komplikasjon, blødning eller infeksjon, som kan forringe det postoperative resultat, sier han.

Når Roald har inngått en avtale med en klient om et inngrep, går klienten fra å være kunde til å bli pasient. Og med det får også pasienten rettigheter.

– Vi gir garantier. For eksempel på brystimplantater gis det kapselsdannelsesgaranti på fem år, sier han.

Bedre enn naboen

I mange av dagens reality-show er det oppsiktsvekkende mange med store brystimplantater og leppeinjeksjoner. Har du gjort deg noen tanker rundt dette?

– Media foretar et utvalg av hvilke personer de vil ha med. Da er det ofte ikke den søte, naturlige nabojenta med små bryster som oftest blir valgt. De har muligens sine motiver for denne seleksjonen, men jeg tror ikke vi som kosmetiske kirurger skal påta oss noe ansvar i den utvelgelsen. De overdimensjonerte brystene er dessuten helt ut. Nå er trenden at folk vil se mest mulig normale ut. Gjerne friske og sunne uten at noen ser at de har gjort noe inngrep. De fleste vil ikke at naboen skal vite at de er operert, men vil gjerne se bedre ut enn naboen. De vil også se bra ut både i svigermors middagsselskap uten å provosere, samtidig som de skal se strålende ut i stroppeløs kjole på fest, sier Roald.

Fjerner fettskjørt

– Jeg skal gå med på at vi i bransjen er med på å forskyve virkelighetsbegrepet om hva som er perfekt. Men det blir på samme måte som media, eller en kjent blogger viser frem et fint belte, så er det utsolgt to dager etterpå. Utseende og stil til folk som profileres høyt, påvirker andre til å søke samme utseende, sier han.

– For oss er ikke poenget å lage folk unaturlige. Vi hjelper med å redusere på det som gjør at de føler at de faller utenfor. Vi fjerner fettskjørt etter graviditeter og får folk til å føle seg attraktive igjen. De føler seg fine når de sprader på badestranda i bikini og leker med barna. Når pasientene sier at «de har fått livet tilbake», føler jeg at jeg har gjort noe bra, sier han.

Kroppsdysmorfisk lidelse

Noe av det viktigste Roald gjør, er å identifisere de pasientene som ikke skal ha kosmetisk behandling eller kirurgi.

– Det dreier seg som om pasienter som gjerne vil ha operasjoner, men hvor det ligger sykdom eller lidelse bak som en operasjon ikke kan fikse på, sier han.

– *Er det mange av disse?*

– Det er gjort en tysk populasjonsundersøkelse i 2010. Der ble folk spurt om de hadde en eller flere skavanker ved utseendet som de ikke var fornøyd med. Selv om folk rundt dem ikke delte deres oppfatning og syns de overdriver skavankene. De ble i tillegg spurt om de brukte mer enn en time hver dag på å tenke på disse skavankene. Hele 15,8 prosent av kvinnene og 5, 3 prosent av mennene svarte ja på dette spørsmålet. For å identifisere kroppsdysmorfisk lidelse, altså de som ikke bør opereres, er det mange liknende spørsmål som må stilles. I den tyske undersøkelsen kom man frem til at det i befolkningen generelt er rundt 2 prosent av kvinner og 1,5 prosent menn som faller inn i denne gruppen. Men av dem som oppsøker oss, er nok prosenten høyere. Vi regner med at i hver fall mellom 8–15 prosent av de som kommer til oss, ikke bør opereres på grunn av kroppsdysmorfisk lidelse, sier han.

Brystproteseregister

Alle private klinikker fører selv statistikk over hva de driver med.

Mislykket øyelokk, fikk medhold i klage

En kvinne i 60-årene hadde tidligere utført løfting av øvre øyelokk, og opplevde behov for å heve nedre øyelokk samt løfte brynene noe. Etter operasjonen klarte hun ikke å heve det høyre øyebrynet og øyelokket hadde en utovervridning på sida. Hun beskriver resultatet som skjemmende.

NPEs vurdering: Asymmetrien av øyebrynene og utovervendingen av øyelokkene kan skyldes postoperative komplikasjoner, men dette er ikke nevnt i journalen. Asymmetrien som har oppstått er større enn det man normalt kan forvente. Operasjonsnotatet er så kortfattet at det er umulig å vurdere om inngrepet er utført i henhold til gjeldende prinsipper og retningslinjer. Kvinnen fikk medhold i klagen.

Løftet skjevt

En kvinne i 60-årene ønsket korrigering av nesepartiet og en ansiktsløftning. Hun ble ikke fornøyd med resultatet. Seks måneder senere fikk hun utført en korreksjon.Hun er misfornøyd med det kosmetiske resultatet etter ansiktsløft og neseplastikk med manglende følsomhet i tinningen, problemer med høyre øyelokk og at nesen ble skjev. Pasienten er seinere operert ved en annen klinikk for å rette opp nesen. NPEs vurdering: Ifølge spesialisten ble ikke resultatet av nesen så bra som ønskelig. Behandlingsstedet tilbød seg å rette opp nesen, men pasienten avslo. Ansiktet er klart forbedret og innenfor det man kan forvente. Nedsatt følelse i tinningen er en påregnelig komplikasjon til det aktuelle inngrepet som etter en tid vil normalisere seg.

> «Nå er trenden at folk vil se mest mulig normale ut.
>
> *Helge Einar Roald, plastikkirurg*

Men det finnes ikke noe nasjonalt register. I dag er det ingen plikt å melde inn hvilke inngrep som gjøres så lenge folk betaler for det selv. Ifølge Roald er det i dag rundt 55 kirurger i Norsk Forening for Estetisk Plastikkirurgi som utfører kosmetiske inngrep. Det er rundt 120 godkjente spesialister i plastikkirurgi i Norge. Roald skulle gjerne sett at det fantes offisielle registre for ulike inngrep.

– I foreningen er dette en debatt vi har hatt lenge. Vi prøver blant annet å få på plass et brystproteseregister, på lik linje med hofteproteseregistret som finnes. Men slikt arbeid er tidkrevende og koster penger å drifte. Da blir fort spørsmålet; Hvem skal betale? spør han.

– Bransjen er ikke så interessert i å sitte med regningen. Danskene har kommet lengst med et slikt brystproteseregister, men det har noen svakheter. Blant annet at mange av de private aktørene ikke leverer sine tall til registeret. Dette er et problem; for hvor er det de fleste brystproteseoperasjonene utføres? Jo, hos de private, sier han.

Kulturelle forskjeller

Kosmetisk kirurgi er mer alminneliggjort de siste ti årene.

– *Hvordan reagerer folk når du sier hva du driver med?*

– Det voldsomme fokuset på kosmetisk kirurgi de siste ti årene har alminneliggjort bransjen. Det er flere som søker hjelp. Du vil ikke tro hvor mange det er som for eksempel får fjernet «sinnarynker» med Botox. Det er mye vanligere enn du skulle tro, sier han.

Når det gjelder fordommer og myter han vil avlive om bransjen sier han følgende:

– Vi skal være forsiktige med å dømme. Det er ingen andre enn den som har en sko på, som vet hvor den trykker, sier Roald.

Det er et paradoks som han synes er tydelig.

– Jo mer penger folk bruker på å operere seg, jo mer fornøyde er de. Det kan kanskje sammenliknes med dem som bruker utrolig mye penger på en ny bil. De våger ikke innrømme at de ikke er fornøyd med den etterpå, sier han og ler.

Noe han selv synes er interessant er de kulturelle forskjellene som finnes.

– I Norge vil vi ha utført operasjoner og behandling som ikke synes, og vi vil ikke at venner skal vite om det. Iranske kvinner har derimot gjerne med seg to venninner under konsultasjon, og skryter av hva de har fått gjort. Det er status. Brasilianerne er utrolig opptatt av rumper, mens amerikanerne er brystfiksert. ||||

5 på gangen

Tekst **Kari Anne Dolonen**

1. Kunne du tenke deg å jobbe med kosmetisk behandling?

2. Hvis du selv skulle fikse på noe, hva skulle det vært?

Dan-Jimmy Johansen, sykepleier i Vestvågøy, Lofoten:
1. – Det er vel ikke mitt interesseområde. Jeg har full respekt for mennesker som er misfornøyde med utseende og får fikset på det slik at de har det bedre med seg selv. Det er sikkert givende for dem som jobber med det også, at resultatet blir bra og folk får det bedre, sier Johansen.
2. – Å hjelpe meg! Hmmm. Det var vanskelig. Jeg er vel nokså fornøyd med den kroppen jeg har.

Ståle Evald Ræstad, HTV i Ålesund og fylkesstyrerepresentant:
1. – Å jobbe med kosmetisk behandling etter skader hadde sikkert vært interessant. Men amerikanske tilstander hvor folk fikser på alt mellom himmel og jord ville jeg ikke vært så interessert i.
2 - He-he. Nei, hva synes du? Jeg er fornøyd med kroppen min, jeg.

Tove Martha Callaghan, FTV Helse Fonna:
1. – Jeg er jo operasjonssykepleier. Kosmetisk kirurgi til kreftpasienter og sånn hadde vært greit. Å jobbe med helt friske folk som bare vil fikse på ting uten medisinsk grunn tror jeg hadde blitt litt kjedelig.
2. – Jeg er jo sykepleier. Da er jeg jo perfekt. Ha-ha.

Anita Torgersen, HTV i Haugesund kommune og psykiatrisk sykepleier:
1. – Nei.
2. – Absolutt ingenting.

Aud Elisabeth Salen, spesialsykepleier i geriatri ved Tastad sykehus i Stavanger:
1.- Nei.
2.- Nei, jeg vil ikke fikse på noe.

Fakta om skjønnhetsbehandling

Omfatter både kirurgisk og ikke-kirurgisk behandling, for eksempel øyelokk- og brystoperasjoner, fettsuging, kjemisk behandling av hud, laserbehandling, Botoxbehandling med mer. *Kilde: NPE*

Medisinsk kompetanse

Skjønnhetsbehandling som utføres av autorisert helsepersonell faller inn under pasientskadeordningen. Pasientene bør kunne forvente en profesjonell håndtering og behandling. Skader etter behandling av uautorisert helsepersonell, som for eksempel kosmetolog, faller ikke inn under ordningen. *Kilde: NPE*

Forbrukerrådet

Ved kosmetisk kirurgi bør pasienter, ifølge Forbrukerrådet, ha krav på informasjon om:

- forventet resultat
- rettigheter
- helsepersonellets kvalifikasjoner

Kosmetisk kirurgi er ikke en egen medisinsk spesialitet, som hjertesykdommer, men det er en framtredende del av fagfeltet plastikkirurgi. De vanligste kirurgiske inngrepene er brystforstørrelse med silikonproteser, fettsuging og øyelokksoperasjon.

Giftig, eller ikke. Det er spørsmålet. Giftinformasjonen leter etter svaret.

Farlige tid

Giftinformasjonen

- Døgnåpen telefon som gir svar på spørsmål om mulige forgiftninger.:22 59 13 00. Telefonen er åpen for alle, både publikum og helsepersonell. De som ringer kan være anonyme.
- I 2010 besvarte Giftinformasjonen nesten 40 000 telefoner. Det er en svak nedgang i henvendelsene fra årene før. Grunnen kan være at flere bruker giftinformasjonens nettsider og finner svar der: www.giftinfo.no og http://helsenorge.no/Helseogsunnhet/Giftinformasjon
- For helsepersonell: www.helsebiblioteket.no/forgiftninger

Giftinformasjonen.

Seniorrådgiver Lise Gjersrud Ringstad svarer raskt.

– Hvor mange har hun fått i seg, tror du?

– Mm. Hvilken styrke?

Hun gjentar svaret hun får:

– 200 mg.

Spør:

– Vet du hvor mange det er totalt i esken? Er det brett det er snakk om? Boks eller sånne brett?

Hun ser på skjermen foran seg.

– I utgangspunktet er det ikke så farlig. Men jeg skal sjekke hva som eventuelt kan bli problemet.

Hun leter i databasene på datamaskinen.

– Det skal ganske mye til før det blir problemer. 20–30 tabletter. Da er det snakk om symptomer fra mage og tarm, og det er ikke farlig.

Hun lytter.

– Gi noe å drikke, du.

– Det spiller ingen rolle hva det er, gi henne det hun har lyst på.

Hun lytter mer. Lar smilet høres i stemmen.

– Det er en sånn alder, de er høyt og lavt.

Detektiv

Det er tidlig formiddag på Giftinformasjonen. Godt bortgjemt på Ullevål sykehus jobber 21 farmasøyter, veterinærer og toksikologer med å kartlegge mulige giftstoffer og gi råd om hvordan de kan håndteres dersom de kommer inn i eller på kroppen. Den viktigste del av virksomheten er den døgnåpne telefontjenesten.

– Det er detektivarbeid på telefon, sier Lise Gjersrud Ringstad.

– Vi prøver å finne ut hva slags stoff de er eksponert for. I hvilken mengde og hvilken styrke.

«Aner ikke» kan noen si når hun spør hvor mange tabletter som er tatt.

– Men da spør jeg for eksempel om hvor mange tabletter det er igjen i boksen. Å få ut risikoinformasjon er en treningssak.

Alle henvendelser behandles individuelt og alvorlighetsgraden vurderes. Er dette noe som krever sykehusinnleggelse, eller kan det håndteres hjemme? Hvilke tiltak bør eventuelt igangsettes? Ofte kan hun konkludere med at det ikke er grunn til bekymring.

– Vi kan avblåse faren og si at det ikke er nødvendig å oppsøke lege, sier Ringstad.

– På den måten avlaster vi legevakten, og det er ett av målene for denne tjenesten.

Mange barn

De fleste som ringer er fra allmennheten. De som oftest blir eksponert for mulige giftstoffer, er barn mellom ett og fire år. De som putter alt de kommer over i munnen.

Denne tirsdagen er ikke noe unntak. Neste telefon dreier seg om et barn som har spist barlind.

– Barlind er en giftig plante, sier Ringstad.

– Men ett bær er ikke farlig. Det er uproblematisk.

Innringer takker og legger på.

Men Giftinformasjonen svarer ikke bare på spørsmål fra allmennheten. Av de hundre samtalene de hver dag

«Et mål er å avlaste legevaktene.» *Lise Gjersrud Ringstad*

Les mer om:

42 – Jeg fikk for stort ansvar ›

48 Sykepleierne på Tahir-plassen ›

50 Kritiseres for dårlig styring ›

52 Lærer lite av uønskede hendelser ›

sykepleien.no

› Hva skjer på OUS? Følg med på sykepleien.no

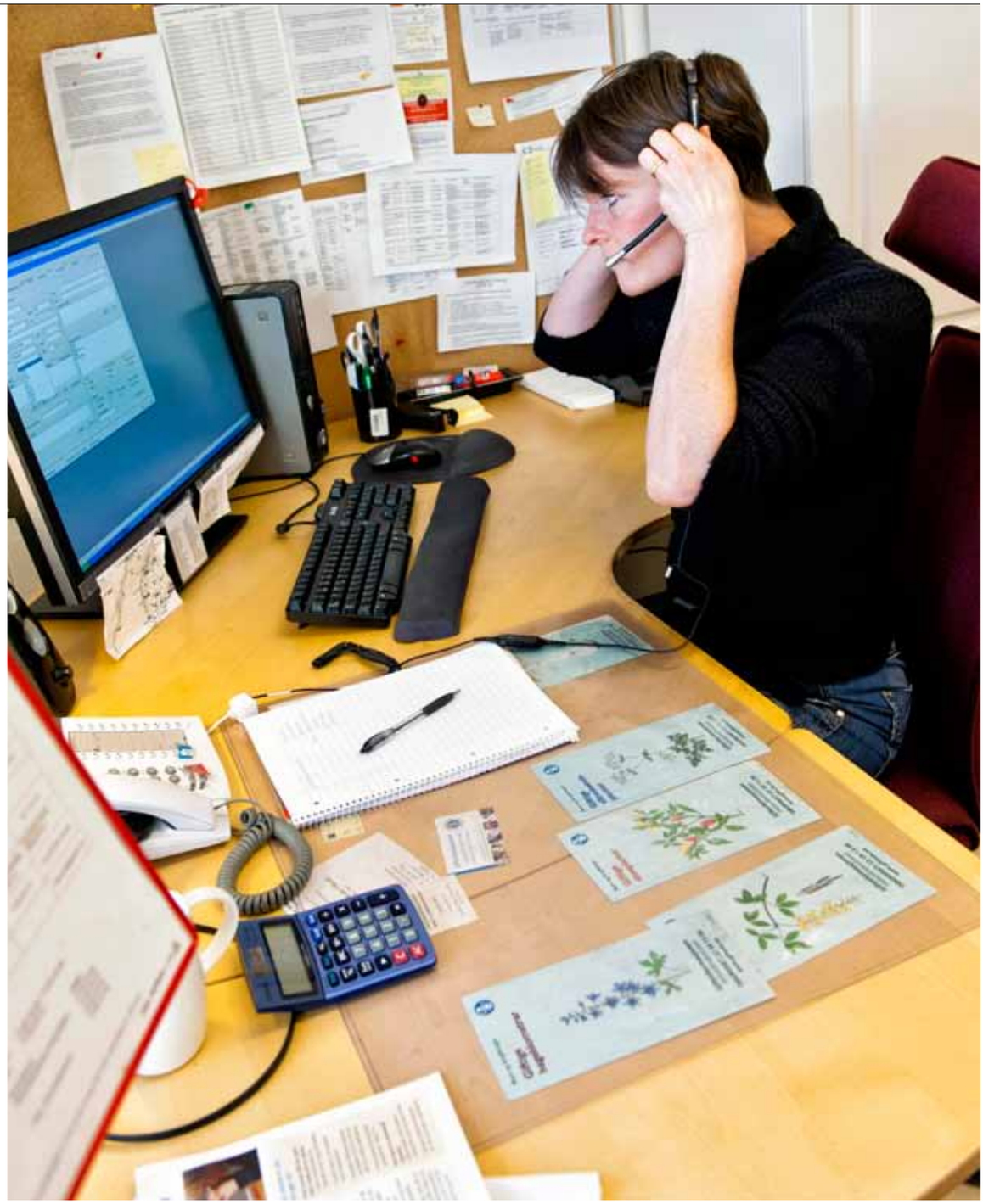
er

besvarer, er i snitt seksti fra allmennheten og tretti fra helsevesenet.

Stort felt

Allerede på 1950-tallet vokste det fram et behov for kompetansesentre som kunne gi råd om forgiftninger og hvordan de kan behandles. I 1961 ble derfor Giftkartoteket opprettet. Det ble senere bygget ut og skiftet navn til Giftinformasjonssentralen, nå Giftinformasjonen. Helt fra begynnelsen hadde Giftkartoteket nært samarbeid med leger i klinikken, først og fremst på Ullevål sykehus. Også i dag er det alltid en intensivlege som har bakvakt. Giftinformasjonen lager også nasjonale anbefalinger for behandling av forgiftninger.

Avdelingsdirektør og farmasøyt Per Olav Kormeset påpeker at giftfeltet bare blir større og større, og at det å holde oversikt er en stor oppgave. Den enkelte lege eller sykepleier har ikke mulighet til å være oppdatert på hvilke stoffer som er giftige og ikke.



EN VANLIG TIRSDAG: Spørsmål om barlind og leppepomade er noe av det Lise Gjersrud Ringstad svarer på denne dagen.

– Nyttig

Ole-Petter Vinjevoll, leder av Norsk Sykepleierforbunds landsgruppe av akuttsykepleiere, kjenner godt til Giftinformasjonen.

– Mange av våre medlemmer jobber på AMK-sentraler eller legevakt, og har daglig behov for råd, sier han.

– Vi kunne ikke klart oss uten.

Vinjevoll, som har erfaring fra St. Olavs Hospital i Trondheim, nevner lim i øyet som et konkret eksempel.

– Noen typer er veldig farlige, mens andre ikke er det, sier han.

– Vi må hele tiden prioritere ressursene våre, og da har vi god bruk for råd.

Avdelingsdirektør Kormeset tror det er litt ulikt hvordan sykepleiere bruker dem.

– Det avhenger nok av instruksen på arbeidsplassen, sier han.

– Noen har som rutine å ringe oss ved forgiftninger. Oslo legevakt bruker oss for eksempel mye.

Tenk førstehjelp

Seniorrådgiver Mari Tosterud, som også har lang erfaring ved telefonen, vil gjerne ha flere sykepleiere på tråden. Men hun poengterer også hvor viktig det er med førstehjelp.

– Særlig ved sprut i øyet. Skyll først, oppfordrer hun.

– Det er godt dokumentert at det er viktig å skylle så fort som mulig.

Hun trekker også frem tilfeller der våkne og bevisste personer har spist eller drukket noe som kan være farlig.

– Da er det aldri feil å gi drikke, sier hun.

– Men det trenger ikke være mengder. Senest i går ringte en lege om et barn som hadde fått i seg noe. «Skal jeg gi en halvliter», spurte han. Det er altfor mye. En tommelfingerregel er en desiliter til barn og to til voksne.

Tosterud sier det også kan være lurt å ringe dem for å få de mest oppdaterte rådene for behandling.

– Vi prøver å redusere overbehandling, sier hun.

– Vi opplever at det blir satt i gang full ventrikkelskylling på helt ufarlige ting. Det kan være lurt å ringe oss før man setter i gang.

Mange spørsmål

Denne tirsdagen har det allerede vært telefoner både fra AMK-sentral og legevakt. En pasient har fått tynner i øyet, hvilken type er ukjent. En annen har forvekslet doseringen av cellegiften Methotrexat, og tatt ukedosen som dagdose i flere døgn. Så kommer en henvendelse som er mindre farlig. En ni måneder gammel baby har fått i seg leppepomade.

Forgiftninger i Norge

- Hvert år dør 500 nordmenn av forgiftninger. Det er tre ganger så mange som i slutten av 1960-årene. Årsaken til denne økningen er først og fremst økt misbruk av narkotika og legemidler.
- 12 000 mennesker legges hvert år inn i sykehus på grunn av forgiftning.
- Det legges inn færre barn i dag enn for femti år siden.

Kilde: Dag Jacobsen, Tarjei Rygnestad, Berit Muan og Erik Andrew: Giftinformasjonen 50 år – forgiftningsbehandling før og nå

Råd ved forgiftninger

- Tenk førstehjelp.
- Ved inntak av stoffer, og der pasienten er våken: Gi væske.
- Ved sprut i øye: Skyll straks med rennende vann. Ikke bruk tid på å hente sterilt eller rent vann. Det viktigste er å skylle øyet.

– Det kan eventuelt bli litt løs avføring, det er det verste, sier Lise Gjersrud Ringstad.

– Ikke tenk mer på det.

Spørsmål om leppepomade er ikke uvanlig. Det samme gjelder fluortabletter, vitaminbjørner, oppvaskmidler og luftfriskere folk har oppi do. Barn som har fått tak i bestemors piller er også en gjenganger.

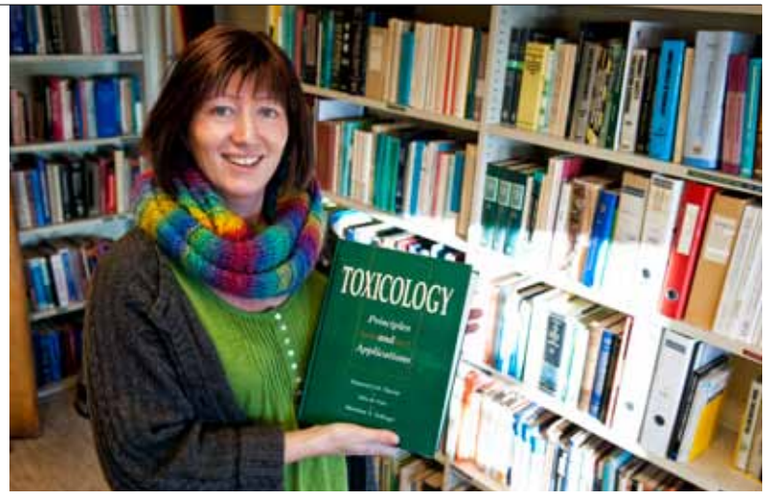
De to store hovedgruppene av spørsmål dreier seg om legemidler eller kjemiske produkter. Litt over ti prosent dreier seg om planter og dyr.

– Vi får spørsmål om absolutt alt, erfarer Ringstad.

Det kan dreie seg om barn som har slurpet i seg badevann til om det er farlig å bli bitt av skorpion i Tsjad.

– Ingen spørsmål er for dumme. Jeg kan jo tenke «er det mulig å være redd for dette», men for den som ringer er frykten reell og den må jeg ta alvorlig, sier Ringstad.

Noen forventer også mer informasjon enn hun kan gi.



PÅ JAKT ETTER GIFT: Seniorrådgiver Mari Tosterud har et stort felt å holde seg orientert i.

– Det hender rusmisbrukere vil at jeg skal hjelpe dem med å identifisere tabletter. Det kan jeg selvfølgelig ikke gjøre.

Informerer

Giftinformasjonen prøver også å nå ut til befolkning og helsepersonell med informasjon. Hver høst advarer de mot giftige sopper. Men når det nærmer seg jul, vil de gjerne avlive en myte.

– Julestjerne, sier Mari Tosterud

– Den er ufarlig å smake på. I flere år har vi forsøkt å formidle det.

Til Lise Gjersrud Ringstad kommer en ny telefon. Også denne handler om planter. Et barn har smakt på hvit ildtopp.

– Det er ikke farlig, beroliger hun.

– Gi litt å drikke, få skylt bort eventuelle rester.

Hun legger på. Klar for flere spørsmål. IIII

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

Esso

ALT PÅ ETT KORT

NYHET!
DRIVSTOFFRABATT
50 øre
fra første liter

Esso MasterCard er mer enn gode rabatter på drivstoff. Det er også et fullverdig kredittkort uten årsavgift, som sparer deg for penger.

Les mer om alle fordelene på nettsiden vår.

essomastercard.no
Drivstoffrabatt og mye, mye mer

Send en SMS med **SYKEPLEIERNE** og **e-postadressen** din til **2290** så sender vi deg søknadsskjema.

Tilbudet gjelder medlemmer av Norsk Sykepleierforbund / Drivstoffrabatt er øre/liter på pumpepris drivstoff inkl. moms / Effektiv rente ved en kredittramme på kr 50.000 er fra 25,34 % til 26,62%

VERV OG VINN

Hjelp oss å nå 100.000

Norsk Sykepleierforbund er 100 år i 2012 og har mål om å nå 100.000 medlemmer. Inviter en kollega til å bli medlem av en slagkraftig fagorganisasjon som arbeider nasjonalt og lokalt for sykepleiere, spesialsykepleiere, jordmødre og helsesøstre. Som medlem av NSF kan du benytte deg av fordeler som medlemskap i faggrupper, tillitsvalgte, juridisk bistand, gunstige forsikringstilbud, bankavtale med DnB Nor, mobilavtale med Telenor og mye mer! Alle medlemmer får også det prisvinnende fagbladet Sykepleien og Sykepleien Forskning tilsendt.

Gå til www.sykepleierforbundet.no og se alle medlemsfordelene og full premieoversikt. Greier du å spare 10 vervinger får du en iPad2!

VERVEKUPONG

VENNLIGST BRUK BLOKKBOKSTAVER

Ververs navn: Verversens medlemsnr.:

Navn på nytt medlem:

Har du vært medlem tidligere? Tidsrom:

Fødselsnummer (11 siffer)

Adresse:

Postnr: Poststed:

E-post:

Telefon privat: Mobil:

Eksamensdato:

Sykepleierhøgskole/sted:

Arbeidsgiver:

Arbeidssted:

Ansatt dato:

Avdeling:

Stillingsbenevnelse:

Medlemmer i lønnet arbeid innbetaler kontingenten ved månedlige trekk i lønn

Kryss av:

- ☐ Brødpose Sort
- ☐ Brødpose Pistasje
- ☐ Exentri Kortholder
- ☐ Camelback Drikkeflaske

☐ Jeg sparer vervingen

Vervepremiene gjelder ikke for verving av studentmedlemmer.

Vervepremie sendes i posten etter at innmeldingen er godkjent.

Sommervikar Camilla Andersen (21) fikk utdelt en kopp med medisiner og beskjed om hvilke pasienter som skulle ha.

– Jeg fikk for stort ansvar

Sommeren 2010 hadde Camilla Andersen (21) sommerjobb som vikar på et sykehjem i Fredrikstad. Hun var ufaglært og uten noen form for medisinkurs da hun begynte. Et tre dager langt kurs med forberedelser var alt hun hadde fått.

– Alt jeg fikk var et kurs noen dager i forveien, som omhandlet løfteteknikk og informasjon om sensitive opplysninger, blant annet. På kurset fikk vi beskjed om at det kun var sykepleierne og hjelpepleiere med medisinkurs som skulle ta seg av medikamentene, sier hun.

Piller i kopper

I «Forskrift for legemiddelhåndtering i virksomheter som yter helsehjelp» står det at de som arbeider på sykehjem og får håndtere medikamenter, er sykepleiere, vernepleiere, hjelpepleiere med medisinkurs, og ufaglærte med spesielt dirigert ansvar fra virksomhetsleder.

– Det hendte flere ganger at jeg fikk medisinene i en kopp og måtte gi det til pasienter, selv om jeg ikke hadde jobbet der lenge. Det var ekkelt, sier Camilla Andersen.

Hun tenker seg litt om, før hun fortsetter:

– I ettertid har jeg fått vite at det kan være veldig farlig. Hvis en pasient ikke klarer å svelge tablettene kan de bli sittende fast i halsen og etse og lage sår. I verste fall kan tabletten havne i luftrøret og pasienten ikke få puste. Dette kan ikke vikarer uten medisinkurs se, så nå er det litt vemmelig å tenke på hva som kunne skjedd.

Dette sykehjemmet er ikke det eneste sykehjemmet hvor dette foregår. Sykepleien vet om flere tilfeller, men hvor personene ønsker å være anonyme.

En undersøkelse offentliggjort i sommer, bekrefter at sykehjem har færre sykepleiere på jobb enn planlagt. I Analysesenterets undersøkelse «Bemanning i kommunal helse- og omsorgstjeneste», er det benyttet data fra 18 sykehjem, 25 soner i hjemmesykepleien og to omsorgsboliger i 14 mindre kommuner i 2010.

Det viser seg at på sykehjem i sommerferien mangler 38 prosent av sykepleierne og 34 prosent av helsefagarbeiderne i forhold til hvor mange som etter planen skulle vært på jobb..

Fikk slengt kommentarer etter seg

Ifølge Andersen var det ikke alltid like enkelt å snakke med og spørre sykepleierne om hjelp. Hun forteller om stort press og vanskeligheter med å si nei.

– Når sykepleierne ba meg om å dele ut medisinene var det ikke lett å si nei. Man vil jo gjerne gjøre en

VERVEKUPONG

Hjelp oss å nå 100.000

VERV OG VINN

NORSK SYKEPLEIERFORBUND

Adressaten betaler for sending i Norge

Norsk Sykepleierforbund
Svarsending 1016
0090 Oslo

STUDENT: Camilla Andersen skal ikke bli sykepleier, men utdanner seg til helsevesenet. På Høgskolen i Gjøvik studerer hun for å bli radiograf.

god jobb, og da gjør man det man får beskjed om. I tillegg var noen av sykepleierne litt overlegne og slengte kommentarer om at vi som var sommervikarer ikke gjorde en god og rask nok jobb. Men mange var koselige og imøtekommende også, forklarer hun.

Hun følte også at ansvaret ble for stort til tider, og hadde vanskeligheter med å tilpasse seg sommerjobben i begynnelsen.

– Når jeg kun hadde det kurset å støtte meg på da jeg begynte, følte jeg at presset ble stort og jeg fikk ansvar for flere pasienter enn jeg klarte. Jeg var mye alene.

Andersen tror tilstrekkelig oppfølging kan være løsningen på problemet.

– De må kanskje gi sommervikarer bedre oppfølging og hjelpe dem til å føle seg trygge. Men jeg skal ikke jobbe der igjen, avslutter hun. IIII

«Det er litt vemmelig å tenke på hva som kunne skjedd.» *Camilla Andersen (21)*

Tekst **Kristin Engløkken Mainitz**
Foto **Henning Gulbrandsen**

Kommunetorget.no
- for planlegging av rus- og folkehelsearbeid i kommunene

At ufaglærte sommervikarer deler ut medisiner kan få fatale følger, mener Lisbeth Normann.

– I ytterste konsekvens kan det ende med dødsfall

I utgangspunktet er det bare sykepleiere og hjelpepleiere med medisinkurs som kan dele ut medisiner ved sykehjem. Men med mange sommervikarer i feriemånedene og få fast ansatte på jobb, kan derimot virksomhetslederen gi de ufaglærte tillatelse til medisinutdeling.

– Hvis lederen mener at ferievikarene er kompetente, er det tillatt, sier Lisbeth Normann, som nylig gikk av som forbundsleder i Norsk Sykepleierforbund (NSF).

Forskriften for legemiddelhåndtering sier at ved utdeling av ferdig istandgjort legemiddel til pasient, kan virksomhetsleder også benytte helsepersonell som ikke fullt ut innehar den erfaring eller kompetanse som utdannede sykepleiere og hjelpepleiere har.

Ikke optimalt

En fersk FAFO-rapport, tidligere omtalt i Sykepleien, viser at av 4000 spurte sykepleierne i eldreomsorgen, mente 80 prosent at deres institusjon er for dårlig bemannet, særlig i helger, høytider og på kvelden Så i travle sommermåneder der sykepleierne kanskje er alene på jobb med mange ufaglærte, blir det til at ufaglærte deler ut medisiner. Ifølge Normann kan følgene bli fatale:

– I ytterste konsekvens kan feilmedisinering ende med dødsfall. Hvis utfallet ikke er så dramatisk, kan pasientene få ulike reaksjoner på for mye, for lite eller feil legemiddelinntak.

Fastlege Elling Bergland i Fredrikstad viser til at vanligvis tolereres de fleste medisiner av alle.

– En feilmedisinering vil i beste fall ikke gi besvær eller gi lettere ubehag uten blodtrykksforandringer, hjerterytmeforstyrrelser, besvimelse eller andre alvorlige symptomer.

Han bekrefter også at det kan skje alvorlige hendelser:

– Det kan skje ved utdeling av nervemedisiner eller diabetestabletter der bevissthet og atferd endres.

Dersom medikamenter som er dosert til én gang per uke gis hver dag i stedet for den ene gangen i uken, kan konsekvensene for liv og helse være store. Det samme gjelder hvis pasienter feilaktig får medikamenter som man vet kan gi allergiske eller atypiske reaksjoner hos dem, eller hvis tablettene ikke skal kombineres med noe de bruker fra før.

Hvem er kvalifisert?

Det overordnede ansvaret dersom noe går galt, hviler på virksomhetslederens skuldre. Det er også lederen som tar avgjørelsen om hvem som er kvalifisert til medisinutdeling eller ikke.

– Virksomhetsleder skal kartlegge de ansattes kompetanse og sikre at det til enhver tid er ansatte på jobb som kan innfri pasientenes rett til helsehjelp. Hvem som er kvalifisert til å dele ut medisiner må skje etter en konkret vurdering av situasjonen og kvalifikasjonene til personen som delegeres oppgaven. Tildelingen forutsetter at personellet er gitt nødvendig opplæring for å kunne utføre oppgavene på en faglig forsvarlig måte. Det må gis nødvendige instrukser og føres et visst tilsyn med vedkommende, sier Lisbeth Normann.

– *Hvordan kan virksomhetslederen vite hvilke nyansatte som er kvalifisert og ikke?*

– Det er opp til virksomhetsleder å avgjøre om det er et for stort ansvar for den ufaglærte – og dette skal foregå i dialog med de ansatte. Virksomhetslederen er administrativt og faglig ansvarlig for legemiddelhåndteringen. Men det fratar ikke helsepersonellet det individuelle ansvaret for en forsvarlig yrkesutøvelse.

Bergland er skeptisk til at vikarer uten særlig kompetanse for medikamentutdeling faktisk får lov til å gi ut medisiner.

– Lederen har det juridiske ansvaret hvis noe går galt under medisinutdelingen. Alle formildende omstendigheter som travelhet, vikar, ukjent person, ny i jobben, og andre akutte hendelser, fortrenges av det faktum at utdeler ikke har kompetanse. IIII

Tekst **Kristin Engløkken Mainitz**

INTENSIVKURS I HELSELEDELSE

- Lederkompetanse på ett semester

BI Drammen tilbyr Intensivkurs i helseledelse våren 2012. Kurset henvender seg til helsefaglig tilsatte på leder- og mellomledernivå, som ønsker å konvertere realkompetanse til formalkompetanse.

Kurset foreleses over til sammen seks dager med følgende temaer:
• Organisasjon og ledelse
• Helseledelse
• Praktisk personalledelse
• Kompetanseutvikling i den lærende organisasjon
• Økonomistyring
• Prosjektledelse

Kurset gir 30 studiepoeng som kan inngå i graden Bachelor of Management med fordypning i helseledelse. Foreleser er høyskolelektor Geir Lahnstein, Handelshøyskolen BI.

Kurset foreleses følgende dager våren 2012:
16. og 17. februar, 15. og 16. mars, 26. og 27 april

For mer informasjon se www.bi.no/helseledelse

BI Drammen
Telefon 98 25 16 20
bi-drammen@bi.no
www.bi.no/drammen

TYNGDEN DU TRENGER

BI

weifa

Glukosamin reseptfritt på apoteket!

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

Kun til voksne over 18 år. Skal ikke brukes av skalldyrallergikere, gravide og ammende. Les pakningsvedlegget før bruk.

Har du spørsmål om lønn, rettigheter eller forsikring?
Send en epost til interaktivt@sykepleien.no.
Du kan også gå inn på sykepleien.no og
finne svar på aktuelle spørsmål.

Når arbeidstiden blir forandret

Spesialrådgiver **Lars Petter Eriksen** i NSFs forhandlingsavdeling svarer her på spørsmål om arbeidstid.

Fridag på konferanse

Jeg jobber som miljøterapeut (er utdannet sykepleier) i en kommune og vil spørre dere om følgende:

Forrige uke ble jeg sendt til en konferanse utenfor kommunen. Konferansen varte i to dager, og en av de dagene hadde jeg fri. Hva er reglene når dette skjer? Har vi rett til å få overtid eller en annen kompensasjon?

Dersom man er turnusarbeider og blir gitt permisjon for å gå på kurs eller opplæringstiltak, og deltar der på lovbestemt fridag, følger det av hovedtariffavtalen i kommunal sektor at det gis ny fridag som kompensasjon. Dette følger av § 14. 2 i fellesbestemmelsene. Vi antar at det samme må gjelde der man sendes på kurs eller konferanse direkte i arbeidsgivers interesse, selv om det ikke har vært spørsmål om å søke «permisjon».

Annet passende arbeid

I hvor stor grad kan arbeidsgiver ensidig endre en arbeidstakers arbeidstid ved en omstilling/nedbemanning? Dersom en ansatt har en arbeidsavtale som ikke sier noe spesifikt om arbeidstiden men som i sin tid søkte på en stilling hvor arbeidstiden var oppgitt å være dagtid/fleksibel arbeidstid kan arbeidsgiver ved bortfall av vedkommendes stilling tilby en stilling i turnus (dag/kveld/helg) med noenlunde tilsvarende oppgaver og si at dette innfrir kravene til et annet passende arbeid?

Kan man dokumentere at det ved inngåelse av arbeidsavtale var en klar betingelse at man var dagarbeider, og dette ble opplyst og forutsatt av partene, vil arbeidsgiver i utgangspunktet ikke kunne gjøre større endringer i arbeidstiden i kraft av styringsretten.

Imidlertid vil det godt kunne hende at det er påkrevd av hensyn til virksomhetens drift å gjøre endringer i arbeidstid. I så fall vil arbeidsgiver måtte gå veien om en endringsoppsigelse, der man tilbys ny arbeidsavtale med endret arbeidstid. Endringsoppsigelser må etter en konkret helhetsvurdering være saklige.

Oppfølging av sykmeldte

Det er kommet nye regler for oppfølging av sykmeldte arbeidstakere. Hva består endringene i?

Fra 1. juli 2011 ble det gjort endringer i både arbeidsmiljøloven og folketrygdloven når det gjelder oppfølging av sykmeldte arbeidstakere.

Endringene i arbeidsmiljøloven gjelder reglene om oppfølgingsplan og dialogmøte, jf. arbeidsmiljøloven § 4–6.

Hensikten med oppfølgingsplaner er at arbeidstakers arbeidsevne skal vurderes og arbeidsgiver skal tilrettelegge for at arbeidstaker skal komme tilbake i arbeid. Arbeidsgiver og arbeidstaker skal komme sammen å finne ut om det er arbeidsoppgaver i virksomheten arbeidstaker kan utføre, eventuelt med tilrettelegging fra arbeidsgivers side. Lovendringen går ut på at fristen for utarbeidelse er endret fra senest seks til senest fire uker etter arbeidstakeren har vært helt eller delvis borte fra arbeidet. Nytt er også at arbeidsgiver skal sende oppfølgingsplanen til sykmelder.

Fristen for dialogmøte mellom arbeidstaker, arbeidsgiver og eventuelt sykmelder, er nå senest sju uker. Dette møtet skal også avholdes med delvis sykmeldte arbeidstakere. I dette møtet skal innholdet i oppfølgingsplanen gjennomgås.

Videre er det nytt at arbeidsgiver, når arbeidstaker har vært helt eller delvis borte fra arbeidet i ni uker, uoppfordret skal gi NAV skriftlig melding om hvorvidt reglene om oppfølgingsplan og dialogmøte etter arbeidsmiljøloven er overholdt.

Det er nå innført strengere sanksjoner i form av gebyrer overfor både arbeidsgiver og sykmelder dersom oppfølgingsarbeidet ikke er oppfylt.

Passer på paragrafene:

Karina Henriette Rønsen

Alder: **25 år**
Yrke: **Sykepleier**
Jobber: **På Legevakten i Storgata i Oslo**

– Gleder meg til hver dag

Jeg har vært sykepleier i to år, og på legevakten lærer jeg noe nytt hver dag.

Det viktigste for meg når arbeidsdagen skal starte er å komme presis. Hvis jeg har dagvakt er jeg på jobb klokken halv sju. Frem til klokken blir åtte er det rapport fra nattevakten. Når alle rapporter er overlevert er det bare å fly ut på gulvet, for det er nok av ting som skal gjøres på avdelingen.

Jeg jobber på observasjonsposten på legevakten i Storgata i Oslo. Det er en sengepost, og vi har 18 sengeplasser. Av sykepleierne på observasjonsposten er det hver vakt en som er i tjeneste for overgrepsmottaket. Vi har mange ulike pasientgrupper fra hele legevakten. Ofte kommer det folk med brystsmerter hit, for eksempel. De kommer til vår avdeling for å utelukke et eventuelt hjerteinfarkt. Hvis det fra starten av mistenkes hjerteinfarkt legges de rett inn på sykehus, mens på vår avdeling blir de liggende til observasjon.

De dagene jeg er teamleder har jeg ansvar for å fordele alle arbeidsoppgaver og sørge for at alle gjør jobben sin. Da holder jeg også orden på hvilke pasienter som er på posten, hvem som har dratt og hvilke nye pasienter som har kommet. Dersom man er teamleder på kvelds- og nattevakt har man også ansvar for å informere legen på observasjonsposten om hvordan det går med pasientene.

Hvis det er mye å gjøre kan det sitte pasienter på vent på allmennlegevakten. Noen ganger er det veldig mye å gjøre, andre ganger litt mindre, men jeg gleder meg til å gå på jobb hver dag fordi arbeidsmiljøet vårt er så godt, og jeg føler meg heldig som har fått jobb på legevakten. Jeg har bare vært sykepleier i to år, og på legevakten lærer jeg noe nytt hver dag. Å jobbe med så mange ulike pasientgrupper i et tverrfaglig team er veldig gøy – og om jeg en gang i fremtiden kommer til å bytte jobb, er jeg glad for å kunne ta det med meg videre.

Her på avdelingen er vi flinke til å hjelpe hverandre dersom noen har mye å gjøre. Hvis en av våre sykepleiere er på overgrepsmottaket og har ansvar på den avdelingen, kan det bli ganske travelt hos oss hvis det er full post. Da er vi avhengige av å kommunisere godt og avlaste hverandre.

På legevakten har vi muligheten til å hospitere hos hverandre. Noen dager kan for eksempel en hospitant fra Sosiale Ambulante Akuttjeneste gå runden med meg.

Fortalt til **Kristin Engløkken Mainitz** Foto **Stig Weston**

TAHRIR PLASSEN, KAIRO: Urolighetene i Egypt blusset i november opp igjen etter at det ble klart at de militære ikke vil gi fra seg all makt. Nye demonstrasjoner på Kairos sentrale plass ble brutalt slått ned av politiet. Flere titalls personer ble drept og mange skadet. På bildet hjelper en kanadisk sykepleier (til høyre) et egyptisk akutteam som tar seg av et av ofrene på et provosorisk feltsykehus. Sykepleieren er blant de frivillige som har strømmet til for å hjelpe det egyptiske folket.

Tekst **Barth Tholens**
Foto **Scanpix**

Helsedirektoratet deler ut 9 milliarder per år, men hva brukes de til?

Kritiseres for dårlig styring

Rundt ni milliarder kroner blir hvert år delt ut til kommunale, private og frivillige organisasjoner i form av tilskudd fra Helsedirektoratet. Men hva pengene faktisk brukes til blir det ikke fulgt godt nok med på. Dette er kritikken Riksrevisjonen nå retter mot Helsedirektoratet.

– Hovedkritikken går nå på at det er mangler i utforming av kriterier, fastsettelse av mål og resultatkrav og oppfølging av resultater i tilskuddsordningene. Den mangelfulle styringen på dette området innebærer at det skapes usikkerhet rundt om midlene blir brukt til de formål som Stortinget har bestemt. Dette er en betydelig utfordring som Helsedirektoratet må rydde opp i, sier Jens Gunvaldsen, ekspedisjonssjef i Riksrevisjonen.

Riksrevisjonen gir direktoratet merknad i sin gjennomgang. Bare ti prosent av de kontrollerte virksomhetene får merknad, som er den strengeste reaksjonen.

Feilbudsjettering forbedret

Også i 2008- og 2009-budsjettene fikk Helsedirektoratet merknad fra Riksrevisjonen. Da påpekte revisjonen at minst 100 millioner kroner av tilskuddsmidlene var gått til ordinær drift og ikke til de formål som ordningen er tiltenkt. Dette førte til at kontroll- og konstitusjonskomiteen på Stortinget ba Helsedepartementet sørge for at pengene ble tilbakebetalt.

Ifølge Gunvaldsen har denne typen feilbudsjettering blitt forbedret i årets gjennomgang. Likevel er det fremdeles tekniske feil i budsjettene.

Ikke rapportert

Helsedirektoratet disponerer rundt 9,5 milliarder kroner (2010-tall), hvorav 95 prosent deles ut til kommuner og frivillige og private organisasjoner i form av tilskudd. Rus og psykiatri er de største pottene.

I en gjennomgang av to utvalgte tilskuddsordninger på til sammen 180 millioner kroner, finner revisjonen at det ikke finnes klare kriterier for hva som er målet med tilskuddet. Det er heller ikke rapportert tilbake fra mottakerne til direktoratet, eller fra direktoratet til departementet, hva pengene faktisk er brukt til, og om de oppnådde det de planla.

Feilført

I tillegg har Helse- og omsorgsdepartementet i etterkant ompostert over 30 millioner kroner mellom interne driftsutgifter og tilskudd i direktoratet, uten av Riksrevisjonen har funnet dokumentasjon på at disse postene i utgangspunktet var feilført.

123 millioner kroner er feilført mellom kommune og frivillige og private organisasjoner.

– Foregående år kritiserte vi at midler til tilskudd ble brukt på til drift. Vi ser at dette problemet fortsatt finnes, men det er blitt mindre, og flere tiltak er gjennomført, sier Gunvaldsen.

– Vi har vært tålmodige, for vi vet at det kan ta tid å få på plass nye rutiner, men vi hadde en helt klar forventning om at de merknadene vi hadde i 2008- og 2009-budsjettet, nå var rettet opp i, sier Gunvaldsen.

– Ikke akseptabelt

– Det er ikke akseptabelt at penger som bevilges ikke kan spores, sier leder av Stortingets kontroll- og konstitusjonskomité, Anders Anundsen (Frp).

De 100 millionene som Riksrevisjonen i 2008 påpekte at gikk til drift fremfor tilskudd, er ikke betalt tilbake slik kontroll- og konstitusjonskomiteen ba om. En av grunnene til det er at Helsedirektoratet og departementet står på sitt og mener det er snakk om feilføring.

– Det er aldri greit at offentlige midler ikke kan spores til hva de er brukt til. Men det kommer sannsynligvis ikke til å skje noe mer i den saken siden den går tilbake til 2008, sier Anders Anundsen.

At det fremdeles er feil i budsjettering og regnskapsføringen, mener han er uakseptabelt.

I Riksrevisjonens rapport sier Helsedirektoratet at de jobber for å bedre internkontrollen. Men de sier samtidig at: «Alle saker er underlagt kontroll selv om dokumentasjonen kan være mangelfull».

– *Hva sier du til en slik argumentasjon?*

– Den holder ikke. Det er rett og slett en påstand som er helt feil. All ressursbruk må være sporbar for at man skal ha kontroll. Det går ikke an

Tema Sunnmørsposten

Prosjektpenger gikk til drift →

PÅ AVVEIER: I 2010 påpekte Riksrevisjonen at Helsedirektoratet brukte 100 millioner kroner av tilskuddsmidler til ordinær drift. Direktoratet mener at alle har fått pengene de skal ha.

å hevde at man har kontroll dersom det ikke er dokumentasjon for det man sier, sier han.

Bent Høie (H), leder av Stortingets helse- og sosialkomité, mener det er alvorlig at tilskuddskontrollen ikke er god nok, og at rutinene for måloppnåelse svikter.

Høie er utålmodig, men ikke overrasket:

– Det er ikke noe nytt at dette ikke gjøres godt nok i Helsedirektoratet.

– Når Riksrevisjonen sår tvil om Stortingets vedtak faktisk blir fulgt i praksis, må departementet sørge for at denne tvilen kan fjernes, sier Høie.

kepleien har hatt fokus på at tilskuddsmidler ikke er brukt til det Stortinget har bestemt. Riksrevisjonen har påpekt at midler som er postert på poster til kommunene, er bevilget både til kommuner og frivillige organisasjoner. Dette er imidlertid ikke i overensstemmelse med teksten i statsbudsjettet. Det er således riktig at midlene er brukt feil i forhold til den posten de var bevilget på, men ikke riktig at midlene er bevilget feil i forhold til Stortingets intensjon. Derfor har det ikke vært aktuelt med tilbakebetalinger. Det har også Helse- og omsorgsdepartementet vært enig med oss i, sier Larsen.

«Vi forventer at dette ryddes opp i raskt» *Bent Høie (H)*

Han er glad for at departementet erkjenner kritikken, og forsøker å følge opp.

– Men vi forventer at dette ikke trekker ut, og ryddes opp i raskt, sier Høie.

– Vi rydder opp

Direktør i Helsedirektoratet Bjørn-Inge Larsen er fast bestemt på at alle tilskudd Helsedirektoratet forvalter har gått til det de skal.

– Jeg er helt uenig i Sykepleiens vinkling av saken, sier han.

– Et hovedpunkt i Riksrevisjonens rapport i år er at de er tilfreds med den jobben vi har gjort for å rydde opp i feilføringene som ble påpekt i 2008-revisjonen. Sy-

– Vi har aldri oppfattet at Riksrevisjonen har uttalt at Helsedirektoratet har brukt 100 millioner av tilskuddsmidler til drift. Det er heller ikke tilfellet, sier han.

Når det gjelder årets anmerkningsbrev fra Riksrevisjonen, sier Bjørn-Inge Larsen at han er enig.

- Riksrevisjonen peker på at Helsedirektoratet bør sikre seg mer detaljert informasjon om hvordan midlene er brukt. Vi er enige i denne påpekningen og vil arbeide for å rette opp dette, sier han. IIII

Tekst **Ann-Kristin Bloch Helmers og Kari Anne Dolonen**

Les mer på sykepleien.no

NSF MasterCard –
medlemskort og kredittkort
i ett og samme kort

Er du lei av at lommeboka flommer over av kort? Nå har du mulighet til å få et kort som erstatter både medlemskortet ditt og eventuelle kredittkort du måtte ha.

3 % sparerente
Alle som har NSF MasterCard kan åpne en tilleggskonto for sparing. Kontoen disponeres i nettbanken. Du får p.t. hele 3 % sparerente fra første krone!

Flere gode grunner til å samle alt på ett kort:
- Kredittkort er det sikreste betalingsmiddelet på reise
- Inntil 45 dager rentefri betalingsutsettelse, også på minibankuttak
- Gratis sms-varsling av transaksjoner
- Gebyrfrie varekjøp
- Gratis reiseforsikring når minimum 50 % av transportkostnadene er betalt med kortet
- Gebyrfri nettbank
- Kortet har ingen årsavgift

NSF MasterCard –
ett kort, mange muligheter

Eff. rente 29,2 %, 15.000 o/12 mnd.
totalt 16.937

BENNETT AS

Søk om kortet på
www.sykepleierforbundet.no/mastercard

NSF MasterCard – et produkt fra DnB NOR Bank ASA

Helsetjenestene er blitt bedre på å rapportere om uønskede hendelser, men har fortsatt store utfordringer når det gjelder læring.

Lærer lite av uønskede hendelser

Programområde «Kvalitet og sikkerhet i helsesystemer»

- Godkjent i februar 2011 som et av satsningsområdene ved UiS.
- Formålet er å utvikle ny kunnskap som bedrer kvalitet og sikkerhet innen helsetjenestene.
- 2 professorer, 1 professor II, 2 postdoktorer, 6 PhD-stipendiater, 2 forskere, 1 forskningsassistent.
- UiS har i samarbeid med Stavanger Universitetssykehus og Laerdal Medical bygget opp simuleringssenteret SAFER (www.safer.net) hvor helsepersonell og helsefagstudenter kan trene på å kommunisere i akutte og utfordrende pasientsituasjoner.
- Forskningsgruppa er også involvert i forskning knyttet til velferdsteknologi, og studerer dette i et sikkerhets- og kvalitetsperspektiv.

Det mener forskerne ved Universitetet i Stavanger, som er Norges ledende eksperter på pasientsikkerhet.

I oktober i år kom de ferskeste tallene fra Helse- og omsorgsdepartementets pasientsikkerhetskampanje «I trygge hender». Foreløpige resultater tyder på at 14,5 prosent av pasientoppholdene i 2010 var forbundet med skade. Over seks prosent av skadene førte til forlenget sykehusopphold og 0,6 prosent av pasientene døde som følge av skade. Tallet tilsvarer at 4 500 pasienter døde av skadene i fjor. Rundt halvparten av disse kan forebygges, står det på kampanjens nettsider.

– Når uønskede hendelser skjer, må det settes i gang tiltak for forbedringer. Disse tiltakene må prioriteres av ledelsen, vises i praksis og bli en del av faste rutiner. På den måten oppnår man læring av uønskede hendelser, sier professor Karina Aase i Programområdet pasientsikkerhet, ved Universitetet i Stavanger (UiS).

Uønskede hendelser som ikke fører til endring, underrapportering, dårlig kommunikasjon og samarbeid er noen av utfordringene i helsetjenestene. Ifølge Karina Aase er den viktigste faktoren for pasientsikkerhet et riktig ledelsesfokus.

- Ledere i helsetjenestene har stor betydning for pasientsikkerhet. Hvis ledelsen har et sikkerhetsfokus, vil dette påvirke kulturen i helsetjenestene. Å prioritere et systematisk sikkerhetsarbeid med gjennomgang av uønskede hendelser og skader over tid, samt iverksetting av tiltak, legger på sikt forholdene til rette for et lærende og proaktivt helsesystem, sier Aase.

LEDELSESFOKUS: Professor Karina Aase mener ledelsesfokus er den viktigste faktoren for pasientsikkerhet. Foto Tonje Pedersen.

Nytt forskningsfelt

I dag er det få eller ingen sykehus som ikke har pasientens sikkerhet i fokus. Likevel er det et stort forbedringspotensial, mener Aase

– Åpenheten er bedre enn før. Men åpenhet hjelper lite hvis det ikke blir gjort noe med de uønskede hendelsene som finner sted. Vi vet mer om hvilke uønskede hendelser som oppstår, men mindre om hva som må til for å lære, få til endringer og forbedringer, sier Aase.

Det er bare tre år siden Karina Aase kom fra stillingen som post doktor i samfunnssikkerhet og endringsledelse til stillingen som professor i pasientsikkerhet ved Institutt for helsefag ved UiS. Forskning på pasientsikkerhet var inntil for fem-ti år siden nærmest fraværende i Norge, og professoren har erfart hvordan et nytt forskningsfelt er blitt satt på kartet. Sammen med sitt forskerteam har hun blant annet konkludert med at det er stor underrapportering av uønskede hendelser i helsetjenestene. Kulturen for sikkerhets- og risikotenkning kan forbedres.

Et økende behov for mer forskning innen pasientsikkerhet, gjorde at miljøet innen samfunnssikkerhet ved UiS kunne bruke sin kunnskap om sikkerhet innen blant annet luftfart og petroleumsvirksomheten inn

I TRYGGE HENDER? Antallet skader og dødsfall som følge av uønskede hendelser på sykehus er stort. Statistisk sett kan så mange som 4500 pasienter ha dødd av feil i fjor, i følge tall fra departementet. Foto: Colourbox.

mot et helsevesen i endring. Gradvis har gruppen forskere under Aases ledelse vokst. De er i dag involvert i tre store nasjonale og internasjonale forskningsprosjekter innenfor feltet. I tillegg har de seks doktorgradsprosjekter.

Status i Norge?

I Skandinavia har Sverige og Danmark jobbet systematisk med pasientsikkerhet de senere årene. Her ligger Norge noe etter, mener Aase.

- Helsesektoren er i en modningsfase når det gjelder sikkerhetstenkning. Generelt er resultatene i Norge som andre land i Europa. Internasjonale studier viser at 3-20 prosent av pasienter i andre land opplever uønskede hendelser, sier hun.

- Ved å ta i bruk sikkerhetsprinsipper fra andre felt, som luftfart og petroleum, kan helsevesenet bli bedre på sikkerhet. Dette må systematiseres mer som en del av helsepersonellets arbeid, sier Sindre Høyland, også doktorgradstipendiat på samme felt.

Høyland trekker fram sjekklister som en del av slike systematiske rutiner og forteller at dette nå innføres i tilknytning til operative inngrep. Ideen om sjekklistene er hentet fra luftfart og baserer seg på faste, standardiserte rutiner.

Samhandling og sikkerhet

- Leger og sykepleiere har alltid hatt

USIKKERT I KOMMUNENE: Forskere vet lite om hva som gjøres for å forbedre pasientsikkerhet i kommunene. Foto: Colourbox.

Boka Pasientsikkerhet

I boka Pasientsikkerhet synliggjør forskere de utfordringene norske helsetjenester står overfor knyttet til et sikrere helsevesen uten uønskede hendelser. Her drøftes balansen mellom sikkerhetsforskning og hvordan denne kan overføres til praktisk sikkerhetsarbeid i helsetjenestene.

sitt hovedfokus på pasientene. De strekker seg langt for å gjøre en god jobb, men pasientsikkerhet krever i tillegg systemer og tverrfaglig samarbeid. Profesjonene har tradisjonelt ikke vært flinke nok til å samhandle og snakke sammen, sier Ingunn Aase.

Spesialisthelsetjenesten har, sammenlignet med primærhelsetjenesten, hatt større fokus på pasientsikkerhet. En vet derfor mindre om omfanget av uønskede hendelser og det generelle pasientsikkerhetsarbeidet som foregår i kommunehelsetjenesten.

- Vi vet lite om kulturen rundt pasientenes sikkerhet i kommunene eller om systemene de har, sier doktorgradsstipendiat Kristin Alstveit Laugaland.

Reformen

Forsking viser at faren for uønskede hendelser er betydelig i samhandlingen mellom fastlege, omsorgstjeneste og sykehus. Fall, feilmedisinering og rutinesvikt, er de uønskede hendelsene som blir hyppigst rapportert ved kommunale sykehjem. Laugaland understreker at gruppen av eldre pasienter vil øke betydelig i årene som kommer, og at de representerer en risikogruppe knyttet til uønskede hendelser.

– Vi er positive til den nye samhandlingsreformen, men mener at det knytter seg usikkerhet til hva den vil innebære i praksis. Det mangler risikovurderinger i forkant, og det er viktig i så store endringsprosesser som samhandlingsreformen er, sier hun.

– Kommunene får en sterkere rolle i de samlede helse- og omsorgstjenestene, og kompetansen og behovet for helsepersonell er stort. Vi savner også konkrete tiltak på hvordan behovet skal dekkes, sier Karina Aase.

Tekst **Tonje Pedersen**

FAGARTIKKEL:
Hardt å hjelpe voldsutsatte kvinner. Side 56

FAGARTIKKEL:
Er svenskene bedre på samhandling? Side 60

FORFATTERINTERVJU:
– Politikerne styrer kroppsvasken. Side 66

Bok om sorg
Se bokanmeldelser
side 68

Sykepleien

Fag & bøker

ÅPNING AV LEGEMIDLER: Sterile legemidler skal påføres dato for emballasjebrudd, men dette blir gjennomført i varierende grad. Les resultatet av en undersøkelse som så på prosedyrer for datering av legemidler ved to institusjoner. Foto: Scanpix.

Side 64

3 nye bøker

SIGRID STRAND (RED.)
Samhandling som omsorg. Tverrfaglig psykososialt arbeid med barn og unge
Legger vekt på teori som er relevant og anvendelig i lokal tverrfaglig praksis.

JØRGEN JELSTAD
De bortgjemte og hvordan ME ble vår tids mest omstridte sykdom
Beskriver sykdommen ME og hvorfor den er blitt så omstridt.

TORGEIR BRUUN WYLLER
Geriatri
En helt nyskrevet bok om gamle pasienter. For leger, men også andre yrkesgrupper.

Ellen Lundestad er klinisk sykepleier i Psykiatri- og rustjenesten i Vefsn kommune og student ved videreutdanning i vold i nære relasjoner og aggresjonsproblematikk

Ole Greger Lillevik er førstelektor ved Høgskolen. Er studieansvarlig for videreutdanning om vold i nære relasjoner ved Høgskolen i Narvik. Jobber også ved RVTS ved universitetssykehuset i Nord-Norge.

Overtar voldsutsatte kvinners smerte

Helsearbeidere som jobber tett på voldsutsatte kvinner trenger ofte hjelp til å håndtere egne følelser.

Å arbeide med mennesker i krise kan være vanskelig. Å høre om andres lidelser kan ha negativ innvirkning også på hjelperne. For å kunne hjelpe andre er det en forutsetning at vi har empati med dem vi hjelper. Samtidig gjør empatien oss sårbare. Når vi lever oss inn i andres liv og lidelse kan vi forstå hvordan de har det og bli i stand til å handle på deres vegne. Samtidig vil det å involvere seg øke vår egen smerte. Noen ganger kan vi som hjelpere bli overveldet av den andres lidelse (1). Kliniske sykepleiere i kommunale psykiatri- og rustjenester møter mennesker som sliter med rusavhengighet i tillegg til at de utsettes for vold. En artikkel i NOU 2003:31 beskriver de påkjenninger vi som hjelpere utsettes for i møte med voldsofre, mens Dybdahl trekker frem ulike følelser slike møter kan medføre (2,3). Eksempler på slike følelser er blant annet sinne, hjelpeløshet, selvbebreidelse og skam.

Hjelperens reaksjon

Det kan være vanskelig å være hjelper når man får innblikk i voldsutsatte kvinners hverdag. Summen av de mange historiene, om grov fysisk og psykisk vold, voldtekter og traumer, kan påvirke oss som hjelpere. Det kan føre til utbrenthet og sekundærtraumatisering, med klassiske symptomer på posttraumatisk stress (4). Posttraumatisk belastningsreaksjon (PTSD) er en tilstand som: «oppstår som forsinket eller langvarig reaksjon på en belastende hendelse eller situasjon (av enten kort eller lang varighet) av usedvanlig truende eller katastrofeaktig art, som vil medføre kraftig påvirkning hos de fleste» (5.s.146). PTSD er derfor en normal reaksjon hos hjelperen på stressfylte og til dels traumatiske hendelser. Vanlige symptomer kan være søvnvansker, anspenthet, vaktsomhet, følelsesmessig forflatning og at man distanserer seg fra andre mennesker og unngår sosiale sammenkomster. Angst og depresjon kan også være et symptom på PTSD. (5) Som hjelpere snakker vi sjelden om egne reaksjoner, og vi er lite flinke til å melde behov for hjelp til å bearbeide vanskelige følelser i belastende saker.

Hjelperens erfaringer

I artikkelen vil vi se på hva som gjør at vi som hjelpere kan makte å holde ut de grusomhetene vi får innblikk i. Vi vil også drøfte hvordan dette kan skade oss som hjelpere. Vi har laget en fiktiv fortelling som speiler de erfaringene vi selv har som kliniske sykepleiere. På den måten får vi knyttet teorien til vår egen praksiserfaring. Vi har også gjennomført et intervju av en sykepleier som jobber i kommunal rus- og psykiatritjeneste. Kvalitative metoder er hensiktsmessige når man skal undersøke hvordan mennesker opplever verden rundt seg i en faglig kontekst (6,7). Når helsepersonell forteller om sine opplevelser og erfaringer, kan det bidra til faglig innsikt. På den måten kan helsepersonells erfaringer være et utgangspunkt for kunnskapsutvikling (8). Materialet gir ikke grunnlag for generalisering, men ved å diskutere erfaringen i lys av forskning og litteratur kan det allikevel gjøres gjenkjennelig, og dermed også få en form for gyldighet.

«En dag på jobb»

Det er fredag og klokken er halv to. Jeg sitter på kontoret og venter på Tone. Hun er forsinket og jeg er litt urolig. Kommer hun ikke? Hva kan det være? Hun som pleier å være så presis. Tone, som jeg har fulgt i fem år. I disse årene har vi hatt mange samtaler om samboerskapet, rusproblematikken hennes og den grove volden samboeren utsetter henne for. Hun har mange ganger har vært innlagt på sykehus på grunn av fysiske skader etter vold, opphold ved psykiatrisk avdeling på grunn av depresjon, opphold ved krisesenter etter å ha politianmeldt og rømt fra samboer. For to måneder siden flyttet hun inn i egen kommunal leilighet. Jeg har vært hennes faste støttespiller i denne tiden. Kontakten med ruskonsulent har hun avsluttet. Tone er uføretrygdet, har liten kontakt med sin familie og har ingen nære venner. Hun har perioder hvor hun drikker mye alkohol og isolerer seg. Samboer ruser seg også i perioder. Han er i jobb.

Jeg går ut på oppholdsrommet og ser etter henne. Setter meg ned og venter. Etter en liten stund kommer Tone. Jeg ser det med en gang; hun har flyttet tilbake til samboeren. Jeg ser det på holdningen hennes. Blikket hennes viker og hun skjelver på hendene. Vi går inn på kontoret mitt. Jeg gir henne en kopp kaffe. Hun er blitt tynnere. «Så bra at du kom», sier jeg. Hun ser på meg og sier: «Jeg beklager at jeg ble sein, men jeg fant ikke bilnøklene. Det er litt kaotisk hjemme. Jeg bor litt i pappesker ennå». Hvor bor du nå spør jeg? «Jeg er flyttet tilbake til ham. Vi har det så bra sammen

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

Søkeord:
- Kvinne
- Vold
- Rus
- Veiledning

STRESSENDE JOBB: Hjelperen tar ofte med seg bekymring og redsel for de voldsutsatte kvinnene hjem. Foto: Erik M. Sundt.

nå», sier Tone. Jeg kjenner meg avmektig. Jeg blir redd og samtidig irritert. Så er vi i gang igjen, tenker jeg. Prøver ikke å vise Tone dette, men hun ser på meg og jeg kan se skammen, beklagelsen i blikket. I dag blir samtalen lang.

Sekundærtraumatisering

Det er ikke den enkelte historien som rammer oss, men summen av alle historiene vi får innblikk i gjennom arbeidet vårt. Sekundærtraumatisering hos hjelperen kan beskrives som den negative påvirkningen man får gjennom å jobbe med brukerne over tid (4). Som hjelpere kan vi pådra oss «compassion fatigue» som et resultat av å hjelpe andre. Compassion fatigue kan oversettes med involveringsutmattelse, og innebærer tretthet og utbrenthet som følge av medfølelse, empati og engasjement. (9) Dette kan medføre kroppslig uro, vi blir lettskremte, får mareritt, tunge tanker, aggresjon og kan føle avsky. Hjelperen kan også få fysiske reaksjoner som hodepine, blodtrykksendringer og fordøyelsesproblemer. Informanten som er intervjuet fortalte om en hendelse: «Jeg opplevde at jeg en dag fikk vondt i magen etter at jeg kom hjem fra jobb. Jeg var så redd for hva kvinnen jeg hadde snakket med den dagen skulle bli utsatt for etter at hun forlot kontoret mitt. Jeg hadde mareritt om natten og hele den første uken ringte jeg kvinnen daglig for å høre hvordan hun hadde det.»

Når vi som hjelpere kjenner på vår egen sårbarhet, og vårt reaksjonsmønster endres som en følge av belastningen vi får gjennom yrket vårt, må vi ta dette på alvor. Dersom vi ikke ivaretar oss selv og våre kollegaer, vil vi langsomt kunne bli

sekundærtraumatisert og engasjementet vårt vil dø. Dette vil skade oss, og vi vil ikke lengre kunne hjelpe og støtte de kvinnene som lever med vold.

Samtaler hjelper

Erfaring fra egen arbeidsplass tilsier at vi er flinke til å snakke om vanskelige saker. Men vi er ofte raske til å rette fokus mot brukernes behov og hvordan vi som hjelpere kan støtte og bidra slik at voldsutsatte kvinner får en tryggere hverdag. Men hva med hjelperens følelser og reaksjoner i vanskelige saker? Hvordan samtaler vi om vår egen redsel og følelsen av ikke å orke mer av andres problemer? I perioder kjenner vi på at vi ikke klarer å engasjere oss mer, på sinne overfor brukerne og oppgitthet. Når brukerne ikke makter å endre eller bedre livene sine føler vi oss ofte som dårlige hjelpere. Er det tillatt å snakke om at vi drømmer om brukerne om natten, at vi bekymrer oss hele helgen for om kvinnene blir skadet?

Vanskelige tanker og følelser hos hjelperen må bearbeides, og det kan bare skje ved at hjelperen setter ord på dem. Informanten sa det slik: «Hvis ikke jeg hadde fått fortalt om det jeg sliter med på jobben hadde jeg ikke holdt ut i dette yrket. Jeg har behov for å høre kollegaers tanker og vurderinger om ting som gjør meg stresset og redd».

Fysisk aktivitet, samvær med hyggelige mennesker og familie, hobby eller idrett kan gi styrke og bidra til at vi klarer å høre om andres lidelser. Vår informant forteller at hun har behov for å være sammen med familien i helgene. «Jeg kjenner at det å kunne reise på hyttetur gjør at jeg klarer å slappe av. Da kopler jeg ut tankene på jobb og det daglige jeg sliter med». Vi tror at hjelperne kan forebygge sekundær traumatisering gjennom å ivareta seg selv og leve et godt liv utenom jobben. Hvis man selv opplever å ha mening i livet sitt, blir det meningsløse lettere å bære.

Når brukerne ikke makter å endre eller bedre livene sine føler vi oss ofte som dårlige hjelpere.

Kollegaveiledning

Kollegaveiledning er viktig og den bidrar til faglig- og personlig utvikling. En undersøkelse av kollegial tilbakemelding (10) viste at tilbakemeldinger fra kollegaer førte til økt trygghet og trivsel på jobb samt bidro til økt selvtillit. Vår erfaring fra veiledning i gruppe er at det styrker vår faglige selvtillit, selvstendighet og forsvarlighet. Gjennom å fortelle historier fra jobben vår får vi reflektert og bearbeidet vanskelige situasjoner. Men det kan likevel være vanskelig å snakke om oss selv som hjelpere og våre egne følelsesmessige lidelser og symptomer. Skam og tabu omkring vår egen følelse av utilstrekkelighet kan være en av årsakene til dette. Veileders kunnskap om sekundærtraumatisering vil være avgjørende for hvordan vi som mottakere får bearbeidet dette i veiledningen. Informanten forteller at hun har stort utbytte av kollegial veiledning og at det er den viktigste formen for veiledning hun mottar: «På vår jobb samles alle den siste halve timen av dagen. Da skal alle fortelle om det de har behov for å få luftet før de kjører hjem. Dette kan kalles en daglig debrifing. Det er trygt å få fortalt om det som har vært belastende denne dagen. Humor er også medisin for oss. Vi ler mye av oss selv. Det er befriende å le godt, og kjenne at magemusklene ristes løs og skuldrene senkes før vi setter oss i bilene og kjører hjem.»

Åpenhet

Alle trenger påfyll av kunnskap. Å ha kunnskap om sekundær traumatisering gir trygghet, og trygghet kan motvirke traumer. Å kjenne til forebyggende teknikker kan bidra til at vi holder ut og opprettholder vårt engasjement for dem vi er satt til å hjelpe. Vi tror også at kunnskap om at hjelperne selv risikerer å bli syke av jobben de utfører, kan bidra til større åpenhet om egen sårbarhet. Vi må tørre å være mer åpne om de belastninger og stressymptomer vi kjenner på kroppen. Vi må be om hjelp til og kanskje ta en pause fra de sakene som gjør oss ekstra slitne. Vi må ikke se på oss selv eller vår kollega som svake når vi er ærlige om at enkelte ting blir for vanskelige.

Klokken har passert tre og jeg rakk ikke den daglige «debrifingen». Jeg kjenner det skal bli godt med helg. Jeg er sliten. I bilen på tur hjem treffer P4-nyhetene meg rett i magen. En kvinne er funnet drept på Østlandet. Hun hadde voldsalarm, men politiet rakk aldri frem i tide, de rotet med å finne den rette adressen. Kvinnen ble drept av sin tidligere ektefelle. Jeg kjenner jeg må stanse bilen. Jeg er kvalm og skjelver. Hva er det som skjer med meg? Hvorfor reagerer jeg slik? Jeg har behov for å snakke med noen om reaksjonen og følelsene mine. Jeg kan ikke dra hjem til mann og barn akkurat nå. Jeg ringer en kollega.

Kunnskap og veiledning

Å være hjelper kan være vondt. Å svære vitne til andres lidelser gjør noe med oss som mennesker. Vi utsetter oss selv for store belastninger uten kanskje å være klar over hvordan dette kan ramme vår egen helse. Vi mener utfordringen er å klare å se egen og kollegaers helseslitasje i den jobben vi utfører. Er vi redde for å vise vår egen sårbarhet, eller mangler vi kunnskap og oppfølging av sekundærtraumatisering? Vi mener det er to faktorer som er viktige; kunnskap og veiledning. Gjennom skolering og kurs om vold og traumer vil man få kunnskap som kan bidra til å forebygge sekundærtraumatisering. Regelmessig kollegaveiledning er viktig for å få tilbakemeldinger på egen mestring og opplevelser. Støtte og respektfulle tilbakemeldinger fra kollegaer kan bidra til at vi tør å snakke om egne følelser og lidelser i møtet med voldsutsatte kvinner. Vi har gode erfaringer både med ekstern- og kollegial veiledning. IIII

Vi vil gjerne takke informanten som har stilt opp og delt sine erfaringer med oss.

LITTERATUR

1. Eriksen I, Sætre I. Ivaretagelse av hjelperen – forebygging og håndtering av sekundærtraumatisering. I: Heltne U, Steinsvåg PØ, red. Barn som lever med vold, Otta: Universitetsforlaget AS, 2011: 219–33.
2. NOU 2003:31. Retten til et liv uten vold. Menns vold mot kvinner i nære relasjoner. Justis- og politidepartementet, 2003. http://www.regjeringen.no/nb/dep/jd/dok/nouer/2003/nou-2003-31.html?id=148994
3. Dybdahl R. Profesjonell i voldsarbeid: utfordringer knyttet til faglighet, etikk og konsekvenser for hjelperen. HiO-rapport nr. 14, 2002.
4. Bang S. Rørt, rammet og rystet. Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS, 4 opplag, 2009.
5. ICD-10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. side, 2000.
6. Fog J. Med samtalen som utgangspunkt: det kvalitative forskningsinterview. København: Akademisk forlag A.S., 1994.
7. Kvale S. Det kvalitative forskningsintervju. Gjøvik: Gyldendal Akademisk, 2004.
8. Lindseth A, Nordberg. A phenmenological hermeneutical method for researching. Nordic college of sciences 2004, 145–153.
9. Figley CR. Compassion fatigue: coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized / edited by Charles R. Figley. New York: Brunner/Mazel psychosocial stress series no. 23., 1995.
10. Gran SV. Kollegial tilbakemelding. Tidsskriftet Sykepleien 2002; 14: 38–42.

Ett lite lån og ett lite lån og en liten kreditt. Det blir ganske dyrt. Løs dem ved å ringe 815 56 474.

Som sagt. Ring. Vi liker å bruke telefonen. Da kan du spørre og vi kan forklare. Vi synes at det er triveligere. Men vi er så gammeldagse at vi også har en hjemmeside der du kan søke om lån.

Rente fra 8,9%* eff rente fra 9,8%

Månedsbeløp beregnet ut ifra en tilbakebetalingstid på 12 år

	8,9%	11,9%	15,9%
50 000 kr	648	738	868
100 000 kr	1215	1392	1648
200 000 kr	2347	2700	3207
300 000 kr	3479	4007	4766

Etableringsgebyr på 1475 kr og termingebyr på 65 kr er inkludert i månedsbeløpet i tabellen.

*Renten er individuell og er mellom 8,9% – 19,9% og du kan velge tilbakebetalingstid mellom 1-12 år. Det avgjør hva månedsbeløpet blir.

www.nordax.no

FOR Å SØKE: Alder 23–69 år, minst 150 000 kr i årsinntekt, norsk statborger eller bodd i Norge i 3 år og ikke ha eller ha hatt betalingsanmerkninger. DEN EFFEKTIVE RENTEN: 19,23% på 65 000 kr, 5 år, nom. rente 15,9% og etableringsgebyr 1 475 kr og termingebyr 65 kr. Totalt beløp å betale er 100 715 kr (aug 2011).

Nordax

Trenger du informasjons-materiell om diabetes på andre språk?

www.diabetes.no/innvandrere

DVD med foredrag om diabetes på arabisk og tyrkisk

Foredragene formidler kunnskap om diabetes på en lettfattelig og forståelig måte.

Norsktalende helsepersonell kan ha god nytte av foredragene i opplærings- og kurssammenheng, og i møte med arabisk- og tyrkisktalende pasienter med diabetes. For å se eller skrive ut foredragene på arabisk, tyrkisk eller norsk, kan du gå inn på **www.diabetes.no/foredragpaanett**

DVD'en kan bestilles på: http://dia.diabetes.no/nettbutikk

Spørsmål om diabetes?

Personer som snakker urdu, punjabi, tyrkisk eller somali, kan ringe Diabeteslinjen og få svar på sine spørsmål om diabetes. Diabeteslinjen er Diabetesforbundets informasjonstjeneste.

www.diabeteslinjen.no

Tlf. 815 21 948

Tlf. 815 21 948

Tlf. 815 21 948

diabetesforbundet

www.diabetes.no

Hans Knut Otterstad,
lege og helsetjenesteforsker.

Hva kan vi lære av svensk samhandling?

Den svenske samhandlingsreformen har flere fortrinn, blant annet et velfungerende elektronisk informasjonssystem.

Den vedtatte samhandlingsreformen er først og fremst et politisk drevet prosjekt, men det er tuftet på praktisk medisinsk- og pleiefaglig arbeid. En slik reform krever gode systemer både på organisasjons- og styringsnivå, men først og fremst trengs det effektive rutiner og samarbeid om den enkelte pasient. En sammenlikning mellom samhandlingssystemer og praksis i Norge og Sverige egner seg godt for forbedringsarbeid og læring siden de kulturelle og politiske forhold er relativt like. Det er likevel forskjeller i praksis som bør dokumenteres. Det er viktig å ha kunnskap om det svenske systemet siden dette arbeidet startet tidligere hos våre naboer. Og ved å vite mer kan en trolig unngå begynnertabber når den norske samhandlingsreformen starter 1.1.2012.

Likheter

Den største likhet er at det i helsetjenesten går et avgjørende skille for behandlingsansvar mellom kommuner og sykehus. Sykehusene drives riktignok av staten i Norge og av fylkene eller «lenene» i Sverige, men dette innebærer samme type samarbeidsutfordring for den pasientgruppen som i begge land kalles «utskivingsklare». Svaret på fire sentrale spørsmål vil avgjøre om samhandlingen om disse pasientene vil lykkes i Norge:

1) Hvem bestemmer inklusjonskriteriene for disse pasientene?
2) Hvordan skal informasjonsflyten organiseres?
3) Hvordan ordes møteplassene mellom fagfolkene?
4) Hvordan sikrer man en behandlingskjede som oppleves som trygg både for fagfolk, pasient og pårørende?

I denne rapporten vil de svenske løsningene bli beskrevet og deretter sammenliknet med de norske. Siden det kan være regionale forskjeller vil jeg sammenlikne samhandlingssystemene i to administrative områder: Dalarna len og Østfold fylke.

«Samordnad vårdplanering»

I Sverige er det utviklet et formelt og detaljert regelverk for samhandling. I Sverige kalles metoden for «Samordnad vårdplannering». Dette er et mer presist begrep enn samhandling, siden fagfolkene arbeider på hver sin side av «gjerdet», med klart definerte arbeidsoppgaver og tilhørende personell. Utfordringen er å få de to systemene til å passe sammen. Målsettingen er at det skapes synergier og ikke gråsone-konflikter som vanskeliggjør effektiv drift langs en definert behandlingskjede med to forvaltningsnivåer. For å få til dette i praksis har Landstinget i Dalarna sammen med de 14 kommunene som sokner til hospitalet i Falun laget et samarbeidsdokument som kalles «Samordnad vårdplanering» (SVP) (1). Dette inneholder et detaljert og bindende regelverk. Et grunnleggende aspekt er at det skal finnes felles rutiner for en pleieplan (vårdplan) som skal sikre pasientens rett til trygghet, delaktighet og innflytelse når de ulike tiltak planlegges og gjennomføres.

Organisering

Hvem deltar i den samordnete planleggingen? Falun kommune og Dalarna len har utarbeidet et felles dokument som regulerer samhandlingen (2). De viktigste elementene er:

- SVP skal alltid skje i samråd med den enkelte pasient og dennes nærstående.
- Utskrivende lege har ansvar for å kalle inn til SVP.
- Ved SVP bør alltid pasient og pårørende, den ansvarlige lege for behandlingen i kommunen, en kommunal sykepleier, arbeidsterapeut, fysioterapeut og distriktssykepleier delta. En «bistandshandleggare» fra kommunen deltar alltid. «Det är han/hon som planerar och beviljar vilka insatser som patienten behöver från kommunen i hemmet efter utskrivning från sjukhuset», heter det i dokumentet.

Samarbeidsdokumentet bygger på flere hovedprinsipper og tar utgangspunkt i at en pasient er utskrivingsklar. Utskrivingsklar blir definert slik: Når den behandlende lege (på sykehuset) bedømmer at pasienten ikke lenger behøver behandling på sykehusnivå.

Ansvarsfordeling: Legen på sykehusnivå er suveren i sin vurdering og beslutning om behandlingsnivå, mens fagfolk på kommunenivå har en tilsvarende myndighet når det gjelder tilbudene av boform, pleie og omsorg. Dette betyr vel å merke at sykehuspersonalet ikke kan bestemme noe om oppfølgingen i kommunene, for eksempel love sykehjemsbehandling.

Kostnader og ressurser: Ressursmangel skal aldri være en grunn til at kommuner eller sykehus ikke følger opp sin del av ansvaret for helse, omsorg og støtte til pasienten.

Byråkrati og administrasjon: Liggetiden skal ikke forlenges på grunn av forsinkelser i vårdplaneringen.

ELVIS-systemet

Vårdplanering er nøkkelen til en god samhandling, og inngår som den viktigste del av utskrivingsprosessen fra sykehus til kommune for disse pasientene. Dersom den behandlende legen på sykehuset vurderer at det vil foreligge et pleiebehov i kommunen etter utskrivelsen skal det sendes et innskrivningsmelding som forteller

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

Søkeord:

- Kommunehelsetjeneste
- Spesialisthelsetjeneste
- Samhandling
- Norden

at en slik pasient er innskrevet og vil trenger etterbehandling i kommunen ved utskriving. Denne meldingen skal inneholde navnet på behandlende sykehuslege. Kommunen har på sin side plikt til å gi sykehusene en oppdatert liste over den person som har ansvaret for å motta og følge opp slike meldinger. Dersom pasienten allerede har mottatt kommunale pleietjenester, skal detaljerte opplysninger om disse, samt en ADL-status oversendes fra kommunen til sykehuset. Her skal pasientens samtykke først innhentes.

I Sverige er vårdplanering første skritt i utskrivingsprosessen og starter med at sykehuset sender en innkalling til et fellesmøte som skal gjennomføre en vårdplanering. Dette skjer via et eget elektronisk system til kontaktpersonen i kommunen (ELVIS – systemet). Et viktig krav er at kommunen skal svare på innkallelsen senest dagen etter at innkallingen er mottatt av kommunen. Videre kreves det at vårdplanen skal utformes i samarbeid mellom den ansvarlige saksbehandler i begge forvaltningsnivåer, og i tillegg skal pasienten eller en nærstående delta i møtet.

I Dalarna

I Dalarna er det store avstander fra sykehuset til noen av kommunene, derfor kan vårdplaneringen påbegynnes eller gjennomføres som videokonferanse eller på telefon. Vårdplanen skal sammenfattes skriftlig av en fagperson ved sykehuset. Dersom det er behov for rehabilitering eller hjelpemidler etter utskrivingen skal en kompetent person som representerer hjemkommunen delta i sammenfatningen. Selve vårdplanen er et omfattende dokument som skal inneholde minimum ti punkter som fastslår ansvar, innhold og oppfølging. De viktigste er:

- hva som skal gjøres og hvem som er ansvarlig
- behandlende lege i kommunen som også får ansvar for justeringer av planen dersom behovene endres
- om pasienten eller pårørende har vært delaktig i planen
- at det er enighet om planen i begge forvaltningsnivåer (krever formell signering)

Ved utskriving skal den behandlende lege på sykehuset oversende en utskrivingsmelding til de navngitte personer i kommunen som har ansvar for de ulike tiltakene som vårdplanen inneholder. I tillegg skal medisinsk informasjon og legemiddelliste medfølge pasienten, samt medisiner for minst tre døgns forbruk. Kommunens ansvar etter at vårdplanen er utarbeidet og nedskrevet, er å prioritere pasientene etter behov og i forhold til kommunens behandlingskapasitet. Prioritering av plassfordeling skjer ut fra betalingsansvar og pasientens helsetilstand.

Kommunens betalingsansvar for ferdigbehandlete pasienter inntrer fem dager etter at kommunen har kvittert for innkalling til vårdplanering. Dette gjelder selv om det ikke blir opprettet noen «vårdplan». Dette kan kun fravikes dersom den medisinske tilstand blir forverret i mellomtiden, slik at det trengs en ny plan.

Ved uenighet om samordningen av behandlingen mellom de to forvaltningsnivåene skal det utarbeides en avviksrapport som har forslag til forbedringer. Den skal sendes til ansvarlig sjef i Dalarna len og til medisinsk ansvarlig sykepleiesjef i kommunen.

Sammenlikning med Norge

Dalarna har tre akuttsykehus som skriver ut pasienter til kommunene, mens Østfold har to; Fredrikstad og Moss. Dalarna len omfatter 14 kommuner og har nesten 280 000 innbyggere mot 275 000 innbyggere i Østfold som har 18 kommuner. Dermed er disse områdene relativt sammenliknbare, bortsett fra at avstandene er noe større i Dalarna, noe som ikke er noen fordel for samhandlingen.

BEST I ØST? Norge har mye å lære av svenskene som er godt i gang med en tilsynelatende velfungerende samhandlingsreform. Foto: Scanpix.

I Østfold er det opprettet et administrativt samarbeidsutvalg som i 2007 fastsatte rutiner og meldeskjemaer. Dette er i ettertid blitt evaluert og revidert, senest i november 2009 (2). Samhandlingen styres gjennom et samhandlingsdokument med fire skjemaer (3).

I begge land gjelder disse rutinene kun for den pasientgruppen der det er behov for samhandling etter utskriving. Det er viktige systemforskjeller mellom våre land knyttet til to avgjørende faser i samhandlingen: Inn- og utskriving i sykehus.

Informasjonsflyt

Felles for begge land er at det er en lege som er ansvarlig for innleggelsene. Dersom pasienten tidligere har fått pleie- og omsorgstjenester fra kommunen eller antas å trenge det etter utskriving, sendes det et varsel til kommunen. I Sverige skjer dette elektronisk via ELVIS-systemet eller en faks, og inneholder en melding om hvem som er behandlende sykehuslege. Innleggende lege gir opplysninger om sykdommen, funksjonsnivå, pasientens bruk av det kommunale hjelpeapparatet, samt vurdering av tjenestebehov. Videre skal det informeres om hvem som er kontaktperson i førstelinjetjenesten.

I Østfold skal kommunehelsetjenesten oversende tilsvarende opplysninger på et standardskjema (Meldeskjema 1).

Utskriving og oppfølging

I Østfold styres utskrivingsrutinene av «Forskrift om betaling for utskrivingsklare pasienter» (4) og informasjonen fra sykehuset til kommunene bestemmes av tre meldeskjemaer. Ett skjema inneholder legeopplysninger, og ett inneholder sykepleieopplysninger. Det tredje er «Sjekkliste for utreise for somatiske pasienter med behov for kommunale tjenester» som er en detaljert liste som utfylles av en sykepleier på sykehuset.

I Østfold inntreffer betalingsansvaret ti dager etter sykehusets fastsettelse av ferdigbehandletdato. Fram til 1.1. 2012 er døgnpri-

Det er viktige systemforskjeller mellom våre land knyttet til to avgjørende faser i samhandlingen: Inn- og utskriving i sykehus.

sen 1600 kroner, men deretter vil kommunenes betalingsansvar starte fra dag én og prisen vil øke til 4000 kroner.

I Dalarne inntrer kommunens betalingsplikt fem dager etter den meldte utskrivingsdato (som bestemmes under vårdplaneringen) og i 2011 er døgnpris 4100 svenske kroner.

Oppsummering

Samhandlingen i Dalarna og Østfold er bygd på de samme prinsipper. Det grunnleggende trekk er at en sykehuslege bestemmer når pasienten er utskrivingsklar. Det er samhandlingen om medisinske opplysninger og de tilhørende vurderinger som avgjør hva som skal skje videre med disse pasientene. Her er det viktige forskjeller mellom Sverige og Norge, først og fremst gjelder dette samarbeidet og arbeidsfordelingen ved utskriving. Gjennom vårdplanerings-systemet har kommune, pasient og pårørende en sterkere rolle i Sverige. Her er de sterkere og mer aktivt involvert i utskrivingsprosessen. Det er spesielt viktig at begge parter kan opptre likeverdig i et møte som skal ende opp med et omforent møte med skriftlige vedtak fra begge parter.

En annen viktig forskjell er den manglende eller begrensete involvering av fysio- og ergoterapeuter på kommunenivå i Norge. Dette betyr at opptrenings- og rehabiliteringspotensialet ikke blir vektlagt i samme grad som i Sverige, og dette vil trolig bidra til større fokus på pleietyngde og tilhørende behov som fortrenger opptrening og rehabilitering i kommunal regi.

I Norge synes sykehuset å ha mer styring med utskrivingsprosessen, mens kommunen får rollen som den svakeste part. Dette kan bidra til konfliktsituasjoner dersom sykehuset vurderer at pasienten bør få varig opphold på sykehjemsnivå, mens kommunens vurdering er et lavere nivå. Dette unngås i Sverige gjennom «vårdplaneringen» som forutsetter konsensus om hver enkelt pasient. I tillegg blir pasient og pårørende invitert som selvstendige aktører i selve møtet, og får derved en mulighet til å påvirke vedtaket.

Tre ting å lære av

1. I Norge er det er behov for et elektronisk informasjons- og meldesystem slik det fungerer i Sverige. Dette er særlig påkrevet når kommunen får et betalingsansvar allerede fra dag én når sykehuset gir melding om utskrivingsdato.

2. Samhandlingen i Norge bør i sterkere grad baseres på en samordning, der kommunene blir suverene i vurderingen av hvilke tjenester som skal gis etter utskriving, mens sykehuset bestemmer utskrivingsdato. I dag er både det norske og svenske systemet «skjevt» når det gjelder samhandling fordi sykehuset kun vurderer behovet til den enkelte pasient som skal utskrives. Kommunen må altså ta den helhetlige vurderingen, og prioritere behovene til den enkelte pasient i forhold til behovene til alle pasientene som behandles i kommunen på samhandlingstidspunktet.

3. I Sverige involveres pasienten og de pårørende i vårdplanleggingen slik at de får tilgang til de faglige vurderingene før beslutningen om behandlingsnivå etter utskrivingen fattes. Derved unngås trolig en del av de klagene og den frustrasjon som de pårørende målbærer og som ikke så sjelden havner i mediene.

Faresignaler

Et viktig spørsmål er om en kan generalisere ut fra de funn som her er beskrevet. Selv om det trolig er noe variasjon mellom de ulike regioner i Norge, er selve samhandlingsreformen basert på sentral styring. Dette må en ta hensyn til ved sammenlikninger.

Hva er faresignalene for den norske reformen som kan identifiseres når en sammenlikner det norske systemet med den svenske ordningen som har fungert i lengre tid, og som ifølge fagfolk på kommunenivå i Sverige fungerer bra? Etter min vurdering er det i hovedsak tre potensielle problemer:

Kommuneøkonomien

Allerede i dag er det mange kommuner som ikke klarer å overta utskrivingsklare pasienter på det tidspunkt som sykehuset bestemmer. Når betalingstidspunktet har et innslag fra dag én, blir konsekvensene ganske betydelige i noen kommuner. Mange av disse har driftsproblemer i eldreomsorgen allerede i dag, og fra 2012 vil de få et økonomisk problem i tillegg. Dette kan på lengre sikt bidra til store forskjeller mellom kommunenes tilbud av pleie- og omsorgstjenester. De er betydelige allerede i dag, og Samhandlingsreformen vil garantert bidra til at de vil øke. Hvor store forskjeller vil de sentrale helsemyndigheter akseptere når diskusjonen handler om innhold og kvalitet i norsk eldreomsorg?

Helsebyråkrati

Økt risiko for at pasienten i enda sterkere grad enn før opplever å bli en kasteball i et helsebyråkrati som vil være uforståelig for mange legfolk og pårørende. Dette vil trolig føre til økte oppslag i media.

Rehabilitering

Mange av de utskrivingsklare pasienten vil trenge et rehabiliteringsopplegg i hjemkommunen for å kunne bo utenfor sykehjem. Det tilbudet er mye sterkere utbygd i våre naboland, og er kanskje en forutsetning for at denne type samhandling fungerer i praksis. Hva vil skje i norske kommuner som ikke har et tilfredsstillende tilbud på dette området? IIII

LITTERATUR

1. Samardnad vårdplanering. Ved tatt av kommunene og landstingsstyrelsen i 2009 og revidert i november 2010.
2. Landstinget, Dalarna og Falu kommun: Samverkan og samarbeitsdokument 2010 -2011. Datert 28.10.2010
3. Oppdaterte samhandlingsregler og tilhørende skjemaer som benyttes i Østfold. http://www.sykehuset-ostfold.no/fagfolk/samhandling/samhandling-kommunehelsetjenesten/Sider/utskrivning-av-somatiske-pasienter-. aspx).
4. FOR 1998 nr. 1447. Forskrift om kommunal betaling for utskrivingsklare pasienter, med endring fra1.7. 2003

ER DET VANSKELIG Å HOLDE STYR PÅ ALLE TJENESTETILBUDENE?

Hvordan kan du som tjenesteyter bidra til å forenkle hverdagen for familier som har barn og unge med nedsatt funksjonsevne? Helsedirektoratet har utarbeidet et ***magasin*** som viser gode eksempler på helhetlige og koordinerte tjenestetilbud til gruppen. Målgruppen for magasinet er både tjenesteytere og familiene.

Bestill magasinet og finn ideer og inspirasjon på www.helsedirektoratet.no/familieveiviser eller på tlf. 24 16 33 68.

Helsedirektoratet

Iver Anker Strøm, farmasøyt, Sykehuset Innlandet HF, Divisjon Tynset.

Legemidler bør påføres åpningsdato

Datering av sterile legemidler ved åpning kan spare arbeidstid og penger.

Sosialdepartementet anbefalte for mange år siden å sette på åpningsdato første gang man åpner emballasjen til enkelte legemidler og legemiddelformer (1). Dette gjelder for eksempel sterile legemidler som injeksjonsløsninger og øyedråper i flerdosebeholdere, samt linimenter som Klorhexidin vandig og spritløsninger. Holdbarhet etter åpning av sterile legemidler er beskrevet i Norske Legemiddelstandarder (2). Mange institusjoner har egne prosedyrer for hvilke legemidler som skal påføres anbruddsdato (3,4). Jeg har målt i hvilken grad åpningsdato settes på der dette anbefales. I denne artikkelen vil jeg presentere resultatet av disse målingene.

Materiale og metode

Data ble samlet inn ved et legekontor og et lite lokalsykehus. Lokalsykehuset var representert ved to sengeavdelinger, en overvåkningsenhet og en poliklinikk. Resultatene er samlet i tabeller. Tabell 1 viser resultatene ved legekontoret og tabell 2 for lokalsykehuset. Ved lokalsykehuset ble data samlet inn en til to ganger i året fra og med april 2000 og til og med august 2010, og ved legekontoret en gang i året fra og med mai 2005 og til oktober 2010.

Resultat

På legekontoret ble det til sammen kontrollert 75 pakninger over fem år. Det var satt på dato på 21 pakninger. Av tabellen ser vi at det har vært en meget god utvikling. Første prøveuttak viste 0 prosent påsatt dato og siste viste 75 prosent påsatt dato. Dette ga et gjennomsnitt på 28,0 prosent (tabell 1).

På sykehuset ble det til sammen kontrollert totalt 276 pakninger og 14 prøveuttak over en periode på elleve år. Det var satt på dato på 193 pakninger. Dette ga et gjennomsnitt på 69,9 prosent (tabell 2).

Her ser vi ingen positiv utvikling. Tvert imot var resultatene best i begynnelsen av undersøkelsen.

Tabell 3 viser hvilke legemidler som var representert i undersøkelsen som ble foretatt den 8. oktober 2010 ved legekontoret.

Her ser vi at det kun godt kjente legemidler og legemidler som har vært lenge på markedet var representert. NaCl 9 mg/ml 120 ble brukt til sårskylling og ikke blæreskylling.

Tabell 4 viser resultatet splittet opp i de enkelte legemidler for undersøkelsen ved sykehuset august 2010.

Diskusjon

Det var kjente og mye brukte legemidler som var involvert i målingen ved begge institusjonene. Ved det kommunale legekontoret var det relativt få pakninger involvert. Likevel viste resultatet av målingen at det har skjedd en tydelig og ønsket forbedring når det gjelder å sette dato på legemidlene ved åpning av emballasjen. Når det gjelder sykehuset er det derimot ikke mulig å se noen forbedring. Her er nivået stabilt litt lavt. Ved legekontoret ser vi også at mange pakninger av samme legemiddel var tatt i bruk. Hovedgrunnen til dette var mange bruksteder eller behandlingsrom.

Når dato ikke settes på ved åpning av emballasjen er det vanskelig å vurdere medikamentets kvalitet. Enkelte sykepleiere kasserer konsekvent legemidler der dato ikke er satt på. Dette gir økte utgifter i form av kassasjonskostnader, og merarbeid med økt innkjøp.

En viktig grunn til den positive utviklingen ved den kommunale enheten var at lederen der brukte resultatet av målingene

TABELL 1: Legekontoret.

Tema	02.05.05	04.09.06	13.09.07	17.04.09	08.10.10
Antall åpnet	5	25	14	15	16
Antall åpnings-dato påsatt	0	1	1	7	11
% påsatt dato	0%	4%	7%	47%	69%

TABELL 2: Lokalsykehuset. 04.10 betyr april 2010 osv.

Tema	04.00	03.01	07.01	04.02	03.03	03.04	09.04	12.05	04.06	09.06	09.07	08.08	08.09	08.10
Antall åpning	12	8	14	12	17	22	21	23	17	32	25	21	23	30
Antall åpningsdato påsatt	11	7	8	7	12	19	13	17	10	23	17	14	15	20
% påsatt dato	92%	88%	57%	58%	71%	86%	62%	74%	72%	68%	67%	59%	65%	67%

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

Søkeord:
- Legemidler
- Kvalitet
- Økonomi

TABELL 3: Alle legemidler ved siste gjennomgang som var den 08.10.10.

Legemiddel	Pakning	Antall	Del av pakning som er igjen	Utløpsdato	Påsatt dato
Klorhexidin liniment 1 mg/ml	125 ml	1	0,8	20130431	07\10\10
Klorhexidin liniment 1 mg/ml	125 ml	1	0,9	20130431	0
Klorhexidin liniment 1 mg/ml	125 ml	1	0,2	20130431	20.sep
Klorhexidinsprit liniment 5 mg/ml	125 ml	1	0,4	20120931	20.sep
Klorhexidinsprit liniment 5 mg/ml	125 ml	1	0,6	20110931	03.okt
Klorhexidinsprit liniment 5 mg/ml	125 ml	1	0,6	20110631	19.sep
Klorhexidinsprit liniment 5 mg/ml	125 ml	1	0,5	20110631	19.sep
NaCl skyllevæske 9 mg/ml	120 ml	1	0,9	20120531	0
NaCl skyllevæske 9 mg/ml	120 ml	1	0,6	20130631	0
Nacl skyllevæske 9 mg/ml	120 ml	1	0,8	20130531	0
NaCl skyllevæske 9 mg/ml	120 ml	1	0,8	20120631	08.okt
Xylocain inj 10 mg/ml	10 ml	1	0,2	20120731	0
Xylocain inj 10 mg/ml	20 ml	1	0,6	20121031	07\10\10
Xylocain inj 10 mg/ml	20 ml	1	0,6	20120731	30.sep
Xylocain-Adr. inj 10 mg/ml + 5 ug/ml	20 ml	1	0,5	20110731	07\10\10
Xylocain-Adr. inj 10 mg/ml+ 5 ug/ml	20 ml	1	0,2	20111031	29.sep
Sum		**16**			**11**

TABELL 4: Hvilke legemidler og antall av disse ved siste gjennomgang som var i august 2010.

Legemiddel	Pakning	Antall tatt i bruk	Antall på satt dato
Actrapid Penfill Novo	3 ml	2	1
Heparin 100 ie	10 ml	1	1
Insulatard FlexPen	3 ml	2	1
Klorhexidin liniment 1 mg/ml	125 ml	1	1
Klorhexidinsprit liniment 5 mg/ml	125 ml	10	7
Klorhexidinsprit liniment 5 mg/ml farge	250 ml	2	0
Mycomust inhalasjon	10 ml	1	0
Nacl inj 9 mg/ml	20 ml	1	0
NaCl inj 9 mg/ml plast htgl	100 ml	2	2
Novorapid FlexPen	3 ml	2	2
Sterilt vann inj plast htgl	100 ml	2	1
Xylocain inj 10 mg/ml	20 ml	1	1
Xylocain-Adr. inj 10 mg/ml + 5 ug/ml	20 ml	3	3
Sum		30	20

til å sette fokus på datering av legemidler ved emballasjebrudd. Et legekontor har i tillegg få ansatte, lite skifte av personale og arbeider i hovedsak på dagtid og vanlige yrkedager. Derfor blir det lett å nå alle. Sykehuset er mer komplisert når det gjelder arbeidsforhold og tar også i mindre grad tak i slike data. For å bedre dette bør det være en kvalitetsansvarlig på hver avdeling

Det bør være en kvalitetsansvarlig på hver avdeling som sikrer at medikamentene dateres ved åpning.

som sikrer at medikamentene dateres ved åpning. I første omgang bør et kvalitetsnivå på 80 prosent være innen rekkevidde for begge institusjonene. Men målet bør være å oppnå at 95 prosent av legemidlene dateres ved åpning.

Konklusjon

Målingene som er beskrevet i denne artikkelen, gir en god mulighet til å få oversikt over kvaliteten og til å vurdere virkningen av de tiltak som ble igangsatt. Slike data kan også gi et godt grunnlag for å fastsette kvalitetsnivået ved den enkelte institusjon. Hvilket kvalitetsnivå som er akseptabelt ved de enkelte prosesser bør utredes nærmere. For å oppnå forbedringer er det avgjørende at lederne bruker disse dataene aktivt. IIII

LITTERATUR

1. Sosialdepartementet. Forskrifter av 6. september 1968 nr. 1 om Legemiddelforsyningen m.v. ved sykehus og andre helseinstitusjoner med endringer, sist ved lov av 4. september 1995 nr. 782
2. Oppbevaringstider og veiledende bruks-tid for sterile legemidler etter anbrudd. Norske Legemiddelstandarder 2011.
3. Legemiddelhåndtering. Anbrudd og utløpsdato. Divisjon Tynset Gjelder fra 04.06.10.
4. Veiledende brukstider (holdbarhet) for sterile legemidler etter anbrudd. Divisjon Kongsvinger. Gjelder fra 20.06.2001

Foto: Scanpix

Jeanne Boge
Aktuell med: **Kroppsvask i sjukepleie Eit politisk og historisk perspektiv**
Yrke: **Førsteamanuensis ved Høgskolen i Bergen og ved Universitetet i Bergen**
Bosted: **Bergen**

– Politikerne styr

– Hvorfor vasker vi pasientene slik vi gjør, undret Jeanne Boge. Svaret var så overraskende at det ble doktorgrad av det.

Tekst **Nina Hernæs** Foto **Bjørn Erik Larsen**

Jeg trodde ikke mine egne øyne, forteller Jeanne Boge på telefon fra Bergen.

Hun ble nysgjerrig på bakgrunnen for vaskepraksisen i sykepleie og fant en historie hun ikke ante noe om. Den bringer hun videre i boken «Kroppsvask i sjukepleie», en omarbeidet versjon av hennes doktorgrad fra 2008.

– For bare 150 år siden hadde man et helt annet syn på kroppen, sier hun.

At det var helgevask som gjaldt den gangen, visste hun.

– Men jeg trodde det var snakk om å senke hele kroppen i vann. Det stemte ikke. De fleste vasket hele kroppen en gang i året.

Takket være teologen Eilert Sundt, som ofte omtales som Norges første sosiolog, og hans feltstudie *Om renlighedsstellet i Norge fra 1869*, er norsk kroppsvask på den tiden godt dokumentert.

– Til daglig vasket folk synlige deler av kroppen, som hender og ansikt. I helgen vasket man noen ganger hode, hals, bryst og armer, andre ganger bare ansiktet, forteller Boge.

Å vaske seg var en forberedelse til søndagen, og var en symbolsk handling med eldgamle tradisjoner. Den hadde ingen ting med hygiene å gjøre.

Men med siste halvdel av 1800-tallet kom industrialiseringen, og borgerskapet vokste fram. De var renere enn de skitne, illeluktende arbeiderne og bøndene. Samtidig ble man oppmerksom på de elendige levekårene fattige mennesker hadde. Levekårene gjorde dem syke og dermed uproduktive.

I samfunnet kom det derfor et politisk krav om å være ren, ordentlig og ikke lukte. Det ble satt i verk store hygienekampanjer, men hensikten med å få folk til å vaske seg var ikke bare tuftet på sykdomsbekjempelse, men om å skape gode og lydige borgere.

I den første norske læreboken i sykepleie, Rikke Nissens Lærebog i Sygepleie for Diakonisser fra 1877, anbefales daglig vask av synlige kroppsdeler som hender og ansikt. Andre kroppsdeler kunne vaskes om det var spesielle grunner til det, som siv av urin eller avføring.

I legen Hans Riddervold Waages lærebok i sykepleie fra 1911, anbefales i tillegg vask av sete, rygg, armhuler, analregionen, skrittet, lyskene og foldene under brystene til kvinner. Boges poeng er at disse anbefalingene ikke ser ut til å ha sammenheng med mikrobeteori, som hadde fått godt fotfeste i samfunnet på den tiden. Selv om Waage skriver at bakterier formerer seg på fuktige og varme kroppsdeler, ser det ikke ut til at han setter det i sammenheng med kroppsvask.

er kroppsvasken

Boge mener det er mer sannsynlig at hensikten med mer kroppsvask var å redusere lukt fra pasientkroppene, og at anbefalingene hang sammen med at samfunnet hadde fått lavere toleranse for skjemmende kroppslukt.

– Heller ikke i dag harmonerer vaskepraksis med hygienisk kunnskap, påpeker hun.

I arbeidet med doktorgraden, observerte Boge beboere på et sykehjem. Her var det for eksempel ikke fast praksis å vaske beboernes hender før de spiste, og det kunne gå fjorten dager mellom hver gang føttene ble vasket.

Boge sier også at studien ikke tyder på at kroppsvask i sykepleie er basert på pasienters behov.

pasientene kunne klare seg selv, kommenterer Boge, og viser til at behovsteorien ser ut for å ha vært brukt politisk for å legitimere at pleiere med lavere utdanning overtok deler av det kroppslige sykepleiearbeidet.

Hun mener det er en trend vi ser også i dag.

– Dette er politisk styrt, og innebærer at de med mest utdanning og størst forutsetninger for å lindre plager, observere sykdom og behandling, er de som er lengst borte fra kroppen. Sykepleierne selv ser ut for å ønske seg en arbeidssituasjon der de både kan utføre kroppsnært arbeid, medisinsk behandling og administrere, sier hun.

– Men det ser det ut for å være liten politisk vilje til å betale for at

De fleste vasket hele kroppen en gang i året.

– Behovsargumentasjonen oppstår for første gang i norsk sykepleielitteratur i 1967. Den baserer seg tydelig på Virginia Hendersons teori, som fremdeles preger norsk og internasjonal sykepleie, forteller hun.

Henderson lister opp 14 grunnleggende behov. Det åttende handler om å holde kroppen ren og velstelt og å beskytte huden. Mens kroppsvask tidligere hadde blitt regnet som en krumtapp i sykepleien, argumenterte Henderson for at pasientene hadde behov for å være mest mulig selvhjulpne. Dette passet bra i et samfunn med sykepleiermangel.

– Det var politisk interessant at sykepleiere skal arbeide kroppsnært, dersom arbeidet kan utføres billigere av personell med mindre eller ingen utdanning.

Boge viser til England, der kroppsvask som ikke er relatert til en medisinsk diagnose, ikke lenger klassifiseres som helsehjelp, men som en sosialtjeneste.

Et annet spørsmål som Boge reiser, er hvor lenge vår tids kroppsvask vil bestå.

– Rent vann er mangelvare. Resten av verden kan ikke begynne å dusje like ofte som vi i vesten gjør. Det er simpelthen ikke nok vann, påpeker hun. IIII

Illustrasjonsfoto: Colourbox

Tid for opprør

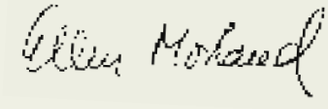
I BOKHANDELEN jeg var inne i nylig, oppdaget jeg at noen bøker var merket med «han» og «henne». Det er jo farsdag snart, tenkte jeg da, men var i tvil om det kunne forklare fenomenet. Så går jeg innom bokhandelen igjen. Fremdeles er det egne bord for han og henne. «Julegavehjelperen», kaller bokhandelen det.

Dette minner meg om oppstyret i fjor vinter, da noen påpekte hvor kjønnsmerket barneutstyret i sportsbutikkene er blitt. I klesbutikker også. Det er umulig å ikke bli kledd ut som actionhelt hvis du er gutt og vil stå slalåm. For jenter tilbyr butikkene rosa prinsesselook på ski og støvler. Kjønnsnøytrale produkter er mangelvare. Jeg hisset meg opp, og klikket hardt på «like» på Facebooksiden «Pink stinks».

Nå er det altså leseres tur. På henne-bordet ligger bøker à la «Tid for ømhet» med romantiske bilder av damer i kjoler eller barn på omslagene. Samartin-bøkene, selvsagt. De bøkene ekspeditører pleier å prakke på meg etter å ha målt meg med øynene og plassert meg i målgruppa: Kvinne 40+. Gigantisk eksponerte bøker med ren underholdningsverdi. Produsert for å være en snakkis når venninner møtes rundt en kartong rødvin. Det gir status i Kvinne 40+-gjengen å vise at man faktisk leser bøker. Men denne typen bøkene har stjålet tid fra meg, og vært borte like fort som permen ble lukket etter den siste siden.

På han-bordet ligger boken om kongefamilien. Nansen-boken. Et portrett av Jerusalem. Mye om krig. Praktboken om George Harrison, den vakreste i Beatles, gitaristen som kom litt i bakgrunnen av John og Paul, men som lagde nydelige låter som Here Comes the Sun. Det er ved han-bordet jeg blir stående og bla. Og jeg lurer på hvor mine siste favoritter ville havnet: Murakamis *Vest for solen, øst for grensen*, om en middelaldrende mann som driver en jazzkafé og leter etter en gammel flamme. Per Petterson-bøkene, også om mannlige liv. Tore Renbergs herlige bøker om Jarle Klepp. For poden leser jeg Nesbøs Doktor Proktor og de fantastiske Roald Dahl-bøkene. De ville nok havnet på han-bordet hele bunken.

Kanskje jeg egentlig er en mann?



Avtrykk etterlatte ved selvmord forteller

Av Elisabeth Endsjø (red.)
155 sider
Abstrakt forlag
ISBN 978- 82-7935-311-9
Anmelder: Inger Frogg Jørgensen, psykiatrisk sykepleier

Setter ord på sorg

ANMELDELSE: Da jeg fikk denne boken slo jeg tilfeldig opp på side 81. Teksten berørte meg sterkt. Dette er ingen fagbok. Ei heller en roman. Det er en samling tekster skrevet av mennesker som har mistet en nær pårørende i selvmord. Boken er rettet mot mennesker i samme situasjon og alle faggrupper som kommer i kontakt med etterlatte ved selvmord. Og den har fungert som en terapeutisk skriveprosess for de 16 bidragsyterne i gruppen «skapende ressursgruppe», et slags skriveverksted for selvmordsetterlatte. Lærer var forfatter og forlagsdirektør Merete Morken Andersen. Boken framstår som allmenngyldig og henvender seg til alle som ønsker å være et medmenneske, også i situasjoner man føler seg usikker i.

Boken har tre deler, under overskriftene Sorg, Sjokk og Aksept. Selv om sorgen takles ulikt, har de færreste forsøkt å ta en snarvei gjennom den. Men en forsøkte. En ung jente som på terskelen av livet ville være som alle andre, leve som alle andre og ikke være den som noen syntes synd på. Hun fortalte omgivelsene at faren døde av hjerteinfarkt og satte sorgarbeidet på vent. Men sorgen kom. Den innhentet henne med full tyngde mange år seinere og satte en midlertidig stopper for det tilsynelatende velfungerende voksenlivet. Men hun kom seg igjennom, hun også.

I boken belyses hvordan små barn med sine enkle tanker og direkte språk ofte takler tragedien bedre enn voksne. De tar oftere pauser fra sorgen. Men tekstene formidler at dette betinger informasjon og åpenhet – med mest mulig klokskap i ordvalget.

I samtale med redaktøren mot slutten av boken er det flere som peker på at det ikke er noe nederlag at personene rundt en synes synd på en. Og klarer man å synes synd på seg selv, så klarer man kanskje også å mobilisere en egenkjærlighet som man trenger veldig. Den store stillheten når alle andre har funnet tilbake til hverdagen, nevnes også. Det er viktig å bli sett over tid.

Redaktøren er opptatt av at det må være lov til å ha alle de følelsene man har, fordi det er så sammensatt å miste noen i selvmord. Og det er disse følelsene de ulike tekstene rommer, etter en innføring i skriving med søkelys på å sette ord på sorg, kaos, smerte og tap. Kanskje sinne og skyldfølelse, kanskje lettelse. Men i alle fall smerte. I tillegg til egenterapi, er boken som nevnt ment som støtte til andre i samme situasjon. Og det tror jeg helt sikkert den kan være, når tiden er inne til å lese den.

Hvorfor vi skal lese? For å øke vår innsikt, legge av våre fordommer og bli i stadig høyere grad personligheter. Georg Brandes

Legemiddelsamtalen og klinisk kommunikasjon

Av Hilde Frøyland
202 sider
Fagbokforlaget, 2011
ISBN 978-82-450-1061-9
Anmelder: Liv Wergeland Sørbye

Snakk sammen om legemidler!

ANMELDELSE: Hilde Frøyland har lang erfaring som farmasøyt, og denne boken har en bred faglig og helhetlig tilnærming. Hun bruker kliniske eksempler for å illustrere behovet for å skape en god dialog med legemiddelbrukeren.

Frøyland viser til forskning som stadfester at de fleste pasientene har utilstrekkelig kunnskap om bruken av medikamenter. Mange husker verken navn eller formål på foreskrevne medisiner. Det er vanskelig for pasientene å skille mellom ubehag som er forårsaket av sykdomsutviklingen og mulige bivirkninger av medikamentene. Frøyland viser til at dess mer tilfreds pasientene er med forklaringen, dess mer tro har de på behandlingen.

Feil medikamenthåndtering er den hyppigste årsaken til avviksmeldinger i helsetjenesten, fem til ti prosent av innleggelser i indremedisinske avdelinger skyldes feilaktig legemiddelbruk Norske sykehus kaster legemidler for 90 millioner kroner hvert år. Boken inneholder mye faktakunnskap, men forfatteren ønsker først og fremst å skrive om holdninger.

I den første delen handler boken om begreper, fenomener, sykdomsforståelse og samtaleteknikker. I den andre delen gis det ti samtaletips om hvordan legemiddelsamtalen kan legges opp i praksis. Her blir følelsesaspektet både hos bruker og helsepersonell vektlagt. Frøyland har med et nyttig underkapittel angående behov for å samtale med en tredjeperson til stede. Det være seg i forhold til fremmedspråklige, demente, barn eller foreldre.

Boka er skrevet for farmasøyter, men er høyst aktuell for sykepleiere. Legemiddelhåndtering er en sentral sykepleiefaglig oppgave. For å bli autoriserte sykepleiere må alle studentene ha 100 prosent riktig på en medikamentregnetest. I hvilken grad sykepleierne klarer å skape trygghet rundt medikamentenes innvirkning på sykdomsutviklingen og opplevelse av helse, blir ikke testet. Mange sykepleiere har mangelfull kjennskap til virkning og bivirkning av medikamenter. Til tross for hyppig kontakt kan det være lite kunnskap om pasientenes opplevelse av å være avhengig av medikamenter.

Frøylands holdninger gjennomsyrer boken. Hun legger vekt på å ivareta legemiddelbrukeren sin verdighet og integritet. Boken gir et verdifullt bidrag til den dannelseskulturen vi ønsker skal være på plass i den enkelte helsearbeiders møte med sin neste.

Siw Fossan

Alder: **39 år**
Stilling: **Spesialsykepleier i psykisk helse – barn 4, St. Olavs Hospital**
Favoritt: **Bandasje**

I denne spalten intervjuer vi sykepleiere om deres favoritting på jobben. Hvilket hjelpemiddel er din favoritt? Skriv til interaktivt@sykepleien.no

Små og fargerike gleder

Siw Fossans barnepasienter kan velge bandasjefarge selv. Det synes de er veldig stas. Tekst **Kristin Engløkken Mainitz** Foto **Marit Fonn**

Psykiatrisk sykepleier Siw Fossan jobber på en barneavdeling som behandler kreft- og blodsykdommer. Hun har sett hva en annerledes bandasje kan bidra med.

Hva er din favoritt?
En selvklebende bandasje. Den bruker vi for å pakke inn katetertuppen på sentrale venekateter hos barn med kreft- og blodsykdommer.

Hvorfor liker du den så godt?
Det er fordi den har gjort arbeidshverdagen ganske mye lettere. Tidligere måtte vi rive opp teip hver gang vi skulle bruke kateteret, så bandasjen har bidratt til en enklere arbeidsdag på den måten.

Hva brukes den til?
Vi setter den rundt kateterslangen fordi det skal holdes så rent som mulig. Barn er jo ofte borti mye forskjellig, så det er viktig å pakke den inn.

Hva synes pasientene om bandasjen?
Ungene synes det er veldig stas å få lov til å hjelpe til. Vi kaller det for pakken deres, og de får være med å åpne den opp. Vi spør om å få låne pakken for å ta litt blodprøver, og så lenge de yngste får hjelpe til litt, synes de det er ganske kjekt.

Hva synes du om designet?
Vi har bandasjer i flere farger, så det er klart det er morsommere enn de helt hvite bandasjene.

De yngste barna er glade over å kunne få velge farge selv. Jentene for eksempel velger ofte prinsesserosa – og det gjør det litt artigere for dem. Ofte er det andre ting som opptar ungdommene mer, men noen synes allikevel at det kan være stas å velge farger noen ganger.

Har du noe å utsette på designet?
Jeg vet at det finnes selvklebende bandasjer med mønster og motiver, men jeg får ikke mange spørsmål fra ungene om det. De virker å være fornøyd med det utvalget av farger vi har.

Quiz

Tekst **Nina Hernæs**

Er du en kompetent sykepleier?

Test kunnskapene med vår aktuelle og nådeløse quiz!

1. Hva er orkitt?
A Testikkelbetennelse
B Ørebetennelse
C Fuglekikkersyke

2. Hva er epididymitt?
A Betennelse i bitestikkelen
B Betennelse i overhuden
C Sprutbrekninger

3. Hva er parotitt?
A Betennelse i ørespyttkjertelen
B Betennelse i pannebeinet
C Papegøyesyke

4. Hva er den vanligste årsaken til parotitt?
A Kusma
B Røde hunder
C Meslinger

5. Hva heter prøven som tas for å diagnostisere tuberkulose?
A Pirquet
B Mantoux
C Rispeaux

6. Når kom det effektive medisiner mot tuberkulose?
A 1920-tallet
B 1930-tallet
C 1940-tallet

7. Hva er vipera berus?
A Et narkotisk stoff
B En spesiell type utslett
C Huggorm

8. Hva er cyanea capillata?
A En kjønnssykdom
B Hudeksem
C En brennmanet

9. Hva er trachinus draco?
A En luftveissykdom
B Dragelignende skjell på huden
C Fjesing

10. Hvem får oftest leddgikt?
A Kvinner
B Menn
C Barn

PAPEGØYE: Har denne noe med parotitt å gjøre? Foto: Colourbox.

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

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

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

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

SVAR: 1A Testikkelbetennelse 2A Betennelse i bitestikkelen 3A Betennelse i ørespyttkjertelen 4A Kusma 5B Mantoux 6C 1940-tallet 7C Huggorm 8C En brennmanet 9C Fjesing 10A Kvinner

Nytt syn på omsorgsyrker

Informasjonsvideoer om omsorgsyrker fikk ungdom til å endre oppfatning.

Tekst **Susanne Dietrichson**

Norske og internasjonale målinger viser at pleie- og omsorgsyrker skårer lavt blant ungdomsskoleungdom, og særlig blant gutter. Lav lønn, lange arbeidsdager, rutinepreg, sykdom og død er faktorer som assosieres med disse yrkene og gjør dem lite attraktive i ungdoms øyne.

Menn inn i omsorgsyrker

Helge Svare, dr.philos. og seniorforsker ved Arbeidsforskningsinstituttet, har sett på ungdommers holdninger til omsorgsyrker før og etter at de hadde sett noen informasjonsvideoer om slike yrker. Resultatene er beskrevet i denne utgaven av Sykepleien Forskning.

– Undersøkelsen var en del av et større, tredelt forskningsprosjekt ved Høgskolen i Telemark om ungdom og omsorgsyrker, forteller Svare.

– Vi ville finne ut hva man kan gjøre for å rekruttere flere menn til pleie- og omsorgsyrkene, hvorfor de ikke velger slike yrker og hvorfor de oftere enn kvinner slutter i disse jobbene.

Ungdommene i studien er rekruttert fra en skole i Telemark som ifølge forskeren var spesielt representativ med elever fra både by og land, villa og blokk.

Nederst på lista

De 55 tiendeklassingene som deltok i undersøkelsen endret synet på omsorgsyrker etter at de hadde sett videoene.

– Flesteparten av ungdommene var svært negativ innstilt til omsorgsyrker og svært få kunne tenke seg å velge et slikt yrke før de så videoen, sier Svare.

– Tilbakemeldingene viste at ungdommene ble positivt overrasket. De fikk et mer positivt syn på omsorgsyrker, selv om de fortsatt ikke ønsket å velge et slikt yrke selv.

ENDRET SYN: Ungdommer som så videoer om pleie- og omsorgsyrker ble mer positivt innstilt til disse yrkene. Foto: Erik M. Sundt.

Modningsprosess

Svare mener at informasjon og tid er faktorer som kan bidra til at ungdommer likevel velger omsorgsyrker.

Å velge et yrke er en modningsprosess, mange faktorer over tid spiller inn. Informasjon, samt å ta med barnehagebarn på besøk og rekruttere ungdommer til sykehjem i arbeidsuker, er tiltak som kan bidra til rekruttering, tror Svare.

– Blant dem som velger omsorgsyrker har det hittil vært en overvekt av kvinner med et tradisjonelt livssyn, påpeker han.

– Men dette er ikke en gruppe i vekst, for å si det sånn. IIII

Les forskningsartikkelen i Sykepleien Forskning 4-2011, s. 324.

Forskning

Kunnskap må ikke bare gå en vei. Side 86

By om fremtiden. Side 72

Laboratoriene må ha ansvaret. Side 74

Mennesker & meninger

Sykepleien

Sterke synspunkter? Skriv til oss!

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

TETT PÅ ELI GUNHILD BY

«Det å bli en synlig person er stresset mitt.»

82

DILEMMA PER NORTVEDT

«Er kvinnen virkelig samtykkekompetent når hun ønsker å forkomme i sin egen seng?»

80

Ny forbundsleder Eli Gunhild By

Stilling: **Forbundsleder i NSF**
E-post: **eli.gunhild.by@sykepleierforbundet.no**

Plassen i førersetet inntas med stor

Lysene i landsmøtesalen er slukket. Viktige vedtak er gjort. Delegatene har reist hjem. En ny fireårsperiode er begynt. Jeg er valgt til forbundsleder i Norsk Sykepleierforbund.

Dere har vist meg en tillit jeg har stor ydmykhet og respekt for, og jeg tar fatt på oppgaven fylt av stolthet. NSF er blitt en organisasjon med store muskler. Vi blir lyttet til og respektert, denne posisjonen tar jeg ansvar for å videreutvikle.

Ved inngangen til 100-årsjubileet var det fantastisk å oppleve våre tre æresmedlemmer. De var til stede på hele landsmøtet, og de var godt forberedt. Alle sakene var gjennomlest og reflektert over og interessante tanker ble formidlet. De delte sine erfaringer fra til sammen over 100 års medlemskap under avslutningen av landsmøtet. Med mange studentrepresentanter i salen ble det en magisk stemning. Fortid, nåtid og fremtid for Norsk Sykepleierforbund var til stede i samme sal! Jeg opplevde at alt vi gjør henger sammen, og det har det gjort i snart hundre år. Det ga meg stor tro på fremtiden.

Mange viktige saker ble behandlet på en grundig måte, noen vanskelige å komme til enighet om, andre ble tilnærmet enstemmig vedtatt. Det er mitt sterke inntrykk at delegatene reiste hjem til sine respektive fylker med en følelse av at vi i fellesskap hadde løftet organisasjonen enda et hakk.

Faglig mobiliserings- og profileringskampanje skapte stor begeistring. Svært mange delegater gikk på talerstolen og uttrykte glede over den nye sykepleiemodellen, den faglige mobiliseringsplanen og de nye reklamefilmene. Sangen som hadde premiere ved landsmøtets start, beveget mange, og delegatene ga uttrykk for at de kjente seg godt igjen i bildene i filmene og teksten i sangen. Det blir spennende å se om vi ved hjelp av filmene kan løfte den norske befolknings kjennskap til sykepleie. Nullpunktsundersøkelsen i uken før landsmøtet ga signaler om at noe må gjøres. På spørsmålet; kan du nevne en helseprofesjon, nevnte 40 prosent av de spurte legene først, mens bare 4 prosent hadde sykepleiere som førstevalg.

Det er for tidlig å gå inn i hver enkelt sak fra landsmøtet. Disse skal samlet komme til uttrykk i NSFs prinsipprogram og innsatsområder de neste fire år. Noen punkter er imidlertid viktig å legge vekt på allerede nå. Vi vedtok tre politiske resolusjoner. Den første sier at: «Seriøse arbeidsgivere følger loven». Bakteppet for denne resolusjonen er jo svært mangfoldig. Adeccosaken sier alt om betydningen av en slik resolusjon. Helsepolitisk dag på første landsmøtedag ga noen signaler om hva helseministeren og Erna Solberg tenker om dette. Men politiske signaler er jo ingenting annet enn det. Vi må se handling bak ordene før vi viser optimisme her. For NSF er det en selvfølge å overholde arbeidsmiljøloven og avtale turnusplaner. Helsemyndigheter i kommuner og spesialisthelsetjenesten må gis ressurser til å gjennomføre disse oppgavene. Da først har vi tro på at politikerne legger handling bak ordene.

«God sykepleie er en forutsetning for kvalitet i helsetjenesten». Dette er resolusjon nummer to. En selvfølgelighet for oss, men ikke for våre politiske myndigheter. Det er ikke mulig å tolke deres insistering på profesjonsnøytralitet på andre måter. Vi vet at hvis gjennomføring av Samhandlingsrefor-

ELI GUNHILD BY har tatt over som leder av Norske Sykepleierforbund etter Lisbeth Normann. Her blir hun gratulert på landsmøtet i november. Foto: Erik M. Sundt.

glede!

men skal bli vellykket, må sykepleietjenesten være forankret og ha en sentral posisjon på nasjonalt nivå. Sykepleiere må lede sykepleiere, pasientene må sikres ved hjelp av helhetlige og kvalitetssikrede systemer, og kompetansen i spesialisthelsetjenesten må sikres ved at sykepleiere får videreutdanne seg med full lønn fra arbeidsgiver. Vi vet at hvis norsk helsetjeneste er et hjul som må gå rundt for at ting skal fungere, er sykepleie navet i det hjulet. Uten nav, ingen fungerende helsetjeneste.

«Nasjonal sjefsykepleier» var den tredje politiske resolusjonen på landsmøtet. Vi stiller oss egentlig litt undrende til at man ikke

Sjefsykepleieren fungerer som en koordinerende enhet for hele sykepleietjenesten.

allerede har gjort som Sverige, Finland, Danmark, England og USA. Her fungerer sjefsykepleieren som en koordinerende enhet for hele sykepleietjenesten. Også Norge trenger en helhetlig plan for å sikre sykepleiekompetanse og spesialsykepleierkompetanse til pasientene nå og i fremtiden. Norge må etablere en helhetlig og systematisk oppfølging av kvalitet i sykepleien. Nasjonal sjefsykepleier kan løse utfordringen!

Til slutt vil jeg på vegne av hele den nye forbundsledelsen si at vi gleder oss enormt til å ta fatt på alle de spennende utfordringene som ligger foran oss de neste fire år!

Eli Gunhild By

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

Laboratoriene må ta ansvar for prøvetaking

Det har lenge bekymret meg at ansvaret for den prøvetakingen som foretas av andre enn de laboratorieansatte faller mellom flere stoler. I over tretti år har jeg jobbet med prøvetaking, og jeg har beveget meg mye ute på ulike sykehusavdelinger. Jeg ser altfor ofte at merking og ID-sikring ved prøvetaking ikke er på plass.

For å illustrere hva jeg mener vil jeg fortelle om noen erfaringer fra nyere tid. Da jeg skulle opereres ved det samme sykehuset som jeg jobber, fikk jeg tatt pretransfusjonsprøver av en sykepleier på posten. Hun spurte ikke om noen ting før hun klistret en navnelapp på prøven. ID-bånd hadde jeg ikke fått. Da jeg uttrykte ønske om at prosedyren for merking og ID-sikring skulle følges, så hun helt uforstående på meg og forklarte at hun visste godt hvem jeg var. Et par dager senere skulle damen i sengen ved siden av få blodtransfusjon. Jeg kunne ikke unngå å legge merke til at det ikke ble foretatt ID-kontroll av henne, og at heller ikke hun hadde ID-bånd. Som ansatt vet jeg at det er helt vanlig at slik identifisering foregår mot noen papirer på vaktrommet. Legen hadde nettopp forklart meg at jeg hadde blødd mye under operasjonen. Jeg følte meg ille til mote.

Der jeg jobber tar laboratoriet blodprøver på faste runder. Prøvetaking utenom rundene må postene selv sørge for, men det hender at vi rykker ut og hjelper sykepleiere med prøvetaking når de har problemer. Nylig ble jeg tilkalt for å bistå ved en problematisk prøvetaking. Det skulle tas pretransfusjonsprøver. Sykepleieren hadde gjort en hederlig innsats for å få til venepunksjonen. Det var bare det at hun ikke engang hadde tenkt på å ta med seg navnelapper inn til pasienten. Slike episoder har jeg skrevet om i avvikssystemet. Avviksmeldingene blir behandlet seriøst og sendt til avdelingen der hendelsen fant sted. Det kan virke som om de blir mottatt av noen fra en annen planet. Avviket blir behandlet og lukket med konklusjon om «moderat fare for skade på pasient».

Som nyutdannet bioingeniør var jeg en gang til stede ved sengen til en pasient som fikk feiltransfusjon. Det som skjedde var alt annet enn moderat. Heldigvis overlevde hun, takket være

SIDEN SIST

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

«Lav moral»

Jeg leser med forundring og forskrekkelse intervjuet med Nina Olsvold i Sykepleien 12/2011 s. 16 – der det står følgende:

«Bare 25 prosent av sykepleierne i undersøkelsen sier de er sikre på at foretaksledelsen vil iverksette tiltak for å løse problemer angående pasientbehandlingen.

– Det bør ikke minst bekymre ledelsen ved sykehusene. Oslo universitetssykehus er jo et trist eksempel på hvordan manglende tillit til ledelsen og styret fører til lav moral blant de ansatte. Det skaper en svært alvorlig situasjon for sykehuset. Basert på min egen studie kan det virke som tilliten til ledelsen over postnivå er dårligere etter sykehusreformens omorganisering av ledelsesstrukturen i sykehusene. En grunn til det tror jeg er at ledelsen oppfattes som mer distansert og formell enn tidligere, og at økonomiske målsettinger som setter budsjettdisiplin i høysetet fører til at de ansatte opplever at de selv og ledelsen ikke har samme oppfatning av hva som skal til for å gi forsvarlig pasientbehandling, sier hun» – altså Nina Olsvold.

Hvordan og hvor fremkommer denne koplingen mellom dårlig tillit til ledelsen og lav moral blant de ansatte ved Oslo universitetssykehus? Det er en ganske alvorlig påstand å fremsette. Så vidt jeg har lest, hørt og erfart reagerer helsepersonell på en del prioriteringer og situasjoner fordi de nettopp har høy moral – det er derfor de reagerer – og helsepersonell jobber nesten livet av seg for å gjøre en god jobb i vanskelige tider. Er denne slutningen basert på seriøse undersøkelser, innlegg i pressen, intervjuer med helsepersonell eller hva? Hvor? Når? Det fremkommer ikke noen slik kopling i undersøkelsen det vises til i Sykepleien (s. 12-14), og her er heller ikke spesifikke sykehus identifisert. Menes det her at fordi helsepersonell sier de ikke rekker å gjøre alt de mener de bør gjøre for å oppnå god kvalitet, så er det fordi de har lav moral? Er det ikke fordi det er for få ressurser? Og hvor er koplingen mellom undersøkelsen og Oslo universitetssykehus?

Hvordan er det mulig å fremsette en så alvorlig påstand uten noe som helst dekning i et fagblad – som jeg i alle fall hittil har oppfattet som rimelig seriøst??

Vivi-Ann Sandersen, fagutviklingssykepleier operasjonsavdelingen, Akuttklinikken, Oslo universitetssykehus

Tilsvar:

Jeg må bare beklage at jeg har uttrykt meg på en måte som har skapt rom for misforståelse. Jeg ser at det å bruke uttrykket «lav moral» om reaksjoner på vanskelige arbeidsforhold er vanligere på engelsk (low morale) enn på norsk. La meg derfor få understreke at jeg ikke mener at sykepleierne, eller andre ved OUS, har lav moral i betydningen dårlig arbeidsmoral eller at de ikke utviser høy moral, det vil si at de ikke handler moralsk ansvarlig, i sitt daglige arbeid. Det mener jeg selvfølgelig ikke, snarere tvert imot. Uttrykket ble kun valgt av meg som synonym for følelser av motløshet, fortvilelse eller oppgitthet som kan oppstå når en vanskelig arbeidssituasjon vedvarer over tid. Ofte vil det være de mest idealistiske arbeidstakerne, altså de med høyest moral som vil bli mest fortvilet når de opplever at arbeidsforholdene hindrer dem i å gjøre en god jobb, til tross for at de kompenserer for disse hindringene så godt de kan. Når jeg trakk frem OUS var det kun som et eksempel på et sykehus der gjentatte innlegg i dagspressen i relativt sterke ordelag har gitt uttrykk for at tilliten til ledelsen og styret er tynnslitt, og at mange av de ansatte er fortvilet over situasjonen ved sykehuset. Jeg vet at helsepersonellet ved OUS gjør en formidabel innsats, og jeg er enig i at de utviser høy faglig integritet og ansvarlighet, altså høy moral, når de varsler om at arbeidsforholdene er vanskelige.

Nina Olsvold

dyktig personale fra anestesiavdelingen som ikke var langt unna. Jeg ser for meg ansiktet til denne pasienten hver gang jeg kommer over uregelmessigheter med ID-sikring og merking av prøver. For henne var det kvaliteten på tjenesten som hadde betydning, og ikke hvem som hadde ansvaret.

Bioingeniører og helsesekretærer har fått en svært streng «oppdragelse» når det gjelder ID-sikring. I andres oppdragelse er det lagt mer vekt på andre forhold.

Per i dag er det uklart hvem som har ansvaret når prøven blir tatt av personale som ikke er ansatt på laboratoriet. Den som tar prøven forstår ikke problemet, og den som ser problemet har ikke noe ansvar. Det plager meg å være nødt til å stikke hodet i sanden og ikke kunne gjøre noe med det. Av bitter erfaring vet jeg hvor lett det er å gjøre en liten feil som får store konsekvenser. Eksemplene jeg har beskrevet er bare noen få av mange jeg har kommet over.

Som pasient har jeg fått utmerket pleie og omsorg av flinke fagfolk som er opptatt av kvalitetssikring. De strekker seg langt for å gjøre en god jobb. Likevel skorter det på bruk av enkle prosedyrer som koster minimalt av både tid og penger, og som kan redde liv.

Der jeg jobber har laboratoriet akkrediterte prosedyrer for prøvetaking. De inneholder detaljerte beskrivelser av hvordan identifisering og merking skal foregå. De ulike sengepostene har sine egne prosedyrer. Ikke en eneste av de prosedyrene jeg har sett på sengepostene nevner merking.

For pasientenes skyld mener jeg laboratoriene må ta ansvaret for å lage overordnede prosedyrer som skal gjelde alle som tar blodprøver – og andre prøver – på hele sykehuset. Bioingeniører som underviser andre i prøvetaking må huske på å presisere i minste detalj hvordan identifisering og merking skal praktiseres.

Jeg kunne ønske meg en undervisningsfilm som viser hvordan det skal gjøres og noen aktuelle eksempler på hvor galt det kan gå. En lenke er som kjent ikke sterkere enn det svakeste ledd. Dette svake leddet kan norske sykehus ikke være bekjent av.

Hvilke synspunkter har BFI på denne problemstillingen? Hva mener sykepleierne, blodbankansatte og andre bioingeniører?

Sonja Skaar, bioingeniør ved Oslo universitetssykehus Ullevål

En pupp – eller kanskje to?

Mange kvinner i vårt land får dessverre diagnosen brystkreft. Heldigvis er det mange som overlever etter å ha gjennomgått medisinsk og kirurgisk behandling. Man er likevel ikke ferdig behandlingsmessig fordi mange av kvinnene fortsatt mangler et bryst både i ett, to og opp til fem år etter at det ble fjernet. Dette er rett og slett ikke akseptabelt.

Helseministeren prater og prater. Det samme gjør flere av regjeringens kvinner. Det skal gjøres noe, er det som blir sagt fra regjeringen. Men det skjer ingen ting. Prioriteringsveilederen for plastikkirurgi fra 2009 er fortsatt gjeldende. I den står det ingenting om at brystkreftopererte skal prioriteres.

Jeg trodde at en regjering med så mange kvinner ville forstå og ikke minst støtte sine medsøstre i kampen. Dernest å kunne påvirke mennene i en regjering som sitter med både penger og makt for å få ordnet opp for alle som trenger denne behandlingen.

Derfor fremmer Frp nå et forslag om å innføre en behandlingsfrist på seks måneder for rekonstruksjon av bryst etter kreftoperasjon. Det skal bli spennende å se om det kommer noen støtte også fra de kvinnelige medsøstrene i regjeringen.

Laila Marie Reiertsen (Frp), stortingsrepresentant

Åpent brev til helseminister Anne-Grete Strøm-Erichsen

I Midtnytt, 12/10, er statens arbeidsgiverrepresentant Anne-Kari Bratten igjen ute og tilkjennegir en holdning til arbeidslivets spilleregler som bekymrer meg som ansatt og tillitsvalgt. I relativt klare ordelag sier hun at man bør kunne pålegge ansatte i helsevesenet økt arbeidstid og mer ubekvemstid uten at dette avtales med tillitsvalgt på noen måte. Det framgår også av intervjuet at økt arbeidstid og økt helgebelastning helst skal skje uten noen form for kompensasjon verken økonomisk eller hva gjelder fritid.

Da Anne-Kari Bratten er en representant for staten, og dermed den rød-grønne regjeringen, ønsker jeg å spørre deg om hennes syn på spillereglene og de tillitsvalgte deles av regjeringen? Jeg har tidligere vært av den klare oppfatning at en regjering bestående av partier som Arbeiderpartiet og SV, er til å stole på for ansatte i helsevesenet når det gjelder vernebestemmelser og overholdelse av arbeidslivets spilleregler. I den siste tiden har vi dessverre opplevd det stikk motsatte. Deres representant Anne-Kari Bratten har i tide og utide tatt til orde for å radere nettopp den loven.

Arbeiderpartiet fant opp arbeidsmiljøloven, men setter nå til side alle avtaleverk man gjennom flere årtier har forhandlet frem som et vern for ansatte. Er dette noe du som sykehuseier, ansvarlig statsråd og Arbeiderpartirepresentant bifaller? I så fall ønsker vi alle et klart og tydelig svar på dette, da det vil ha innvirkninger på hvilket parti man gir sin stemme til i både stortings- og kommunevalg i årene som kommer.

Kenneth Grip, plasstillitsvalgt NSF, St. Olavs Hospital

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

Samhandlingsreform – eller kaos?

Året 2012 nærmer seg med stormskritt. Dette er året den sagnomsuste samhandlingsreformen trer i kraft. Pasientene blir berørt, samt sykepleiere, leger og helsepersonell for øvrig. En reform er i politikken et ord på en forandring til forbedring. Det samme var det med NAV-reformen. Vi så alle hvordan det gikk.

Samhandlingsreformen er av mange politikere omtalt som svaret på utfordringene i helsetjenestene våre, både organisatorisk, økonomisk og faglig. Jens Stoltenberg uttalte følgende om samhandlingsreformen: «Forebygge mer, behandle tidligere og samhandle bedre.» Intensjonen er bra, siden det er fokus på å forebygge i stedet for å reparere, tidlig innsats framfor sen innsats og ønske om å flytte tjenestene nærmere der folk bor. Da blir det flere oppgaver til kommunene og forhåpentlig mer penger til å utføre tjenestene. En del kommuner er godt i gang, denne oppbyggingen vil skje over tid.

Vil nå denne reformen gi et bedre helsetilbud til meg og deg?

Fortsatt er det fastlegene som legger inn pasientene, ikke rådmann, ordfører eller bystyret. Men kan vi risikere at samhandlingsreformen medfører kaos på linje med da NAV-reformen ble gjennomført? La oss ikke håpe det.

Kommunene skal ha ansvaret fra første dag etter at sykehusene har definert en pasient som utskrivingsklar. Videre er det foreslått en såkalt medfinansiering, hvor 20 prosent av sykehusets kostnader flyttes til kommunene som igjen må betale 20 prosent av det hver pasient som legges inn på sykehuset koster. Her må de enkelte kommune inngå avtaler med sine sykehus. Jeg ser for meg Nesna kommune i forhandlinger med Helse Nord, det blir rått parti. De små kommunene må snarest søke allianser med andre kommuner, trolig har ikke alle ordførere skjønt dette ennå.

Her i regionen er RESO Salten et samarbeidsorgan mellom NLSH og kommunene Beiarn, Bodø, Fauske, Gildeskål, Meløy, Røst, Saltdal, Steigen, Sørfold, Værøy, Tysfjord og Hamarøy med en total befolkning på cirka 81 000. RESO Salten skal forsøke å finne løsningene på noen av utfordringene. Salten regionråd, Sunnhet i Salten og Nordlandssykehuset er også noen av aktørene som med letthet finner felles utfordringer, men også løsninger opp mot det store spørsmålet for mange kommuner: økonomi.

Blant kommunepolitikere er det stor usikkerhet om samhandlingsreformen vil føre til bedre helsetjenester. Fagmiljøer og lønn er den viktigste rekrutteringsfaktoren for sykepleiere og leger. Dette er også reformens store kattepine: Å skaffe tilstrekkelig kompetanse og etablere fagmiljøer i små kommuner. Hvis man skal gjennomføre de gode tiltakene som ligger i samhandlingsreformen, må antall spesialsykepleiere i kommunen økes. Pasientene trenger trygghet for at de får nødvendig og kompetent omsorg.

I Steigen har man såkalte preOB (Prehospital observasjon og behandling). Det er et samarbeid, mellom kommunene Steigen, Saltdal, Meløy og NLSH. Dette er en legestyrt sengeenhet i tilknytning til sykehjem hvor pasienter kan legges inn av fastlege eller legevakt for inntil tre døgn. Dette er et eksempel på en sykestue som kan etableres i «enhver liten kommune». Andre funksjoner er lindrende behandling, korttidsrehabilitering, røntgen, blodtransfusjon, cellegiftkur, dialyse etc.

Hvis sykehus skriver ut pasienter til en kommune som mangler nødvendig kompetansen til å utføre nevnte oppgaver, blir det langt fra enkelt hvis man fra før har en anstrengt helseøkonomi. Hvis samhandlingsformen skal fungere må kompetansegapet mellom sykehus og kommuner tettes. Det kan se ut som reformen for flere kommuner kommer som «julekvelden på kjerringa». Skal man da komme med pålegg til kommunen uten å stille spørsmål om de er i stand til å løse dem, eller skal kommunene «samhandle» med underbemanning? Blir det da optimale pasientforløp? Startskuddet går 1. januar 2012.

Tor Erlend Nordhuus, hovedtillitsvalgt (HTV)
sykepleierforbundet, Bodø kommune

www.sykepleien.no

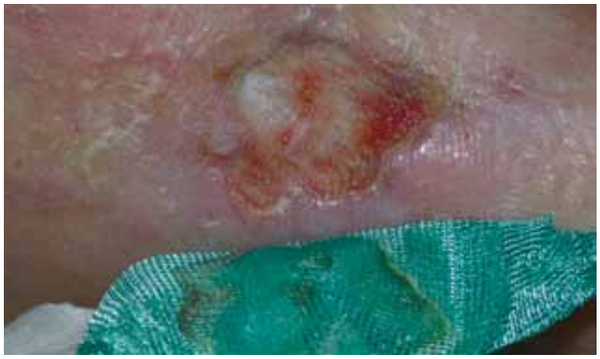
Du kan si din mening om aktuelle saker på sykepleien.no

LANGE ARBEIDSDAGER OG TRETTE BEN?
– Strømpene som gjør dagen lettere for deg kjøper du hos WWW.XWEAR.NO

Varer og faktura sendes med posten.
NB: Alle varer er sertifisert med Øko-Tex Standard 100.

Sorbact®

Binder bakterier og sopp uten resistensutvikling



Renser opp væskende, koloniserte og infiserte sår.

Effektiv eliminering av soppinfeksjoner i hudfolder.

Beskyttende kirurgisk plaster i kombinasjon med Sorbacts bakteriebindende egenskap.

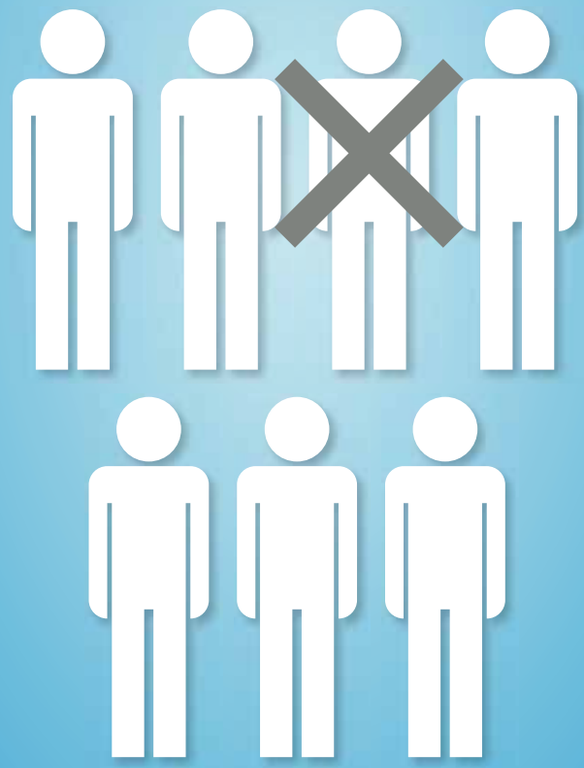
Sorbact finnes i et bredt sortiment av skumbandasje, gelbandasje, kompresser, tamponader og kirurgisk plaster.

Kontakt oss gjerne for mer informasjon på pharma@abigo.no

abigo

ABIGO Medical AS, www.abigo.no, www.sorbact.com
Tel. +47 93 43 26 21, pharma@abigo.no

FOLK DØR MENS DE VENTER



Når skal myndighetene forstå at kreft er en akutt tilstand?

Sterke brystsmerter? Hjerneslag? Da lander et helikopter i hagen din. Eller en ambulanse med blålys hviner inn på gårdsplassen.
Men hvis din fastlege får mistanke om at du har kreft, da kan du vente i måneder før du får en diagnose. Dette paradokset gjør at 1 av 7 dør mens de venter. Er dette velferdsstaten Norge verdig?

Våre mål:
Kreft skal ha status som akutt.
Ventegaranti ved begrunnet mistanke.
Opprettelse av tverrfaglig diagnosesenter i alle Helseregioner.

Støtt kampen for raskere kreftdiagnose! Hjelp oss med å påvirke myndighetene! Besøk oss på **facebook.com/Innen48Timer.**

KREFTDIAGNOSE INNEN 48 TIMER
FOLK DØR I KØ

www.innen48timer.no

Per Koren Solvang,
professor på Høgskolen i Oslo, avdeling helsefag.

Hvor normalt er det å væ

Det normale er ikke noe naturgitt vi bare må forholde oss til, det er sosialt skapt og del av en virksom makt.

I begynnelsen av september i år kom normaliteten på dagsorden etter en artikkel i Samtiden av legen og journalisten Charlotte Lunde. Tema var ADHD, og et hovedspørsmål i diskusjonen var om vi i økende grad medisinerer barn med psykofarmaka fordi det vi regner som normalt blir stadig smalere. Eller omvendt; hvor mye avvik eller annerledeshet skal samfunnet sette seg i stand til å kunne møte uten behandlingstiltak?

Kommentator Lena Lindgren i Morgenbladet tok til orde for at samfunns- og humaniorafaglig forskning må komme på banen. Som sosiolog tar jeg så klart godt imot dette. Forholdet mellom normalitet og avvik avgjøres ikke bare av å måle biologiske forhold. Det normale er ikke noe naturgitt vi bare må forholde oss til, det er sosialt skapt og del av en virksom makt.

Konstruert

Det normale er en størrelse som unndrar seg en enkel og entydig definering, i hvert fall ifølge betydningen begrepet har i fagspråk og dagligtale. Den svenske handikapforskeren Magnus Tideman har sammenfattet tre ulike prinsipper for definering. For det første har vi en statistisk definisjon av normalitet. Her står normalfordelingskurven og standardavviket i sentrum. For det andre har vi en medisinsk definisjon av normalitet. Når man er frisk, er man normal, og er man syk, trenger man behandling for å komme ut av en i prinsippet unormal tilstand. For det tredje kan det pekes ut en normativ definisjon av normalitet, det vil si hva som på et gitt tidspunkt i et gitt samfunn oppfattes som en riktig og god levemåte. Dette kan vi si er en moralsk definisjon av normaliteten.

> Verdsetting av annerledeshet er langt fra noen enkel løsning.

Når begrepet om normalitet brukes i fagspråk og dagligtale, trekker det på alle disse tre måtene å forstå normalitet.

Verdsatt

På Dagsrevyen var det for en tid siden et innslag om en mann som hadde vært utsatt for en ulykke og blitt funksjonshemmet. Ulykken kvalifiserte til forsikringsutbetaling fra Gjensidige, men det var oppstått strid om erstatningsbeløpet. I argumentasjonen ble saksøkers situasjon beskrevet slik: «Han trenger 17 millioner kroner for å kunne leve et tilnærmet normalt liv». Her ser vi det normale som en standard i et krav om rettferdighet. På denne måten er det normale politisk produktivt.

Da den danske handikappolitikeren Oluf Lauth i 1978 ga ut sin politiske selvbiografi, kalte han den «Lykken er at være normal». Og et ekko av dette perspektivet finner vi i de politiske reformene for funksjonshemmete som har vært lansert som normaliseringsreformer i skolen og i omsorgspolitikken. Denne politisk strategiske bruken av normaliteten har lange historiske røtter.

Historikeren Anne Lise Seip har påpekt at da sosialpolitikken ble formet på 1930-tallet, var vitenskapelig funderte standarder avgjørende for hvordan målsettingene for politikken skulle settes. Dette er knyttet til vitenskapens inntog i sosialpolitikken. Vitenskapen kunne levere standarder for fattigdom, intelligens og ernæring som kunne brukes til politisk styring. Dette er en viktig betydning av normaliteten også i dag.

I et individperspektiv er normaliteten viktig som anerkjennelse for å være noe annet enn avviket. Fotballspilleren Dagfinn Enerly var i sommer gjest i P2 radio og fortalte om sin dramatiske historie og livssituasjon etter at han ble lammet i store deler av kroppen etter en ulykke på fotballbanen. Ikke én gang i det timelange programmet brukte han ordet funksjonshemmet. Svært mange mennesker med funksjonshemninger vil ikke knyttes til kategorien funksjonshemmet, som gjør dem til avvikere og setter dem utenfor normaliteten. De vil klare seg mest mulig selv, de vil passere som normale, og hvis de trenger hjelp er det på grunn av en sykdom eller skade som i prinsippet kan helbredes.

Handikapforskerne Mårten Söder og Johans Sandvin gjorde på slutten av 1990-tallet en studie av bokollektiver for psykisk utviklingshemmete. Rapporten fra studien fikk navnet «Normaliseringsarbeid og ambivalens». I gruppeboligene for utviklingshemmete handlet det om et daglig strev for å oppnå normalitet, og i analysen bruker Søder og Sandvin Marianne Gullestads studier av norsk hverdagsliv som et referansepunkt for å innkretse de standarder som personalet setter opp som en god normalitet. Et funn hos Söder og Sandvin er at normaliteten er noe som er vanskelig å tematisere. Når man begynner å snakke om det normale, da blir det straks noe annet, en standard som avviket måles opp mot.

En tilsvarende påpekning finner vi hos statsviteren Thorvald Sirnes, som viser til at det kun er i et historisk perspektiv at

re normal?

vi presist kan studere normaliteten. Den dagsaktuelle normaliteten er vanskelig å se fordi den utgjør de øynene vi ser med.

Problematisk

Hvem er det som bestemmer hva som er det normale? Og er det sikkert at dette normale er det riktige for alle? Den amerikanske litteraturforskeren Rosemarie Garland-Thomson peker ut the normate, den posisjonen som et avvik som funksjonshemning avgrenses opp mot. I hennes perspektiv er den funksjonshemmete en kulturelt og historisk spesifikk figur, men undertrykkes av forestillingene om det normale, om normen, og hegemoniet til denne forestillingen.

Målet for politikken på feltet funksjonshemning har vært et likeverdig liv for funksjonshemmete, og dette målet er blitt knyttet til ensrettende ideer om normalisering og integrering som gir seg ut for å være det naturlige for alle funksjonshemmete. Men normaliteten er som påpekt ikke naturgitt, men konstruert av bestemte krefter til bestemte formål. Dette gjør at normaliteten kun blir en av flere mulige tilpasninger funksjonshemmete og andre utsatte grupper kan gjøre i forhold til de rådende samfunnsforhold.

Døve er en gruppe som har gjort dette poenget svært tydelig. De viser til at normalisering for dem har vært en undertrykkelse av tegnspråk og døv identitet. De har arbeidet for å beholde spesialskolene som ble truet av normaliseringsreformene, og mange døve ser på egen gruppe som representanter for en verdsatt annerledeshet med eget språk og egen kultur, på linje med for eksempel den samiske befolkningen i Norge.

Mot en dekonstruert normalitet?

Den franske filosofen Julia Kristeva argumenterer for at vi befinner oss i en historisk fase der annerledeshet må gjelde som norm. Det handler ikke lenger om å reparere defekter i forhold til en normalitetsstandard, men om å anerkjenne at samfunnet består av forskjellige måter å være menneske på.

Verdsetting av annerledeshet er langt fra noen enkel løsning. Det betyr for eksempel at hyperaktive elever må tilbys flere løsninger enn ADHD-diagnose og behandling med psykoaktive medikamenter, og døve må få rom til å fremme tegnspråk og dyrke det kulturelle fellesskapet av tegnspråkbrukere. Men samtidig er det avgjørende at medikamentell behandling ikke gjøres til tabu, og at en bestemt forståelse av hva det vil si å være døv ikke får dominere. Annerledeshet som normalitetens erstatter er en krevende balansegang. IIII

NORMAL? Historien vil vise om det vi nå definerer som normalt, vil bli sett på med andre øyne når noen år er gått. Illustrasjonfoto: Colourbox.

REFERANSER

Engebretsen, Eivind og Per Koren Solvang (2010). Annerledeshet: Sårbarhetens språk og politikk, i Kristeva, Julia og Eivind Engebretsen (red.) Annerledeshet: Sårbarhetens språk og politikk. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristeva, Julia (2008). Brev til presidenten. Om mennesker med funksjonshemning. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag

Sandvin, Johans, Mårten Söder, Tone Magnussen og Willy Lichtwark (1998) Normaliseringsarbeid og ambivalens. Bofellesskap som omsorgsarena. Oslo: Universitetsforlaget.

Seip, Anne Lise (1989) Politikkens vitenskapeliggjøring, i Nytt norsk tidsskrift, vol. 6, nr. 3, side 210–225.

Sirnes, T.(2006) Den gode normaliteten, i T. Hylland Eriksen and J.-K. Brevik (red) Normalitet. Oslo: Universitetsforlaget.

Solvang, Per (2007). Developing and ambivalence perspective on medical labelling in education: case dyslexia, in International Studies in Sociology of Education, vol. 17, nos 1-2, pp. 79–74

Thomson, Rosemarie Garland (1997). Extraordinary Bodies: Figuring Physical Disability in American Culture and Literature. New York: Colombia University Press.

Tideman, Magnus (2004) «Lika som andra» i Anders Gustavsson (red.) Delaktighetens språk. Lund: Studentlitteratur.

Navn: **Per Nortvedt**
Bakgrunn: **Professor ved seksjon for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo**
E-post: **p.nortvedt@medisin.uio.no**

Pasient grodde fast i madrassen

Hun hadde nektet grunnleggende pleie og fikk så store liggesår med komplikasjoner at hun døde.

Østlandssendingen meldte lørdag den 25. oktober 2010 at en kvinne har blitt lagt inn på Akershus universitetssykehus med så store liggesår at det måtte operasjon til for å frigjøre kroppen hennes fra madrassen.

«Kvinnen som ble lagt inn på Ahus har i dagens system all rett til å nekte å ta imot behandling til tross for store konsekvenser. Pasienter og mennesker kan forgå hvis de ønsker det uten at helsevesenet griper inn, men det går selvfølgelig en grense», sier fylkeslege i Oslo og Akershus, Petter Schou. «Hvor går denne grensen», spør NRK: «Det handler om hvorvidt du er fullt informert om hva du gjør, det går på om du er i stand til å vite hva som skjer, altså om du er samtykkekompetent», sier Schou. «Og Ahus har vurdert kvinnen til å være samtykkekompetent»?, spør NRK videre: «Eksperter hos oss som har meget god erfaring i å vurdere om pasienter kan samtykke, har vurdert at hun har det vi kaller samtykkekompetanse», sier medisinsk fagansvarlig ved Akershus universitetssykehus, Bjørn Magne Eggen.»

> Å si at hun like gjerne kan ligge hjemme hos seg selv, kan framstå som vel kynisk.

Lå i to måneder uten stell

Dette referatet fra Østlandssendingen NRK for et år siden gjaldt en sak fra et sykehjem på Østlandet, der en sykehjemspasient lå i to måneder uten stell. Hun hadde nektet grunnleggende pleie og fikk dermed store liggesår med komplikasjoner som hun senere døde av på Akershus universitetssykehus. To psykiatere hadde i denne saken vurdert henne til å være samtykkekompetent. Et viktig spørsmål er om dette virkelig var riktig. En kan stille spørsmålet om en person virkelig er samtykkekompetent når vedkommende ønsker å forkomme i sin egen seng. Men er personen i stand til å ta til seg og bearbeide informasjon, og i tillegg har innsikt i konsekvensene av sine valg, kan det likevel være problematisk å betvile pasientens innsikt og beslutningsevne.

På spesielle vilkår

Hvis en pasient ikke er kompetent til å samtykke og motsetter seg helsehjelp, er det bare på spesielle vilkår at en pasient kan motta sykepleie. Et slikt vilkår for bruk av tvang overfor pasienter i somatiske helsetjenester er at alle tillitsskapende tiltak er prøvd og at det er fare for pasientens liv og helse hvis pleie eller annen helsehjelp ikke gis (*Lov om pasientrettigheter § 4A*).

Er beslutningskompetent

Hvis vi går ut fra at denne pasienten var beslutningskompetent, så har pasienten rett til å motsette seg behandling og pleie (det finnes noen juridiske spissfindigheter ift. helsepersonelloven og helsepersonells hjelpeplikt, men det vil jeg ikke komme inn på her).

Skal helsevesenet tillate en sykehjemspasient å forkomme innenfor husets fire vegger? Skal en institusjon som har som sin fremste oppgave å yte god sykepleie til beboerne tillate at omsorgssvikt skal skje?

Man kan tenke seg den belastning noe slikt medfører for det involverte helsepersonell og antakelig også andre beboere. Noen har hevdet i diskusjonen om denne saken at denne pasienten/beboeren ikke burde fått lov til å oppta en offentlig institusjonsplass når hun på en slik måte ønsker å forsømme seg selv. Da kan hun like godt ligge hjemme hos seg selv. Dette kan imidlertid framstå som en vel kyniskinnstilling. Problemet med da å skrive henne ut til hjemmet, vil selvsagt være at man overlater et stort problem til den kommunale hjemmetjenesten, som kanskje i enda mindre grad har mulighet til å ta omsorg og observasjonsansvar for kvinnen. Var det som ble gjort i denne saken i det hele tatt riktig? IIII

HVA GJØR DU når pasienten ikke vil motta hjelp? Illustrasjonsfoto: Colourbox.

Til refleksjon

- Les igjennom presseoppslagene i saken og diskuter påstandene om samtykkekompetanse. Innebærer samtykkekompetanse en tillatelse til pasienter skal få nekte stell og pleie?
- Er det et alternativ at de da skal måtte skrive seg ut fra institusjonell omsorg?
- Er den belastning slike situasjoner skaper for helsepersonell og andre beboere et argument mot kvinnens rett til pleie og behandlingsnekt?

Send din mening på epost til interaktivt@sykepleien.no, eller skriv til Sykepleien, boks 456 Sentrum, 0104 Oslo. Reaksjoner fra leserne trykkes i neste nummer.

www.sykepleien.no

Flere dilemma på sykepleien.no under fanen interaktivt.

TETT PÅ
Eli Gunhild By

Hvorfor: **Fordi hun er nyvalgt leder i Norsk Sykepleierforbund (NSF)**
Stilling: **Forbundsleder**
Utdanning: **Sykepleier**
Alder: **49 år**

By går gradene

Da lederne forlot Sykepleierforbundet, sto Eli Gunhild By klar og tok forbundet i sin favn. Tekst og foto **Marit Fonn**

Det må du få sagt i avisen i morgen!

En ivrig stab gir velmente råd til den nye forbundslederen. Dagens avis skriver at vårens lønnsoppgjør bør være moderat. Et siste tips om neste tv-opptreden, og lederen kvitterer for veiledningen:

– Det er jo fantastisk!

Eli Gunhild By har inntatt sitt nye kontor. Det er akkurat en uke siden hun ble hyllet av stående applaus. Det var ikke NSF-historiens mest spennende valg. By var eneste kandidat. Riktignok hadde hun en mannlig motkandidat noen uker, men han forsvant underveis.

Hun var ikke mer enn valgt før e-postkassen ble fylt med dokumenter og møteinnkallinger. Hun ble straks nedringt av medier. Det gjelder å holde hodet kaldt. For hva svarer man på direkteradio for trøndere en grytidlig morgen når reporteren vil vite om By nå kommer til Trondheim og ordner opp i den lokale sykehusstriden?

– Da måtte jeg tenke meg om. Til slutt sa jeg at jeg måtte uttale meg overordnet.

ET BILDE LENER SEG mot veggen, klar for opphenging. Hun har skiftet ut forgjengerens duse akvarell med noen fargesterke ubestemmelige figurer.

– Dette passer bedre til meg.

Et nytt skrivebord er også på plass.

– Ståpult. Det må man ha. Stå og jobbe – det lik æ. I stedet for å sitt og hæng.

By liker å være trønder.

– *Hvordan går det?*

«Jeg bare flira. Det var det dummeste jeg hadde hørt.»

– Bra, men mye å ta tak i.

Hun skal blant annet finne ut hvem det er viktig å møte fort.

– Jeg må lage punkter over hva som må formidles. Og vi tre som er valgt må snakke sammen.

De kjenner hverandre knapt, troikaen på tre kvinner som i fire år skal styre NSF. Med seg har de et forbundsstyre der fem av seks medlemmer er nye. Like før landsmøtet i november sa generalsekretæren opp. Det samme har fagsjefen gjort.

– *Hvem må du treffe fort?*

– Politikere. Statsråder. Spekter og KS.

– *Og hva skal formidles?*

– At likelønnssatsingen fortsetter. Vårt syn på arbeidstid, om helgejobbing og deltid. At sosial dumping må bekjempes. Vi ønsker å påvirke. Hvordan skal jeg si det på en enkel måte?

By leter etter presise ord.

– Vi vil synliggjøre den rollen sykepleierne spiller. I et samfunnspolitisk perspektiv.

Hun er ikke helt fornøyd:

– Grunnen til at vi skal ha høyere lønn er at med vår kompetanse yter vi i velferdssamfunnet. Kan jeg si det sånn da? Det ble veldig høyt og stort.

Hun griper til det store kruset foran henne. Kaffen henter hun helst på den italienske kafeen en gate bortenfor.

– Det er viktig! Ha-ha. God kaffe er fint.

To ting har utkrystallisert seg for henne disse dagene.

– Ett av mantraene er at for å få tillit, må man gi tillit. Det skal gjennomsyre arbeidet innad i organisasjonen og ut. Det andre er at når jeg har en så viktig posisjon, må jeg løfte hodet og se muligheter og ikke begrensninger. Det er to ting å støtte seg på. Da kjenner at jeg får trygghet i magen. Ha-ha, det trenger jeg.

ELI GUNHILD BY ER FRA TRONDHEIM. Sivilingeniør-faren jobbet på Norges tekniske høgskole. Moren var hjemmeværende, jobbet på kontor og har alltid sunget i kor.

– Derfor har jeg vært mye i Nidarosdomen. Jeg må stadig innom en kirke for å få med meg den lyden av sang. Da føler jeg meg religiøs.

Hun har to søstre, en eldre og en yngre. Og to døtre, 16 og 20 år.

Planen om å bli førskolelærer slo hun helt fra seg etter arbeidsuken på ungdomsskolen. Men da hun jobbet på sykehjem og i psykiatrien, ble yrkesvalget klart. Men hun ville ut, bare ikke til Oslo. Så det ble Gjøvik.

– Det var et sjokk.

Hun hvisker:

– Det var en veldig kjedelig by.

Løsningen ble et aktivt studentliv med revy og kor. Så sosialt ble det at hun gikk et halvt år over tiden før hun fikk sin godkjenning. På skolen fant hun mannen sin, hedmarkingen som gikk ingeniørlinjen.

Nå, over 20 år senere, beskriver han henne slik:

– Pliktoppfyllende. Og litt rotete, kanskje. Hjemme altså.

Hun begynte å jobbe på Radiumhospitalet i Oslo i 1989. Hun ble assisterende avdelingssykepleier, avdelingssykepleier – men så gikk hun tilbake til jobben som vanlig sykepleier.

– Jeg syntes ikke jeg jobbet noe med faget, satt bare og ringte etter ekstravakter.

Hun ble tillitsvalgt. Hovedtillitsvalgt. Nestleder i NSF Oslo. I 2004 rykket hun opp som fylkesleder da Unni Hembre gikk inn i forbundsledelsen.

HELT FRAM TIL AUGUST var det fullstendig uaktuelt å stille til valg i NSF-toppen. Det var jo allerede to Oslo-damer der fra før – Lisbeth Normann og Unni Hembre.

21. august kom den første telefonen: «Kunne hun tenke seg…?» Begge Oslo-damene hadde overraskende sagt nei til gjenvalg.

– Jeg bare flira. Det var det dummeste jeg hadde hørt.

Men flere ringte henne de neste dagene. Fredagen gikk hun hjem og snakket med sin Håkon. Hvis hun stilte til valg, hva mente han om det?

«Det syns jeg du skal gjøre», sa han.

– *Hadde han ingen motforestillinger?*

– Synligheten. Og hvordan takle mediene.

Han vet hva han snakker om. Ingeniøren er også tekstforfatter, blant annet for gullrekkeprogrammet Nytt på nytt på NRK.

– Jeg vet at man kan fort bli kjørt av media. Når det er konflikt mellom det politikerne sier og det de gjør, kan det bli morsomt stoff, sier han.

«Mitt mantra er at for å *få tillit*, må man *gi tillit*»

Han har likevel ikke tenkt å rådgi henne. Hun er dreven nok, mener han.

– Det å bli en synlig person er stresset mitt, innrømmer By.

– Så lenge jeg gjør det bra, er det bra. Men feilene er jo også synlige. Jeg sparer på varmen fra landsmøtet.

Hun hadde ikke forventet så mye positiv respons. 30 stykker kom fram og klemte henne på scenen.

– Jeg har aldri fått så mange klemmer på en gang.

– *Det blir kanskje siste gangen også?*

– Ja, så den følelsen tar jeg med meg den dagen de ikke synes jeg gjør så god jobb mer.

– *Noen vedtak du sliter med?*

– Det ble ganske omfattende om utdanning. Mange strekpunkt. Jeg har ikke oversikt over hva det innebærer av arbeid.

Landsmøtet er i realiteten arbeidsgiveren hennes. Delegatene var så taletrengte og avstemningene så mange at det knapt ble tid til å sove om nettene. Da hun endelig ble valgt, gikk hun på talerstolen og ba dem besinne seg.

– Jeg prøvde å få folk til å tenke på hva som er viktigst så vi kan formidle en klar politikk. Jo flere detaljer man nevner, jo flere diskriminerer man.

– *Noe du er riktig glad for?*

– Vedtaket om å tariffeste arbeidstiden til maks hver tredje helg. Veldig bra at landsmøtet var så tydelig.

– *Men tariffesting vil aldri skje når arbeidsgiverne ikke vil?*

– Ullevål har gjort det, så det er ikke helt utopisk.

– *Når klarer du å få det til?*

Hun plystrer rådvill.

– Skal vi sjå. Jeg lurer på om ikke 2012 blir å knekke nakken. Tror jeg sier 2014.

– *Hva sier du til lederne, som også er blant medlemmene dine? De sliter med å bemanne i helgene?*

– De er jo enige i at maks hver tredje helg er riktig. Det fins redskap for dem. De kan lage ekstraordinære avtaler. Hvis de blir flinke til å bruke verktøyet, kan de få det til.

– *Ble du også glad for vedtaket om frikjøp av tre nestledere i fylkene?*

– Ja! sier eks-fylkesleder kvikt.

Fylkeslederne og den forrige forbundsledelsen sto hardt mot hardt i denne saken, som handler om ressursbruk og maktbalanse.

– Vedtaket betyr at NSF kan utvikle seg. Fylkeslederne kan bli en del av politikkskaperne våre.

Hun siterer et uttrykk som ble populært på landsmøtet:

– Få politikken ut i kapillærene!

Det opprinnelige forslaget var å frikjøpe 19 nestledere – til en sum av 21 millioner kroner.

– *Det kan bli dyrt til slutt?*

– Medlemstallet øker. Jo flere medlemmer, jo flere ansatte trengs for å ivareta dem. Nå skal vi se på behovene til fylkene og evaluere prøveordningen på neste landsmøte. Det er ikke snakk om å dele ut 21 millioner i morra.

– *Har du lest avisen i dag?*

– Ja. Den der om likelønn og moderasjon?

– *Nei, ikke den. Om forskning.*

– Fortell!

– *Sykepleieforskningen blir slaktet.*

Hun flyr ut for å lete etter Aftenposten, men kommer tomhendt tilbake.

– Det må bli en sak for Karen Bjøro. Hun er en utrolig systemtenkende dame.

2. nestleder Bjøro er selv forsker. Hun har vært aktiv i Venstre. Nestleder Solveig Bratseth har representert KrF. By har aldri vært medlem av noe parti, men alltid stemt til venstre. At hun bor på østkanten er et bevisst valg. I mange år bodde hun i samme blokk som Einar Gerhardsen hadde bodd i.

ULIKE POLITISKE STÅSTED bekymrer ikke By.

– Som NSF-politiker har jeg sett at vi beveger oss mellom partiene. Her i Oslo har jeg samarbeidet mest med Fremskrittspartiet, som har hatt helsebyråden.

Der kommer sekretæren med avisen. By fortsetter:

– Erna Solberg var på landsmøtet. Det var fantastisk å høre henne snakke om kompetanse og kvalitet. Men hun faller helt gjennom når det gjelder pensjon og arbeidstid.

Hun blar seg fram i avisen. Der står slakten.

– Uff. Dette er jo helt tragisk. Men jeg har hørt det før.

Hun guler ut de verste sitatene med en merketusj. «Intetsigende forskning», står det.

Hun siterer sin tidligere sjef Jan Vincents Johannessen på Radiumhospitalet: «Når dere sykepleiere leverer forskningsprosjekt, så er det så uproft.»

– Den gangen var ikke forskningssykepleierne ordentlige forskere. De hjalp legene. Jeg tror fortsatt vi har en stor jobb å gjøre.

Det er lunsjtid.

– Jo, det var en viktig ting. Det gjelder forholdet til Trondheim. By-navnet kommer fra Bynesset. Jeg er av bondeslekt.

Senkepulten er nesten tom.

– Bare juks. Det er ikke typisk meg. Jeg har ikke fått pc en gang.

– *Hvem har egentlig laget bildet du skal ha på veggen?*

– Det vet jeg ikke.

Hun sjekker. Svaret er godt gjemt på baksiden. Der har både Frans Widerberg og Magne Furuholmen signert.

– Nå liker jeg bildet enda bedre! sier hun begeistret.

Navn: **Kristin Heggen**
Yrke: **Professor i helsefag, Institutt for Helse og samfunn, og studiedekan, Medisinsk fakultet, Universitetet i Oslo**
E-post: **k.m.heggen@medisin.uio.no**

Kunnskapsmøter

Vi må ikke gå i den fella det er å tenke at kunnskap bare går en vei: Fra akademia til yrkeslivet.

Jeg var nylig på et kurs i Danmark. Akademia som vitensvirksomhet var et sentralt tema.

Jeg ble introdusert for det nyskapende fagmiljøet Learning Lab Denmark (www.lld.dk). I læringslaboratoriet arbeides det med spørsmål om hvordan kunnskapsprosesser kan fornyes. Og er det mulig å tenke nytt om forholdet mellom forskningsproduksjon og forskningsanvendelse?

Hvordan kan vi bli bedre på å få forskning ut i yrkeslivet? Spørsmålet er trolig galt stilt. Det smaker av enveiskjøring. Poenget bør vel heller være samhandling. Og spørsmålet bør dreie seg om hvordan vi skaper samspill mellom akademia og yrkeslivet. Når det gjelder utdanning må vi stille spørsmål om hvordan vi kan ruste våre studenter for de kunnskapsprosesser som skjer utenfor klasserom og auditorier.

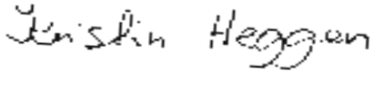
På universiteter og høyskoler er det to kunnskapsprosesser vi er særlig opptatt av og veldig gode på. Det er for det første vitenskapelig håndtering av kunnskap. Den vitenskapelige kunnskapsproduksjon er tradisjonelt innrettet for å skape kunnskap for kunnskapens egen del. Innenfor mange disipliner er vitenskapelig kunnskapsproduksjon ensomme prosesser hvor forskeren sitter alene bak sin lukkete dør. Du får som forsker lite merittering for å kommunisere utenfor din faglige disiplin. Tekstene som skrives er ofte upersonlige. De som potensielt kan ha nytte av kunnskapen som forskeren produserer har ofte liten innflytelse på selve kunnskapsproduksjonen.

Er akademia i problematisk utakt med kunnskapssamfunnet?

Jeg er sterk tilhenger av den kritiske og uavhengige forskningen. Den som kan gjennomlyse konsekvenser av omstillingsprosesser og effektiviseringstiltak i helsevesenet. Jeg verdsetter høyt prinsippet om fri forskning og lengter ofte etter rolige skrivedager bak en solid lukket dør og gjerne et rolig sted i Danmark. Men jeg kjenner også tvilen. Er akademia i problematisk utakt med kunnskapssamfunnet? Vi gjør karriere i akademia gjennom å publisere. Det gir posisjon, stilling, bevilgninger for å forske og publisere mer. Det er en nokså lukket sirkel med sterkt begrenset «kundeorientering».

For det andre er vi gode på de pedagogiske kunnskapsprosesser. Forelesninger og lærebøker står i en særstilling. Begge er jeg svært glad i selv også. Forelesningen som kunnskapsformidling har holdt seg i hundrevis av år. Den brukes i hverdagens formidling av innsikt til studenter. Den brukes ved høytidelige anledninger, disputaser, minnemarkeringer, tiltredelser og fratredelser i vitenskapelige posisjoner. Læreboka er vi vokst opp med. Det er en egen sjanger og gir studenten stoff som kan bearbeides til en best mulig dokumentasjon av læringsutbytte. Studenten skriver så godt de kan for å imponere læreren og sensor. Hun og han trenes sjelden eller aldri opp til å inspirere fremtidige kollegaer, opplyse og begeistre allmennheten eller formidle fikse løsningsalternativer til pasienter. Noe er likevel i emning, men dessverre for lite synlig. Eksempelvis brukes digitale verktøy og medier mer i høyere utdanning. Studentenes fortrolighet med teknologi overgår som oftest lærernes.

Bildet av kunnskapsprosessene i akademia er ikke endimensjonale. Det er også nye måter å skape og forvalte kunnskap på innenfor akademia. Det dreier seg om kunnskapsprosesser hvor innovasjon, løsningsorientering, brukerinvolvering, resultatfrembringelse, nettverksetablering står sentralt. Men jeg tror på mine danske kollegaer når de sier at slike nye kunnskapsprosesser ikke verdsettes tilstrekkelig. Grunnen er at de bryter med akademias innarbeidete normer og ritualer for kunnskapsdannelse. Hvis det skal skapes bedre samspill mellom akademia og yrkeslivet må vi interessere oss mer for den type kunnskapsprosesser som skjer i yrkeslivet. Vi må stimulere til kunnskapsmøter og utveksling av kunnskap på tvers av institusjoner.



Øvrige gjesteskribenter 2011:

Anders Folkestad
Leder i Unio

Cathrine Sandnes
er redaktør av tidsskriftet Samtiden

Martine Aurdal
Leder av samfunnsavdelingen i Dagbladet

Ingvar T. Skjerve
Sykepleier og forfatter