3 | 2012
1. mars 2012
100. årgang

Sykepleien 100 år

Reddet

Det var først da han selv ble pasient, at Finn Nortvedt erfarte hva god sykepleie er.

82

2000 for en helg? **14**
Tema: Psykisk helse **24**
Ti minutter er nok **34**
Dø når vi har råd **70**

NYHET
VED BEHANDLING
AV ATRIEFLIMMER

Pradaxa®
dabigatran etexilate

Bedre beskyttelse av hjernen

35 % risikoreduksjon for slag og systemisk emboli vs warfarin[1,2,15,#,*]

Eneste antikoagulant som viser signifikant reduksjon i både hjerneinfarkt og hjerneblødning vs warfarin[1,2,15,19,39,40]

Eneste antikoagulant som viser signifikant reduksjon i vaskulær mortalitet vs warfarin[1,15,39,40,]

www.pradaxa.no

www.atrieflimmer.com

Dosering: Anbefalt standard døgndose er 300 mg fordelt på 150 mg morgen og 150 mg kveld. Spesielle pasientgrupper som skal behandles med redusert daglig dose på grunn av økt blødningsrisiko (220 mg tatt som en kapsel 110 mg to ganger daglig): pasienter ≥ 80 år; pasienter som får samtidig behandling med verapamil, i dette tilfelle skal Pradaxa® og verapamil tas på samme tidspunkt.

Før behandling med Pradaxa® startes, må nyrefunksjonen undersøkes for å utelukke pasienter med alvorlig nedsatt nyrefunksjon (dvs. CrCL < 30 ml/min). Under behandlingen må nyrefunksjonen følges i visse kliniske situasjoner der det er mistanke om nedsatt eller forverret nyrefunksjon. Hos pasienter > 75 år og hos pasienter med nyresvikt bør nyrefunksjonen undersøkes minst en gang i året.

Sikkerhetsinformasjon: I likhet med alle antitrombotika bør Pradaxa® brukes med forsiktighet hos pasienter med økt blødningsrisiko. Alle pasienter som legen vurderer har ekstra blødningsrisiko bør vurderes behandlet med redusert dose.

For utfyllende informasjon om sikker bruk av Pradaxa®, se forskrivningsveiledning på www.pradaxa.no.

Alle pasienter som forskrives Pradaxa® skal få utdelt et pasientkort av legen.

#Dosering 150 mg x 2 dgl. Mediantid tilbrakt i terapeutisk intervall (INR 2-3): 67 %

*Relativ risikoreduksjon: 35 %; Number needed to treat (1 og 5 år): 167/33
Relativ risikoreduksjon: 15 %; Number needed to treat (1 og 5 år): 244/49

1. Connolly SJ et al. N Engl J Med 2009; 361:1139–1151. 2. Pradaxa® preparatomtale (SPC) 28.11.2011. 15. Connolly SJ, Ezekowitz MD, Yusuf S, et al. Newly identified events in the RE-LY trial. N Engl J Med 2010;363:1875–1876. 19. Lip G. et al. Thrombis Research 2006; 118, 321-333. 39. Manesh R. Patel et al. N Engl J Med 2011;365:883-891. 40. Granger Christopher B. et al. N Engl J Med 2011;365:981-982.

Boehringer Ingelheim

PRA120207

C Pradaxa. Boehringer Ingelheim. Antitrombotisk middel. ATC-nr.: B01A E07

T KAPSLER, harde 75 mg, 110 mg og 150 mg: Hver kapsel inneh.: Dabigatranetexilat (som mesilat) 75 mg, resp. 110 mg og 150 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Indigokarmin (E 132), jernoksid (E 172), paraoransje (E 110), titandioksid (E 171). **Indikasjoner:** 110 mg og 150 mg: Forebygging av slag og systemisk embolisme hos voksne med ikke-valvulær atrieflimmer med én eller flere av følgende risikofaktorer; tidligere slag, TIA, eller systemisk emboli, venstre ventrikkel ejeksjonsfraksjon <40%, symptomatisk hjertesvikt ≥NYHA klasse 2, alder ≥75 år, alder ≥65 år og én av følgende: Diabetes, koronarsykdom eller hypertensjon. 75 mg og 110 mg: Primær forebygging av venøs tromboembolisk sykdom (VTE) hos voksne som har gjennomgått elektiv total hofteprotesekirurgi eller total kneprotesekirurgi. **Dosering:** Forebygging av slag og systemisk embolisme hos voksne med ikke-valvulær atrieflimmer med én eller flere risikofaktorer: Anbefalt dose er 1 kapsel à 150 mg 2 ganger daglig. Populasjoner hvor redusert daglig dose anbefales: 1 kapsel à 110 mg 2 ganger daglig er anbefalt til eldre (≥80 år) og pasienter som samtidig bruker verapamil (verapamil og Pradaxa tas til samme tid). Pasienter med økt blødningsrisiko: Nøye klinisk observasjon (tegn til blødning og anemi) anbefales i hele behandlingsperioden og redusert daglig dose, 1 kapsel à 110 mg 2 ganger daglig, bør overveies. Populasjoner med økt blødningsrisiko inkluderer, men er ikke begrenset til: Eldre (75-80 år), pasienter med moderat nedsatt nyrefunksjon (30-50 ml/minutt), gastritt, øsofagitt eller gastroøsofageal reflukssykdom. Inntak av ASA, klopidogrel eller NSAIDs vil også øke blødningsrisikoen. Nedsatt nyrefunksjon og pasienter >75 år: Før behandlingen startes, må nyrefunksjonen undersøkes ved å beregne CICR for å utelukke alvorlig nedsatt nyrefunksjon (CICR <30 ml/minutt). Nyrefunksjonen må også undersøkes minst 1 gang årlig, eller hyppigere ved behov, i visse kliniske situasjoner der det er mistanke om nedsatt eller forverret nyrefunksjon (f.eks. hypovolemi, dehydrering og bruk av legemidler som kan påvirke nyrefunksjonen). Overgang til parenteralt antikoagulantium: Det anbefales å vente 12 timer fra siste dose før bytte til parenteralt antikoagulantium. Overgang fra parenteralt antikoagulantium: Dabigatranetexilat bør gis 0-2 timer før tidspunktet som parenteral behandling skulle vært gitt eller på samme tidspunkt som seponering av kontinuerlig behandling (f.eks. i.v. ufraksjonert heparin). Overgang til vitamin K-antagonist (VKA): CICR ≥50 ml/minutt, VKA startes 3 dager før seponering av dabigatranetexilat. CICR ≥30-<50 ml/minutt, VKA startes 2 dager før seponering av dabigatranetexilat. Overgang fra VKA: VKA bør seponeres og dabigatranetexilat kan tas når INR er <2. Konvertering av atrieflimmer: Pasienten kan behandles med dabigatranetexilat i forbindelse med elektrisk eller medikamentell konvertering. Barn og ungdom <18 år: Anbefales ikke pga. manglende sikkerhets- og effektdata. Forebygging av VTE etter gjennomgått elektiv hofteprotesekirurgi: Anbefalt dose er 220 mg (2 kapsler à 110 mg) 1 gang daglig. Behandlingen bør starte innen 1-4 timer etter avsluttet kirurgisk inngrep med 1 enkelt kapsel og fortsette med 2 kapsler 1 gang daglig i totalt 28-35 dager. Forebygging av VTE etter gjennomgått elektiv kneprotesekirurgi: Anbefalt dose er 220 mg (2 kapsler à 110 mg) 1 gang daglig. Behandlingen bør starte innen 1-4 timer etter avsluttet kirurgisk inngrep med 1 enkelt kapsel og fortsette med 2 kapsler 1 gang daglig i totalt 10 dager. For begge typer kirurgi bør behandlingsstart utsettes hvis hemostase ikke er etablert. Hvis behandling ikke startes samme dag som inngrepet, bør behandlingen starte med 2 kapsler 1 gang daglig. Populasjoner hvor redusert daglig dose anbefales: 150 mg (2 kapsler à 75 mg) 1 gang daglig er anbefalt til eldre (>75 år), pasienter med moderat nedsatt nyrefunksjon (CICR 30-50 ml/minutt) og ved samtidig bruk av amiodaron, kinidin eller verapamil (Pradaxa tas samtidig med disse legemidlene). Ved moderat nedsatt nyrefunksjon og samtidig bruk av verapamil, bør det vurderes å redusere doseringen av dabigatranetexilat til 75 mg daglig. Begrenset klinisk erfaring ved moderat nedsatt nyrefunksjon og hos eldre (>75 år). Forsiktighet bør utvises. Nedsatt nyrefunksjon og pasienter >75 år: Før behandlingen startes, må nyrefunksjonen undersøkes ved å beregne CICR for å utelukke alvorlig nedsatt nyrefunksjon (CICR <30 ml/minutt). Under behandlingen må nyrefunksjonen følges i visse kliniske situasjoner der det er mistanke om nedsatt eller forverret nyrefunksjon (f.eks. hypovolemi, dehydrering og bruk av legemidler som kan påvirke nyrefunksjonen). Overgang til parenteralt antikoagulantium: Det anbefales å vente 24 timer fra siste dose før bytte fra dabigatranetexilat til parenteralt antikoagulantium. Overgang fra parenteralt antikoagulantium: Dabigatra-netexilat bør gis 0-2 timer før tidspunktet som parenteral behandling skulle vært gitt eller på samme tidspunkt som seponering av kontinuerlig behandling (f.eks. i.v. ufraksjonert heparin). Barn og ungdom <18 år: Anbefales ikke pga. manglende sikkerhets- og effektdata. Administrering: Kapslene skal svelges hele med vann, med eller uten mat. Pasienten bør informeres om ikke å åpne kapslene da inntak av kapselinnholdet alene kan gi økt blødningsrisiko. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. Alvorlig nedsatt nyrefunksjon (CICR <30 ml/minutt). Aktiv klinisk signifikant blødning. Organskade med blødningsrisiko. Spontan eller farmakologisk nedsatt hemostase. Nedsatt leverfunksjon eller leversykdom som kan forventes å påvirke overlevelsen. Samtidig behandling med systemisk ketokonazol, ciklosporin, itrakonazol og takrolimus. **Forsiktighetsregler:** Anbefales ikke ved forhøyede leverenzymer >2 × øvre normalverdi. Svært begrenset klinisk erfaring med anbefalt dosering hos pasienter <50 kg eller >110 kg. Dosejustering er ikke nødvendig, men nøye klinisk overvåkning anbefales. Blødningsrisiko: Hos eldre ≥75 år er dabigatran forbundet med høyere forekomst av større gastrointestinale blødninger ved dosering 150 mg 2 ganger daglig. Nøye klinisk observasjon (tegn på blødning eller anemi) anbefales i hele behandlingsperioden, særlig ved sykdommer som medfødte eller ervervede koagulasjonsforstyrrelser, trombocytopeni eller funksjonelle blodplatedefekter, aktiv ulcerøs gastrointestinal sykdom, nylig biopsi eller større traumer, nylig intrakraniell blødning eller kirurgiske inngrep i hjerne, spinalkanal eller øyne, bakteriell endokarditt. Ved alvorlige blødninger må behandlingen seponeres og blødningsårsaken undersøkes. Legemidler som øker blødningsrisikoen bør ikke brukes samtidig med eller må brukes med forsiktighet sammen med dabigatran. Ved utvikling av akutt nyresvikt må dabigatran seponeres. Plasmakonsentrasjonene av dabigatranetexilat kan øke ved samtidig bruk av P-gp-hemmere (f.eks. verapamil, amiodaron eller kinidin), nedsatt nyrefunksjon (CICR 30-50 ml/minutt) eller alder ≥75 år. Kirurgi og intervensjoner: Pasienter som gjennomgår kirurgiske inngrep eller invasive prosedyrer er utsatt for økt blødningsrisiko, og det kan det være behov for midlertidig seponering. Forsiktighet bør utvises når behandlingen blir midlertidig seponert da utskillelse av dabigatran kan ta lenger tid ved nedsatt nyrefunksjon. Spinal-/epiduralanestesi, lumbalpunksjon: Økt risiko for spinale eller epidurale hematomer kan forekomme ved traumatiske eller gjentatte punksjoner og ved bruk av epiduralkatetre over lengre tid. 1. dose bør administreres minimum 2 timer etter at kateteret er fjernet. Det kreves hyppig observasjon for nevrologiske tegn og symptomer. Pasienter med høy risiko for død knyttet til kirurgisk inngrep og med risikofaktorer for tromboemboliske hendelser bør behandles med forsiktighet, da det foreligger begrensede sikkerhets- og effektdata. Kapselen inneholder fargestoffet paraoransje (E 110), som kan gi allergiske reaksjoner. **Interaksjoner:** Antikoagulantia og plateaggregasjonshemmere: Følgende behandlinger har ikke vært testet og kan gi økt blødningsrisiko ved samtidig bruk med dabigatranetexilat: Ufraksjonert heparin, lavmolekylært heparin og heparinderivater, (fondaparinuks, desirudin), trombolytiske legemidler, GPIIb/IIIa-reseptorantagonister, tiklopidin, dekstran, sulfinpyrazon, rivaroksaban og vitamin K-antagonister. Ufraksjonert heparin kan likevel administreres i doser nødvendig for å bevare et åpent sentralt vene- eller arteriekateter. ASA- eller klopidogrelbehandling samtidig med dabigatranetexilat 110 mg eller 150 mg 2 ganger daglig, kan gi økt risiko for større blødninger. NSAIDs: Pga. blødningsrisiko, særlig for NSAIDs med halveringstid >12 timer, anbefales nøye observasjon for tegn på blødning. Dabigatranetexilat er substrat for efflukstransportproteinet P-glykoprotein (P-gp). Samtidig administrering med sterke P-gp-hemmere (amiodaron, verapamil, kinidin, ketokonazol og klaritromycin) forventes å gi økt dabigatranplasmakonsentrasjon. Forsiktighet må utvises og nøye klinisk observasjon (tegn til blødning eller anemi) er derfor påkrevet spesielt ved nedsatt nyrefunksjon. Samtidig behandling med systemisk ketokonazol, itrakonazol, takrolimus og ciklosporin er kontraindisert. Lang halveringstid for amiodaron gir mulighet for vedvarende interaksjon i uker etter amiodaronseponering. Samtidig behandling med posakonazol eller dronedaron anbefales ikke pga. mangelfulle data. Samtidig bruk av P-gp-indusere som rifampicin, johannesurt (Hypericum perforatum), karbamazepin eller fenytoin reduserer dabigatrankonsentrasjonen og bør unngås. Proteasehemmere inkl. ritonavir (som påvirker P-gp), er ikke undersøkt og samtidig behandling anbefales ikke. **Graviditet/Amming:** Overgang i placenta: Det foreligger ikke tilstrekkelige data vedrørende bruk under graviditet. Dyrestudier har vist reproduksjonstoksisitet. Mulig risiko for mennesker er ukjent. Kvinner i fertil alder bør unngå graviditet under behandling. Skal ikke brukes under graviditet, hvis ikke strengt nødvendig. Overgang i morsmelk: Det foreligger ikke kliniske data på effekten av dabigatran på barn som ammes. Amming bør avbrytes under behandling. Bivirkninger: Vanligst rapportert er blødninger som forekommer hos ca. 14% av pasientene som er kortidsbehandlet for elektiv hofte- eller kneprotesekirurgi, og 16,5% av pasienter med atrieflimmer behandlet for forebyggelse av slag og sytemisk emboli. Større eller alvorlige blødninger kan forekomme og, uavhengig av lokalisasjon, være invalidiserende, livstruende eller fatale. Slike hendelser er imidlertid lite rapportert i kliniske studier. Forebygging av primær VTE etter hofte- eller kneprotesekirurgi: Vanlige (≥1/100 til <1/10): Blod/lymfe: Anemi, redusert hemoglobin. Gastrointestinale: Gastrointestinal blødning, abdominal smerte, diaré, dys-pepsi, kvalme. Luftveier: Epistakse. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Blod/lymfe: Trombocytopeni, redusert hematokrit. Gastrointestinale: Rektal blødning, blødning fra hemoroider, gastrointestinalsår, gastroøsofagitt, gastroøsofageal reflukssykdom, oppkast, dysfagi. Hjerte/kar: Hematom, blødning, blødning fra sår. Hud: Hudblødning. Immunsystemet: Hypersensitivitet, pruritus, utslett. Lever/galle: Forhøyet ALAT/ASAT, unormal leverfunksjon/unormale leverfunksjonstester, økte leverenzymer, hyperbilirubinemi. Muskel-skjelettsystemet: Hemartrose. Nevrologiske: Intrakranial hemoragi. Nyre/urinveier: Hematuri. Øvrige: Blodig væsking, blødning ved sår, postoperativt hematom, postoperativ blødning, anemi postoperativt, postoperativ væsking, sårsekresjon, sårdrenering. Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000): Immunsystemet: Urticaria. Øvrige: Blødning ved injeksjonsstedet, blødning ved innstikk av kateter, blødning ved innsnittstedet, postoperativ drenering. Ukjent: Immunsystemet: Bronkospasme. Forebygging av slag og systemisk embolisme hos voksne med ikke-valvulær atrieflimmer: Vanlige (≥1/100 til <1/10): Blod/lymfe: Anemi. Gastrointestinale: Gastrointestinal blødning, abdominal smerte, diaré, dyspepsi, kvalme. Luftveier: Epistakse. Nyre/urinveier: Urogenital blødning (150 mg 2 ganger daglig). Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Blod/lymfe: Redusert hemoglobin, trombocytopeni. Gastrointestinale: Rektal blødning, blødning fra hemoroider, gastrointestinalsår, gastroøsofagitt, gastroøsofageal reflukssykdom, oppkast, dysfagi. Hjerte/kar: Hematom, blødning. Hud: Hudblødning. Immunsystemet: Hypersensitivitet, pruritus, utslett. Lever/galle: Forhøyet ALAT/ASAT, unormal leverfunksjon/unormale leverfunksjonstester. Luftveier: Hemoptyse. Nevrologiske: Intrakranial hemoragi. Nyre/urinveier: Hematuri, urogenital blødning (110 mg 2 ganger daglig). Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000): Blod/lymfe: Redusert hematokrit. Immunsystemet: Urticaria. Lever/galle: Økte leverenzymer, hyperbilirubinemi. Muskel-skjelettsystemet: Hemartrose. Øvrige: Blødning ved injeksjonsstedet, blødning ved innstikk av kateter, blødning ved innsnittstedet. Svært sjeldne (<1/10 000), ukjent: Immunsystemet: Bronkospasme. **Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Høyere doser enn anbefalt gir økt blødningsrisiko. Behandling: Intet antidot. Ved blødningskomplikasjoner må behandlingen seponeres og årsaken til blødningen undersøkes. Adekvat diurese må opprettholdes. Passende støttebehandling, slik som kirurgisk hemostase og blodtransfusjon bør vurderes. Dabigatran kan fjernes ved dialyse. Begrenset klinisk erfaring vedrørende nytten av denne prosedyren. **Egenskaper:** Klassifisering: Kompetitiv, reversibel, direkte trombinhemmer. Virkningsmekanisme: Dabigatranetexilat er et småmolekylært prodrug uten farmakologisk aktivitet, som omdannes raskt og fullstendig til dabigatran ved esterasekatalysert hydrolyse i plasma og lever. Hemming av trombin forebygger utvikling av tromber. Dabigatran hemmer fritt trombin, fibrinbundet trombin og trombinindusert plateaggregasjon. Klar korrelasjon mellom plasmakonsentrasjon av dabigatran og grad av antikoagulasjonseffekt. Absorpsjon: Absolutt biotilgjengelighet for dabiga-tran ca. 6,5%. Absorpsjonen postoperativt er relativt langsom sammenlignet med friske individer og viser en jevn plasmakonsentrasjonstidskurve uten høye topper. Maks. plasmakonsentrasjon oppnås 6 timer etter administrering i postoperativ periode. Langsom og forsinket absorpsjon forekom vanligvis bare på operasjonsdagen. De påfølgende dager er dabigatranabsorpsjonen rask og maks. plasmakonsentrasjon oppnås etter 2 timer. Mat påvirker ikke biotilgjengeligheten av dabigatran, men forlenger tiden til maks. plasmakonsentrasjon med 2 timer. Den orale biotilgjengelig-heten kan øke med 75% hvis kapselinnholdet inntas alene uten kapselskallet. Proteinbinding: 34-35%. Fordeling: Distribusjonsvolum: 60-70 liter. Halveringstid: Plasmakonsentrasjonen av dabigatran viser et biekspo-nentielt fall med gjennomsnittlig terminal halveringstid på 11 timer hos friske, eldre pasienter, og ca. 12-14 timer etter multiple doser. Halveringstiden er doseuavhengig og forlenget ved nedsatt nyrefunksjon. Metabolisme: Dabigatran konjugeres til farmakologisk aktive acyl-glukuronider. Spor av andre metabolitter er påvist. Utskillelse: Dabigatran elimineres hovedsakelig i uforandret form i urinen. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares i originalpakningen for å beskytte mot fuktighet. **Pakninger og priser:** 75 mg: 10 stk. (endose) kr 162,10. 60 stk. (endose) kr 820,10. 110 mg: 10 stk. (endose) kr 162,10. 60 stk. (endose) kr 820,10. 150 mg: 60 stk. (endose) kr 820,10. **Refusjonsberettiget bruk:** Primærforebyggelse av venøs tromboembolisk sykdom hos voksne pasienter som har gjennomgått elektiv total hofteprotesekirurgi eller total kneprotesekirurgi. Refusjonskoder: ICPC 20, ICD 20. Vilkår: 136) Refusjon ytes selv om legemidlet skal benyttes i mindre enn 3 måneder. **Sist endret:** 22.12.2011

Boehringer Ingelheim Norway KS, Postboks 405, 1373 Asker www.pradaxa.no www.atrieflimmer.com

Jobber du med rekruttering?

Velg mediet som når alle!

Rekruttering er viktig. Personen som ansettes skal fungere både faglig og samarbeidsmessig. Trenger du sykepleiere er det lurt å velge mediet som når alle, og som også de passive leser. På den måten har du gjort ditt for å få et godt resultat.

Velg mellom kombinasjonsproduktet blad og nett eller kun nett. Lever gjerne annonsen i god tid, så får din annonse ekstra lang utlysningstid på nett. Fordi vi daglig legger ut på nettet.

Vi har søkergaranti og konkurransedyktige priser. Så har du stillingsannonser – bruk Sykepleien.

Er du ny kunde får du den første stillingsannonsen til halv pris.

Kontakt Ingunn Roald.
E-post: Ingunn.roald@sykepleien.no
Tlf: 22 04 33 70

Sykepleien

C Cipralex Meltz «Lundbeck»

Antidepressiv • ATC-nr.: N06A B10

T **SMELTETABLETTER** ***10 mg:*** *Hver smeltetablett inneh.:* Escitalopram 10 mg, sukralose, hjelpestoffer. **INDIKASJONER:** Behandling av depressive episoder. Behandling av panikklidelse med eller uten agorafobi. Behandling av sosial fobi. Behandling av generalisert angstlidelse. Behandling av tvangslidelse (OCD). **DOSERING:** Sikkerheten av doser >20 mg daglig er ikke undersøkt. *Depressive episoder:* Normal dosering er 10 mg 1 gang daglig. Avhengig av individuell respons kan dosen økes til maks. 20 mg daglig. Vanligvis er 2-4 ukers behandling nødvendig for å oppnå antidepressiv respons. Etter bedring av symptomene bør behandlingen fortsette i minst 6 måneder for å vedlikeholde effekten. *Panikklidelse med eller uten agorafobi:* Anbefalt startdose er 5 mg daglig den første uken, før dosen økes til 10 mg daglig. Dosen kan økes til maks. 20 mg daglig avhengig av individuell respons. Maks. effekt nås etter ca. 3 måneder. Behandlingen varer i flere måneder. *Sosial fobi:* Anbefalt dose er 10 mg daglig. Symptomlindring oppnås vanligvis først etter 2-4 ukers behandling. Avhengig av individuell respons, kan dosen deretter reduseres til 5 mg eller økes til maks. 20 mg daglig. Sosial fobi er en sykdom med et kronisk forløp og 12 ukers behandling anbefales for å vedlikeholde respons. Langtidsbehandling av respondere er undersøkt i 6 måneder, og har vist seg på individuell basis å hindre tilbakefall. Effekt av behandlingen bør vurderes regelmessig. Effekten er ikke undersøkt hos eldre med sosial fobi. *Generalisert angstlidelse:* Startdose er 10 mg 1 gang daglig. Avhengig av individuell respons kan dosen økes til maks. 20 mg daglig. Langtidsbehandling av respondere er undersøkt hos pasienter som fikk 20 mg daglig i minst 6 måneder. Behandlingseffekt og dosering bør revurderes med jevne mellomrom. *Tvangslidelse (OCD):* Anbefalt startdose er 10 mg 1 gang daglig. Avhengig av individuell respons kan dosen økes til maks. 20 mg daglig. OCD er en kronisk sykdom, og pasientene bør derfor behandles tilstrekkelig lenge inntil en er sikker på at de er symptomfrie. Behandlingseffekt og dosering bør revurderes med jevne mellomrom. For pasienter med mild eller moderat nedsatt leverfunksjon anbefales en startdose på 5 mg daglig de første 2 behandlingsukene. Avhengig av individuell respons kan dosen økes til 10 mg daglig. Forsiktighet og ekstra omhyggelig dosetitrering anbefales til pasienter med alvorlig nedsatt leverfunksjon. En startdose på 5 mg daglig de første 2 behandlingsukene anbefales for pasienter som er kjent som sakte metaboliserere av CYP 2C19. Avhengig av individuell respons kan dosen økes til 10 mg daglig. Når behandlingen avsluttes bør dosen gradvis reduseres over minst 1-2 uker for å redusere risikoen for seponeringsreaksjoner. Hvis det oppstår utålelige symptomer når dosen reduseres eller ved seponering av behandlingen, bør en vurdere å gjenoppta behandlingen med tidligere forskrevet dose. Legen kan så anbefale en mer gradvis reduksjon av dosen. ***Eldre >65 år:*** Halvparten av normalt anbefalt startdose og en lavere maks. dose bør vurderes. ***Barn og ungdom <18 år:*** Bør ikke brukes. ***Administrering:*** Administreres som 1 enkelt dose daglig og bør tas uten mat. Tabletten legges på tungen hvor den raskt vil løse seg opp og kan svelges uten vann. Tabletten er skjør og må behandles med forsiktighet. **KONTRAINDIKASJONER:** Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. Samtidig behandling med ikke-selektive, irreversible monoaminoksidasehemmere (MAOH) pga. risiko for serotoninergt syndrom med agitasjon, tremor, hypertermi etc. Kombinasjon av escitalopram med reversible MAO-A-hemmere (f.eks. moklobemid) eller den reversible, ikke-selektive MAOH linezolid er kontraindisert pga. risiko for serotoninergt syndrom. **FORSIKTIGHETSREGLER:** Bør ikke brukes hos barn og ungdom <18 år. Suicidrelatert oppførsel (suicidforsøk og suicidale tanker) og fiendtlighet (særlig aggresjon, opposisjonell atferd og sinne), er sett oftere hos barn og ungdom behandlet med antidepressiver. Dersom en ut fra et klinisk behov likevel bestemmer seg for å behandle, bør pasienten overvåkes nøye mht. suicidale symptomer. En ev. økning i angstsymptomer avtar vanligvis innen de 2 første behandlingsukene. Lav startdose kan redusere symptomene. Escitalopram bør seponeres hvis en pasient utvikler kramper for første gang eller hvis det er en økt krampefrekvens (hos pasienter med tidligere epilepsidiagnose). SSRI bør unngås hos pasienter med ustabil epilepsi. Pasienter med kontrollert epilepsi bør følges nøye. Preparatet bør brukes med forsiktighet hos pasienter med mani/hypomani i anamnesen, og bør seponeres dersom en pasient går inn i en manisk fase. Escitalopram kan påvirke glukosekontrollen hos diabetikere. Det kan være nødvendig å justere dosen med insulin og/eller perorale antidiabetika. Depresjon er assosiert med økt risiko for selvmordstanker, selvskading og selvmord (selvmordsrelaterte hendelser). Denne risikoen vedvarer til det oppnås signifikant bedring. Siden bedring ikke alltid oppstår i løpet av de første behandlingsukene, bør pasienter følges opp nøye inntil bedring inntrer. Generell klinisk erfaring viser at risikoen for selvmord kan øke i de første fasene av bedringen. Andre psykiatriske lidelser preparatet forskrives for, kan også være assosiert med en økt risiko for selvmordsrelaterte hendelser. Disse lidelsene kan dessuten opptre i forbindelse med depresjon. Det bør derfor tas samme forholdsregler ved behandling av pasienter med andre psykiatriske lidelser, som for pasienter med depresjon. Det er kjent at pasienter med en historie med selvmordsrelaterte hendelser eller som har betydelig grad av selvmordstanker før behandlingsoppstart, har en større risiko for selvmordstanker og selvmordsforsøk. Disse pasientene bør derfor følges nøye under behandlingen. En metaanalyse av antidepressiver på voksne pasienter med psykiatriske lidelser, har vist økt risiko for suicidal atferd sammenlignet med placebo for pasienter <25 år. Behandling av pasienter, særlig de med høy risiko, bør ledsages av nøye oppfølging, spesielt tidlig i behandlingen og ved doseendringer. Pasienter (og pårørende) bør oppfordres til å være oppmerksomme på klinisk forverring, selvmordsrelatert atferd eller selvmordstanker, samt uvanlige endringer i oppførsel, og til å kontakte medisinsk hjelp omgående dersom disse symptomene oppstår. Bruk av SSRI/SNRI er forbundet med utvikling av akatisi, som oftest de første ukene av behandlingen. Ved slike symptomer kan det være uguntsig å øke dosen. Forsiktighet anbefales hos pasienter med risiko for hyponatremi, som eldre, pasienter med cirrhose eller ved bruk i kombinasjon med andre legemidler som kan gi hyponatremi. Hyponatremi bedres vanligvis ved seponering av behandlingen. Forsiktighet anbefales ved samtidig bruk av orale antikoagulantia og legemidler kjent for å påvirke blodplatefunksjonen (f.eks. atypiske antipsykotika og fenotiaziner, de fleste trisykliske antidepressiver, acetylsalisylsyre og ikke-steroide antiinflammatoriske midler (NSAIDs), tiklopidin og dipyridamol), og hos pasienter med kjent blødningstendens. Blødningstiden bør monitoreres nøye når escitalopram behandling startes eller stoppes. Pga. begrenset klinisk erfaring anbefales forsiktighet ved samtidig bruk av escitalopram og ECT. Forsiktighet anbefales hvis escitalopram brukes samtidig med legemidler med serotoninerge effekter slik som sumatriptan eller andre triptaner, tramadol og tryptofan. Samtidig bruk av escitalopram og urtepreparater som inneholder johannesurt (Hypericum perforatum) kan gi økt insidens av uønskede effekter. Forsiktighet anbefales ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon (Cl_{cr} <30 ml/minutt) og pga. begrenset erfaring ved koronar hjertesykdom. Escitalopram påvirker ikke intellektuelle funksjoner og psykomotoriske evner. Pasienten bør likevel informeres om den mulige risikoen for at evnen til å kjøre bil og bruke maskiner kan påvirkes. **INTERAKSJONER:** Tilfeller av alvorlige reaksjoner er rapportert hos pasienter behandlet med SSRI i kombinasjon med en ikke-selektiv, irreversibel MAOH, og hos pasienter som nylig har avsluttet SSRI-behandling og påbegynt MAOH-behandling. I noen tilfeller utviklet pasienten serotoninergt syndrom. Behandling med escitalopram kan starte 14 dager etter avsluttet behandling med irreversible MAOH. Det bør gå minst 7 dager etter avsluttet escitaloprambehandling før behandling med ikke-selektiv, irreversibel MAOH påbegynnes. Pga. risiko for serotoninergt syndrom er kombinasjonen med MAO-A-hemmer, som f.eks. moklobemid, kontraindisert, og kombinasjon med selegilin (irreversibel MAO-B-hemmer) krever forsiktighet. Samtidig administrering med serotoninerge legemidler (f.eks. tramadol, sumatriptan og andre triptaner) kan føre til serotoninergt syndrom. Forsiktighet anbefales ved samtidig bruk av andre legemidler som kan senke krampeterskelen (f.eks. andre antidepressiver (trisykliske, SSRI), nevroleptika (fentiaziner, tioxantener og butyrofenoner), meflokin og bupropion). Det foreligger rapporter på forsterkede effekter når SSRI har vært gitt samtidig med litium eller tryptofan. Forsiktighet bør derfor utvises når escitalopram kombineres med disse legemidlene. Endret antikoagulanteffekt kan forekomme når escitalopram kombineres med orale antikoagulantia. Samtidig bruk av NSAID kan øke blødningstendensen. Kombinasjon med alkohol anbefales ikke. Forsiktighet anbefales ved samtidig administrering av legemidler som metaboliseres via CYP 2C19. Samtidig administrering med omeprazol 30 mg daglig (CYP 2C19-hemmer) ga moderat (ca. 50%) økning i plasmakonsentrasjonen av escitalopram. Samtidig administrering av escitalopram med cimetidin 400 mg 2 ganger daglig (moderat potent generell enzymhemmer) ga en moderat (ca. 70%) økning i plasmakonsentrasjonen av escitalopram. Forsiktighet bør derfor utvises når escitalopram tas samtidig med CYP 2C19-hemmere (f.eks. omeprazol, esomeprazol, fluvoksamin, lansoprazol, tiklopidin) eller cimetidin. Det kan bli nødvendig å redusere dosen av escitalopram basert på klinisk monitorering av bivirkninger ved samtidig behandling. Escitalopram er en hemmer av CYP 2D6. Forsiktighet anbefales når escitalopram gis samtidig med legemidler som i hovedsak metaboliseres via dette enzymet, og som har smal terapeutisk indeks, som f.eks. flekainid, propafenon og metoprolol (ved hjertesvikt) eller enkelte CNS-virkende legemidler som i hovedsak metaboliseres via CYP 2D6, f.eks. antidepressiver som desipramin, klomipramin og nortriptylin, eller antipsykotika som risperidon, tioridazin og haloperidol. Justering av dosen kan være nødvendig. Samtidig administrering med CYP 2D6-substratene desipramin eller metoprolol ga en dobling av plasmanivåene for disse to. **GRAVIDITET/AMMING:** *Overgang i placenta:* Det foreligger bare begrensede kliniske data for escitalopram brukt under graviditet. I reproduksjonstoksikologiske studier hos rotter viste escitalopram embryo-føtotoksiske effekter, men ingen økt insidens av misdannelser. Bør derfor ikke brukes under graviditet uten at det er helt nødvendig og etter nøye vurdering av nytte/risiko. Nyfødte bør observeres hvis escitalopram er brukt i senere stadier av svangerskapet, særlig i 3. trimester. Brå seponering bør unngås under svangerskapet. Følgende symptomer kan forekomme hos nyfødte ved bruk av SSRI/SNRI sent i svangerskapet: Pusteproblemer, cyanose, apné, kramper, temperatursvingninger, vanskeligheter med amming, oppkast, hypoglykemi, hypertoni, hypotoni, hyperrefleksi, tremor, skjelving, irritabilitet, døsighet, konstant gråt, søvnighet og søvnvansker. Dette kan enten være serotoninerge effekter eller seponeringssymptomer. I de fleste tilfellene sees symptomene umiddelbart eller kort tid (<24 timer) etter fødselen. Epidemiologiske data antyder at bruk av SSRI under graviditet, særlig sent i svangerskapet, kan øke risikoen for vedvarende pulmonal hypertensjon hos nyfødte (ca. 5 tilfeller pr. 1000 graviditeter, mot 1-2 tilfeller pr. 1000 graviditeter ellers i befolkningen). *Overgang i morsmelk:* Det forventes at escitalopram går over i morsmelk. Amming anbefales derfor ikke under behandling. **BIVIRKNINGER:** Bivirkninger er vanligst i 1. eller 2. behandlingsuke og avtar vanligvis i intensitet og frekvens ved fortsatt behandling. *Svært vanlige (≥1/10):* Gastrointestinale: Kvalme. *Vanlige (≥1/100 til <1/10):* Gastrointestinale: Diaré, forstoppelse, oppkast, munntørrhet. Hud: Økt svette. Kjønnsorganer/bryst: Menn: Ejakulasjonsforstyrrelser, impotens. Luftveier: Sinusitt, gjesping. Muskel-skjelettsystemet: Leddsmerter, muskelsmerter. Nevrologiske: Insomnia, søvnighet, svimmelhet, parestesier, tremor. Psykiske: Angst, rastløshet, unormale drømmer. Kvinner og menn: Nedsatt libido. Kvinner: Anorgasme. Stoffskifte/ernæring: Redusert appetitt, økt appetitt. Undersøkelser: Vektøkning. Øvrige: Tretthet, feber. *Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):* Gastrointestinale: Gastrointestinale blødninger (inkl. rektale blødninger). Hjerte/kar: Takykardi. Hud: Urticaria, håravfall, utslett, kløe. Kjønnsorganer/bryst: Kvinner: Menstruasjonsforstyrrelser (metroragi/menoragi). Luftveier: Neseblødning. Nevrologiske: Smaksforandringer, søvnforstyrrelser, synkope. Psykiske: Bruksisme (skjære tenner), agitasjon, nervøsitet, panikkanfall, forvirring. Undersøkelser: Redusert vekt. Øre: Tinnitus. Øye: Mydriasis, synsforstyrrelser. Øvrige: Ødem. *Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000):* Hjerte/kar: Bradykardi. Immunsystemet: Anafylaktisk reaksjon. Nevrologiske: Serotoninergt syndrom. Psykiske: Aggresjon, depersonalisering, hallusinasjoner. *Ukjent frekvens:* Blod/lymfe: Trombocytopeni. Endokrine: Unormal ADH-sekresjon. Hjerte/kar: Ortostatisk hypotensjon. Hud: Bloduttredelse, angioødem. Kjønnsorganer/bryst: Galaktore. Menn: Priapisme. Lever/galle: Hepatitt. Nevrologiske: Dyskinesi, bevegelsesforstyrrelser, kramper. Nyre/urinveier: Urinretensjon. Psykiske: Mani, selvmordstanker, selvmordsrelatert atferd. Stoffskifte/ernæring: Hyponatremi. Undersøkelser: Unormale leverfunksjonstester. Tilfeller av selvmordstanker og selvmordsrelatert atferd har vært rapportert i forbindelse med Cipralex-behandling eller like etter behandlingsstopp. Psykomotorisk uro/akatisi og anoreksi er sett. Tilfeller av QT-forlengelse er rapportert etter markedsføring, hovedsakelig hos pasienter med eksisterende hjertesykdom. I EKG-studie med friske frivillige, var QTC-endring fra baseline 4,3 msek ved 10 mg/dag og 10,7 msek ved 30 mg/dag. Epidemiologiske studier, primært med pasienter ≥50 år, viser økt risiko for benfrakturer hos pasienter som bruker SSRI- og TCA-preparater. Mekanismen bak risikoen er ukjent. Seponeringssymptomer, særlig ved brå avslutning av behandlingen. Svimmelhet, sanseforstyrrelser (inkl. parestesier og følelse av elektrisk støt), søvnforstyrrelser (inkl. søvnløshet og livlige drømmer), agitasjon eller angst, kvalme og/eller oppkast, tremor, forvirring, svetting, hodepine, diaré, hjertebank, svingende sinnsstemning, irritabilitet og synsforstyrrelser er de mest vanlig rapporterte reaksjonene. Symptomene er vanligvis milde til moderate og forsvinner av seg selv, men kan hos noen være alvorlige og vare lenger. Det anbefales å redusere dosen gradvis når behandling med escitalopram ikke lenger er påkrevd. **OVERDOSERING/FORGIFTNING:** Kliniske data er begrenset. I de fleste tilfellene er milde eller ingen symptomer rapportert. Fatale tilfeller er sjelden rapportert for escitalopram alene; i de fleste tilfellene er flere legemidler involvert. Doser på 400-800 mg escitalopram alene, er tatt uten alvorlige symptomer. *Symptomer:* Kliniske data er begrenset. I de fleste tilfellene er milde eller ingen symptomer rapportert. Fatale tilfeller er sjelden rapportert for escitalopram alene; i de fleste tilfellene er flere legemidler involvert. Doser på 400-800 mg escitalopram alene, er tatt uten alvorlige symptomer. *Behandling:* Intet spesifikt antidot. Etabler og oppretthold frie luftveier, adekvat oksygenering og ventilering. Mage-skylling og bruk av medisinsk kull bør vurderes. Mageskylling bør utføres så raskt som mulig etter oralt inntak. Overvåkning av hjertefunksjonen og vitale funksjoner sammen med generell symptomatisk behandling anbefales. Se Giftinformasjonens anbefalinger N06A B10 side d. **EGENSKAPER:** *Klassifisering:* Serotoninreopptakshemmer. *Virkningsmekanisme:* Selektiv hemmer av serotonin (5-HT)-reopptak med høy affinitet for det primære bindingssetet. Bindes også til et allosterisk sete på serotonintransportøren med lavere affinitet. Ingen, eller lav affinitet for en rekke reseptorer som 5-HT_{1A}-, 5-HT_2-, DA D_3- og D_2-reseptorer, α1-, α2- og β-adrenoreseptorer, histamin H_1-, muskarine kolinerge, benzodiazepin- og opioidreseptorer. *Absorpsjon:* Absorpsjonen er nesten fullstendig og uavhengig av matinntak, gjennomsnittlig T_{max} er 4 timer etter gjentatt dosering. Absolutt biotilgjengelighet ca. 80%. *Proteinbinding:* <80% for escitalopram og dens hovedmetabolitter. *Fordeling:* Tilsynelatende distribusjonsvolum (V_dβ/F) ca. 12-26 liter/kg. *Halveringstid:* Halveringstiden ($t_{½}$β) etter gjentatt dosering er ca. 30 timer, og plasmaclearance er ca. 0,6 liter/minutt. Hovedmetabolittene har betydelig lengre halveringstider. Farmakokinetikken er lineær. Steady state plasmanivåer nås innen ca. 1 uke. Systemisk eksponering (AUC) er ca. 50% høyere hos eldre sammenlignet med unge friske frivillige. Hos pasienter med mild til moderat nedsatt leverfunksjon (Child-Pugh grad A og B), var halveringstiden for escitalopram dobbelt så lang og eksponeringen ca. 60% høyere enn hos personer med normal leverfunksjon. Lengre halveringtid og en ubetydelig økning i eksponering er observert med racemisk citalopram hos pasienter med redusert nyrefunksjon (Cl_{CR} 10-53 ml/minutt). Plasmakonsentrasjonen til metabolittene er ikke studert, men kan være forhøyet. Sakte metaboliserere av CYP 2C19 har dobbelt så høy plasmakonsentrasjon av escitalopram som raske metaboliserere. *Metabolisme:* I leveren til farmakologisk aktive demetylerte og didemetylerte metabolitter. Etter gjentatt dosering er den gjennomsnittlige konsentrasjonen av demetyl- og didemetylmetabolittene hhv. 28-31% og <5% av escitalopramkonsentrasjonen. Metabolismen av escitalopram medieres i hovedsak via CYP 2C19. CYP 3A4 og CYP 2D6 kan også bidra til metabolismen, men i mindre grad. Metabolismen av hovedmetabolitten S-DCT katalyseres i hovedsak av CYP 2D6. *Utskillelse:* Escitalopram og hovedmetabolittene er antatt å elimineres både via leveren (metabolsk) og nyrene. Hoveddelen utskilles som metabolitter i urinen. **OPPBEVARING OG HOLDBARHET:** Oppbevares i originalpakningen for å beskytte mot lys. **PAKNINGER OG PRISER:** 60 stk. (blister) kr 413,80. Sist endret: 20.01.2012.

REFUSJON: *Refusjonsberettiget bruk:* Depresjoner. Panikklidelse med eller uten agorafobi. Sosiale fobier. *Refusjonskode:* ICPC: Kode -73 / ICD: Kode -F3: Behandlingskrevende forstyrrelse i stemningsleie ved psykisk lidelse. ICPC: Kode -74 / ICD: Kode -F4: Behandlingskrevende angstsymptomer ved psykisk lidelse. Vilkår: Ingen spesifisert.

H. Lundbeck AS
Strandveien 15 b
Postboks 361
1326 Lysaker

Tel.: 91 300 800
Fax: 67 53 77 07
www.lundbeck.no

REFERANSER: 1. Nilausen et al. Clin Ther 2011;33(10):1492-502 **2.** Cipriani et al. Lancet 2009;373:746-58 **3.** Boulenger et al. Curr Med Res Opin 2006;22:1331-41 **4.** Montgomery et al. Int Clin Psychopharmacol 2006;21:297-309 **5.** Kilts et al. Expert Opin Pharmacother 2009;10(6):927-36 **6.** Kennedy et al. Curr Med Res Opin 2009;25(1):161-75 **7.** Montgomery et al. Int Clin Psychopharmacol 2007;22(6):323-29 **8.** Gorman et al. CNS Spektrums 2001;7:40-4 **9.** SPC Cipralex MELTZ, 2012

LEONBERG.NO
Miljømerket trykksak. 241 785

NYHET!

Cipralex MELTZ® – Smeltetablett
- optimal kombinasjon av effekt og aksept[2]

2 av 3

pasienter synes smeltetabletter er lettere å ta enn vanlige tabletter[1]

- Effektivt i behandling av depresjon og angst[3,4,5,6,7]
- Rask innsettende effekt[8]
- Raskt oppløselig[9]
- Samme pris – mer praktisk[1]

Lundbeck

Cipralex MELTZ®
escitalopram

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/bilag Lise Dyrkoren
tlf. 22 04 33 72
lise.dyrkoren@sykepleien.no

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

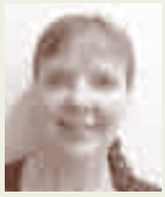
Stilling/nett Marianne Musæus
tlf. 91 83 41 10
annonser@sykepleien.no

Repro og trykk:
Color Print A/S

Gjesteskribenter:

Berit Daae Hustad forteller om en sykepleier i hjemmesykepleien som opplever en håpløs situasjon: En pasient uten pårørende i nærheten ligger for døden, og får ikke tilsyn. Side 70.

Lisbeth Thoresen spør i sin kronikk om hva døden gjør med oss som lever videre. Vi har en oppfatning om hvordan pasienter som skal dø skal behandles, forankret i prosedyrer og retningslinjer. Men vi bør fundere mer over hva som er det mest verdige. Side 78.



Randi Anne Elvebakk er sykepleier ved St. Olavs Hospital og skriver i dette innspillet om den travle hverdagen på sykehuset. Side 80.

Yvonne E. Frøen er advokat i NSF, og skriver om retten til erstatning hvis man er påført skader etter å ha deltatt i internasjonale operasjoner. Paragrafrytterne side 88.

Fagpressen F
OPPLAGSKONTROLLERT

2009 Fagpressens markedspris
2009 Fagpressepriset
2011 Fagpressens designpris

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: Marit Fonn

Innhold

Sykepleien **AKSJONISTEN:** «De tror at utlandet

Hva skjer

9 Aksjonisten
10 Hva skjer – smånytt
13 Vi bare spør Anette Trettebergstuen
14 Sier nei til 2000 for helgejobb
15 Varsler rettssak mot staten
16 Sexkjøperne er redde for hiv
18 – Sett ordføreren på skolebenken
20 – Må ta grep om røntgenkø
21 For eller mot: Hva må fastlegene gjøre?
22 Vil stille krav til praksissteder
23 – Skuffende om tvang

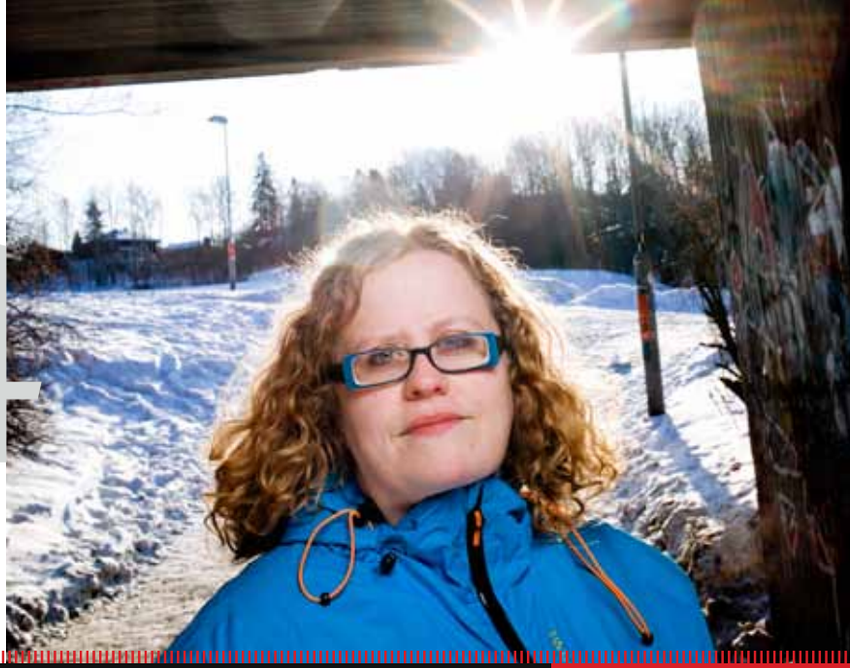
Der ute

32 Internasjonale smånyheter
34 Av og til er ti minutter nok
36 Englemakeren
40 Setter helg opp mot deltid
42 Trenger bedre stråleopplæring
45 Møtte ikke opp til stråletilsyn
46 Øyeblikket
48 Syke Tore (78) sendt på unødvendig papirjakt
50 Blir kvitt granskerne
51 Min jobb: Vibeke Mogstad
52 Fra 7 til 9 prosent

Tema: Psykisk helse

26 – Jeg trengte hjelp til å holde hverdagen i gang
27 – Forsvarlig å legge ned
28 Frykter et dårligere tilbud
30 Samhandlingsreformen mulig årsak til kutt
30 Sykepleiens spørreundersøkelse om psykisk helse

24



er en frisone som ikke har noen forbindelse med den virkelige verden.

3 • 2011
1. mars 2012 • 100. årgang

Fag og bøker

54 Fagnyhet: – Barn kan trenge lindring i mange år
56 Palliasjon til barn
59 Forskningsnyheter
60 Forførende samhandlingsreform
64 Forfatterintervju: Eli Berg
66 Bokanmeldelser
68 Forskning kan føre til konflikt
70 Etikk: Berit Daae Hustad
72 Hygienepolitiet
72 Quiz

Mennesker og meninger

74 Eli Gunhild By om helgejobbing
75 Siden sist og meninger
77 Minneord
78 Lisbeth Thoresen om verdig død
80 Innspill: Randi Anne Elvebakk
82 Tett på Finn Nortvedt
86 Sykepleien 100 år: 1930-tallet
88 Paragrafrytterne
89 Stillingsannonser
92 Kunngjøringer

GJESTESKRIBENTEN:

«Kan det vi omtaler som verdig bidra til uverdighet?»

Lisbeth Thoresen 78

«I sykepleier Amelia Dyers hus fant politiet barneklær, men ingen barn.»

36

54

L.NO.02.2010.0019

Keep smiling!

BAYER

Uten parfyme
Uten parabener
Uten fargestoffer

Følsom barnehud fortjener den beste omsorg og pleie.

Med Bepanthen salve forebygger og pleier du tørr hud og røde barnerumper. Bepanthen inneholder et virksomt stoff som omdannes til vitamin B5 i huden og er viktig for oppbyggingen av det ytterste hudlaget. Salven danner en beskyttende hinne uten å tette porene slik at huden får puste. Bepanthen salve er helt uten parfyme og fargestoffer og inneholder ingen parabener eller andre konserveringsmidler. Bepanthen kan også brukes til pleie av tørr hud, mindre overflatiske sår, lett solbrenthet og såre brystvorter.

Dokumentert effekt **Bepanthen kjøpes i apotek** **www.bepanthen.no**

Barth Tholens ut å kjøre

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

hjemme ute

Utlandet er ikke et land uten grenser.

Før jeg fylte 20 leste jeg bøker slik andre spiser godteri. Desidert størst inntrykk gjorde *On the road* av Jack Kerouac. Beat-generasjonens klassiker, platt oversatt til norsk «På kjøret», handler om unge Kerouac selv som cruiser rundt i femtitallets USA, på jakt etter den litt uklare meningen med livet. Det sies at manuset til boka ble skrevet i løpet av tre uker på en lang rull telegrafpapir for at forfatteren ikke skulle behøve å bryte tankerekken ved slutten av hvert ark.

Kerouacs rastløse søken på det store amerikanske kontinentet fylte straks mine årer med en ubeskrivelig reisekløe. Det fortonet seg plutselig som om selve loffingen, fra sted til sted, ble synonymt med det å leve. Ikke lang tid etter satte jeg selv kursen mot horisonten, i feberaktig forventning om at nå skulle det hele begynne. Og det virket! Det var som om jeg, streifende rundt i varme og eksotiske himmelstrøk, ble en annen jeg, en mer eventyrlig, nesten Clint Eastwoodaktig utgave av meg selv, herlig fri fra andres forventninger og derfor i stand til å gjøre hva som helst, uten at noen stakk nesa si i det. Oh freedom …

Senere gikk det opp for meg at effekten som regel var kortvarig. Før eller senere poppet mitt gamle jeg alltid opp igjen, som en slags idrettsskade som alltid melder seg når du minst trenger det.

Likevel tror jeg at jeg deler den greia om å føle **veldig sterke ting** når jeg er i utlandet, med mange andre. Det er som om vi opplever allting mer levende når kulissene rundt vår tilværelse blir skiftet ut. Forlater vi vår rike isklump på den nordlige halvkulen, kan både ørken, fattigdom og elendighet virke «forfriskende» på våre sanser. Vi føler at vi ikke lenger er statister i våre egne liv, men hovedrolleinnehavere. Alt vi ser, får en kraft og en verdi vi ikke visste om da vi forlot Gardermoen.

Dessverre blir noen av oss så oppglødd av dette at de tror at utlandet er en frisone som ikke har noen forbindelse med den virkelige verden. I denne utgaven trykker vi et debattinnlegg (side 75) fra en sykepleierstudent som har hatt praksis i et utviklingsland. Han beskriver hvordan studentene tok bilder og filmopptak av pasienter og utstyrte disse med utfyllende kommentarer om aktuelle diagnoser. Så delte de stolt materialet med hverandre og på sosiale medier, som om taushetsplikten overfor pasienter helt opphører å eksistere når man krysser grensen. Uheldig og kritikkverdig, mener forfatteren av debattinnlegget. Det er vi hjertens enige i.

Nå er det lett å trå feil, og kanskje særlig når hensikten egentlig er god. Selv tenkte jeg alltid at jeg «lærte» noe av å se på fattigdommen i mange av de landene jeg besøkte, fordi det ville gjøre meg i stand til å handle bedre når jeg kom tilbake. Men gjorde jeg det? Fattigdomsturismen – for ikke å snakke om bistandsturismen – har mange grumsete sider. Riktignok kan vi la oss bevege ved synet av andres elendighet. Men det er ikke sikkert det hjelper noen andre enn oss selv. Og trenger vi egentlig å sende ned flylass med mennesker som skal konstatere at vår norske bistand virker, når menneskene vi skal hjelpe egentlig bare trenger å kunne hjelpe seg selv?

Mens vi har en tendens til å vasse i hverdagen når vi er hjemme, er det lett å forelske seg i sitt eget selvbilde når man beveger seg i fremmede strøk – enten det nå er som eventyrer, som partykonge eller som livredder. Selv fikk mitt selvbilde en liten knekk da jeg en dag bestemte meg for å gi bøndene i Portugal en hjelpende hånd. Landet hadde nettopp kvittet seg med en diktator og reformert landbruket.

Jeg reiste straks ned og meldte meg inn i et nytt jordbrukskollektiv i den fattige Alentejoprovinsen. Her ble jeg fraktet ut til åkrene hvor jeg sammen med de lokale landarbeiderne skulle høste druer. Det var ikke mye kampsanger og heller smått med kommunikasjon fordi ingen snakket engelsk. Men jeg følte nå at jeg gjorde en betydelig forskjell til fordel for den portugisiske saken.

Inntil jeg på slutten av uken diskret ble tatt til side av formannen på arbeidslaget. Her fikk jeg en ikke-verbal antydning om at det var like greit at jeg pakket sakene mine. Jeg plukket bare alt for sakte.

Da reiste jeg hjem og flyttet inn i rekkehus.

Hva skjer

Vil ha minstekrav

- Det må innføres minstekrav til kunnskap og kompetanse for vikarer som jobber i omsorgsyrker, sier Eli Gunhild By til NRK Sørlandet.

Intervjuet ble gjort etter at en ufaglært tilkallingsvikar ved et sykehjem brakk fingeren på en pasient som ble stelt.

By mener at omfattende bruk av ufaglærte vikarer går ut over pasientene.

Foto: Colourbox

Ny MRSA-variant

En ny type methicilin-resistente gule stafylokokker (MRSA) har blitt identifisert i menneske i Sverige. Denne typen stafylokokker har tidligere bare blitt funnet i melkekyr.

- Selv om det i dag ikke finns noe som taler for at den nyoppdagede varianten er et stort problem for mennesker i Sverige er det viktig at vi har kontroll på nye varianter, sier Karin Tegmark Wisell, ved Smittskyddinstituttet, på egne nettsider.

Tradisjonelle oftere uføre

Tradisjonelle kjønnsroller kan forklare hvorfor flere kvinner enn menn er uføretrygdet, hevder Morten Blekesaune ved Høgskolen i Agder i sin studie. Han skriver at det er sannsynlig at kjønnsroller påvirker beslutningen om å gå av med uførepensjon, og ikke omvendt. Det er med andre ord ikke slik at kvinner som blir uførepensjonert blir mer tradisjonelt orienterte i etterkant.

Forskning.no

Foto: Colourbox

Les mer om:

14 Sier nei til 2000 for helgejobb ›
15 Varsler rettssak mot staten ›
16 Sexkjøpere er redde for hiv ›
18 – Sett ordføreren på skolebenken ›
20 – Må ta grep om røntgenkø ›
22 Vil stille krav til praksissteder ›
23 – Skuffende om tvang ›

sykepleien.no

Snart tariffoppgjør. Følg med på sykepleien.no

Sykepleien øker

Sykepleien har fått 11 000 flere lesere, sammenliknet med i fjor. Mens bladet hadde 202 000 lesere i 2011, er det nå 213 000 personer i Norge som leser Sykepleien. Det viser en måling foretatt av Ipsos MMI. Der måles hvert år hvor mange lesere en gjennomsnittsutgave av et medium har (Norsk medieindeks).

Mange aviser, magasiner og fagblad er med i indeksen. Hovedtendensen er at antallet lesere går ned.

I 2012 fyller bladet 100 år. For å feire det inviterer redaksjonen sykepleiere til å skrive en utgave av bladet selv, i samarbeid med redaksjonen. Desember-utgaven blir Sykepleiens jubileumsutgave. Meld deg til tjeneste innen 1. april hvis du ønsker å være med på dette. Til: barth.tholens@sykepleien.no.

Nå kommer regningen

Tall fra Helsedirektoratet viser at 241 kommuner kan ha penger til gode på sykehustjenester i januar, som er den første måneden der kommunene skal betale 20 prosent av sine innbyggeres sykehusutgifter.

Kommunene har på forhånd betalt inn et akonto-beløp, som skal avregnes mot de endelige tallene over deres faktiske forbruk av sykehustjenester.

Ifølge Helsedirektoratets foreløpige tall, må 187 kommuner belage seg på å betale inn mer for sin bruk av sykehustjenester, mens 241 kommuner har snaue 22 millioner kroner til gode.

Kommunal Rapport

Doktorgrader i medisin og helsefag – tall 2002 til 2011

2002	154
2003	158
2004	189
2005	220
2006	216
2007	246
2008	337
2009	336
2010	386
2011	396
Totalt	**2638**

Kilde: NIFU Doktorgradregisteret

Lokker med lønninger

Klepp kommune i Rogaland vil kapre sykepleiere til institusjonene. Sykepleiere ved institusjoner i Klepp vil fra 1. mars stige i lønn ifølge Jærbladet. Lønnsnivået vil være mer enn 30.000 kroner over sentral avtalt minstelønn for sykepleiere i kommunesektoren. Lønnsløftet gjelder ikke for sykepleiere som er ansatt på legevakten, helsestasjonen, psykiatrien eller hjemmetjenesten. NSFs hovedtillitsvalgt Elisabeth Hjelmseth hadde helst sett at alle sykepleiere i kommunen fikk lønnsløft.

Foto: Colourbox

Flere byråkrater

Sykehusreformen skulle slanke helsebyråkratiet. Det motsatte har skjedd. Av 12 335 nye årsverk i spesialisthelsetjenesten siden innføringen av reformen i 2002, er 6 145 ikke-medisinske stillinger.

Administrativt ansatte i spesialisthelsetjenesten økt med 27 prosent, ifølge tall fra SSB.

– Det eneste jeg har merket er at jeg har fått flere arbeidsoppgaver, og det har blitt flere ansatte i ledelsen og administrasjonen, sier sykepleier og hovedtillitsvalgt ved Ahus, Nina Gurli Hedkrok til Klassekampen.

FILM: Helsepersonell får råd gjennom eksempler. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

Lær om eldre og overgrep

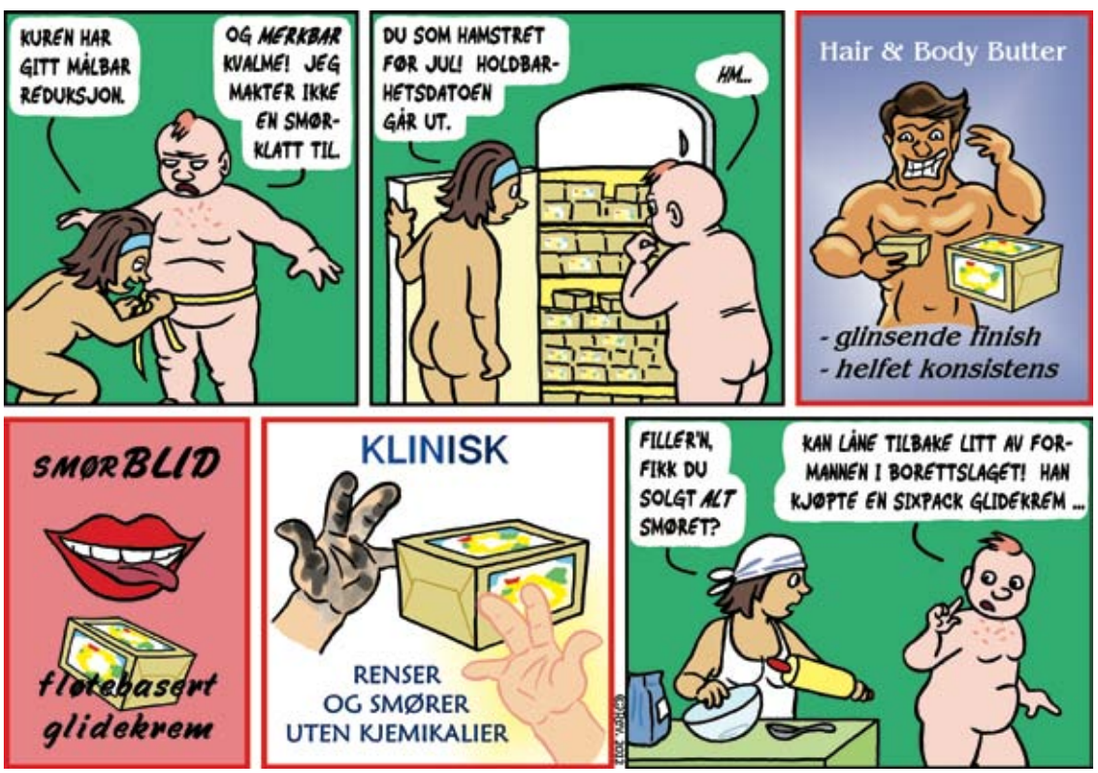
Helsepersonell skal bli dyktigere i arbeidet med eldre som er utsatt for overgrep. Gjennom to filmer som viser to ulike historier om overgrep mot eldre, gis det gode eksempler på hvordan helsepersonell kan ta opp vanskelige spørsmål rundt temaet.

Den ene handler om Elsa som har demens, bor hjemme og utnyttes/trues av datteren som har ansvaret for økonomien hennes. Den andre handler om Karl som har kols. Han bor med sin voldelige og sønn som er rusmisbruker. Underveis blir det mulighet til å reflektere over ulike dilemmaer som kan oppstå for helsepersonell.

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) anbefaler e-læringsprogrammet til alle som arbeider med eldre.

Programmet er utarbeidet av Vern for eldre og Oslo kommune og finansiert av Helsedirektoratet. CD kan bestilles gratis via e-post: vern.for.eldre@nasjonal.kontakttelefon.no

TERAPI av Bodil Revhaug



Meninger fra www.sykepleien.no

Hygienetiltak har effekt

....Jeg var sjokkert over den dårlige hygiene jeg opplevde på et av sykehusene i Oslo da min mann var innlagt ca noen uker før han døde. Jeg satt der flere timer hver dag og så uhyre mye slurv, så hygienepersonell ville hatt mye å gjøre på den avdelingen.....

Sykepleier

Lite forskningsmidler til sykepleiere

Mye enklere å søke sponsorer selv, hvis en skal forsøke å publisere noe, som en tror er matnyttig for sykepleieryrket!

Nils Trana

Hele innlegget finner du på: www.sykepleien.no_debatt

For deg med diabetes dreier alt seg om
BALANSE

ACCU-CHEK og ACCU-CHEK AVIVA NANO er varemerkene til Roche.
© 2012 Roche. 0001-001-1211. Roche Diagnostics Norge AS, PB 6610 Etterstad, 0607 Oslo

Accu-Chek Aviva Nano.
Enkel og sikker blodsukkerbalanse

Med diabetes må du alltid holde blodsukkeret i balanse.
Derfor er det viktig å måle blodsukkeret regelmessig.
Med Accu-Chek Aviva Nano gjør du dette på en enkel måte.
Apparatet er lite, elegant og sikkert i bruk.

Nå med aktiveringsbrikke:

- Enkelt – apparatet kodes og aktiveres én gang, for alltid
- Sikkert – sperrer for bruk av ødelagte strimler, og sikrer nøyaktige resultater

Opplev mulighetene.

Accu-Chek Aviva Nano fås på apoteket.
For mer informasjon, se www.accu-chek.no
Eller ring 815 00 510.

ACCU-CHEK®

Anette Trettebergstuen

Alder: **31 år**
Stilling: **Stortingsrepresentant (Ap) fra Hedmark.**
2. nestleder i arbeids- og sosialkomiteen.

BAKGRUNN:

Da Anette Trettebergstuen møtte LO for å forklare hvorfor Ap er for vikarbyrådirektivet, ble det buing og utrop. Noen kalte henne hore, sa hun etterpå. Da ble hun beskyldt for å bruke sexkortet. Aftenposten slo nylig opp at hun er eneste åpne lesbiske på Stortinget. Blant menn er det mange åpne homofile. Både mor og far er sykepleierutdannet.

Mor og far er sykepleier

Du har vel bra peiling på sykepleiernes arbeidstid?
– Helt klart. Jeg kan mye om deres arbeidsvilkår.

Hvordan løse helgefloken?
– Jeg forstår sykepleierne som synes de jobber mer enn nok helger. Men de som frivillig vil jobbe mer, må få gjøre det. Sykepleierne må ikke gi fra seg muligheten til å bestemme utelukkende til oss politikere, slik Høyre og Frp vil. Jeg synes at sykepleierne, som vet hvor skoen trykker, skal bestemme selv.

Ga turnusen deg en vanskelig barndom?
– Nei, for faren min er leder og mor jobbet som legesekretær. Nå er mor aktiv som tillitsvalgt.

Jobber sykepleierne for lite, slik arbeidsgiver Spekter mener?
– Har de sagt det nå igjen? Alle kan ikke jobbe mer helg. De fleste sykepleiere jobber mye.

Men de bør vel jobbe mer heltid?
– Ja, for vi må bli kvitt ufrivillig deltid.

Men mange jobber deltid frivillig?
– Ja, det er et problem, for frivillig deltid avler også ufrivillig deltid.

Hvordan går det med vikarbyrådirektivet?
– Jo, debatten er livlig. Den går sin gang.

Det ble mye oppstuss for deg med skriverier om sextrakassering. Hvordan har du det nå?
– Jeg er glad debatten nå er blitt seriøs og at vi holder oss til saken.

Er du udelt for direktivet?
– Ja.

Ditt viktigste ja-argument?
– At vikarer ikke blir underbetalt og forskjellsbehandlet.

Tøft å møte LO-motstanden?
– LO og Ap har konkludert ulikt. Det har vi gjort før også. Jeg lever godt med at vi har ulike syn. Men jeg kunne jo ønske at LO og Sykepleierforbundet hadde vært enig med oss.

Det er vel vanskelig å vite hvordan direktivet vil slå ut?
– Nei. Vi vil ikke liberalisere arbeidsmiljøloven. Da vil direktivet utelukkende bli en styrke.

Du er enslig som åpen lesbisk på Stortinget. Hvordan tolker du det?
– Det sier noe om at kvinner er mer usynlige enn menn. Vi får bare stå på.

Du skulle hatt flere med deg på Løvebakken?
– Jeg ønsker synlighet i alle deler av samfunnet.

Hva er den viktigste saken i arbeidslivet nå?
– Oj. Kan jeg velge bare én? Kampen mot sosial dumping og retten til heltid. De henger sammen.

Hvordan?
– Vi vil ha ryddige forhold for all arbeidskraft. Arbeidsinnvandrerne vil bli flere. Det er viktig at de ikke blir et B-lag. Det samme med retten til heltid: Vi trenger arbeidskraften.

Hva er den viktigste kvinnesaken?
– Retten til heltid. Ufrivillig deltid er den største årsaken til at vi ikke har likelønn.

Har du et råd til sykepleierne?
– Sett dere godt inn i hva de ulike partiene mener om arbeidstid. Det er store forskjeller. Selv om høyresiden ikke sier det, ønsker den å liberalisere arbeidstidsbetingelsene.

Hva betyr dine foreldres yrke i ditt politiske arbeid?
– Det lå alltid bunker av Sykepleien hjemme, så slik lærte jeg å lese. Jeg har jo lært mye om helse og omsorg, og psykiatri spesielt. Faren min leder et DPS.

Du har et koselig etternavn. Litt Alf Prøysensk?
– Navnet er fra Løten i Hedmark. Det kommer fra en gammel gård som het Berg. Der var det mye feider og krangler, så det ble Tretteberg. Da min tippoldefar kjøpte jord der, ble navnet Trettebergstuen.

Tekst **Marit Fonn**
Foto **Arbeiderpartiet**

Sier nei til 2000 for helgejobb

Sykepleierne i Trondheim sier klart nei til å videreføre prøveordningen med 2000 kroner for en ekstra helg.

Tekst **Ann-Kristin Bloch Helmers og Eivor Hofstad**
Foto **Ann-Kristin B. Helmers**

– BRUKES IKKE: Helgeordningen har vært minimalt i bruk blant sykepleierne i høst, sier Gørill Tranås, hovedtillitsvalgt for Norsk Sykepleierforbund i Trondheim kommune.

Sykepleierne i Trondheim kommune har siden sommeren jobbet ekstrahelger for rundt 250 000 kroner, de aller fleste tilknyttet sommeravviklingen. I oktober ble det utbetalt 16 000 kroner for ekstrahelger, og i november bare 2 000 kroner.

Ikke overtidsbetalt

I fjor sommer skrev Norsk Sykepleierforbund i Trondheim under på en prøveordning med ekstra betaling for å lokke faglærte til å jobbe flere helger. Fagforbundet, Delta og FO har skrevet under på den samme avtalen. Denne måneden starter nye forhandlinger om avtalen, som går ut i slutten av mars. Mange brudd på arbeidsmiljøloven, og et forsøk på å avhjelpe dette, er hovedårsaken til at avtalen ble inngått, ifølge Gørill Tranås, hovedtillitsvalgt i Trondheim kommune.

Hun sier at NSF nå vil si absolutt nei til 2000 kroner for en ekstra helg. De andre forbundene er ifølge Tranås per i dag fornøyde med avtalen.

For hver helg – altså to helgevakter – man frivillig jobber ekstra, i tillegg til tredje hver helg som ligger i turnusen, får man en kompensasjon på 2000 kroner. Da får man det vanlige lørdags- og søndagstillegget som ligger på 35 kroner per time i tillegg, men man får ikke overtidsbetaling, siden dette ikke er pålagt overtid.

«Satsen er for lav.»

Gørill Tranås, NSF Trondheim kommune

– Altfor lite

– Medlemmene våre vil ikke ha den, og etter sommeravviklingen har de så å si ikke benyttet seg av ordningen, sier Tranås.

– Utbetalingene er ikke helt i tråd med gåtte vakter, på grunn av lønnskjøringer. Men det ser ut som det er minimalt behov for ordningen når det ikke er sommer, sier hun.

– Bare fem sykepleiere fikk utbetalinger fra denne avtalen i oktober og november. I løpet av sommeravviklingen var den i bruk 120 ganger, så da hadde den nok en funksjon.

– *Hvorfor har ikke avtalen blitt mer populær?*

– Tilbakemeldingen fra medlemmene er at en frihelg er verdt mer enn 2000 kroner. Satsen er altfor lav, sier hun.

– *Hvor mye vil dere ha for en ekstrahelg?*

– Der har vi ikke kommet fram til noe konkret beløp ennå, men vi vet at andre får rundt 4500 kroner for en helg, og at avtalen da blir mer brukt, sier hun.

– Sykefraværet opp

Forut for avtalen var et prøveprosjekt på Nidarvoll helsehus som startet i 2009. Resultatene her viste at flere fikk økt stillingene sine og antallet personale med fagutdanning på vakt i helgene økte. Men tiltaket var altså mer populært blant hjelpepleierne og helsefagarbeiderne enn blant sykepleierne.

– Det var selvfølgelig positivt at det ble mer forutsigbart hvem som kom på vakt, og at det var flere kjente folk i helgene. Men sykefraværet totalt for enheten gikk opp i denne perioden, har Mette Hjelmeland, også hovedtillitsvalgt for NSF i Trondheim kommune, tidligere uttalt til Sykepleien.

Mette Hjelmeland sa at grunnen til at NSF gikk med på denne avtalen var at det hele var frivillig.

– Siden Fagforbundet gikk med på dette, ville NSFs medlemmer kanskje ikke få noe tilbud i det hele tatt. Dette var derfor bedre enn ingenting.

Se også side 40.

Varsler rettssak mot staten

Tilspisset strid om hpv-tester kan havne i retten. Tekst **Nina Hernæs og Ann-Kristin Bloch Helmers**

Norske kvinner tilbys undersøkelser mot livmorhalskreft. Fordi kreften skyldes et virus, brukes blant annet virustester for å plukke ut kvinner med risiko. Men det er stor uenighet om hvilke virustester, såkalte hpv-tester, som er best. Før jul slo Kreftregisteret fast at en av testene ikke holder mål. Denne testen er derfor ekskludert fra bruk.

Nå varsler produsenten at det kan bli rettssak.

Kritikk

I et brev fra advokatfirmaet Hjort varsles Helse- og omsorgsdepartementet om rettslige skritt. Advokatfirmaet representerer Norchip, som står bak den omstridte testen. I brevet kritiseres særlig Kreftregisterets evaluering av hpv-testene som har vært brukt i Norge. Evalueringen, der Norchips test kom dårlig ut, betegnes som skjev og lite balansert.

Brevet viser også til Danmark, der bruken av hpv-tester nylig er revidert, og Norchips test fremdeles kan brukes.

Kreftregisteret har tidligere tilbakevist Norchips anklager.

Avviser

I brevet bes det om at vedtaket om å ekskludere Norchip sin test kjennes ugyldig og at Norchip får erstatning for tapt fortjeneste.

Helse- og omsorgsdepartementet skriver i sitt svar til advokatfirmaet Hjort at det ikke er grunnlag for å imøtekomme disse kravene.

Fra departementet får Sykepleien opplyst at det er regjeringsadvokaten som eventuelt vil håndtere en rettssak.

Hpv-tester

Livmorhalskreft skyldes infeksjon med humant papillomavirus (hpv). Viruset gir celleforandringer, som kan oppdages av celleprøver. Alle norske kvinner mellom 25 og 69 år anbefales celleprøver hvert tredje år. Noen celleprøver er vanskelige å tolke, og disse følges opp med hpv-test.

I Norge er det delte meninger om hvilke krav som skal stilles til hpv-testene. Kravene ble skjerpet fra nyttår.

Trist

Glad

Inotyol®
Lindrende og beskyttende ved eksem, eksempelvis bleieutslett

Bleiebarn blir lett røde og irriterte på rumpa. Inotyol® er en velprøvd salve med lindrende effekt på følsom hud. Inotyol® er antiseptisk og minsker kløe og svie. Inotyol® har også en beskyttende effekt på hud.

Skal ikke brukes på væskende og infiserte sår.

Inotyol® er et godkjent legemiddel som har vært registrert i over 70 år. Finnes på apotek. Les pakningsvedlegget nøye.

Iktammol

Abbott Norge AS
www.abbott.no
Telefon: 81 55 99 20

Abbott
A Promise for Life

015-Ino-Jan-11

Sexkjøperne er redde for hiv

Sykepleier Lennart Lock når fram til menn som kjøper sex.

Tekst og foto **Marit Fonn**

HELSEHJELP ER INNGANGSPORT: Etter smittesjekken er det lettere for sexkjøperne å snakke om følelser, har Lennart Lock erfart.

På ett år har 350 personer oppsøkt KAST, et tiltak for å hjelpe sexkunder.

Sykepleier og sexologisk rådgiver Lennart Lock er prosjektleder.

– De fleste som tar kontakt er mannlige sexkunder. Men også deres partnere, foreldre og søsken tar kontakt.

– *Hvordan tar de kontakt?*

– Sexkundene bestiller time på våre nettsider. Denne metoden har vært et effektivt grep for å senke terskelen for kontakt. De kan bestille klokken fire om natten om de vil.

Pårørende og partnere ringer gjerne, de tenker at tiltaket ikke egentlig er for dem.

– Via nettsiden formidler vi at dette ikke er moraliserende tiltak, men vi vil hjelpe på deres premisser.

Hos noen som bestiller svikter motet, og de avbestiller.

– Noen tar runder rundt kvartalet og kommer for sent til timen. Mange er engstelige. De har sagt til seg selv at om det blir for ubehagelig, skal de bare gå.

– *Har det hendt?*

– Aldri. De kan kaldsvette og være grå i huden når de kommer. Etterpå sier de: Dette var ikke så ille.

Lammende redsel

Angsten for hiv tynger mest.

– Mange har en lammende redsel for å ha fått hiv. De klarer ikke konsentrere seg på jobb, googler alt de kan for å finne fakta. De tolker ofte symptomer på forkjølelse som symptomer på hiv. De er helt fra seg.

Men så får de tatt en hiv-hurtigtest.

– I forlengelsen av smittesjekk kommer vi inn på hvorfor de kjøper sex. Det lettere å snakke om hiv, det er mindre intimt enn følelser. Klientene bruker smittesjekk for å teste om de kan ha tillit til å snakke om mer personlige tema.

Ingen har testet positivt for hiv. Seks har hatt kjønnssykdommer, det vil si klamydia eller mykoplasma.

– 60 har vært fysisk til stede på klinikken i Oslo sentrum. Resten har vi snakket med på telefon eller chattet med på nettet. En viktig faktor for suksessen er at vi har et tilbud om helsehjelp. Ti av dem som har vært her er ikke etnisk norske. De er vanskelig å nå.

Kald sex

For snart to år siden ble det forbudt å kjøpe sex i Norge.

– *Hvor utbredt er sexkjøp nå?*

– Storkjøperne er de som er avhengig og ikke klarer å styre seg. Risikoen for å bli tatt er lav. Mange kjøper sex i utlandet. Noen har ikke bevisst vært ute etter det, men de kommer over et tilbud og har ikke beredskap til å takke nei. Som når de går beruset på gaten om natten og blir tatt tak i av en prostituert.

Lock håper KAST kan bli et permanent tilbud i 2013. Foreløpig er det er prøveprosjekt.

– *Har noen av kundene sluttet å kjøpe sex?*

– Vi har ikke grunnlag for å si noe om det. Men flertallet sier at det ikke skal skje igjen. Når vi snakker om det, sier de ofte at de opplever kjøpt sex som kald og mekanisk, og at de føler skyld og skam. ||||

KAST

- Kjøp Av Seksuelle Tjenester (KAST) tilbys av Reform, et ressurssenter for menn i Oslo sentrum.
- På nett: kast-norge.no, reform.no

forebygging.no

Kommunetorget.no
- for planlegging av folkehelse- og rusarbeid i kommunene

Tett og surklete i brystet?

Bronkyl® – den effektive slimløseren!

NYHET
RESEPTFRITT!

*Bronkyl® 25 stk får du nå **uten** resept på apoteket! Frisk sitronsmak!*

Bronkyl® brusetabletter er et effektivt og veletablert slimløsende middel ved kronisk bronkitt. Bronkyl® gjør slimet mer tyntflytende og dermed lettere å hoste opp.

Bronkyl® er et reseptfritt legemiddel til bruk ved kronisk bronkitt hos voksne over 18 år. Inneholder acetylcystein.
Skal ikke brukes ved astma, blodfarget slim eller tidligere magesår. Les på pakning og pakningsvedlegg før bruk.

www.weifa.no

– Sett ordføreren på skolebenken

Kommuneledelsen vet for lite om hva helsestasjonstjenesten driver med, mener Astrid Grydeland Ersvik, leder for helsesøstrene.

Tekst **Eivor Hofstad**

VELKJENT PROBLEM: Helsesøsterleder Astrid Grydeland Ersvik er ikke overrasket over Helsetilsynets funn. Arkivfoto: Marit Fonn.

Helsestasjonstilbudet er mange steder ikke i tråd med faglige normer fastsatt av myndighetene. Det er ingen hjemmebesøk etter fødsel eller det mangler 2- og 4-årskontroller. Mens barn mellom 0-6 år kanskje ikke får den helsehjelpen de har krav på, overlater kommunene styringen til helsestasjonspersonellet.

KUTTER UT KONTROLLER: Det er stor variasjon mellom kommunenes helsestasjonstilbud, viser rapport. Noen kutter ut 2- og 4-årskontrollen for å spare. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

Statens helsetilsyns kartlegging av helsestasjonstilbudet i 50 kommuner og bydeler viser nå at kommuneledelsen mange steder ikke har god nok kontroll.

– Ingen overraskelse

– Dette bekymrer meg. Og det burde bekymre helseministeren også. Det er skremmende å se at kommunene erkjenner at de har svikt i denne tjenesten, men samtidig ikke har planlagt å iverksette forbedringstiltak, sier bruker- og pasientombudet i Akershus, Knut Fredrik Thorne.

Rapporten viser at det er stor variasjon mellom ulike kommuners helsestasjonstilbud. Videre stemmer ikke offisiell statistikk med virkeligheten som fremkommer i kartleggingen til Helsetilsynet. Den offisielle statistikken, KOSTRA-tallene, ser penere ut.

– Det må myndighetene gjøre noe med, oppfordrer Thorne.

– Dette var ingen overraskelse for oss. Vi har i årevis påpekt manglende kunnskap og styring hos de som har ansvaret for helsestasjonstilbudet i kommunene. I de seinere år har problemene bare eskalert fordi helsesøstrene har fått flere oppgaver uten at ressursene har økt tilsvarende, sier leder av Landsgruppen av helsesøstre NSF, Astrid Grydeland Ersvik.

Kutter hjemmebesøk og kontroller

– Hva er de vanligste manglene ved helsestasjonstilbudet?

– Ressursmangelen gjør at man kutter ut enkelte konsultasjoner som hjemmebesøk, 2- og 4-årskontroller. Enkelte steder er det for eksempel bare førstegangsfødende som får hjemmebesøk, andre steder kan det være at jordmor kommer i stedet for helsesøster. Vi mener at det er flott med jordmorbesøk, men det må komme i tillegg, ikke som erstatning for helsesøster.

– Helsestasjonene er bemannet med høyt kompetent personale. Hva er faren med å overlate styringen til dem?

– Kartlegginger vi har gjort viser at helsesøstre ikke prioriterer den administrative og politiske delen av jobben. De er ikke gode nok på å være premissleverandører mot kommunepolitikerne. Det jobber vi med å forbedre.

– Hvordan da?

– De må bli flinkere til å melde avvik og peke på utfordringene i tjenesten ved å vise til gode statistikker og tall. Og så må de dele sin erfaringsbaserte kunnskap.

Tiltak

Astrid Grydeland Ersvik mener hovedårsaken til problemene er at kommuneledelsen har for liten kunnskap om tjenesten.

– Den bør settes på skolebenken for å lære om hva myndighetene mener helsestasjonstilbudet bør inneholde.

Hun er også enig i anbefalingene fra Helsetilsynet om at statlige helsemyndigheter må konkretisere hvem som har ansvar for hva innen de ulike delene av forebyggende helsetjenester.

«Helsestasjonsvirksomheten har behov for slik avklaring for å sikre hensiktsmessig samarbeid med fastleger, kommunal fysioterapitjeneste, barnehager, barnevern, helseforetak etc.», skriver Helsetilsynet i rapporten.

Videre blir kommunene bedt om å sørge for systematisk overvåking og gjennomgang av helsestasjonsvirksomheten for å sikre at den fungerer som forutsatt.

Fra 1. januar i år har Fylkesmannen tilsynsmyndighet for helsestasjonsvirksomheten. Helsetilsynet ber fylkesmennene vurdere behovet for å følge opp kartleggingen i kommuner i eget fylke. ||||

Fakta:

Kartleggingen, «Styre for å styrke», ligger på Helsetilsynets nettsider, www.helsetilsynet.no

Klar for en ny dag?

NYCOMED

Anbefaling ved primær insomni i Storbritannia:

Depotformulert melatonin (Circadin®) anbefales som første medikamentelle alternativ (til eldre > 55 år).[2)]

Depottablett melatonin

circadin®

Klar for en ny dag

1) SPC
2) Wilson et al. British Association for Psychopharmacology consensus statement on evidence-based treatment of insomnia, parasomnias and circadian rhythm disorders. J Psychopharmacol. 2010 Sep 2. 0

C **Circadin «Neurim»** ATC-nr.: N05C H01

Sedativum. Hypnotikum.

DEPOTTABLETTER *2 mg:* *Hver depottablett inneh.:* Melatonin 2 mg, laktosemonohydrat, hjelpestoffer.
Indikasjoner: Indisert som monoterapi til kortvarig behandling av primær insomnia karakterisert ved dårlig søvnkvalitet hos pasienter >55 år.
Dosering: ***Bør svelges hele. Voksne:*** 2 mg 1 gang daglig, 1-2 timer før leggetid og etter mat. Denne doseringen kan fortsette i opptil 13 uker. ***Barn og ungdom <18 år:*** Anbefales ikke pga. utilstrekkelige sikkerhets- og effektdata. *Nedsatt leverfunksjon:* Anbefales ikke.
Kontraindikasjoner: Kjent overfølsomhet for melatonin eller noen av hjelpestoffene.
Forsiktighetsregler: Melatonin har moderat påvirkning på evnen til å kjøre bil og bruke maskiner. Kan forårsake tretthet. Brukes med forsiktighet hvis effekten av tretthet med sannsynlighet kan føre til sikkerhetsrisiko. Anbefales ikke ved autoimmune sykdommer, da det ikke foreligger kliniske data angående bruk til denne pasientgruppen. Bør ikke brukes ved sjeldne, arvelige problemer med galaktoseintoleranse, en spesiell form for hereditær laktasemangel (lapp-laktasemangel) eller glukose-galaktosemalabsorpsjon.
Interaksjoner: Melatonin metaboliseres hovedsakelig via CYP 1A. Interaksjon mellom melatonin og andre legemidler som en følge av effekten deres på CYP 1A-enzymer, er derfor mulig. Fluvoksamin øker melatoninnivået ved å hemme CYP 1A2 og CYP 2C19. Kombinasjonen bør unngås. Forsiktighet bør utvises ved samtidig bruk av 5- eller 8-metoksypsoralen, som øker melatoninnivåene ved å hemme metabolismen. Forsiktighet bør utvises ved samtidig bruk av cimetidin, en CYP 2D-hemmer, som øker melatoninnivåene i plasma. Røyking kan redusere melatoninnivået pga. CYP 1A2-induksjon. Østrogen øker melatoninnivået ved å hemme CYP 1A1 og CYP 1A2 og forsiktighet bør utvises ved samtidig bruk. CYP 1A2-hemmere, som kinoloner, kan føre til økt melatoninekspонering. CYP 1A2-indusere som karbamazepin og rifampicin kan føre til redusert plasmakonsentrasjon av melatonin. Alkohol må ikke inntas samtidig fordi det reduserer effekten på søvn. Melatonin kan øke de sedative egenskapene til benzodiazepiner og ikke-benzodiazepinhypnotika, som zaleplon, zolpidem og zopiklon. Samtidig inntak av melatonin og tioridazin kan føre til en økt følelse av ullenhet sammenlignet med kun bruk av tioridazin. Samtidig inntak av melatonin og imipramin kan føre til økt følelse av uro og problemer med å utføre oppgaver sammenlignet med kun bruk av imipramin.
Graviditet/Amming: *Overgang i placenta:* Bruk under graviditet er ikke undersøkt. Dyrestudier indikerer ingen direkte eller indirekte skadelige effekter på svangerskapsforløp, embryo-/fosterutvikling, fødsel eller postnatal utvikling. Pga. manglende kliniske data bør ikke gravide og kvinner som ønsker å bli gravide, bruke preparatet. *Overgang i morsmelk:* Går over. Anbefales derfor ikke til ammende.
Bivirkninger: *Mindre vanlige(≥1/1000 til <1/100):* Gastrointestinale: Magesmerter, magesmerter i øvre del, dyspepsi, sårdannelse i munnen, munntørrhet. Hjerte/kar: Hypertensjon. Hud: Dermatitt, nattesvette, pruritus, utslett, generell pruritus, tørr hud. Kjønnsorganer/bryst: Menopausesymptomer. Lever/galle: Hyperbilirubinemi. Muskel-skjelettsystemet: Smerter i ekstremiteter. Nevrologiske: Migrene, letargi. psykomotorisk hyperaktivitet, svimmelhet, søvnighet.
Nyre/urinveier: Glykosuri, proteinuri. Psykiske: Irritabilitet, nervøsitet, uro, søvnløshet, unormale drømmer, angst. Undersøkelser: Unormal leverfunksjonstest, vektøkning. Øvrige: Asteni, brystsmerter.
Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000): Blod/lymfe: Leukopeni, trombocytopeni. Gastrointestinale: Gastroøsofageal reflukssykdom, gastrointestinale lidelser og ubehag, blemmer i munnens slimhinner, sårdannelse på tungen, oppkast, unormale tarmlyder, flatulens, hypersalivasjon, halitose, gastritt. Hjerte/kar: Hetetokter, angina pectoris, palpitasjoner. Hud: Eksem, erytem, dermatitt på hender, psoriasis, generelle utslett, pruritisk utslett, neglesykdommer. Kjønnsorganer/bryst: Priapisme, prostatitt. Muskel-skjelettsystemet: Artritt, muskelrykninger, nakkesmerter, nattlige kramper. Nevrologiske: Synkope, nedsatt hukommelse, oppmerksomhetsforstyrrelser, drømmende tilstander, rastløse ben, dårlig søvnkvalitet, parestesi.
Psykiske: Humørendringer, aggresjon, opphisselse, gråtetokter, stress-symptomer, desorientering, tidlig våkning om morgenen, økt libido, nedstemthet, depresjon. Stoffskifte/ernæring: Hypertriglyseridemi, hypokalsemi, hyponatremi. Øre: Vertigo, vertigo posturalis. Øye: Redusert synsskarphet, uklart syn, økt lakrimasjon. Øvrige: Herpes zoster, tretthet, smerter, tørste.
Overdosering/Forgiftning: Ingen rapporterte tilfeller. I litteraturen er det rapportert om administrering av daglige doser på opptil 300 mg melatonin uten at dette forårsaket signifikante bivirkninger. *Symptomer:* Tretthet forventes. Clearance av virkestoffet forventes innen 12 timer etter svelging. *Behandling:* Ingen spesiell behandling er nødvendig.
Egenskaper: *Klassifisering:* Hormon som produseres av pinealkjertelen og som strukturelt sett er relatert til serotonin. Melatonin er forbundet med kontroll av døgnrytmer og tilpasning til lys-mørkesyklusen. Det er også forbundet med en hypnotisk effekt og økt tilbøyelighet for søvn. *Virkningsmekanisme:* Aktiviteten til melatonin ved MT1-, MT2- og MT3-reseptorene antas å bidra til de søvnfremmende egenskapene, da disse reseptorene (hovedsakelig MT1 og MT2) er involvert i reguleringen av døgnrytme og søvnregulering. Pga. den aldersrelaterte reduksjonen i endogen melatoninproduksjon, kan melatonin effektivt forbedre søvnkvaliteten, særlig hos pasienter >55 år, med primær insomni. Melatonin forkorter innsovningstiden og bedrer søvnkvaliteten, våkenheten om morgenen, funksjonsevnen om dagen og livskvaliteten. Søvnsammensetningen og REM-søvnvarigheten påvirkes ikke. *Absorpsjon:* Fullstendig, kan reduseres med opptil 50% hos eldre. Biotilgjengeligheten er 15%. Signifikant «first pass»-metabolisme på 85%. Maks. plasmakonsentrasjon er 1176 pg/ml og oppnås innen 0,75 timer. Absorpsjon og maks. plasmakonsentrasjon påvirkes av samtidig matinntak (Tmax = 3 timer og Cmax = 1020 pg/ml). *Proteinbinding:* Ca. 60%. *Fordeling:* Bindes hovedsakelig til albumin, alfa1-syreglykoprotein og lipoproteiner med høy tetthet. *Halveringstid:* 3,5-4 timer. *Metabolisme:* I leveren via CYP 1A1, CYP 1A2 og muligens CYP 2C19. Hovedmetabolitten, 6-sulfatoksymelatonin, er inaktiv.
Utskillelse: 89% utskilles renalt, som konjugater av 6-hydroksymelatonin. 2% utskilles i uforandret form.
Pakninger og priser pr 01.02.2012: Enpac: 21 stk. 149,80 kr.

R 121962-1 /10268

– Må ta grep om røntgenkø

Både fylkeslegen og Statens strålevern ber Ullevål prioritere hardere på røntgen.

Tekst **Ann-Kristin Bloch Helmers og Nina Hernæs**

Etter nyttår måtte kreftpasienter på Ullevål vente opptil tre måneder på planlagte røntgenundersøkelser. Det er satt inn strakstiltak for å ta unna køene, men ifølge Kristian Fosså, foretakstillitsvalgt for røntgenlegene, er det mange plan B-løsninger. Blant annet må en del pasienter overføres fra MR til CT. Det er ikke i tråd med nasjonale retningslinjer, som sier at bruken av CT skal reduseres, fordi stråling øker kreftfaren.

– Vi må kontrollere unge gutter med testikkelkreft med CT, fordi det ikke er kapasitet på MR. Det er ikke noe vi ønsker, sa Fosså til Sykepleien i februar.

«Strålevernforskriften sier at all strålebruk skal være berettiget.» *Eva G. Friberg*

Følger ikke kravene

Dette er heller ikke i tråd med kravene til Statens strålevern.

– Strålevernforskriften sier at all strålebruk skal være berettiget, sier seksjonssjef Eva G. Friberg i strålevernet.

– Nytten skal være større enn risikoen. Dersom henvisningen viser at undersøkelsen er berettiget, er det radiologens ansvar å påse at den mest hensiktsmessige undersøkelsesmetoden velges. I dette tilfellet er det CT eller MR. Ut fra et reint strålevernperspektiv vil praksisen på Ullevål ikke være i overensstemmelse med kravene vi stiller, sier hun.

Men hun legger til at faktorer som tilgjengelighet på MR må tas med i vurderingen.

Må prioritere

Friberg påpeker at strålevernet er opptatt av at rett person kommer til rett undersøkelse, til rett tid. De undersøkelsene som ikke er hensiktsmessige skal ikke utføres.

– Å få bukt med undersøkelser som ikke er hensiktsmessige vil forhåpentligvis kunne øke kapasiteten. Situasjonen på Ullevål belyser at MR-kapasiteten er sprengt og at helseforetaket må ta noen grep for å få bukt med de lange køene, sier hun.

Vil ikke prioritere

Fylkeslegen i Oslo er varslet om situasjonen på røntgen, men har ikke konkludert i saken.

Røntgenavdelingen på Ullevål må nedbemanne med rundt 30 årsverk i 2012, dersom budsjettet skal holdes. Det betyr at aktiviteten reduseres med rundt fem prosent.

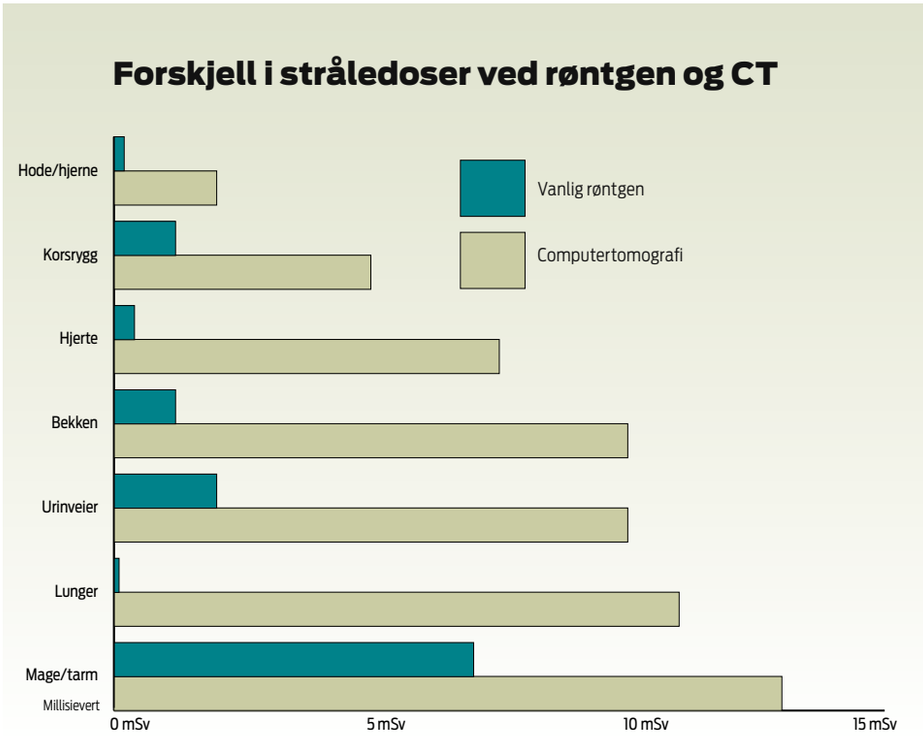
I et brev til fylkeslegen skriver avdelingsleder Hans-Jørgen Smith at aktiviteten ved de kliniske avdelingene skal ned tilsvarende.

– Så langt er etterspørselen etter radiologi ikke blitt merkbart mindre. Skjerming av kreftpasienter vil kreve en streng prioritering, der andre pasientgrupper vil måtte få et betydelig redusert tilbud. Dette er en prioritering som ikke kan foretas av radiologi, skriver Smith.

Følger med

Men assisterende fylkeslege Helge Worren sier kreftpasienter og alvorlig skadede er naturlig prioriterte grupper for en radiologisk avdeling.

– Ledelsen, så vel av avdelingen som av helseforetaket, må ta et ansvar for prioriteringen. Dette bør skje ut fra hva som er faglig forsvarlig, og det vil også være vårt anliggende i en oppfølging av denne saken, sier han.



FORSKJELLER: Stråledosene er mindre for MR enn for CT. CT-bruken skal reduseres på grunn av strålingsfare. Denne grafikken viser forskjell i strålingsdoser mellom CT og røntgen.

HVA MENER DU?

Delta på avstemningen på sykepleien.no

Bør fastlegene skjerpe seg?

Fastleger som tar telefonen innen to minutter. Som tilbyr time innen to døgn. Og som gjerne kommer på hjemmebesøk. Realistisk? Tekst **Marit Fonn**

Som en uønsket julepresang til fastlegene kom budskapet fra regjeringen 22. desember: Kort ned ventetiden på time. Gå oftere på hjemmebesøk. Svar kjappere på telefon.

Appellerende toner til alle pasienter, men provoserende for legene. Tre tusen fastleger har sendt protestbrev til helseministeren. Flere truer med å slutte.

Det er ti år siden fastlegeforskriften kom. Nå vil altså regjeringen fornye forskriften. Forslaget er ute på høring. Svarfristen er 22. mars.

– Vi må bygge videre på den gode ordningen, sier helseminister Anne-Grete Strøm-Erichsen.

Hun mener enda mer tilgjengelige fastleger er nødvendig for å nå målene i samhandlingsreformen, som trådte i kraft 1. januar.

Regjeringen er uvanlig konkret i flere av forslagene:

- 80 prosent av telefonhenvendelsene til legekontoret skal besvares innen 2 minutter.
- Pasientene skal få tilbud om konsultasjon innen 2. arbeidsdag, alternativt innen 5. arbeidsdag.
- Fastlegene skal innhente brukererfaringer regelmessig.

De protesterende legene mener påleggene er for mange og for motstridende. Oppgavene vil bli uoverkommelige.

Norsk Sykepleierforbund har foreløpig ingen mening om forslaget om fastlegeforskriften, men vil gi et høringssvar innen fristen.

JA-argumentene

- Mer tilgjengelig tilbud til pasientene
- Nødvendig for å kunne gjennomføre samhandlingsreform
- Bedre forebygging, fanger opp pasienter som ikke går til legen
- Legens serviceinnstilling må bli bedre
- Bedre legetjeneste i kommunene

NEI-argumentene

- Flere pålagte oppgaver vil redusere tiden fastlegen kan være tilgjengelig for pasienten
- For mye pekefinger
- Plikt om å oppsøke pasienter mot deres vilje går ut over legenes integritet
- Urealistisk mange oppgaver for fastlegene

Medalje nr. 200 000 til sykepleier

Medaljen for lang og tro tjeneste nr. 200 000 er tildelt en sykepleier ved Oslo universitetssykehus.
Den unike og tradisjonsrike utmerkelsen har blitt tildelt arbeidstakere med minst 30 år hos samme arbeidsgiver siden 1888.

Kjenner du noen som fortjener en slik heder?
Ta kontakt!

NORGESVEL
DET KONGELIGE SELSKAP FOR NORGES VEL

Telefon: 947 91 970 norgesvel@norgesvel.no www.norgesvel.no/heder

Vil stille krav til praksissteder

– Helse- og sosialfagutdanningene trenger en kraftig fornying for å kunne tilby den kompetansen samfunnet vil trenge i framtida.

Tekst **Bjørn Arild Østby** Foto **Statsministerens kontor**

Det var budskapet fra kunnskapsminister Tora Aasland da hun presenterte stortingsmeldingen «Utdanning for velferd: Samspill i praksis». Meldingen drøfter alle utdanningene for velferdsyrkene, fra videregående skole opp til mastergrad. Og kunnskapsministeren er optimist.

– Studentene vil i framtida møte mer relevante utdanninger som gir dem et bedre grunnlag for yrkesutøvelsen gjennom felles læring og praksis sammen med andre utdanninger.

«Flere må få praksis i kommunene.» *Tora Aasland*

OPTIMIST: – Studentene vil i framtida møte mer relevante utdanninger som gir dem et bedre grunnlag for yrkesutøvelsen, mener en optimistisk kunnskapsminister Tora Aasland.

Felles forskrift

Grunnutdanningene i høyere utdanning styres i dag av rammeplaner og krav om autorisasjon.

Ifølge stortingsmeldingen er flere av dagens rammeplaner i utakt med utviklingen i helsetjenestene. Om sykepleierutdanningen heter det at rammeplanen «stiller for detaljerte krav til praksis ved sengepost, mens dette gradvis både har blitt mindre relevant og samtidig en belastning for praksisstedene på grunn av færre liggedøgn ved sykehusene».

Kunnskapsdepartementet ønsker derfor å erstatte nåværende rammeplaner med en felles forskrift for alle de helse- og sosialfaglige grunnutdanningene i høyere utdanning. Forskriften skal fastsette krav til felles innhold i utdanningene og praksisperiodene.

Hvordan innholdet i den felles forskriften skal integreres med det fag- og profesjonsspesifikke vil bli konkretisert i oppfølgingen av stortingsmeldingen.

Praksisstudier

Praksisstudier er en sentral del av fagutdanningene. De er viktige for å styrke studentenes kunnskap om arbeidsfeltet og til å trene i reelle arbeidssituasjoner, ifølge meldingen.

Som følge av Samhandlingsreformen må flere studenter få praksis i de kommunale helse- og sosialtjenestene, mener kunnskapsministeren, og signaliserer en tyngdeforskyvning i bruk av praksisarenaer bort fra spesialisthelsetjenesten til mer praksis i kommunal sektor.

I meldingen heter det at Kunnskapsdepartementet vil «vurdere å lovfeste en plikt for alle helse- og velferdstjenestene til å stille til rådighet praksisplasser for elever og studenter og gi dem veiledning innenfor nærmere avtalte rammer.»

Kunnskapsdepartementet vil vurdere om en lovfestet kommunal plikt kan bidra til at studentene får relevant praksisopplæring av god kvalitet i kommunene. De regionale helseforetakene har i dag et slikt lovpålagt ansvar.

Positive signaler

– Sammen med resten av organisasjonen vil vi gå nøye gjennom meldingen, sier 2. nestleder i Norsk Sykepleierforbund (NSF), Karen Bjøro. Hun mener det er flere positive trekk i meldingen som vil kunne forbedre sykepleierutdanningen.

– Dagens sykepleierutdanning holder ikke mål, og det er nødvendig med fornyelse og modernisering. Det er bra at meldingen tar opp behovet for å styrke kvaliteten i praksisdelen av utdanningen. At det skal innføres krav til praksissteder og veiledere og utvikle indikatorer for kvalitet. NSF har i flere år tatt dette opp med utdanningsmyndighetene og vi vil følge godt med utviklingen videre for å sikre at dette kommer på plass, sier Bjøro.

Nyutdannete sykepleiere har lenge ropt varsko om at utdanningen ikke forbereder dem godt nok til yrket. Meldingen tar opp overgangen fra utdanning til yrkeslivet spesielt, og varsler ordninger for veiledning av nyutdannete for å styrke deres kompetanse.

– Dette kan bli positivt for sykepleiere. En god start på arbeidslivet kan bidra til at flere blir i yrket, sier Bjøro.

NSFs 2. nestleder savner imidlertid svar på hvordan departementet tenker seg finansieringen av reformen.

– Dagens sykepleierutdanning er sterkt underfinansiert. Denne reformen blir en flopp dersom den ikke følges opp av friske midler til fornyelse, mener Karen Bjøro. ||||

Les også «Etterlyser folkeskikk i praksis» på www.sykepleien.no

Dette diskuteres nå:

- Forholdet mellom psykisk helsevernloven og samtykkebestemmelsene i pasientrettighetsloven og menneskerettighetene.
- Behandlingsvilkåret for etablering av tvungent psykisk helsevern.
- Vilkårene for tvangsbehandling og bruk av tvangsmidler.
- Kontrollordningene for overprøving av tvangsvedtak.

– Skuffende om tvang

– Det er ikke foreslått noen grunnleggende endringer som vil hindre overgrep, mener støtteforening om forslag til ny tvangslovgivning. Tekst **Ann-Kristin Bloch Helmers**

Landsforeningen We shall overcome skriver i et høringssvar til Helse- og omsorgsdepartementet at de mener psykisk helsevernloven bygger på en diskriminerende modell:

«Lovforslaget gir fortsatt stor og eneveldig makt til fagfolk, og gjør oss fortsatt avhengig av «gode intensjoner» og klinisk skjønn. Erfaringsmessig, gjennom 160 år, er det pasienten som lider under denne formen for lovgivning,» skriver foreningen.

Tvangslovgivningen innen psykisk helsevern gjennomgås i disse dager. I 2010 ble 5700 personer tvangsinnlagt til sammen 8300 ganger. Det har ikke vært noen nedgang i tvangsbruken de siste årene, viser tall fra Helsedirektoratet. Det er store forskjeller mellom helseforetakene.

Vente seks dager

Et lovutvalg ledet av advokat Kari Paulsrud leverte i juni i fjor en offentlig utredning om temaet. Den har nå vært ute på høring, og svarene gjennomgås før det blir en eventuell endring i psykisk helsevernloven. Utvalget mener det er behov for å snevre inn muligheten til å bruke tvang. Blant annet vil de at pasienten skal være undersøkt i seks dager før man kan tvangsmedisinere. Det skal ikke brukes tvang overfor pasienter som er i stand til å ta avgjørelser om behandling selv. Utvalget ønsker også å endre begrepet «samtykkekompetanse» til «beslutningskompetanse», og foreslår å bytte ut dagens kontrollkommisjon med et klageorgan som ligger hos fylkesnemndene for barnevern og sosiale saker.

Tvang ved selvmordsfare

Tvang bør fortsatt kunne brukes overfor pasienter som fungerer dårlig og ikke er i stand til å ta kvalifiserte valg om helsehjelp, mener lovutvalget. Ved fare for selvmord og andres liv, bør det være mulig å bruke tvang, selv om pasienten ikke har en alvorlig psykisk lidelse.

Tvangsforsk, et nettverk for forskning og kunnskapsutvikling om bruk av tvang i det psykiske helsevernet, går mot forslaget om tvangsinngrep ved suicidalitet. De påpeker at det ikke stilles noe konkret krav til hva slags psykisk lidelse personen måtte ha, og at personen heller ikke trenger å mangle samtykkekompetanse.

Les hele høringssvaret og 85 andre på Helse- og omsorgsdepartementets hjemmesider.

Tema Psykisk helse

26 Jeg trengte hjelp til å holde hverdagen i gang ›
27 – Forsvarlig å legge ned ›
28 Frykter et dårligere tilbud ›
30 Samhandlingsreformen mulig årsak til kutt ›
30 Sju av ti er bekymret ›

– Ville

møtt stengt dør i dag

16 prosent av norske kommuner varsler kutt i psykisk helse. Helse Sør-Øst må kutte i psykisk helsetilbudet med 200 millioner de neste tre årene. DPS-er slås sammen og døgnplasser legges ned. Heidi Andersen (bildet) fikk et nytt liv etter tre ukers opphold på Alna DPS døgnenheten. Nå forsvinner tilbudet.

Tekst **Susanne Dietrichson** Foto **Erik M. Sundt**

BEDRE LIV: Heidi Andresen er glad hun fikk hjelp på døgnenheten til Alna DPS før den legges ned.

«Jeg trengte hjelp til å holde hverdagen i gang.

Heidi Andersen

Fakta

Døgnenheten på Alna DPS er et lavterskeltilbud med åtte sengeplasser. Tilbudet benyttes av voksne fra 18 år og oppover i bydel Alna som trenger en kortvarig innleggelse i forbindelse med psykiske kriser eller sykdomsforverringer. Ny inntektsmodell, omorganisering og underskudd på cirka 50 millioner kroner er bakgrunnen for at Alna DPS døgnenheten legges ned 1. april.

Heidi Andersen mener de ansatte på døgnenheten Alna DPS ga henne akkurat det hun trengte: Trøst og et spark bak. Tekst **Susanne Dietrichson** Foto **Erik M. Sundt**

I 2009 hadde Heidi Andersen et treukers avlastningsopphold på Alna DPS døgnenheten.

– Jeg vet ikke hva jeg ville gjort hvis jeg kom i en liknende situasjon i dag, forteller hun.

– Jeg slet med traumer, livet mitt var kaotisk og jeg var forferdelig sliten. Den første tiden sov jeg hele tiden, forteller hun.

Positivt møte

Oppholdet på døgnenheten forandret livet hennes. I dag bor hun i Østensjø bydel.

– Bydelen har en avlastningsenhet tilsvarende Alnas døgnenhet, men kapasiteten er sprengt og i praksis utilgjengelig for de fleste. Det blir et tilbud for de sykeste, sier Andersen.

– Jeg har en kompleks bakgrunnshistorie med traumer, og oppholdet på døgnenheten til Alna DPS var mitt første positive møte med psykisk helsetjeneste.

Andersen er bekymret for alle dem som nå mister et godt tilbud i nærmiljøet. Hun mener å se en tendens til at flere og flere lavterskeltilbud innen psykisk helse forsvinner.

– Mange brukere av slike tilbud blir i stedet sittende mye alene. Jeg tror det vil gjøre dem sykere og føre til at mange ender opp på akuttpsykiatrisk avdeling på sykehus i stedet, sier hun.

– På sykehuset har ikke de ansatte den samme kunnskapen om brukernes nettverk, og de samarbeider heller ikke like tett med fagfolk i bydelen som de gjør i lavterskeltilbudene.

Nærhet viktig

Hun tror ikke brukerne av døgnenheten på Alna DPS vil dra til Grorud eller Follo hvis tilbudet erstattes der.

«Brukerne ved døgnenheten på Alna DPS er i en sårbar livssituasjon. *Tone Brita Instefjord.*

– Nærhet og tilgjengelighet har mye å si. Reisevei vil være en terskel for mange. Jeg har møtt mange som betrakter døgnenheten på Alna som sin nærmeste familie, og for disse er tilbudet uerstattelig, mener hun.

Under avlastningsoppholdet fikk Andersen hjelp av de ansatte til små praktiske hverdagsting hun ikke mestret alene, som å gå til legen, NAV eller postkontoret.

– Jeg trengte hjelp til å holde hverdagen i gang. Og på Alna DPS døgnenheten stiller de krav til brukerne. Man får omsorg og hvile, men innenfor gitte rammer.

Fleksibelt

Andersen mener det ikke bare er trygghet og støtte brukerne mister når døgnenheten legges ned.

– De ansatte har også en unik traumekompetanse.

Heidi Andersen fikk et bedre liv etter oppholdet på Alna DPS. I dag er hun student på videreutdanning i norsk for lærere, speiderleder, har samboer og trener. Likevel hadde hun lenge stor glede av jevnlig telefonkontakt med de ansatte.

– De har vært der for meg når jeg trengte dem, og jeg har alltid følt meg velkommen hvis jeg har stukket innom dem på dagtid, forteller hun.

Ble bedt om å slutte

– Bare begynn å søke andre jobber, dere slipper oppsigelsestid.

Dette var beskjeden de ansatte ved døgnenheten på Alna DPS fikk av ledelsen i psykiatrisk divisjon i Ahus i desember. Psykiatrisk sykepleier Tone Brita Instefjord fulgte ledelsens oppfordring og begynte i ny jobb 1. februar. Hun mener flere av brukerne mister et viktig holdepunkt i livet når døgnenheten på Alna DPS legges ned.

– Det blir sagt at døgnavdelingene på DPS-ene på Follo og Grorud skal ivareta brukerne av Alna DPS, men da faller selve grunntanken om DPS som et lokalbasert tilbud bort.

Hun peker på at de ansatte ved døgnenheten på Alna DPS sitter på viktig kunnskap om brukerne og bydelen.

– Vi samarbeider med brukernes nettverk, fagfolk i bydelen og NAV. Denne kunnskapen forsvinner når døgnenheten nedlegges og de ansatte forsvinner til nye jobber, mener hun.

Sårbar gruppe

– Brukerne ved døgnenheten på Alna DPS er i en sårbar livssituasjon. Mange av dem har langvarige psykiske lidelser og trenger all den stabiliteten og tryggheten de kan få, forteller Instefjord.

– Flere har sosiale problemer, noen er uten bolig, eller er traumatiserte og med lite nettverk. De færreste har ressurssterke pårørende som kan tale deres sak. Mange av disse vil ikke være i stand til å benytte et tilbud utenfor sitt eget nærmiljø.

Hun tror alternativet for disse brukerne blir akuttinnleggelser på sykehus.

– Men sykehusene kan ikke følge opp pasientene over tid på samme måte som DPS. Jeg frykter at brukerne vil ende opp som kasteballer i systemet. Alna DPS står for et bredt, lokalbasert tilbud innenfor spesialisthelsetjenesten. Nedleggelsen av døgnenheten vil bety et snevrere tilbud til psykisk syke i Alna bydel, mener Instefjord.

– I tillegg er døgnenheten på Alna DPS lite byråkratisk og kan ofte tilby brukerne plass på dagen. De ansatte er voksne, stabile fagpersoner som fokuserer på brukernes egen mestring og på det friske i mennesket.

Føler seg illojal

Ifølge Instefjord er fagfolk ved DPS dypt bekymret over nedleggelsen.

– Ved Alna DPS blir brukerne møtt med respekt og likeverd. De føler seg hørt og sett. Vi snakker om mennesker som trenger mye trygghet og som tåler forandringer dårlig. For disse kan små endringer medføre store kriser, påpeker hun.

Hun synes ikke valget hun tok om å finne seg en ny jobb var enkelt.

– Det føles illojalt mot kollegaene på Alna å slutte, samtidig som situasjonen ble veldig utrygg. Da det dukket opp en jobb jeg hadde veldig lyst på, grep jeg sjansen, forteller Instefjord.

– De øvrige ansatte ved døgnenheten Alna DPS er lovet nye jobber i systemet, samtidig som det er ansettelsesstopp. Ledelsen kaller det omorganisering, men jeg frykter at det i realiteten er nedskjæringer vi står ovenfor, sier hun.

BEKYMRET: Tone Brita Instefjord. Foto: Marit Fonn.

– Forsvarlig å legge ned

Trond Rangnes hevder Ahus aldri ville kuttet i et tilbud hvis det ikke var forsvarlig.

Tekst **Susanne Dietrichson**

Trond Rangnes, direktør for psykisk helse på Ahus, bekrefter at døgnenheten ved Alna DPS er vedtatt lagt ned. Men han er ikke bekymret for brukerne.

– Det er to grunner til at døgnenheten ved Alna DPS legges ned. Det ene er budsjettunderskudd, men den viktigste grunnen er at vi har for mange plasser i DPS-ene i Ahus, sier Trond Rangnes.

– Døgnenheten på Alna DPS ville blitt lagt ned uansett. Men i utgangspunktet ønsket vi å bruke pengene vi sparte på nedleggelsen på poliklinikken. Nå må pengene brukes til budsjettjustering i stedet.

– *Hvem skal ivareta brukerne av døgnenheten på Alna DPS?*

– De får tilsvarende tilbud andre steder, for eksempel i Nittedal og på Skytta.

– *Men er ikke dette i strid med tanken om lokalbaserte tilbud. Det blir jo et stykke å reise for folk i Alna bydel?*

– Nei, vi jobber tvert imot med å styrke det lokalbaserte tilbudet. Og her er det ikke snakk om store avstander. Det er ikke lange biten til Jessheim eller Lillestrøm fra Alna, mener Rangnes.

Han er ikke bekymret for brukerne.

– Vi ville aldri lagt ned døgnenheten på Alna DPS hvis det var uforsvarlig.

IKKE BEKYMRET: Trond Rangnes, direktør for psykisk helse på Ahus. Foto: Ahus.

Frykter et dårligere tilbud

Både Laila Dåvøy, NSF og KS er bekymret for at nedskjæringene i psykisk helsetilbudet ikke blir erstattet. Tekst **Kari Anne Dolonen**

I statsbudsjettet for 2012 svarte 16 prosent av landets kommuner at de ville kutte i psykiatritilbudet.

– Det er et ganske sterkt signal. Samtidig vet vi at flere kommuner også kuttet i tilbudet i 2011. Jeg er bekymret, sier Dåvøy.

Oslosykehusene ligger an til å måtte kutte 200 millioner kroner i psykiatritilbudet de neste tre årene. Flere tilbud er varslet lagt ned. Mental Helse hevder å se den samme trenden over hele landet.

Ullevål universitetssykehus sier de må legge ned tilbudet ved psykoseenheten for ungdom.

Diakonhjemmet varsler kutt i tilbudet til pasienter med dobbeltdiagnoser (TEDD). NSF Oslo er spesielt bekymret på grunn av nedleggelsen av Tverrfaglig enhet for dobbeltdiagnose (TEDD) på DPS Vinderen, og reduksjon i tilbudet til unge med førstegangspsykose.

> «Kommunene er ikke tilført ressurser til å bygge opp tiltak som erstatter statlige tjenester. *Gudrun H. Grindaker*

NSF har også fått meldinger om at kravene til kompetanse innen psykisk helsevern skal reduseres. En av grunnene til at hovedstaden må spare, er ny inntektsmodell. I praksis betyr det at flere ressurser skal loses ut av Oslo til andre deler av regionen.

Administrerende direktør i Helse Sør-Øst, Bente Mikkelsen, sier til NRK at det ikke dreier seg om kutt, men om omfordeling av penger.

– Det kan hende en slik omstilling er riktig. Men da må jeg vite at tilbud bygges opp andre steder, og at pasientene ivaretas, sier Laila Dåvøy (KrF) som sitter i Stortingets helse- og omsorgskomité.

For å få en slik forsikring, sendte Dåvøy spørsmål til helseminister Anne-Grete Strøm-Erichsen.

BEKYMRET: Direktør Gudrun Haabeth Grindaker i KS. Foto: KS.

Forsikring

Helseministeren sier i sitt svar at hun har kontaktet Helse Sør-Øst. Av dem har hun fått forsikringer om at tilbudet til psykisk syke i regionen ikke skal bli dårligere enn i dag.

Svaret beroliger ikke Dåvøy.

– Helseministeren gjør det samme hver gang vi stiller spørsmål. Hun henviser til de regionale helseforetakene og sier de forsikrer henne om at tilbudet ivaretas. Men for at jeg skal bli beroliget må hun vise til konkrete tilbud som bygges opp, før andre forsvinner, sier hun.

Dåvøy viser også til at helseministeren ved flere anledninger har lovet at ingen tilbud skal forsvinne, uten at nye tilbud er på plass.

Solbu det verste eksemplet

Nedleggelsen av Solbu er et eksempel på at tilbud forsvinner.

– Solbu er det verste eksempelet jeg vet om, sier Laila Dåvøy.

– Det var et døgntilbud for åtte langtidssyke ungdommer som hadde avtale med Ullevål. Avtalen ble sagt opp fordi sykehuset måtte spare penger. Helseministeren sa den gang at alle skulle få et nytt tilbud. Jeg har sjekket dette. Ungdommene er spredd over alt. Ingen av dem har fått et tilsvarende tilbud som de hadde på Solbu. Noen har til og med måttet flytte hjem og bor nå hos sine foreldre.

Dåvøy vil ikke høre om flere slike historier. Men det er vanskelig å sjekke hva som skjer med pasienter og brukere etter at tilbud er borte.

– I Oslo har det over flere år vært et anbudsregime som har resultert i at tilbud blir borte. Jeg har etter hvert sett for mye til at jeg tror på helseministerens ord når hun sier at brukerne får et likeverdig tilbud et annet sted. Jeg vil ha detaljert informasjon. Og hvis det er slik at tilbudet til disse brukerne ikke blir dårligere, hvordan kan de da kutte i budsjetter og stillinger?

Ingen helhet

Merete Norheim Morken, foretakstillitsvalgt for NSF ved Oslo universitetssykehus, deler Dåvøys bekymring.

– Det mangler en oversikt over tilbudet til pasienter innenfor rus- og psykiatri. Sykehusene i Oslo har lagt ned og redusert tilbud, og forventer at andre tar over, sier hun.

Ifølge Norheim Morken bygger ikke kommunen opp i samme takt som sykehusene reduserer.

– Jeg er også usikker på om Ahus bygger opp tilsvarende

Ambulante akutteam: Bare ett åpnet 24/7

I 2011 publiserte Bengt Karlsson m.fl en undersøkelse om ambulante akutteam i Norge, med fokus på omfang og tilgjengelighet. Bakgrunnen for undersøkelsen var et Stortingsvedtak som påla alle landets DPSer å opprette ambulante akutteam innen 2008.

Resultatet av undersøkelsen viser at bare 51 av landets 76 DPSer hadde opprette ambulante akutteam på det tidspunktet undersøkelsen ble gjort, i 2010: «Alle de 51 teamene har åpent på dagtid hverdager. Av disse er det 21 team som i tillegg har åpent på kveld hverdager. Videre har ett av teamene tilbud om natten, altså «24/7» slik anbefalingen fra Sosial- og helsedirektoratet tilsier. Når det gjelder åpningstider i helg og høytider svarer 21 team at de har åpent i helger og høytider, mens 30 opplyser at de ikke har det. Det samlede bildet av åpningstider viser at tre team har åpent på dagtid hele uken, altså inklusive helg og høytider. 27 team har åpent på dagtid men ikke i helg og høytider. 17 team opplyser at de har åpent dag og kveld på hverdager og i helg og høytider. Tre team har åpent dag og kveld på hverdager, men ikke i helg og høytider. Ett

BEKYMRET: Stortingsrepresentant Laila Dåvøy (KrF). Foto Erik M. Sundt.

BEKYMRET: Merete Norheim Morken, foretakstillitsvalgt NSF på oslo universitetssykehus. Foto: Marit Fonn.

kapasitet som OUS har redusert i forhold til pasientgrunnlaget som er overført fra OUS. Det er et problem at de økonomiske incentivene knyttet til samhandlingsreformen kun gjelder pasienter innenfor somatikken fordi det vil kunne føre til en nedprioritering av tilbud til rus- og psykiatripasienter i kommunene, sier hun.

KS

Ifølge KS melder enkeltkommuner at spesialisthelsetjenesten reduserer tilbud ved å henvise til samhandlingsreformen.

– Det er ikke i tråd med reformen. Kommunene er ikke tilført spesielle ressurser til å bygge opp tiltak eller kompetanse til erstatning for statlige tjenester. Dette vil vi følge med på, sier direktør Gudrun Haabeth Grindaker.

KS kan ikke gi et kategorisk svar på om tilbudet til psykisk syke svekkes eller styrkes. Årsaken er at tilbud ofte involverer mange tjenester. For eksempel NAV, bolig, helse og omsorg, barnevern og lignende.

– Sykehus forventer at kommunene tar over det de mener er lavterskeltilbud. Er kommunene klare for det?

– Nei, man kan ikke forvente at kommunene står klare, sier hun.

Mer for det samme

– Ingen kommuner kan forvente store ressursøkninger i framtida. Det betyr at man må satse videre på tiltak som utnytter ressurser bedre enn i dag. Det gjelder alle kommunale tjenester, sier Haabeth Grindaker.

Om somatikken prioriteres høyere enn psykiatrien synes hun er umulig å svare på.

– Man kan tenke seg at både kommuner og spesialisthelsetjenesten naturlig nok har mye oppmerksomhet på økonomien. Ikke minst i forhold til utskrivningsklare pasienter.

16 prosent av norske kommuner sa de ville kutte i psykiatribudsjettene i 2012. Flere kuttet også i 2011.

– Den samme spørreundersøkelsen viste at 84 prosent opprettholder eller styrker tilbudet. Årsverktellingen på psykisk helse fra 2009 til 2010 viste en svak økning. Ellers har kommunene sjelden egne «psykiatribudsjetter», fordi psykisk helsearbeid ofte er en integrert del av tjenestetilbudet. Både årsverktellinger og anslaget på hvor mange kommuner som svekker eller styrker tilbudet er utelukkende basert på manuell rapportering, konstaterer hun.

Ingen garanti fra helseministeren

Helseminister Anne-Grete Strøm-Erichsen kan ikke garantere at tilbudet i psykiatrien ikke svekkes etter at opptrappingsplanen er gjennomført. Hun har eller ingen klare planer hvis det skulle vise seg at helseforetakenes spareplaner svekker tilbudet i psykiatrien uten at dette dekkes opp andre steder. Helseministeren sier hun følger med på utviklingen ved å holde kontakt med sykehusene og få tilbakemeldinger fra brukerutvalg, pasientorganisasjoner og tillitsvalgte.

– DPS-er sentraliseres. Plasser bygges ned ved små enheter i distriktene og legges til større enheter i byområder. Flere har påpekt at det er imot intensjonen. Hva mener helseministeren?

– I perioden 2005–2010 ble det etablert om lag 150 nærmiljøbaserte team innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige. Samtidig er antall døgnplasser redusert med i 100–150 plasser per år. Dette indikerer at nødvendig omstilling finner sted, sier helseministeren.

– Er helseministeren urolig for at tilbudet til brukere i psykiatrien svekkes?

– Dette er en gruppe som ikke går i fakkeltog, eller har noen som går i fakkeltog for seg. Det er heller ikke de som roper høyest, det er vi veldig bevisste på, sier Strøm-Erichsen.

Psykisk helse

Regionenes «sørge for»-ansvar
For å realisere det som kalles «sørge for»-ansvaret må regionale helseforetak bruke midlene i tråd med Stortinget og regjeringens mål, rammer og prioriteringer, slik at innbyggerne får den helsetjenesten de har krav på.

Regionforetakenes inntektssystem
Systemet for fordeling av inntekter fra staten til de regionale helseforetakene kan i hovedsak deles i to. Inntekter i basisbevilgningen og inntekter via Innsatsstyrt finansiering (ISF) og poliklinikk. Psykisk helsevern og rusbehandling finansieres i hovedsak gjennom basisbevilgning, mens somatiske sykehus finansieres gjennom basisbevilgning og ISF. Forholdet mellom basisbevilgning og ISF-inntekter har variert de senere årene.

team har åpent 24 timer i døgnet både hverdag, helg og høytider. Hovedvekten i materialet ligger på team som har åpent dag og kveld på hverdager, men ikke i helg og høytider (27) og team som har åpent dag og kveld både hverdag, helg og høytider.»

Kilde: Sykepleien Forskning 2011 6(1):62-68

På stedet hvil etter 2008

Kommunenes satsing på psykiske helsearbeid har nærmest stått på stedet hvil etter at ordningen med øremerkede midler opphørte i 2008. Det viser en rapport fra Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR).

– Bekymringsfullt når vi tenker på utfordringene som Samhandlingsreformen stiller oss overfor, sier fagsjef Anders Skuterud i Psykologforeningen.

I NIBRs data inngår også en spørreundersøkelse besvart av 241 kommuner.

Norsk Psykolog Forening

Forkortelser

DPS- Distrikts psykiatriske sentra
BUP- Barne- og ungdomspsykiatri
TEDD- Tverrfaglig enhet for dobbeltdiagnoser
TIPS- tidlig oppdagelse og behandling av psykoser

Samhandlingsreformen mulig årsak til kutt

Både KS, Mental helse, Laila Dåvøy og foretakstillitsvalgt i OUS, Merete Norheim Morken, ser samhandlingsreformen som en medvirkende årsak til at det i dag kuttes i psykisk helsetjenester over hele landet. Tekst **Kari-Anne Aase Dolonen og Susanne Dietrichson**

I tråd med reformen får kommunene nå 4 000 kroner i «bot» per døgn dersom de ikke kan ta imot utskrivningsklare somatiske pasienter. Per i dag finnes det ingen lignende økonomiske virkemidler når det gjelder psykisk helsevern. Psykisk helsevern skal inn i samhandlingsreformen i 2016.

– Hvis det ikke svarer seg for kommunene å bygge opp psykiatrien, er det ingen grunn til å tro at de gjør det. Det naturlige vil være at kommunene konsentrerer seg om tilbud til somatiske pasientene. For har de ikke tilbud til disse pasientene, koster det kommunen penger, sier Dåvøy.

Merete Norheim Morken, foretakstillitsvalgt for NSF ved Oslo universitetssykehus, kjenner heller ikke til at kommunene skal straffes økonomisk dersom de ikke kan ta imot psykisk syke som skrives ut fra sykehus. Selv ikke etter 2016.

– Paradoksalt nok er den største delen av utskrivningsklare pasienter ved OUS psykisk syke, sier Norheim Morken.

Heller ikke KS kjenner til konkrete planer om økonomiske virkemidler for når psykiatrien skal inn i samhandlingsreformen.

– Innenfor rus og psykisk helse er det nødvendig med et langt bedre kunnskapsgrunnlag før det kan vurderes økonomiske virkemidler à la somatikken, sier Gudrun Haabeth Grindaker i KS.

Ifølge henne har opptrappingsplanen vært et solid ressursløft for kommunene.

Også Mental Helse mener samhandlingsreformen er hovedgrunnen til at det kuttes i psykiske helsetjenester. De merker økt uro blant medlemmene sine og ser flere tegn på at det kuttes i psykisk helsebudsjettene rundt omkring i Norge.

– Samhandlingsreformen er delvis satt i gang, noe som innebærer at kommunene har fått et større ansvar for helsetjenestene til befolkningen. Men øremerkingen av midler til psykisk helsesektoren, som ble innført under opptrappingsplanen, er falt bort, sier kommunikasjonsleder Tonje Rock Løwer.

Hun er redd mennesker med psykiske helseproblemer vil bli liggende på sykehus fordi kommunen ikke trenger å betale.

– Kommunen prioriterer helsetilbud til somatiske pasienter fordi de er forpliktet til å betale for utskrivningsklare pasienter som blir liggende på sykehus på grunn av manglende tilbud i kommunen, tror Løwer.

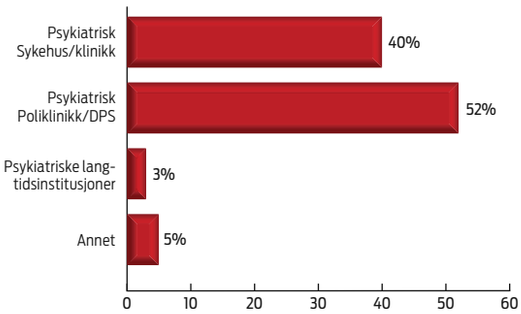
– Samhandlingsreformen gir ikke kommunene økonomiske virkemidler til å bygge opp det psykiske helsetilbudet i kommunen.

Mental Helse mener at det beste er å gi mennesker med psykiske helseproblemer et tilbud i nærmiljøet og ser derfor med bekymring på at man kutter i de lokalbaserte lavterskeltilbudene.

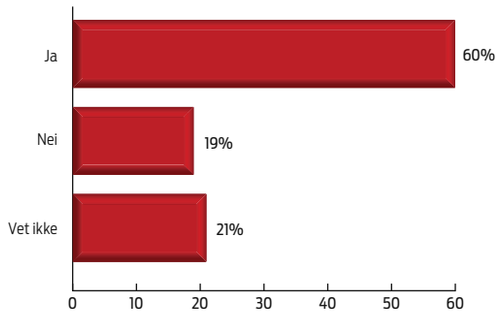
Sju av ti er bekymret

Sykepleien har gjort en spørreundersøkelse blant sykepleiere i psykiatrien. Av 115 spurte har 62 sykepleiere svart. Svarene tyder på at det skal spares penger, og over 70 prosent frykter at tilbud som er bygget opp under opptrappingsplanen, nå bygges ned.

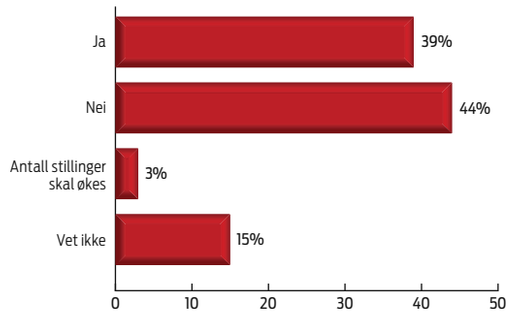
Hvor jobber du?



Skal dere kutte i budsjettene i 2012?



Skal det kuttes i stillinger i 2012?



Kutt i hele landet

Det er ikke bare i Oslo det kuttes. Her er oversikten Sykepleien har fått fra en del av fylkene:

1 **Sør-Trøndelag:** Ved St. Olavs Hospital har styret bedt direktøren om å utrede å legge ned Haltdalen DPS døgn. Tillitsvalgte melder at det skal kuttes 70 årsverk på hele sykehuset. Psykisk helsevern må ta sin del av dette.

2 **Sogn og Fjordane:** I Helse Førde i 2011 ble det reduksjon i antall døgnplasser i voksenpsykiatrien. Familietilbudet ved Psykiatrisk klinikk avdeling Tronvik ble avviklet. I 2012 blir Psykisk Helsevern for unge bygd ned. Eksempler er: Familiehuset blir nedlagt. Tilbudet skal ivaretas poliklinisk. BUP- får reduksjon i antall stillinger.

3 **Hordaland:** Sengeplasser er kuttet, men er over normtallet for landet. De tilbudene som legges ned eller omgjøres er botilbud til langtidssyke. Tillitsvalgte melder at plassene blir overført til kommunen.

4 **Oppland og Hedmark:** Før jul ble det klart at Distriktspsykiatrisk senter i Aurdal må kutte åtte av 18 sengeplasser. I alt 12,5 årsverk er planlagt kuttet. Det betyr at 20 ansatte står i fare for å miste jobben.

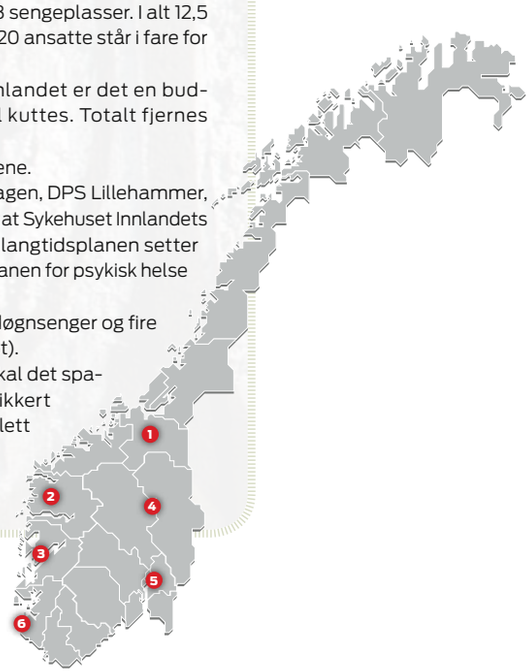
For Psykisk Helsevern Sykehuset Innlandet er det en budsjettutfordring at 62,4 millioner skal kuttes. Totalt fjernes 63 stillinger.

DPS Gjøvik må spare inn 16 millioner alene.

Det skal også kuttes ved BUP døgn/Hagen, DPS Lillehammer, døgn/Bredebygden. Tillitsvalgte melder at Sykehuset Innlandets budsjett for 2012, og den økonomiske langtidsplanen setter tilbudet tilbake som før opptrappingsplanen for psykisk helse 1999–2008.

5 **Akershus:** Nedbygging av 25 DPS døgnsenger og fire senger i avdeling spesialpsykiatri (Tunet).

6 **Rogaland:** I Stavanger kommune skal det spares 2 millioner. Tillitsvalgte sier det sikkert skal spares mer, men de har ikke komplett oversikt.



5 sitater fra Sykepleiens spørreundersøkelse

«Nå er det foreslått at vi skal sentraliseres, døgnenheten vår er foreslått nedlagt. Kapasiteten på en bynær DPS skal trappes opp med 4 senger, mens våre 9 senger skal bort.»

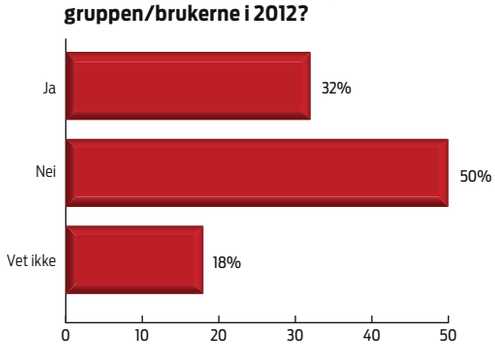
«Døgnplasser legges ned i X, raserer et godt tilbud, det bygges opp noen plasser på XX, men det er ikke godt nok. Jevnt over går kvantitet over kvalitet.»

«Det skjer omstrukturering der sengeplasser reduseres og poliklinisk tilbud økes.»

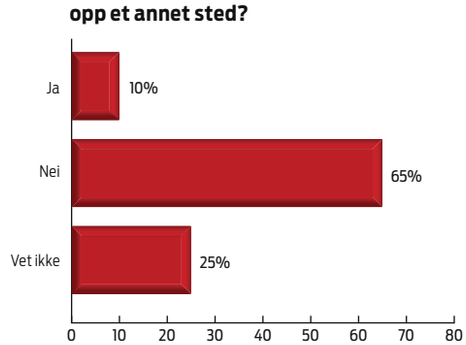
«Sentralt legg ein opp til meir poliklinisk og ambulant arbeid. Dette kostar, noko det synast som dei ansvarlege gløymer ut.»

«Andelen ferdigbehandlete pasienter som venter på tilbud fra kommunene, ser ut til å være økende. Dette gjelder spesielt de uten fast bopel.»

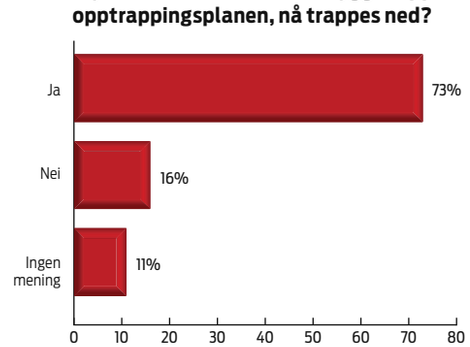
Skal det kuttes i tilbudet til pasientgruppen/brukerne i 2012?



Dekkes tilbudet som kuttes opp et annet sted?



Frykter du at tilbud som er bygget opp under opptrappingsplanen, nå trappes ned?



Der ute

Les mer om:

34 Av og til er ti minutter nok i Bærum ›
36 Englemakeren i London ›
40 Setter helg opp mot deltid i Vefsn ›
42 Jobber med stråling i Trondheim ›
48 Tore (78) sendt på papirjakt i Oslo ›

Foto: Colourbox

Kunnskapsbasert i **CALIFORNIA**

Ved sykepleierutdanningen ved Universitetet i Los Angeles (UCLA) har de opprettet en leder for kunnskapsbasert praksis. Oppgaven er å lette arbeidet med å sikre at praksisen til sykepleiere og andre klinikere ved universitetetssykehuset er basert på den beste tilgjengelige forskningen. Dette inkluderer å støtte sykepleiere i original forskning, formidle resultater av relevant forskning til sykepleiere og hjelpe sykepleiere å omsette forskning til praksis.

Programmet har ført til flere forbedringer. For eksempel viste forskningen at pasienter som skulle gjennom thoraxkirurgi ikke ble forberedt godt nok på den postoperative fasen. En sykepleier utviklet derfor en dvd for pasienter og pårørende som både førte til mindre engstelse hos pasienten og færre reinnleggelser. Et godt eksempel på at pasientforbedring og god økonomi kan gå hånd i hånd.

Kilde: American Nurse Today

Sykepleierboom i **ZAMBIA**

Etter at NSF har hjulpet til med oppbygging av en zambisk sykepleierorganisasjon, har sykepleierne der fått stadig økende innflytelse. Nå fordobles både lønn og antall sykepleierstudent er ved landets sykepleierskoler.

TREIG ENDRING: Mange europeiske kvinner har fremdeles bare 14 ukers svangerskapspermisjon. Foto: Colourbox.

Uenige om svangerskapspermisjon i **EU**

Nye og bedre rettigheter for gravide på arbeidsplassen og permisjon etter fødselen er på trappene i EU. Men landene klarer ikke bli enige. I oktober 2010 foreslo Europakommisjonen blant annet å utvide retten til svangerskapspermisjon fra 14 til 20 uker med full lønn. Men dette har de fleste landene gått mot, på grunn av budsjettsituasjonen. Flere andre forslag til bestemmelser har kommet, men uten at landene har blitt enige om hvordan det såkalte svangerskapsdirektivet skal være.

Situasjonen synes fastlåst og den videre skjebnen til direktivforslaget er høyst usikkert, ifølge en rapport fra EU-kommisjonens arbeidsråd Jacob Hanssen.

Økende utdanningskrav i **USA**

Bare fire av ti amerikanske sykepleiere hadde bachelorgrad i 2010, mens enda færre, en av ti, hadde master.

I USA kalles man sykepleier selv om man ikke har treårig utdanning. Licensed Practical Nurse (LPN) var tidligere regnet som tilstrekkelig. Men nå, med medisinsk kunnskap og teknikk som øker for hvert år, blir det i minste laget.

Ifølge 2010-rapporten fra National Advisory Council on Nurse Education and Practice til det amerikanske helsedepartementet, vil den medisinske kunnskapsbasen dobles hvert år, i forhold til hvert femte til åttende år tidligere. – Sykepleiere vil derfor rett og slett ikke klare å følge med uten å ha en lengre utdanning og et system som støtter livslang læring, skriver professor Courtney H. Lyder i American Nurse Today.

EU vil forske mer på demens

EU starter nå opp ti forskningsprogrammer for å møte økningen i demenssykdom i Europa. Alzheimerforskning er det som settes i gang først.

Statssekretær Robin Kåss i Helse- og omsorgsdepartementet var 7. februar i Brussel til lanseringen av EUs nye forskningsstrategi mot demens. Den norske regjeringen gir fire millioner kroner til å bidra til at norske forskere kan delta i EUs samarbeid.

– Det langsiktige målet for programmet er å finne behandling mot Alzheimer, Parkinson og andre nevrodegenerative sykdommer, sier Kåss.

Norge har forskere i verdensklasse mot demens, blant annet fra Akershus universitetssykehus, melder Helse- og omsorgsdepartementet.

I BRUSSEL: Statssekretær i Helsedepartementet Robin Kåss var med på lanseringen av EUs forskningsprogram om demens. Arkivfoto: Marit Fonn.

Menn i **SPANIA** og **USA** overvurderer seg selv

En studie fra Spania og USA tyder på at det ikke bare er diskriminering som ligger bak det faktum at menn oftere er sjefer enn kvinner.

I studien fikk menn og kvinner løse ulike matematiske oppgaver som de klarte like bra.

Et år senere ble de bedt om å bedømme sine tidligere prestasjoner. Begge kjønn overskattet innsatsen sin. Mennene vurderte konsekvent sine prestasjoner 30 prosent bedre enn de var, mens kvinnene vurderte dem til å være 15 prosent bedre.

Forskerne mener dette er noe arbeidsgiver må være oppmerksom på under jobbintervjuer. Er man ikke klar over denne kjønnsforskjellen, risikerer bedriften å gå glipp av en kvinnelig kandidat som i virkeligheten er bedre enn den mannlige.

Men ifølge forskerne er det hele ikke så enkelt som å be mennene om å slutte å lyve, fordi de helt ærlig tror de presterer 30 prosent bedre enn de faktisk gjør.

Kilde: «The Emergence of Male Leadership in Competitive Environments», publisert i Journal of Organization & Economic Behavior.

Foto: Colourbox

BRITISKE studenter og emosjonell intelligens

Sykepleierutdanningen ved University of Dundee går nye veier når den skal velge ut sine sykepleierstudenter. De 2 000 kandidatene som skal vurderes for de 266 plassene, må gjennom en serie av tester som skal måle kandidatenes emosjonelle intelligens.

En av dem måler for eksempel evnen til å kjenne igjen ulike ansiktsuttrykk. Kandidatene må se på ulike fotografier og matche dem med én av sju følelser: Sinne, tristhet, overraskelse, avsky, frykt, lykke eller nøytral. Deretter må kandidatene begrunne sine valg.

Kilde: Nursing Standard

Surfer i arbeidstiden i **DANMARK**

Helsearbeiderne på et stort, dansk sykehus bruker nesten 4000 timer per måned på privat nettsurfing i arbeidstiden.

En intern undersøkelse på storsykehuset Hvidovre Hospital i København viste at mange av de ansatte bruker en del av arbeidstiden på private aktiviteter på internett, som å oppdatere Facebook-statusen. Sykehusledelsen i Hvidovre er overrasket over resultatet.

Dette betyr at hver av sykehusets 3400 ansette i gjennomsnitt bruker 2–3 minutter per dag på privat nettsurfing i arbeidstiden.

Facebook topper listen over hvilke nettaktiviteter tiden brukes til: Nesten 1100 timer. På annen plass kommer Google.dk, og på tredje dating.dk, som blir besøkt til sammen 338 timer per måned.

Ledelsen ved sykehuset har en viss forståelse for at noe tid brukes til private aktiviteter på nett hvis man har ledig tid, for eksempel mellom pasienter, men trodde ikke dette dreide seg om så mange timer som undersøkelsen avslører.

Det finnes ingen opplysninger om når på døgnet og hvilke personalgrupper som er de ivrigste nettsurferne.

Ansvarlig sykehusdirektør Torben Mogensen uttaler i en intern melding at det er greit å bruke internett forutsatt at det brukes i pausene. Noen planer om å sperre bestemte nettsider er det ikke. Men ambisjonen er å halvere tiden for privat nettsurfing.

Mange danske arbeidsplasser har innført restriksjonen på privat bruk av internett i arbeidstiden.

Dansk Sygeplejeråd er svært kritisk til hvordan undersøkelsen er utformet.

– Den har ingen rot i virkeligheten. Det kan jo hende at mange lar en privat nettside stå oppe på datamaskinen selv om de ikke bruker den, for eksempel Facebook, mener Vibeke Westh, leder av København krets av Dansk Sygeplejeråd.

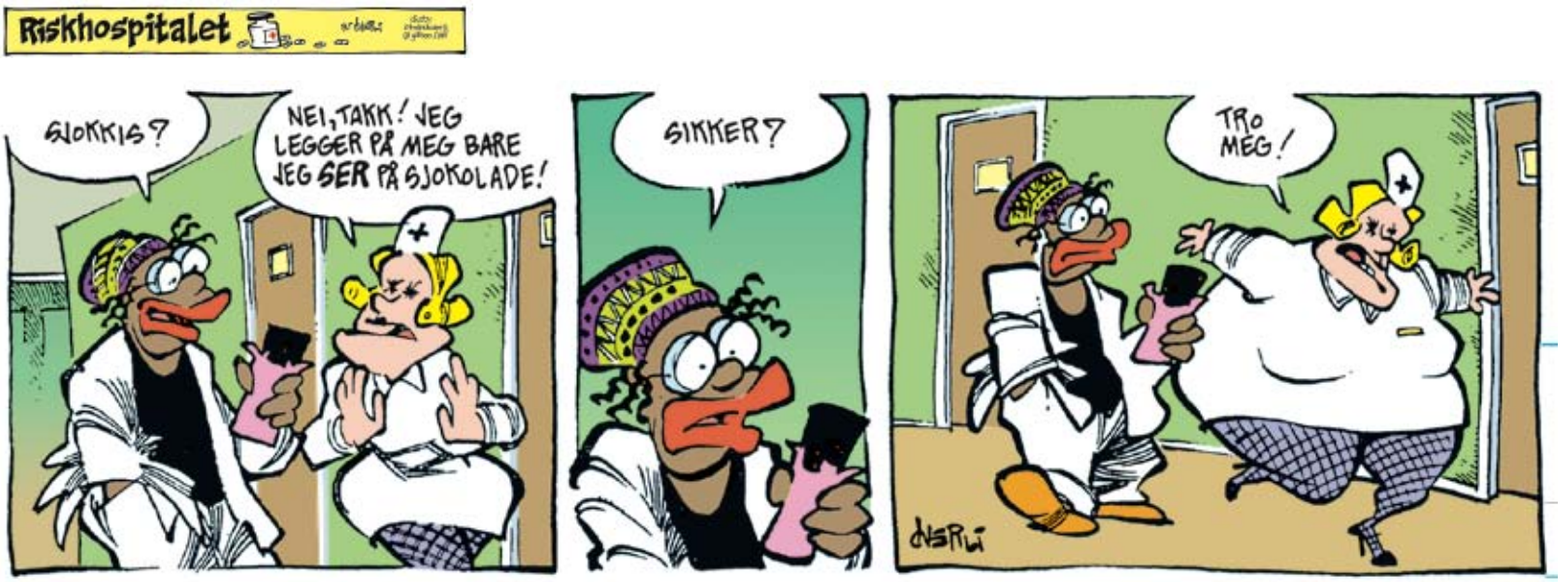
– Dessuten bygger og tilhører flere og flere sykepleiere sosiale nettverk for jobbrelaterte fagområder. Og det er noe vi støtter. Det undersøkelsen riktignok påpeker, er risikoen for at hastigheten på nettet blir lavere når for mange nettsider er åpne samtidig. Det er et problem som må løses. Men at sykepleierne skulle sitte og surfe privat i arbeidstidene er urealistisk. Men som alle andre har de pauser, og da er det helt greit å være på nettet i private ærend, sier Westh.

Tekst **Johan Erichs/MeraMedia**

DANSKE sykepleiere stiller diagnoser

I alle de nordiske landene har sykepleien latt seg inspirere av amerikansk og britisk «nurse practitioners» - kliniske spesialsykepleiere. Utviklingen har gått langsomt i Danmark, men i løpet av året vil danske sykepleiere få tilbud om en klinisk spesialistutdanning i kroniske sykdommer, og hvis alt går etter planen, også en utdanning som avansert klinisk geriatrisk sykepleier.

UREALISTISK: Vibeke Westh i Dansk Sygeplejeråd, tror ikke på at sykepleierne nettsurfer så mye i arbeidstiden.



Her underviser ekspertene novisene hver dag klokken tolv.

Av og til er ti minutter nok

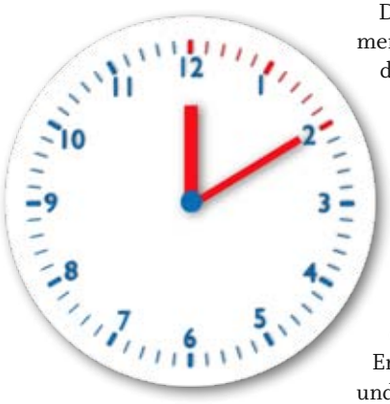
I korridorene på generell indremedisinsk sengepost på Vestre Viken helseforetak, Bærum sykehus, er det plutselig tre færre sykepleiere. Klokken er tolv. «Ti-minutter'n» er i gang på rom 722.

– Dere må nullstille den hver morgen, skifte butterfly to ganger i uka og skifte kassett minst en gang i uka, sier kreftsykepleier Ingrid Arntsen mens hun holder en pipende boks i hendene som hun taster bestemt på.

Rundt henne sitter to sykepleiere som vil lære om CADD-pumpens mysterier når den brukes for å gi pasienter smertebehandling.

Det gjelder å være presis. Kommer noen to minutter over tolv, får de ikke komme inn.

– Alle må ha respekt for ti-minutter'n, sier Hilde Berntsen, fagutviklingssykepleier ved generell indremedisinsk sengepost på Bærum sykehus.



Gjentas i to uker

Tanken er at ti minutters oppdatering er bedre enn ingenting. En sykepleier med spisskompetanse underviser sine kolleger om et spesielt tema 14 dagvakter etter hverandre. Om to uker vil en kollega avløse Ingrid Arntsen og CADD-pumpen. Da er det to ulike stomityper som skal belyses. Graseby-pumpens hemmeligheter har de allerede blitt drillet i, likeså betydningen av fysisk aktivitet.

– På den måten får alle de 30–40 sykepleierne ved avdelingen mulighet til å oppdatere seg. Og vil man ha noe repetert, er det bare å dukke opp en gang til. Noen ganger er det bare én sykepleier innom, andre ganger kan det være fem, forteller Berntsen.

Hun kjenner ikke til andre sykehus som gjør det samme. Inspirasjonen fikk hun fra det nasjonale prosjektet kalt Forskernes Grand Prix. Der presenterer unge forskere forskningsprosjektet sitt mest mulig engasjerende på fire minutter.

– Et tiltak som skal bøte på det faktum at bare 20 prosent formidler forskningen sin ut, mens 80 prosent pakker den ned i skuffen, sier hun.

Travlere tider

Hilde Berntsen har jobbet i tolv år med fagutvikling. Tidligere på St. Olavs Hospital, de siste tre årene på Bærum sykehus.

– På de årene har vi fått dårligere tid til å utvikle sykepleiefaget. Med mer dagbehandling, kortere liggetid og sykere pasienter blir det travlere tider, og da brister det med fagutviklingen.

– Er den blitt dårligere?

– Nei, men vi må hele tiden tenke nytt. Det gjelder å gripe små muligheter, slik som vi har gjort med ti-minutter'n.

De har holdt på siden i høst, og Berntsen mener det har god effekt.

– Vi vinner masse på ti minutter. Det er så lite, men det funker, forsikrer hun.

– Hvilke konkrete effekter har du sett så langt?

– Det er for tidlig å si. Vi vet mer om et til to år.

Også Ingrid Arntsen mener det er for tidlig å se noen effekt ennå.

– Men tidligere var det mye usikkerhet rundt for eksempel Graseby-pumpen. Etter at den ble gjennomgått i ti-minutter'n har jeg ikke opplevd feilbruk, og det har heller ikke vært store spørsmål rundt den, sier hun.

Berntsen mener ti-minutter'n er et nyttig verktøy på en avdeling som generell indremedisinsk. De har nemlig mange ulike pasientgrupper, slik at bredden på kompetansen må være stor. Fire-fem fagområder er representert der.

DAGENS TI MINUTTER: Stine Rosengreen (til venstre) og Delia Turi blir drillet av kreftsykepleier Ingrid Arntsen i hvordan de skal nullstille CAD-pumpen. – Jeg er ny og synes dette var flott å få med seg, sier Rosengreen.

– Dermed blir det ikke så lett å fordype seg i spissområder som det vil være på en mer «rendyrket» avdeling, mener Berntsen.

Liten tid til refleksjon

– Hvor mye tid trengs til fagutvikling hos dere?

– Det regnestykket er jeg ikke ferdig med ennå, sier Berntsen.

Det obligatoriske ved medisinsk enhet er tre årlige fagdager hvor blant annet prosedyreoppdateringer skal gjennomgås. I tillegg kommer diverse e-læringsprogrammer innen for eksempel smitte, hygiene og hjerte- og lungeredning. Det er også krav om 14 dagers opplæring av nyansatte før de går inn i ordinær turnus.

– Tre fagdager er altfor lite, sier Berntsen.

– Hvor mye skulle du ønske deg?

– Det ideelle ville vært seks dager per år.

I tillegg kommer to fordypningsdager for dem som har vært minst to år på en post og som innehar en spissfunksjon.

«Det blir nesten ikke tid til å stoppe opp og reflektere og lete opp nye forskningsresultater.» *Hilde Berntsen*

– Jobber dere kunnskapsbasert?

– Det blir nesten ikke tid til å stoppe opp og reflektere og lete opp nye forskningsresultater. Der glipper det. Prosedyrene våre skal også være kunnskapsbaserte, men vi har ikke tid til å gjøre det slik de gjør det på Kunnskapssenteret. Da ville det ikke vært tid igjen til å jobbe med pasientene.

For å bøte på det, har Berntsen planlagt at timinutter'n snart skal vise en film som handler om hvordan man søker på nettet og jobber kunnskapsbasert.

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

Sykepleier Amelia Dyer ville bare hjelpe fattige barn til et bedre sted enn

Englemakeren

SKOMAKERDATTEREN: Amelia Dyer kom fra ganske god kår, men fikk økonomiske problemer da hun ble enke. Foto: History by the Yard, London.

Den 30. mars 1896 ble en mystisk pakke fisket opp fra Themsen. Den viste seg å inneholde liket av en jentebaby. Babyen var blitt kvalt med hvit tape.

Viktoriatiden går mot slutten i London. Det har vært et århundre med sterk vekst i økonomi og industri. Forskjellen mellom fattig og rik er enorm. London er oversvømmet at folk som har kommet til byen for å søke lykken og immigranter på vei til Amerika. En del av dem ender opp i bunnløs fattigdom. Det er fra dette miljøet historiene til forfatteren Charles Dickens er hentet.

Prostitusjonen blir eneste utvei for mange kvinner. I oktober 1888, samme år som Jack the Ripper terroriserte Whitechappel, anslo londonpolitiet at det fantes 12 000 prostituerte i denne bydelen. Dette førte til mange uønskete graviditeter.

Pakke med avsender

På papiret som jenta i Themsen var pakket inn i var det mulig å lese et navn og en adresse. Dette sporet førte politiet rett til Amelia Dyers dørstokk.

Sykepleieren Amelia Dyer var da blitt en aldrende dame, 57 år gammel. Pakken i Themsen skulle bli slutten på hennes karriere som såkalt baby farmer. Og den skulle koste henne livet.

Da politiet gjennomsøkte huset hennes, ble de slått av lukten av ekskrementer og de store mengdene barneklær, men fant ingen barn. De fant også samme type tape som spedbarnet var blitt kvalt med. De fant telegrammer fra kvinner som ville at Dyer skulle ta seg av deres barn, og en mengde annonser. Politiet anslo at i løpet av de siste fem månedene hadde Dyer hatt minst 20 barn i sin varetekt. Nå var alle borte.

Themsen ble gjennomsøkt av politiet for å se om de fant flere spedbarn. De fant seks «pakker». Hver baby var kvalt med samme type tape de hadde funnet hos Dyer.

«Leger begynte å stusse ved den høye spebarnsdødligheten»

Dopet barna

Baby farming var ikke noe ukjent fenomen i datidens London. Det var i utgangspunktet en slags adopsjonsordning. Fattige kvinner som ikke så seg i stand til å ta vare på barnet sitt selv, kunne sette det bort mot betaling. Planen var å finne nye foreldre til barnet.

Men «adopsjonskontorets» hovedmål var å tjene mest mulig penger. Engangssummene de fikk var ikke nok til å sørge for et barn over lang tid. Det var derfor ofte underforstått at når moren overleverte barnet til en baby farmer, ville det dø kort tid etter.

Spedbarn under to måneder var spesielt attraktive ettersom dødsfall som inntraff var lettere å forklare som naturlige. Noen babyfarmere tok livet av barna med en gang, mens andre dopet dem ned på laudanum eller andre narkotiske stoffer for at de ikke skulle gråte. Barna døde ofte av en kombinasjon av sult og væskeansamling i hjernen på grunn av alle de narkotiske stoffene de ble fôret med.

For å unngå begravelsesutgifter kvittet mange seg med likene ved å pakke dem inn i avispapir og kaste dem på et avsidesliggende område eller i Themsen.

Leger får mistanker

Det var leger som først begynte å sette søkelys på hva som egentlig foregikk bak dørene til baby farmere på 1860-tallet. Mistankene deres ble vekket da de begynte å undersøke årsakentil den høye spedbarnsdødeligheten i landet. De fant ut at spedbarn regelrett ble drept av kyniske baby farmere. De startet arbeidet med å få

Barns rettigheter i viktoriatiden

Avsløringene rundt Amelia Dyer skapte store overskrifter, og vekket folks bevissthet rundt barns rettigheter.

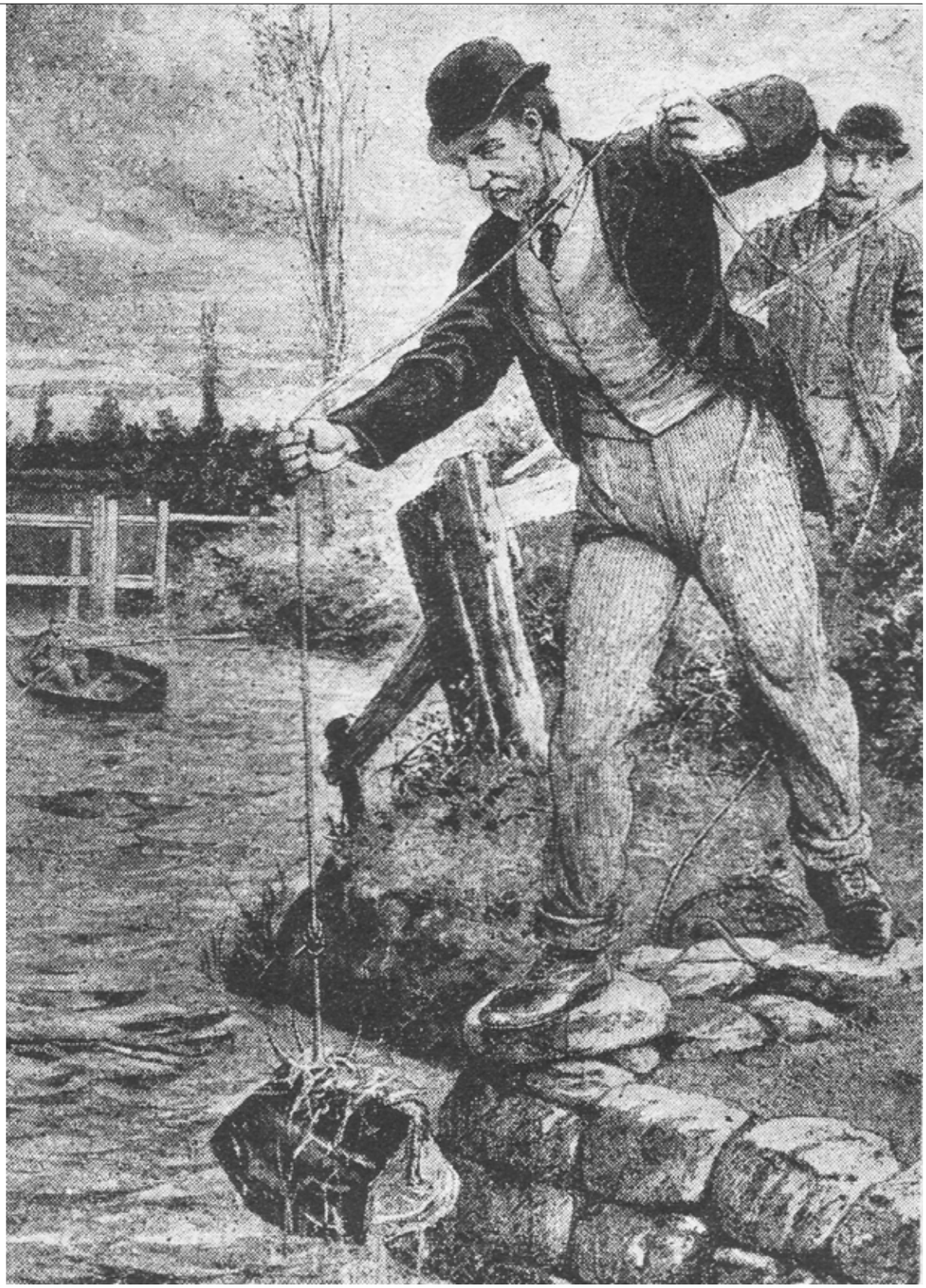
Etter hvert kom det lovverk og adopsjonslover som skulle forhindre overgrep mot barn. Likevel blomstret industrien rundt baby farming og adopsjon. Annonser i aviser tyder på det.

Barn hadde ingen rettigheter i Viktoriatidens England. Viktorianerne trodde fullt og fast på en families rett til å tukte de man elsket. Å regulere vold mot barn var derfor politisk ukorrekt.

Det fantes imidlertid ganske strenge lover for mishandling av dyr, og egne lovreguleringer for storfebønder.

I 1871/72 kom den første loven som skulle gi spedbarn rettigheter. Blant annet måtte man være sykepleier for å drive med baby farming/adopsjon eller drive barnehjem. I tillegg måtte alle som skulle drive med slik virksomhet, registrere seg. Loven var mislykket fordi det ikke fantes noen plan for å sikre at loven ble håndhevet.

denne verden.



BABY I ELVEN: Bildet illustrerer babyen som ble fisket opp i Themsen som var offeret som sendte Amelia Dyer til galgen. Foto: History by the Yard, London.

regulert virksomheten. Redaktør i British Medical Journal, Ernest Hart, var en av dem som satte baby farming på dagsorden gjennom flere artikler. For å få oversikt over omfanget, satte han i 1868 inn en annonse i en avis hvor han søkte etter en sykepleier som kunne ta seg av uønskete barn. Han mottok 333 henvendelser. Han publiserte fem artikler på bakgrunn av sine undersøkelser.

Frem til 1872 kunne hvem som helst starte som baby farmer.

Politiet kan ikke ha blitt særlig overrasket over at sporet førte til sykepleier Amelia Dyers hus. 17 år tidligere hadde hun og også vært i kontakt med politiet. I 1879 ble hun tatt etter at en lege syntes det var et mistenkelig høyt antall dødsattester han var blitt tilkalt for å skrive ut på barn som hadde blitt tatt hånd om av Dyer. Men i stedet for å bli dømt for mord, ble hun dømt for omsorgssvikt og fikk 6 måneders i arbeidsleir som straff.

Da hadde Dyer vært baby farmer i ti år.

Ble kjent med jordmor

Det var i læretiden som sykepleier Amelia Dyer ble introdusert for virksomheten som baby farmer.

Dyer ble født i 1838. Hun var blant de heldige. Hun

I 1878 ble Samuel Babey oppnevnt som inspektør. I 1878 fant han 284 barn i uregistrerte barnehjem, i 1897 fant han 324 og 339 spedbarn i 1880.

Det var først etter rettssaken med Amelia Dyer at baby farming og forholdene i barnehjem vakte nasjonal interesse og påskyndet en ny lov som ble vedtatt i 1897. Med denne loven pålegges lokale myndigheter å oppsøke og ransake hus hvor det mistenkes at det drives baby farming eller barnehjem. Loven gir også for første gang barn rettigheter som sier at barn ikke skal oppbevares på måter som truer deres helse.

Et lovverk som sikret barn rettigheter kom 65 år etter lovverk som sikret dyrs rettigheter.

MARRIED couple with no family would adopt healthy child, nice country home. Terms, £10 - Harding, care of Ship's Letter Exchange, Stokes Croft, Bristol.

SØKER BARN: Dette er et eksempel på annonse som baby farmere satt inn i aviser. (Faksimile fra mail online).

LONDON 1870: Utsikt over Westminster med Thamesen og Big Ben. Foto: The Print Collector/ Scanpix.

vokste opp i et skomakerhjem med en far som drev sin egen butikk utenfor Bristol. Dyer gikk på skole, lærte å lese og skrive og ble svært glad i å lese litteratur og poesi.

«Hun sendte barna til Jesus som ble glad for å få dem, i motsetning til mødrene.»

I 1861 giftet hun seg med den mye eldre George Thomas. Hun var 23 år, han 59.

Etter noen års ekteskap begynte hun i lære for å bli sykepleier. Det var et tøft yrke i viktoriatiden, men hadde begynt å få et respektabelt rykte, ikke minst takke være Krimkrigen og Florence Nightingales innsats.

I læretiden møtte Dyer jordmoren Ellen Dane. Det var hun som introduserte henne for en mer lettvint måte å tjene til livets opphold.

Dane forklarte at hun kunne åpne sitt hjem for unge kvinner som hadde havnet i «ulykken», hjelpe dem under fødselen med sine nyervervete kunnskaper, og adoptere bort barna. Planen var å ta betalt både fra moren, og fra dem som ønsket å adoptere. Stort sett ble det betalt en engangssum av mødrene på mellom 5–50 pund for at baby farmere skulle ta seg av barna.

Ellen Dane måtte snart flykte til USA for å komme unna myndighetenes søkelys.

Amelia starter butikk

Dyer fikk en datter, Ellen, med ektemannen, og måtte forlate sykepleieyrket. Da mannen døde i 1869 trengte hun en inntekt. Hun bestemte seg for å bli en baby farmer.

Fremgangsmåten var å sette annonse i avisen. Der gav hun de vordende mødrene inntrykk av å være respektabel, godt gift og at hun ønsket å gi barnet en trygg og god oppvekst.

Dyer har på ett eller annet tidspunkt bestemt seg for at det var mer å tjene på å drepe barna raskt istedenfor å vente på at de skulle dø av sult og opium. Det var denne fremgangsmåten som gjorde at politiet fattet interesse for henne den første gangen, som førte til at hun ble dømt i 1879.

Etter seks måneder i arbeidsleir, var Amelia igjen fri til å starte på nytt. Hun tok post som sykepleier, men vendte etter kort tid tilbake til baby farming.

Dyer ble ved flere anledninger lagt inn på mentalsykehus. Disse sammenbruddene kom alltid beleilig med når det var på tide for henne å forsvinne på grunn av mistanker rundt det hun drev med. Det kunne være politiet som begynte å interessere seg for henne, eller mødre som ønsket å besøke sine barn. For å være mest mulig anonym ble det derfor nødvendig for Dyer og datteren å flytte mye rundt.

Ikke mitt barn

I 1890 tok hun hånd om «løsungen» til en guvernante. Guvernanten kom tilbake til Dyer for å besøke barnet. Dyer viste frem et barn, men guvernanten ante uråd. Hun kledde av barnet for

«Baby farmere» som endte i galgen

Totalt ble sju baby farmere hengt i England, Skottland og Wales fra 1870 – 1909. Disse var:

- **Margaret Waters (34)** ble hengt ved Horsemonger Lane Goal i Surrey 11. oktober 1870 for å ha drept John Walter Cowen.
- **Annie Tooke (40)** ble hengt ved Exeter 11. august 1879 for å ha drept Reginald Hyde.
- **Jessie King (27) b**le hengt ved Calton fengsel i Edinburgh 11. mars 1889 for å ha drept Alexander Gunn.
- **Amelia Dyer (57)** ble hengt ved Newgate fengsel 10. juni 1896 for å ha drept Doris Marmon.
- **Ada Chard-Williams (24)** ble hengt tirsdag 6. mars 1900 ved Newgate fengsel i London.
- **Annie Walters (54) og Amelia Sach (29)** ble hengt i London ved det nye kvinnefengselet Holloway 3. februar 1903.

å sjekke at det hadde fødselsmerke på hoften. Det hadde det ikke, og guvernanten skjønte at dette ikke var hennes barn. Dyer fikk, eller simulerte, et sammenbrudd etter dette, og ble på ny innlagt på mentalsykehus. Hun prøvde å ta sitt eget liv ved å drikke to flasker med laudanum. Men hennes langvarige narkotika- og alkoholforbruk hadde bygget opp hennes toleranse for opiater, og hun overlevde.

The Angel Maker

Da babylikene dukket opp i Thamsen var det slutt for Amelia Dyer.

I rettssaken som fulgte vitnet datteren. Da Ellen Thomas var liten, spurte hun moren om hvor det ble av alle spedbarna moren tok med seg hjem. Dyer forklarte at hun var en englemaker. Hun sendte barna til Jesus som ble glad for å få dem, i motsetning til mødrene som ikke brydde seg om dem i det hele tatt. På grunn av dette fikk Amelia Dyer tilnavnet «Englemaker» eller «The Angel Maker».

Dyer ble dømt for ett drap, men er mistenkt for å ha stått bak over 400 drap på spedbarn. Disse kalkulasjonene er gjort på bakgrunn av i hvor mange år Dyer var baby farmer, 25 år.

Dyer ble dømt til døden etter at juryen brukte fire minutter på å diskutere skyldspørsmålet. Hun ble hengt 10. juni 1896. Hun var den fjerde baby farmeren som ble hengt i Storbritannia.

Etter som Amelia Dyer var en dømt morder som levde på samme tid som Jack the Ripper, er det flere som har mistenkt henne for å være gjerningsmannen som drepte ofrene under abortforsøk. Forfatter William Stewart var en av dem som har spekulert i dette. Det er imidlertid ikke funnet noen bevis som kopler Dyer til disse drapene. ||||

Tekst **Kari Anne Dolonen**

DANSEPIKER: Gatejenter danser for penger i Drury Lande, City of Westminster, London på 1800-tallet. Foto: Museum of London/Scanpix.

Utbredt bruk av opium

Leger var overbevist om at en av de viktigste årsakene til spedbarnsdødelighet var den utbredte praksisen med å gi barn narkotika, spesielt opium, for å roe dem. En ounce (28,5 gram) laudanum var like billig som en halvliter øl. Salget var uregulert fram til slutten av århundret.

I Manchester, ifølge en kilde, brukte fem av seks fra arbeiderklassen laudanum svært ofte. Ettersom markedet var stort, dukket det opp en rekke merker: Godfrey`s Cordial var den mest populære. Den inneholdt opium, sirup, vann og krydder. Steedman›s Powder, og Atkinson›s Royal Infants Preservative var også blant de mest solgte.

I Nottingham oppgav en farmasøyt at han solgte rundt 400 liter laudanum årlig.

Kilder: Baby Farming- a tragedy of Victorian times.
Bastardy and Baby Farming in Victorian England by Dorethy L. Haller.
Daily mail: The baby butcher Wikipedia
Opium sourced from Wohl, Anthony S. Endangered Lives: Public Health in Victorian Britain. Cambridge: Harvard UP, 1983. pp. 34–35.
Stewart, William (1939), Jack the Ripper: A New Theory, Quality Press True crime library

Når sykepleierne er mest opptatt av fri i helgen, får Vefsn-ordfører Jann-Arne Løvdahl lyst til å gi opp hele deltidsprosjektet.

Setter helg opp mot deltid

Uønsket deltid

En ansatt som hører hjemme i gruppen «uønsket deltid», vil ifølge Vefsn kommune være en kvalifisert person som:

- ønsker seg høyere avtalt arbeidstid.
- kan starte med økt arbeidstid innen tre måneder.
- er villig til å ta imot et tilbud selv om det kan innebære endret arbeidssted og/eller andre gjeldende arbeidstidsordninger enn vedkommende har i sin stilling.

Ifølge statistikken arbeider 46 prosent av de kommuneansatte i Vefsn, deltid. Det reelle tallet er imidlertid litt lavere, siden en ansatt som har arbeidstiden fordelt på to arbeidssteder, er registrert med to stillinger.

Hanne Lone Kjønnås ønsker seg full jobb.

– Nå har jeg 90 prosent stilling. Jeg kunne tenke meg 100.

Kjønnås er sykepleier på Vefsn sykehjem i Mosjøen. Hun vet ikke hvordan hun skal gå frem for å komme opp i full stilling.

– Det er litt merkelig, for det er ingen stillinger her som er 100 prosent, sier hun.

– Vi hadde noen, men de er delt opp og lagt til andre stillinger, forklarer kollega Hege Tangen.

Deltidsprosjekt

Det er håp for Hanne Lone Kjønnås og kollegene. Vefsn er blant kommunene som har fått prosjektpenger – 3,5 millioner kroner – for å redusere ufrivillig deltid blant de ansatte.

På rådhuset har personalsjef Kari Bjørnli og kommunalsjefen for tjenesteområde omsorg, John-Arvid Heggen, booket møterom og fylt kaffekannen. De skal forklare hvordan pengene skal brukes. Egentlig har de arbeidet i mange år for å få ned den ufrivillige deltidsjobbingen, men de er langt fra mål.

– Det første målet var å få bort alt under 50 prosent. Vi hadde mange nede i stillingsprosenter på under 20, forklarer Heggen.

Det viste seg å være mer komplisert enn som så. Skulle hver enkelt ansatt opp i prosent, så ble resultatet i mange tilfeller at hun måtte ta en eller annen form for oppdelt stilling. Én deltidsbrøk på den vanlige arbeidsplassen, og så noen prosent til på en annen enhet, eller blant sykevikarene i den kommunale ressursbanken.

– De som vil ha ekstra vakter, shopper her og der på ulike avdelinger. Men når det kommer inn i ordnede former og de ikke kan styre selv at de arbeider på flere steder, så vil de ikke, sier Kari Bjørnli.

Hun skjønner at det kan oppleves som vanskelig å arbeide i flere enheter.

Foreløpig er det ikke bestemt hvordan prosjektmillionene skal brukes. Men personalsjefen vil gjerne sette inn ressurser for å øke kompetansen hos den enkelte. Det vil gjøre det lettere for de ansatte å hoppe inn også på andre enheter. Hun vil også gi avdelingene ressurser til å finne ut hvordan den uønskede deltiden kan løses lokalt.

Foreningskrangel

Fullt så enkelt er det likevel ikke. For når turnus og arbeidstid skal diskuteres i Vefsn kommune, blir det bråk. Mellom partiene i kommunestyret, mellom ledelsen og de tillitsvalgte – og mellom fagforeningene innbyrdes. Fagforbundet og flertallet i kommunestyret mener nemlig at helgebelastningen skal være mest mulig lik mellom alle ansatte, og at det vil redusere den uønskede deltiden.

– De snakker om «lojalitet». Det ordet liker jeg ikke i det hele tatt, sier NSF-hovedtillitsvalgt Turid Fagereng.

– Det virker som om kommunen skal likestille hjelpepleiere og sykepleiere. Det synes jeg heller ikke er riktig.

Resultatet kan bli at mange som har arbeidet hver tredje helg, nå må arbeide tre av åtte helger. Et annet resultat: Utmeldinger fra Fagforbundet.

– Vi har ikke noe tall på nyinnmeldte i Sykepleierforbundet ennå. Men etter dette er Delta blitt større enn Fagforbundet i helsesektoren her i kommunen. Vi samarbeider med Delta i denne saken, mot å øke helgebelastningen, sier Fagereng.

Truer med prosjektstopp

Det tas ikke godt imot på rådhuset. Ordfører Jann-Arne Løvdahl (Ap) har pyntet seg i anledning at det relativt ferske kommunestyret skal fotograferes. Ordene, derimot, pynter han ikke særlig på:

– Sykepleierforbundet vil se på hele rammeavtalen på nytt. De ønsker ikke å være med på dette, høres det ut til. Vel, er det slik, så er vi ikke sikre på

OPPGITT: Ordfører Jann-Arne Løvdahl truer med å sende tilbake millionene til prosjektet mot uønsket deltid hvis ikke Sykepleierforbundet vil samarbeide - mens varaordfører Mildrid Søbstad tar til orde for bedre kompensasjon for helgejobbing.

INGEN PÅ 100: Hanne Lone Kjønnås, sykepleier på Vefsn sykehjem i Mosjøen, vil ha full stilling.

om det er noen vits i å være med på prosjektet. Da kan vi like gjerne sende tilbake pengene! sier Løvdahl.

Samtidig med at Løvdahl og kollegene stiller opp for fotografen, har Fagereng satt seg ned sammen med åtte av medlemmene sine rundt et bord på sykehjemmet. De blir provosert av ordføreren, for å si det forsiktig:

– Vi skryter av at Norge er et demokrati – men her er det bare noen få som styrer, og vi som arbeider her, blir ikke hørt. Og vi skryter av at vi har ytringsfrihet. Men når vi ytrer oss, blir vi straffet, sier Beret Kulstad Fossberg.

Hun arbeider i miljøtjenesten, og før hun satte seg til bords, stilte hun spørsmålet om hun i det hele tatt hadde lov til å uttale seg til pressen. Kollegene beroliger henne: Vefsn kommunestyre har vedtatt at de ansatte har lov til å ytre seg.

– Det er ikke stillingsprosenten de ansatte snakker mest om – det er å slippe å jobbe mer enn tredjehver helg. Folk med unger har lyst til å gjøre noe sammen med ungene sine, konstaterer hun.

– Og fremdeles er det noen som må arbeide annenhver helg. Selv om de vedtar dette, har det ikke hjulpet, sier Hege Tangen, som er sykepleier på Vefsn sykehjem.

Vil ha deltid

– Vi har en kollega som er gift med en mann som også arbeider turnus. De har fri samtidig hver 11. helg, forteller Lill-Karin Aanes.

Sammen med kollega Siv Andreassen er hun mer bekymret for samhandlingsreformen enn for uønsket deltid. De arbeider på lindrende enhet, med seks plasser sentralt i Mosjøen. Nå frykter de at fagmiljøet forsvinner og at den palliative behandlingen blir kraftig kuttet, parallelt med at helgebelastningen altså blir større.

– Det er mange som ønsker deltid, også, sier Aanes.

– Vi er forskjellige individer på forskjellige stadier i livet, og det er ikke alle som ønsker 100 prosent, konstaterer Andreassen.

Blir turnusen for ille, sier hun ganske enkelt opp. Det er alltids ny jobb å få.

Da enheten startet for 11 år siden, var det opp til de ansatte selv å finne en løsning på stillingsprosenter og turnus. Slik vil kommunalsjef John-Arvid Heggen gjerne gjøre det igjen:

– Vi vil myndiggjøre de ansatte, og la dem få velge så langt råd er, sier han.

Det betyr likevel ikke at han uten videre vil si ja til at hver enkelt enhet kan finne løsninger for å unngå vakt oftere enn hver tredje helg.

– Vi må hindre at ansatte rømmer fra en avdeling med stor helgebelastning til en avdeling med mindre helgebelastning, sier Heggen.

Økt grunnbemanning

Turid Fagereng og NSF vil helst bruke ressursene til å øke grunnbemanningen. Hun har heller ikke særlig tro på at kommunen vil gi de enkelte enhetene friere tøyler til å legge opp sine egne turnuser:

– En av avdelingene kom nettopp med forslag om hvordan de kunne klare seg med én ansatt mindre i helgene. De ville heller ha det litt tøffere hver sjette helg enn å måtte arbeide flere helger. Det gadd ikke lederne å høre på, en gang!

– Vi blir overstyrt; vi er ikke med i prosessen, istemmer Siv-Helen Storvassli og Evy Mikalsen – henholdsvis sykepleierstudent som har en liten rekrutteringsstilling ved siden av studiene, og sykepleier i hjemmetjenesten.

«Det første målet var å få bort alt under 50 prosent.» *John-Arvid Heggen*

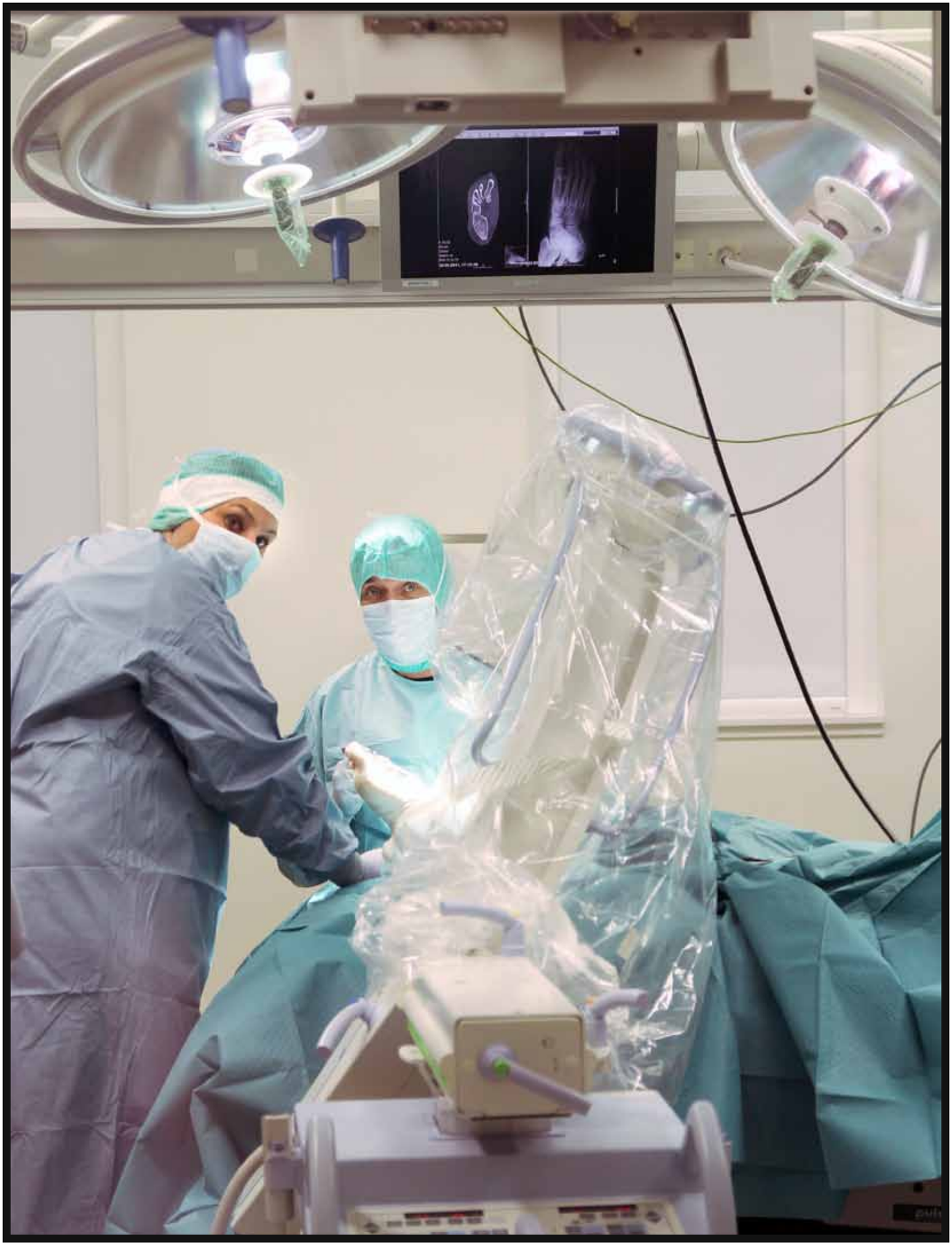
– Vi får bare beskjed om hvordan det skal være; turnusen blir tredd nedover hodene på oss.

Turbulente tider til tross – alt håp om en god løsning er ikke ute. Kommunen vil utrede videre:

– Nå ber vi rådmannen utrede ordninger med økt kompensasjon for helgearbeid, forteller Mildrid Søbstad. Hun er varaordfører, og formulerte det omstridte forslaget om økt helgebelastning for de ansatte. – Det er for tidlig å si hva som blir resultatet – men vi ønsker oss flere alternativer. ||||

Tekst og foto **Georg Mathisen**

MOTSTAND: NSF-hovedtillitsvalgt Turid Fagereng arbeider hardt for å unngå at medlemmene skal trenge å arbeide oftere enn hver tredje helg.



Farlige stråler kan unngås. Det vet operasjonssykepleierne på St. Olav.

Trenger bedre stråleopplæring

Se her, sier undervisningssykepleier Mona Figenschow.

Hun trykker raskt på en knapp, og tallet på displayet endrer seg fra 1,3 til 0,9 på under ett sekund. Displayet er koblet til en halvannen meter høy og like bred røntgenbue inne på operasjonsstua – C-buen.

– Nå står den på low dose, forteller Figenschow.

– Det betyr at strålingedosen er redusert. Her på avdelingen gjør sykepleierne denne innstillingen på rutine, forteller hun.

– Det går litt utover billedkvaliteten, men for de fleste bildene som skal tas, er det absolutt bra nok å bruke så lav stråledose. Dersom det er viktig med skarpere bilder, skrur vi heller opp, sier avdelingsleder Cecilie Volden.

Full gjennomgang

Operasjonssykepleiere har daglig ioniserende stråling tett innpå kroppen. Høye stråledoser kan blant annet være kreftfremkallende. Det er bakgrunnen for at Statens strålevern nå foretar full gjennomgang av videreutdanningen for operasjonssykepleiere. Et tilsyn i 2010 avdekket at 90 prosent av de 15 sykehusene og røntgeninstituttene som ble undersøkt, hadde manglende kompetanse i strålevern og strålebruk. Det er særlig bruken av C-buen som gjør operasjonssykepleierne utsatt.

Vil være som EU

EU er i ferd med å revidere pasientdirektivet som omhandler strålevern. Det innebærer at alle medlemsland blir pålagt å innføre både læreplaner og kurs i strålevern. I Norge vil Statens strålevern legge seg på samme nivå som EU. Gjennomgangen som nå gjøres, vil gi en pekepinn på hvordan norske operasjonssykepleiere lig-

ENKELT: Ett trykk, og stråledosen er redusert.

– Må kunne apparatene

– For sykepleiere som assisterer legen med røntgenapparat under operasjon, er det viktig å ha apparatspesifikk opplæring, sier Reidun D. Silkoset, rådgiver i Statens strålevern. Hun understreker også at det er viktig å vite hvordan bruk, valg av de ulike innstillingene og eksponeringsmulighetene påvirker både stråledose og bildekvalitet.

– Tunge intervensjonsprosedyrer generer mye spredt stråling. Det er viktig at personell som står nær pasienten har kunnskap om korrekt bruk av verneutstyr og hva som er optimal plassering i rommet for å redusere stråleeksponeringen på seg selv, sier hun.

Helseskader av stråling

- Ioniserende stråling over et visst nivå kan gi helseskader, både akutt og som senskader.
- Ioniserende stråling kan også påvirke forplantningsevnen.
- Akutte stråleskader kan bare oppstå ved alvorlige uhell med strålekilder.
- Senskader, som kreft eller skade på arvestoff, kan opptre flere år etter bestrålingen. Skader på arvestoff hos foreldre, kan gi arvelige sykdommer. Skadens omfang avhenger ikke av stråledosens størrelse, men risiko for at skader oppstår, øker med økende stråledose. Det er altså ingen nedre grense for slike skader.
- Et foster er spesielt følsomt for ioniserende stråling – aller mest i uke 8 til 16.

Huskeliste for mindre stråling:

- Tilstrekkelig opplæring
- Unngå primærstrålen
- Minst mulig strålefelt
- Kortest mulig bestrålingstid
- Røntgenrøret helst under pasienten
- Bildeforsterker så nær pasienten som mulig
- Bruk blyfrakk og blykrage, det reduserer stråledosen til en tiendedel
- Kortest mulig nær strålekilden
- Hold avstand
- Hold deg helt unna om du er gravid

PASSER PÅ: Undervisningssykepleier Mona Figenschow (bak) og avdelingsleder Cecilie Volden på ortopedisk operasjonsavdeling er obs på strålefaren de utsettes for.

ger an når det gjelder strålevern.

I løpet av juni vil resultatene foreligge.

Spør ikke om lov

C-buene på ortopedisk operasjonsavdeling i Trondheim er i bruk daglig.

«Ett skritt unna, og strålingen er halvert.»

Mona Figenschow, undervisningssykepleier

Ikke hele dagen, og ikke på alle pasienter, men såpass ofte at alle sykepleierne må ha teknikken i fingrene.

Figenschow og Volden har begge jobbet på avdelingen i over ti år, og er trygge på hva de gjør.

– Vi spør ikke legen om å få lov til å skru ned dosen – da kan det fort ende med at de ber om «best mulig» kvalitet på bildene, mens det egentlig ikke er nødvendig for det inngrepet som utføres.

– Vi ønsker heller at de skal be oss skru opp stråledosen dersom den er for lav, sier de.

De understreker at enhver reduksjon i stråledosen er det beste for sykepleierne, legen og pasienten som er i rommet.

Dette er bare ett av flere triks de erfarne operasjonssykepleierne har for å redusere strålingen de står i hver eneste dag.

BLY: Frakkene er tunge, men nødvendige.

Åpen rygg

Et annet knep er å skru inn blendningen, slik at ikke mer av pasienten enn det som er nødvendig, blir bestrålt.

Sykepleierne bør heller ikke jobbe med ryggen til røntgenapparatet:

– Frakkene vi bruker har åpen rygg. Det betyr at det ikke er noen fysisk beskyttelse på baksiden av kroppen. Det er lett å glemme seg, snu ryggen til og for eksempel rydde på operasjonsbordet. Men vi prøver å huske det: Alltid jobbe med fronten mot, sier Volden.

– Plassering i forhold til strålefeltet er viktig: Ett skritt unna, og strålingen er halvert, sier Figenschow.

Det er også et poeng å forsøke å holde strålekilden under operasjonsbordet. C-buen er bevegelig, og boksen som den ioniserende strålingen kommer ut i fra, kan plasseres nesten hvor som helst omkring pasienten. Det er årsaken til at buen er såpass anvendelig, i tillegg til at den er mobil, og tar relativt lite plass.

Ulempen med å plassere strålekilden over operasjonsbordet er at strålingen går ut i hele rommet. Dersom den står plassert under bordet, slås strålene nedover, og forsvinner.

– Slurver med kragen

Under operasjon er det vanligvis en sykepleier som styrer selve buen. I tillegg er det en sykepleier som assisterer legen. Denne sykepleieren og legen som står inntil både pasienten og strålekilden, er mest utsatt.

Operasjonssykepleiere vet om strålerisikoen når de velger utdanning. I løpet av et arbeidsliv er det likevel mye å vinne på de daglige rutinene.

– Mange vet hva som er riktig å gjøre, men det er opp til den enkelte faktisk å gjøre det, sier de.

– *Hva er det lettest å slurve med?*

– Det er nok bruk av krage, erkjenner de.

– Vi hadde problemer med at sykepleiere ikke ville bruke krager andre hadde brukt før, selv om de var vasket hendte det at det hang igjen for eksempel parfymelukt. Dette løste avdelingen med å kjøpe en personlig krage til hver, sier Figenschow.

Hensikten med krage er å beskytte skjoldbruskkjertelen, som er ekstra følsom for ioniserende stråling.

– *Bruker dere dosimeter?*

– Nei, ikke til vanlig. Det er vel sikkert fem år siden vi hadde det sist på avdelingen her. Det har blitt brukt ved stikkprøver. Resultatene av testperiodene har vist at vi er under faresonen på disse målingene.

– Dosimetertestene her på avdelingen viser det samme hver gang – legen er mest utsatt, deretter assisterende operasjonssykepleier. Det er det som er utgangspunktet for rutinene våre, og det er ikke noe poeng for oss å gå med dosimeter til daglig. Det er mer aktuelt på for eksempel en røntgenavdeling, sier Figenschow.

Så svetten siler

Hun forteller at de har oppfriskningskurs i strålevern for alle sykepleierne på avdelingen annethvert år.

En korrekt antrukket operasjonssykepleier har på seg bomullsdrakt, blyfrakk og blykrage, i tillegg til hette og munnbind. Og – til slutt, steril frakk over.

Det har gått en time inne på operasjonsstua, og det begynner å bli varmt.

– Pasienten skal ikke fryse, så etter en operasjonsøkt på noen timer, er man gjerne gjennomvåt av svette. Når man endelig kan hive av seg blyfrakken, kjennes det ut som man letter fra gulvet, sier Volden.

Tekst og foto **Ann-Kristin Bloch Helmers**

Leger møtte ikke opp og dokumentasjon manglet. – Lite profesjonelt, konkluderte Statens strålevern etter et tilsyn i Vestre Viken helseforetak.

Møtte ikke opp til stråletilsyn

I november i fjor kom Statens strålevern til Vestre Viken helseforetak for å gjøre et tilsyn. I løpet av fire dager skulle de innom fem avdelinger ved sykehusene i Bærum, Kongsberg og Drammen. Helseforetaket var varslet om besøket to måneder i forveien. Det som møtte tilsynsmyndighetene, ga opphav til kritikk:

Vanskelig å gjennomføre

Leger på strålebrukernivå, samt representanter fra linjeledelsen helt opp til klinikkdirektør for kirurgisk klinikk, møtte ikke opp ved to av sykehusene – uten å gi beskjed. I tillegg manglet etterspurt dokumentasjon i presentasjonene som ble gjort.

– Mangelfulle presentasjoner og manglende oppmøte medførte store vanskeligheter for gjennomføring av tilsynet, skriver Statens strålevern i rapporten. Tilsynet innen fagfeltet ortopedi kunne ikke gjennomføres. Strålevernet har derfor varslet at det kan bli et oppfølgingstilsyn som Vestre Viken selv må betale.

– Svært alvorlig

Strålevernet beskriver helseforetakets opptreden som respektløs og lite profesjonell.

– Strålevernet ser svært alvorlig på denne hendelsen og mener det gir grunnlag for bekymring for hvordan strålevern av pasient og personell blir ivaretatt ved helseforetaket, spesielt i forbindelse med røntgenbruken utenfor avdeling for bildediagnostikk, konkluderer tilsynsmyndigheten.

Til tross for at tilsynet innen ortopedi ikke kunne gjennomføres, fant Statens strålevern 17 avvik og fant grunn til å gi 4 anmerkninger på de områdene de fikk tilgang til.

– Vanlig folkeskikk

– Vi har beklaget dette overfor strålevernet, sier Per Meinich, viseadministrerende direktør i Vestre Viken.

– Det er vanlig folkeskikk å stille opp når man har gjort avtaler, selv om det var gode grunner til at noen ikke kom. På bakgrunn av kritikken har vi formalisert en prosedyre for hvordan vi møter tilsyn i fremtiden, sier Meinich.

Han erkjenner at det var en ubehagelig lang liste med tiltak de fikk etter tilsynet.

– Vi har nå svart tilbake med en plan om lukking av avvikene. Statens strålevern har godtatt denne, sier han.

Tekst **Ann-Kristin Bloch Helmers**

Esso

ALT PÅ ETT KORT

NYHET!

ALLE NYE KUNDER FÅR 25 liter DRIVSTOFF* I STARTBONUS!

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 kreditt på kr 15.000 er 32,32%.
* Vi spanderer tilsvarende 25 liter drivstoff til nye kort som innvilges innen 31.3.2012. 25 liter drivstoff à kr 14 pr. liter = kr 350,- vil bli satt inn på kortet etter første kjøp er foretatt og før du mottar din første faktura.

ETTER REGNET: Peru ble i februar herjet av kraftig regnfall og store temperaturforandringer. Særlig rammet ble de fattige slumsstrøkene i og rundt hovedstaden Lima. Helsemyndighetene satte i gang en vaksinasjonskampanje blant befolkningen, for å unngå at sykdommer skulle bryte ut.
På bildet er en sykepleier i ferd med å vaksinere 4 år gamle Maria Celeste Rosalesa i bydelen Ticlio Chico.

Regn er uvanlig i sommermånedene i Lima. Men i begynnelsen av februar ble det erklært katastrofetilstand da broer ble ødelagt, hus og veier ødelagt, mens elvene gikk over sine bredder. Med sine 29 millioner innbyggere er Peru en av de raskest voksende økonomier i verden. Mens halvparten av befolkningen ble definert som fattig så sent som i 2004, er antallet blitt redusert til 30 prosent i 2010. Med økende velstand har imidlertid også forskjellene i levestandard økt. De rike har tilgang til svært gode, private helsetjenester, mens mange fattige må ta til takke med et dårlig offentlig helsetilbud.

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

Oslo universitetssykehus beklager nå at en pasient ble sendt i skytteltrafikk for å få tak i røntgenpapirer.

Syke Tore (78) sendt på unødvendig papirjakt

SYK I JULA: Tore Omar Andersen trengte et raskt svar. I stedet ble det en lang historie med mye fram og tilbake.

I begynnelsen av desember i fjor ble Tore Omar Andersen syk. Han hadde vondt i magen, var kvalm, og hadde mistet matlysten. Etter besøk hos fastlegen 6. desember ble han henvist til røntgenundersøkelse. Fastlegen oversendte henvisningen elektronisk til et privat røntgeninstitutt.

Etter noen dager fikk han time: 20. januar 2012.

Tore Omar Andersen følte seg imidlertid for syk til å vente så lenge.

«Kom bort!»

– Jeg ringte derfor Ullevåls røntgenavdeling for å høre om deres ventetider var kortere. Til tross for at jeg fremla nøyaktig hva slags røntgen som skulle utføres, fikk jeg ikke noe presist svar. «Kom bort med henvisningen så skal vi se hva vi kan gjøre» var beskjeden jeg fikk, forteller 78-åringen til Sykepleien.

Det var starten på et ublidt møte med helselogistikk som ikke fungerer. Unøyaktige og feil svar medførte mye ekstraarbeid og reising for syke Tore Omar Andersen.

Stengte dører

Dette er hva svaret fra Ullevål medførte:

– Jeg hadde jo ingen henvisning – bare bekreftelsen fra det private røntgeninstituttet – så jeg ringte min fastlege for å be dem sende meg en kopi. Jeg snakket med sekretæren der som fortalte: «Jeg skal snakke med legen, så ordner det seg nok.»

Deretter ventet han flere dager på post fra legen, men ingen henvisning kom. Onsdag 28. desember gikk han så bort til fastlegens kontor i håp om at kontoret var åpent, for å få en kopi av henvisningen. Dessverre var kontoret stengt til over nyttår.

– Jeg tar med meg bekreftelsen fra det private røntgeninstituttet og reiser samme dag mine 15 kilometer bort til Ullevåls røntgenavdeling for å høre om de kan gi meg – eller antyde – en raskere time.

Jakt på henvisning

I skranken fortalte han hvordan det lå an: At fastlegen hadde stengt og at han dessverre ikke har med seg henvisningen.

– Jeg fortalte at jeg følte meg syk og gjerne skulle fått en røntgenundersøkelsen så raskt som mulig for å få en diagnose. Jeg spurte om brevet fra det private røntgeninstituttet – hvor alt var gjengitt – foreløpig kunne hjelpe. Svaret var nei, de måtte ha henvisningen fra legen, forteller han.

Han godtok dette, og var i ferd med å forlate bygningen da han fikk en idé, og gikk tilbake til ekspedisjonen: «Kunne dere være så snill å ringe Bryn og få fakset over henvisningen?» «Ja det kan vi», var svaret.

Må vente

Da Ullevål ringte det private røntgeninstituttet, var svaret derfra negativt: «Denne henvisningen er oversendt oss elektronisk, så vi kan ikke få sendt den over». Ullevål aksepterte svaret, og Tore Omar Andersen måtte gå med uforrettet sak.

– Jeg kjører mine 15 km på vei hjem, men stopper ved røntgeninstituttet for å høre om jeg kan få en kopi av henvisningen fra fastlegen. Mannen i ekspedisjonen trykker på en tast, og ut kommer en kopi av henvisningen. «Vær så god, ingen problem».

Tore Omar Andersen reiste da 15 km tilbake til Ullevål med henvisningen og leverte den i ekspedisjonen der.

– Dessverre var ingen leger til stede, så jeg måtte ringe tilbake mandag 2. januar for å få beskjed om time.

Fram og tilbake – men like langt

Mandag 2. januar kl. 14.15 ringte han tilbake. Han ringte så sent fordi han tenkte at de trengte noe tid for å fastsette en time. Dessverre, røntgenavdelingen stenger kl. 14.00, så han må ringe i morgen, er beskjeden han får.

Tirsdag ringte han igjen: «Dessverre, personen som skal avgjøre er fraværende, men vi skal ringe deg i morgen og gi beskjed,» fikk han vite da.

Onsdag ringte de fra Ullevål:

«Dessverre, Ullevål har fra 1. januar 2012 bestemt bare å kunne utføre interne røntgenoppdrag. Du kan ikke få noen time her.»

– Ikke unikt

– Jeg ønsker å fortelle denne historien for å peke på hvor lite som skal til for å lette situasjonen til en som allerede er syk. Hvis jeg hadde fått korrekt informasjon i første omgang, hadde jeg spart meg alle turene frem og tilbake, sier han.

78-åringen tror ikke hans møte med helsevesenet er unikt, men noe mange blir utsatt for hver dag.

– Pasientene ønsker så gjerne å være glad i sykehuset sitt. Men så skjer slike ting. Litt serviceinnstilling og nøyaktighet hadde hjulpet så mye, sier han.

– Beklager

Hans-Jørgen Smith er avdelingsleder ved Avdeling for radiologi og nukleærmedisin ved Oslo universitetssykehus. Han sier dette: – I utgangspunktet kan vi bare beklage det pasienten ble utsatt for.

Han forklarer at enkelte undersøkelser kan settes opp direkte uten at de blir vurdert av lege, men CT, MR, ultralyd og undersøkelser av bryst blir vurdert av lege først. Ventetiden vil da være avhengig av prioritering og vurdering fra radiolog.

– Dette vet ikke personalet i ekspedisjonen resultatet av på forhånd, sier han.

Øyeblikkelig hjelp på faks

Han erkjenner at de skulle gjort ting annerledes i møtet med den syke 78-åringen:

– Vi burde ha foreslått å kontakte det private røntgeninstituttet, eller bedt pasienten ringe dit i første omgang, for å be dem fakse henvisningen til oss. Han understreker at rutinen er at sensitive opplysninger ikke skal sendes på faks, men at slik informasjon likevel kan fakses anonymisert ved øyeblikkelig hjelp.

– Vi har dessverre ikke elektroniske henvisninger selv, og hvordan man eventuelt får skrevet ut en elektronisk henvisning vil variere fra fagsystem til fagsystem. Dette har vi ingen oversikt over, sier han.

«Litt serviceinnstilling og nøyaktighet hadde hjulpet så mye.» *Tore Omar Andersen*

– Radiologer skal sjekke

Han påpeker også at de har måttet nedprioritere eksterne henvisninger, på grunn av kapasitetsproblemer ved avdelingen.

– Men vi legger henvisningene til radiolog før vi eventuelt avviser for å sikre at ikke sekretærene feilaktig avviser henvisninger som bør tas her, sier Hans-Jørgen Smith.

Tekst **Ann-Kristin Bloch Helmers**
Foto **Erik M. Sundt**

Milliarder å spare

Bedre elektronisk samhandling i helsevesenet kan spare flere milliarder hvert år, konkluderte en BI-studie om pasientbehandlig og logistikk i Dagens Næringsliv i 2007. Bare ved å innføre elektronisk samhandling på ett sykehus, kan én millard være spart, sa BI-professor Stein Erik Grønland til DN.

Det omstridte granskningsteamet på Ahus er foreslått nedlagt.

Sykepleier Karin fortalte sin historie til Sykepleien i nr. 5 i 2011.

Blir kvitt granskere

Det såkalte innsatsteamet på Ahus ble opprettet i 2008 for å bistå ved alvorlige hendelser, som svinn av legemidler og rusmisbruk.

Nå ønsker Ahus å legge ned teamet. Saken har vært behandlet i ulike fora med både ledere og tillitsvalgte. Men endelig vedtak vil ikke bli tatt av ledergruppen før i mars.

– Fornøyd

Foretakstillitsvalgt Kai Øivind Brenden er fornøyd med forslaget om nedleggelse. I over et år har han jobbet for å få en stopp på metodene enkelte i teamet har brukt overfor ansatte som har blitt mistenkt for ulovligheter.

I Sykepleien 5/2011 fortalte Ahus-sykepleieren Karin sin historie. Hun ble politianmeldt for pilletyveri, men opplevde at også personer i teamet opptrådte som politi. Hun ble sykmeldt. Saken ble henlagt, og hun er nå tilbake i jobb.

Leder av teamet, kvalitetsdirektør Anne Wenche Lindboe, har flere ganger nektet å kommentere innsatsteamets rolle overfor Sykepleien.

Blir lederansvar

Det er nå foreslått at det blir ledelsens ansvar å håndtere individsaker. Ledere kan eventuelt få støtte av personalavdelingen.

– Dette ser ut som en fornuftig arbeidsfordeling. Det sikrer både god ivaretakelse av den ansatte og god kvalitetssikring av medikamenthåndteringen, sier Brenden.

– Dette er veldig bra, sier sykepleier Karin om nedleggelsen.

– Jeg håper det i så fall er en følge av at jeg har bidratt ved å fortelle det jeg opplevde. Da har det kommet noe godt ut av det.

Ledelsen ved Ahus ønsker ikke å svare på om forslaget er et resultat av kritikken mot teamet, fordi nedleggelsen ennå ikke er formelt vedtatt. ||||

Tekst **Marit Fonn**

Få tilgang til PPS på din hjemme-PC

Har du PPS på din arbeidsplass? Etter 15. mars kan du også få tilgang hjemme.

Nytt i PPS 2. generasjon

- Flere nye prosedyrer
- Legemiddelregning er tilrettelagt for øving og testing
- Forbedret visualisering
- Kunnskapstestene er videreutviklet
- Utvidet søkefunksjon

akribe.no/pps

Lansering 15. mars

PPS Praktiske Prosedyrer i Sykepleietjenesten

Akribe

DER UTE **MIN JOBB**

Vibeke Mogstad

Alder: **42 år**
Yrke: **Sykepleier og coach, med videreutdanning i samspill- og tilknytningsteori**
Jobber: **Familieenheten, Borgestadklinikken, Kompetansesenter for rus**

Veileder mødre med rusproblemer

– Det er som regel en grunn til at folk ruser seg.

Mødrene som kommer hit er ofte gravide eller har nettopp fått barn. De blir sendt hit av barnevernet som har vurdert at de trenger å få hjelp til å jobbe med rusproblemet sitt og med å ha ansvar for små barn.

Jeg begynte i denne jobben som avdelingssykepleier på natt. I starten opplevde jeg noen tøffe episoder med mødre som stakk av om natten fra sovende barn, og vurderte å slutte. Men etter å ha fått veiledning fikk jeg et nytt perspektiv på slike hendelser. Jeg forsto at mødrene forlot barna sine av hensyn til dem, fordi de selv ikke greide å ta ansvaret.

Vi har 13 familier innlagt. I morgenrapporten diskuterer vi hvor de forskjellige foreldrene befinner seg i prosessen. Er de klar for neste ledd i behandlingsopplegget, og så videre. Hver tirsdag og torsdag filmer vi pasientene i samspill med barna; under lek, stell og mating. Etterpå ser vi på videoen sammen med mor eller far. Målet er å hjelpe foreldrene til å forstå barnet sitt og bedre samspillet mellom dem og barnet. En annen viktig del av behandlingen er strukturerte intervjuer og miljøterapi. Her hjelper vi mødrene til å hente opp igjen følelser fra barndommen. Det er viktig at de forstår sine egne reaksjoner og at de får empati med seg selv slik at de kan relatere seg følelsesmessig til barna sine.

Jeg har videreutdanning i en behandlingsmetode som kalles Helhetlig Differensiert Tilnærming (HDT), utviklet av Kari Killen. Jeg er en av to sykepleiere som har denne utdanningen i Norge. I tillegg har jeg utdannet meg som coach, noe som kommer godt med når jeg skal veilede pasientene til å finne egne prosjekter og reflektere rundt sin egen situasjon.

Det verste med jobben er å være vitne til mødre som ikke makter å gi barna sine den omsorgen de trenger. Mange har selv vokst opp med mødre som ruste seg. For eksempel en som ble født av en mor som var tung misbruker. På den tiden fikk disse barna ingen behandling mot abstinens på sykehuset og hun var derfor et veldig urolig spedbarn. Moren ga henne valium på tåteflaska for å roe henne.

Noen har delt sprøyter med mødrene sine. De kjenner bare til et liv i rus. Ofte får de sterke aha-opplevelser når de henter opp igjen minner fra barndommen i tilknytningssamtaler.

Det beste ved jobben er å bidra til at disse foreldrene kommer seg videre i livet. De som finner glede i relasjonen til barnet sitt, er ofte de som klarer seg best. IIII

Fortalt til **Susanne Dietrichson** Foto **Hilde Evensen Holm**

Markedsføring er langsiktig arbeid, og NSF mener sykepleier-filmene som gikk på TV og kino før jul var verdt pengene.

Fra 7 til 9 prosent

Norsk Sykepleierforbund (NSF) brukte 7 millioner kroner på en reklamekampanje med filmer for tv, kino og sosiale medier som gikk i tre uker på slutten fjoråret.

Før kampanjen startet, ble det gjort en såkalt nullpunktsanalyse hvor tilfeldige mennesker ble spurt om de kunne nevne en helseprofesjon.

40 prosent svarte leger, mens bare 7 prosent svarte sykepleiere.

Litt opp

I uken etter at kampanjen var over, ble det foretatt en ny spørreundersøkelse. Da var det 9 prosent som uhjulpet svarte sykepleier og 43 prosent som svarte lege.

– *Var det verdt pengene, Eli Gunhild Bye?*

– På lang sikt tror jeg det. Filmene, sangen og helheten i dette gjør at vi nå har noe som brukes i alle NSF sine arrangementer, sier NSF-lederen.

– Ting tar tid. Vi har et femårsperspektiv på markedsføringsplanen vi er i gang med, og jeg synes det er viktig å få frem at så mye som 61 prosent sier de liker kampanjen godt, sier kommunikasjonssjef i NSF, Anne-Kjersti Langefoss.

Filmene brukes igjen

Nye oppfølgingsundersøkelser vil gjøres etter hvert, men NSFs kommunikasjonssjef har ingen mål på hvor høy prosent som bør svare «sykepleier» etter at de fem årene er gått.

For 2012 er det bevilget nye 5 millioner kroner som sannsynligvis vil bli brukt på en vår- og en høstkampanje med de samme filmene.

En økning fra 7 til 9 prosent for sykepleierne og fra 40 til 43 prosent for legene, tilsvarer en prosentvis økning på nesten 29 prosent for sykepleierne og nesten 8 prosent for legene. ||||

Tekst **Eivor Hofstad** Foto **NSF**

FORTSETTER: Frøydis Haukeland var blant sykepleierne som var med i NSFs storstilte reklamekampanje som fortsetter i år.

Full oversikt med DIPS!

Med DIPS Panorama får du oversikt over medikasjon, observasjoner og væskeregnskap i ett bilde!

DIPS Panorama erstatter dagens papirkurve på sengepost. Det enkelte sykehus kan selv definere hvilke variabler som kan registreres i DIPS Panorama. Sømløs integrasjon med DIPS Medikasjon gjør at utdeling, seponering og nulling av valgt medikasjon kan gjøres i bare én operasjon fra kurvebildet for dem som har valgt å ta i bruk vår moderne medikasjonsløsning. DIPS Medikasjon gjør at pasientens medikasjon kan håndteres fullstendig elektronisk.

www.dips.no

DIPS

FAGNYHET:
Ikke bare smertebehandling. Side 54

FAGARTIKKEL:
Samhandlingsreformen undergraver sykepleien. Side 60

FAGARTIKKEL:
Forskning kan føre til konflikt. Side 68

Kjemper for livet
Se bokanmeldelser side 66

Sykepleien

Fag bøker & kultur

FORFATTERINTERVJU:
– Flere land har kastet ut butikkmodellen. Side 64

PALLIASJON TIL BARN: Det har vært lite oppmerksomhet rundt palliativ behandling for barn i Norge. Les om Ja til lindrende enhet for barn, som arbeider for best mulig omsorg til uhelbredelig syke barn og deres familier i fagtema. På bildet: Andrea Kjærstad Pedersen. Foto: Privat.

Side 54

Side 70

«Den iboende verdighet er det som skal følge mennesket gjennom livet og inn i døden.» BERIT DAAE HUSTAD

– Barn kan trenge lindring i mange år

Andrea ble 17 år. Nå jobber mor for et bedre liv for barn som skal dø.

Tekst og foto **Marit Fonn**

Før datteren døde, ble Ja til lindrende enhet og omsorg for barn (JLOB) opprettet.

– Til ære for Andrea, sier Natasha Pedersen, som er leder i JLOB.

Sammen med leder for faggruppen for barnesykepleiere har hun skrevet fagartikkelen om palliasjon for barn som står på de neste sidene i Sykepleien.

Pedersen understreker at definisjonen for palliasjon er en annen for barn enn for voksne.

– Behovet for lindrende omsorg for et barn med livstruende eller livsbegrensende tilstand starter allerede når diagnosen stilles. Palliasjonsfasen kan altså dreie seg om dager, måneder eller år.

Lindrende omsorg er mer enn smerte- og symptombehandling.

– Det må ikke forveksles med terminal pleie. Det handler også om å bedre livskvaliteten.

Overlever lenger

JLOB er en privat og frivillig organisasjon. Medlemmene er helsepersonell, familier og andre interesserte. Også Pedersens mann og datteren Isabell er med i styret.

Natasha Pedersen har bakgrunn som teolog og hjelpepleier. Å jobbe som prest har hun slått fra seg. Nå bruker hun all sin tid på lederoppdraget. Et av målene er å kunne finansiere sin egen og flere stillinger for å kunne drive dette arbeidet framover.

Pedersen viser til at palliasjon for barn er et voksende fagfelt. Interessen har sprunget ut fra kreftomsorgen.

– I Norge får kreftbarna mange tilbud. Men den største gruppen som trenger palliasjon, er barn med nevrologiske lidelser. De får ikke det samme tilbudet.

Feltet er omfattende:

– Og spennende. Det skjer så mye medisinskteknologisk. Vi må tenke nytt om hvordan vi skal gi omsorg til disse barna. Mange overlever lenger enn før. Det er på høy tid å innføre begrepet når man jobber med barn.

Perinatal palliativ omsorg, eller hospice i mors liv, er også et tema for Pedersens organisasjon.

– Det begynner med fosterdiagnostikk. Ønsker foreldrene å bære fram et foster som er uhelbredelig syk, må det også legges til rette for det. Målet er å sikre at dødssyke barn er komfortable i sitt korte liv og å gi støtte til familiene under og etter svangerskapet.

Nye råd er på vei

Pedersen er med i gruppen som nå lager nasjonale faglige retningslinjer for lindrende behandling til barn. Slike retningslinjer finnes ikke nå. Ifølge Helsedirektoratet skal forslaget legges fram i midten av 2012.

– Vi jobber for å få et godt tilbud uavhengig av geografisk bosted. Det trengs mer kunnskap, sier Pedersen.

Hun påpeker at Norge ligger langt etter mange andre land på dette feltet.

– Det gis jo omsorg, men ikke systematisk.

– Hva er det viktigste du vil sette fingeren på?

– Kommunikasjonen mellom helsepersonell og foreldre. Der er det mye å hente.

Pedersen ønsker et dataregister på hvor mange barn som har behov for lindrende omsorg.

– Vi har estimert at det kan dreie seg om cirka 1 600. Når et barn dør, påvirker det utrolig mange.

Fikk mange diagnoser

Andrea fikk sin første diagnose da hun var tre uker gammel. Det begynte med pusteapne og lavt blodsukker.

Hun fikk stilt mange ulike diagnoser for samme problemstilling, avhengig av hvilken lege som diagnostiserte henne. Da hun var ett år gammel, ble det konstatert at hun hadde Wests syndrom, det vil si infantile spasmer, som er et epileptisk syndrom.

– Hun holdt på å dø mange ganger. Hun var et medisinsk mirakel. Ingen leger trodde hun skulle bli så gammel.

– Fikk dere god hjelp?

– Nei. Vi fikk så dårlig forhold til kommunen at vi flyttet fra Mosjøen til Kristiansand i 2000.

Andrea bodde hele tiden hjemme, men hadde avlastningsopphold.

– Siste året hadde vi henne mer og mer hos oss.

Hun døde hjemme i februar 2010.

SNAKK OM DØDEN: Natasha Pedersen har erfart at også helsepersonell vegrer seg for å snakke om døden. Særlig når det er barn som skal dø.

Balanserer det personlige

Natasha Pedersen er født i Trinidad og Tobago, der moren kommer fra. Faren var norsk sjømann. De flyttet til Mosjøen da Natasha var tre år.

– Døden har alltid fascinert meg. Jeg mistet en venninne i kreft da hun var 14, og var barnepike for en gutt som døde i krybbedød.

Pedersens kilde for engasjement er datteren.

– Jeg har fått høre at jeg bruker henne. Men jeg vil jobbe med dette til jeg dør. Det har blitt en livsstil. Det er ikke sorgen som driver meg. Tvert imot. Det er et skrikende behov for å gjøre noe med dette.

Hun synes hun klarer å balansere det personlige med kunnskap.

– Jeg har satt meg inn i faget, vært på konferanser, lest. Vi har et stort internasjonalt nettverk. Alle som driver med dette har et personlig engasjement. Slik startet også kreftforeningen, som nå er blitt så stor.

Vil øke sykepleiernes status

Pedersens mor er sykepleier, og hun ønsker å gjøre yrket mer attraktivt.

– Jeg heier på helsepersonell og vil løfte dem som jobber med dette opp og gi dem kompetanse de trenger, spesielt sykepleiere. Ved å satse på palliasjon for barn, vil statusen øke for dem som jobber både på sykehus og i kommunehelsetjenesten, tror Pedersen.

Hun ser Andrea som sin læremester.

– *Om hva har hun lært deg?*

– Om hva som betyr noe og hva som er et fullverdig liv. Hvert enkelt menneske må selv vurdere hva som er livskvalitet for en selv.

– *Hva var livskvalitet for henne?*

– Mange små ting som du og jeg tar som en selvfølge. Hun kunne bevege en kopp og se humoren i det og kose seg. Selv om hun ikke uttrykte seg verbalt så var hun veldig til stede. Kroppsspråket var veldig tydelig.

> «Alle som driver med dette har et personlig engasjement.» *Natasha Pedersen*

Pedersen har i alle år savnet å snakke med helsepersonell om at barnet hennes skulle dø.

– Jeg visste jo det. Men ingen ville snakke om det. Tre måneder før hun døde sa jeg til en lege at nå tror jeg hun er i ferd med å dø. Han bare kikka rart på meg. ||||

André Grundevig, leder Barnesykepleierforbundet, NSF

Natasha Pedersen, leder av Ja til lindrende enhet og omsorg for barn

Palliasjon til barn

Palliativ behandling til barn har som mål å gi barn med langvarig og dødelig sykdom best mulig livskvalitet.

Palliativ behandling og omsorg for barn, ungdom og deres familier er et felt som får lite oppmerksomhet. I Norge har vi sterke tradisjoner for palliativ behandling av kreftsyke voksne, men dette er forbundet med smertelindring. Palliasjon for barn har vokst frem som en egen gren innen faget etter 2. verdenskrig. Dette har skjedd i kjølvannet av den enorme utviklingen innen medisinsk teknologi som har pågått de siste 30 årene. Denne utviklingen har ført til at barn med svært alvorlige sykdommer og tilstander lever lengre en tidligere. I denne artikkelen ønsker vi å belyse hva palliativ behandling og omsorg til barn er, og hva det bør inneholde.

Internasjonalt samarbeid

I mars 2006 ble det nedsatt en internasjonal arbeidsgruppe i Trento i Italia, International Meeting for Palliative Care in Children, Trento (IMPaCCT), der hensikten var å diskutere palliativ omsorg til barn i Europa. Her definerte fagfolk fra hele verden palliativ omsorg til barn, minimumsstandarder, sammenliknet palliative omsorgstjenester til barn i forskjellige land og identifiserte beste praksis. Resultatet ble et samlet styringsdokument for Europa med standarder for palliativ omsorg for barn med livsbegrensende – og livstruende tilstander, samt terminal sykdom. IMPaCCT og en rekke internasjonale organisasjoner anbefaler at disse standardene implementeres i alle europeiske land (1,2,3,4).

Definisjon av begreper

Palliativ behandling for barn dreier seg ikke bare om symptomkontroll. I 1998 reviderte Verdens helseorganisasjon (WHO) definisjonen på palliativ behandling av barn til også å omhandle barn med andre diagnoser en kreft. Definisjonen ble også vedtatt av IMPaCCT, og disse prinsippene gjelder livsbegrensende tilstander, livstruende sykdom eller forventet forkortet levetid hos barn.

En aktiv og total tilnærming til lindrende omsorg for barn starter fra man stiller diagnosen eller anerkjenner livstruende sykdom. Den omfatter fysisk, emosjonell, sosial og åndelig støtte gjennom hele sykdomsperioden, til døden og ettervern hos foreldrene. Behandlingen fokuserer på forbedring av livskvalitet, og man kan også gi den i tillegg til kurerbar behandling. Denne type behandling og omsorg kan vare fra noen dager eller måneder til år (2).

Livskvalitet

Palliativ behandling og omsorg verken fremskynder døden eller forlenger selve dødsprosessen, men ser på døden som en del av livet. Målet er å bidra til best mulig livskvalitet i denne fasen av livet. Helsepersonell skal evaluere og lindre barnets fysiske, psykiske og sosial behov. Videre krever effektiv palliasjon for barn en bred tverrfaglig tilnærming som inkluderer hele familien. Man kan gi tilbudet i ulike deler av helsetjenesten, i barnets hjem, sykehus eller ved barnehospice. WHOs definisjon er blitt gjeldende for dette arbeidet for barn over hele verden og utgjør fundamentet for videre arbeid.

Livsbegrensende sykdom er definert som en tilstand hvor tidlig død er vanlig, for eksempel Duchenne muskeldystrofi som er en arvelig, progredierende muskelsykdom. Livstruende sykdom er definert som sykdom med høy sannsynlighet for tidlig død på grunn alvorlig sykdom, eller med mulighet for langsiktig overlevelse opp til voksen alder. Eksempler her er barn som får kreftbehandling eller intensivbehandling etter akutt skade eller sykdom.

Det er ikke slik at palliativ behandling for barn er det samme som terminal pleie. Ved palliativ behandling for barn er terminalpleien den siste delen av behandlingen som innebærer omsorg ved livets slutt. Bruken av begrepet «terminal sykdom» kan være forvirrende. Begrepet er mest brukt om alle barn med livsbegrensende sykdom, i tillegg til dem med livstruende sykdom når døden er unngåelig. Noen bruker begrepet «terminal sykdom» for å beskrive barn som er i ferd med å dø.

Fire kategorier

Basert på A Guide to the Development of Children›s Palliative Care Services (5) kan barn som skal motta palliative tjenester deles inn i fire kategorier:

1) Livstruende tilstander hvor man kan gjennomføre kurativ behandling, men hvor behandlingen kan mislykkes. Her kan tilbud om palliative tjenester være nødvendig parallelt med at man forsøker kurativ behandling og/eller hvis behandlingen mislykkes.

2) Tilstand hvor tidlig død er uunngåelig. Og hvor det kan være lange perioder med intensiv behandling rettet mot å forlenge livet for å kunne delta i normale aktiviteter. Et eksempel er cystisk fibrose.

3) Progressive tilstander hvor det ikke eksisterer helbredende behandling. Behandlingen vil være utelukkende palliativ og kan ofte strekke

Hovedbudskap

Lindrende behandling for barn er ikke bare begrenset til smertebehandling og terminal pleie, men er en behandling som omfatter fysisk, emosjonell, sosial og eksistensiell støtte gjennom hele sykdomsperioden, til døden og ettervern hos foreldrene og søsken.

Søkeord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.
› Palliasjon › Barn › Sorg › Død

DOI-nummer:
10.4220/Sykepleiens.
2012.0019

UHELBREDELIG SYK: Andrea Kjærstad Pedersen ble bare 17 år. Ingen trodde at hun skulle bli så gammel. Andrea er datter av artillelforfatter Natasha Pedersen, som også er intervjuet på side 52. Foto: Privat.

seg over mange år. Et eksempel er Battens syndrom og muskeldystrofi.
4) Irreversible men ikke-progressive tilstander med sammensatte og krevende behov for helsetjenester, der følgekomplikasjoner er sannsynlig og tidlig død kan forventes. Eksempler er alvorlig cerebral parese og multifunksjonshemming.

Utfordringer

De siste årene har det vært flere internasjonale studier som har vurdert behovet for palliativ omsorg til barn. Dette har gitt oss viktig informasjon om dødelighet, hvor disse barna døde og om spesifikke behov barn og familier, helsepersonell og helsetjenesten har. Ytterligere behovsanalyser er vurdert som unødvendige, fordi funnene har vært bemerkelsesverdig like.

Barn ønsker som oftest å være hjemme sammen med familien når de er syke og når de skal dø. De kommunale ressursene er derimot i stor grad utilstrekkelige for å kunne gi et slikt tilbud i dag, selv god avlastning er vanskelig å tilby disse barna og familien deres.

Videre er tjenestetilbudene ofte avhengige av hvor i landet barna bor, og hvilken diagnose de har. Det er også et betydelig forbedringspotensial når det gjelder kommunikasjon mellom de fagfolkene som er involvert i omsorgen for barn med livsbegrensende tilstander. I tillegg er det behov for økt kompetanse hos helsepersonell og andre yrkesgrupper som skal jobbe med disse barna.

Organisering av tilbudet

Omsorgskoordinator

Det bør utpekes en koordinator i det palliative omsorgsteamet for barnet. Koordinatoren skal hjelpe familien å ivareta et tilfredsstillende og hensiktsmessig støttesystem rundt barnet og familien, slik at familien sikres tilgang til praktisk støtte, sosiale, praktiske og åndelige tjenester samt avlastning. Koordinatoren vil

fungere som det viktigste bindeleddet som gir kontinuitet, slik at omsorgen er i samsvar med behovene til barnet og familien.

Tilgang på hjelp og bistand
Ethvert barn skal ha tilgang til bistand 24 timer i døgnet, 365 dager i året, for smerter eller andre symptomer. Forespørsler må vurderes slik at barnet kan motta en hensiktsmessig behandling for å oppnå et akseptabelt nivå av livskvalitet. Hjelpen må gis på en slik måte at barnet og familien aksepterer de tiltakene som iverksettes og at tiltakene er faglig begrunnet.

Avlastning
Avlastning for familie, omsorgspersoner og barnet er viktig, enten det er for et par timer eller et par dager om gangen. Det bør være mulig å gi pusterom både i familiens hjem og borte fra hjemmet. Avlastningsbolig er ikke tenkt som mulighet her, men barnehospice med helsepersonell med spesialisert kunnskap og kompetanse på palliativ behandling.

Sorg
Sorgstøtte må starte når diagnosen stilles og fortsette gjennom sykdomsprosessen, død og ettervern så lenge det er nødvendig. Familien, pårørende og andre som er berørt av et barns sykdom og død må ha et tilgjengelig tilbud. Det er viktig at også søsken får støtte, og at dette er en integrert del av det palliative tilbudet til barn. Her bør familiens religiøse hensyn vektlegges.

Alderstilpasset omsorg
Omsorgen man tilbyr barn fra omsorgsteamet og omsorgsmiljøet skal være tilpasset barnets alder, utviklingsmessige nivå, evne til kommunikasjon og kognitive evner.

Rett til aktivitet og utdanning
Man må legge til rette for at ethvert barn skal få anledning til å delta i lek og aktivitet. Barn i skolepliktig alder har rett til undervisning tilpasset barnets utvikling og kognitive nivå. Man må legge til rette for at barnet kan gå på den skolen det sokner til, eller få tilpasset undervisning i hjemmet på dårlige dager. Her er det barnets dagsform som avgjør hvor aktivitets- og utdanningstilbudet skal være.

Kompetansebehov
Alle fagfolk og frivillige som arbeider med palliativ behandling og omsorg til barn bør ha nødvendig kompetanse og motta veiledning. Alle land bør utvikle en nasjonal læreplan for alle fagfolk som jobber med palliativ omsorg til barn, og man må utpeke et kompetansesenter som kan utdanne helsepersonell og andre i alle aspekter ved palliativ omsorg til barn. Et slikt kompetansesenter bør også ha ansvar for nødvendig nasjonal forskning på feltet. Det er videre viktig at man bevilger nødvendige midler for å øke kompetansen på området i alle deler av helsetjenesten.

Finansiering
Palliative tjenester bør være tilgjengelig for alle barn og familier som trenger dem, uavhengig av deres økonomiske eller helsemessige status. Staten må forplikte seg til å finansiere palliative tilbud for å gi helhetlig og tverrfaglig palliativ omsorg på en rekke arenaer, som i hjemmet, skoler, sykehus og barnehospice. Senere studier viser at palliativ behandling og omsorg for barn faktisk er økonomisk besparende og belaster i mindre grad de akutte medisinske tjenestene.

«Barn ønsker som oftest å være hjemme sammen med familien når de er syke og når de skal dø.»

Smerte- og symptombehandling
Smerter er et vanlig symptom i palliativ omsorg, og man må alltid være på vakt for smerter, og aktivt vurdere å behandle dem. Kroniske smerter kan påvirke en persons humør, personlighet og sosiale relasjoner. I tillegg kan personer med kroniske smerter også oppleve depresjon, søvnforstyrrelser, tretthet eller kraftløshet og generell nedsatt fysisk funksjon. Derfor er det er viktig at disse barna får sine psykologiske, sosiale, åndelige og fysiske symptomer vurdert regelmessig, slik at de får riktig behandling og oppnår livskvalitet på et akseptabelt nivå. For å lykkes med dette vil tverrfaglig tilnærming og vurdering være viktig. Hensiktsmessige teknikker i forhold til kommunikasjon og samarbeid med foreldre vil være særlig viktig. Videre vil bruk av verktøy for å vurdere smerte tilpasset barn som ikke kan kommunisere verbalt og som er kognitive svekket, være viktig for å kunne hjelpe barnet. Man har utviklet slike verktøy, men disse er per i dag ikke validert i Norge. Et annet aspekt i forhold til vurdering av smerter er kulturelle forskjeller i måten å uttrykke og forholde seg til smerte på.

Unngå unødvendige smertefulle prosedyrer. Forebygg smerter i forkant av en smertefull prosedyre, både ved hjelp av medikamenter og ved bruk av ikke-medikamentelle metoder. Adekvate doser av analgetika som er ordinert til barnet som fast medikasjon, skal administreres etter klokken. I tillegg kan tilleggsanalgetika som er ordinert gis for gjennombruddsmerter. Det er viktig å vurdere administrasjonsmåten av et medikament. Det må være effektivt og gjennomførbart. En passende dose av et opiat er den dosen som lindrer smerte. Behandling med opiater leder ikke til avhengighet, men kan gi fysisk toleranse. Ikke-medikamentelle metoder bør være en integrert del av smertebehandlingen.

Behandling av den underliggende årsaken til et symptom kan være like hensiktsmessig som å gi symptomkontroll. Praktiske, kognitive, atferdsmessige, fysiske, og støttende behandlingsmetoder bør være kombinert med behandling med medikamenter. Vedvarende symptomer bør behandles med medisiner gitt med jevne intervaller. Alvorlige og ukontrollerte symptomer bør anses som et medisinsk nødstilfelle, og skal utløse tiltak som er hensiktsmessig. Bivirkninger av medisiner må forventes, og må aktivt bli behandlet.

Verdig tilbud

Det er viktig at disse barna og deres familier får et verdig tilbud. Ikke bare i helsetjenesten, men i alle deler av samfunnet. Barnesykepleierforbundet, NSF og Ja til lindrende enhet og omsorg for barn vil gjerne bidra til å utvikle et slikt tilbud, fordi dette handler om barns grunnleggende rettigheter. For å nå de målene som er nødvendige må dette arbeidet etter vårt syn og internasjonale anbefalinger, være tverrfaglig og basert på helhetlig tenkning. ||||

LITTERATUR
1. http://www.togetherforshortlives.org.uk/
2. http://www.eapcnet.eu/
3. http://www.icpcn.org.uk/
4. http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/
5. http://www.palliativbarn.no/fakta.htm

Forskningsnyheter

Best practice som app

Det kliniske opplagsverket Best practice kan lastes ned gratis på iPhone, iPad og iPod Touch. Det er Helsebiblioteket som står bak tilbudet.

For å få tilgang til appen, må man registrere seg på nett. Det gjøres via helsebiblioteket.no

Best Practice lages av BMJ Evidence Centre og er konsentrere seg om klinikernes møte med pasienten. Oppslagsverket dekker mer enn 10 000 tilstander og oppdateres fortløpende.

Sykehus tilbyr munnpleie

St. Olavs Hospital i Trondheim og Universitetssykehuset i Nord-Norge i Tromsø skal tilby munn- og tannhelsetjenester. De to sykehusene er plukket ut som forsøkskaniner i et prøveprosjekt. Hensikten med prøveprosjektet er å kartlegge behovet for munn- og tannhelsetilbud på sykehus og å finne ut hvilke pasienter som trenger det. Det er Helse- og omsorgsdepartementet som står bak. Helsedirektoratet har utformet planene og skal gi faglig bistand.

Anbefalinger for dagbøker

Mange sykepleiere skriver dagbøker for intensivpasienter. Nå har Norsk Sykepleierforbunds Landsgruppe av Intensivsykepleiere (NSFLIS) laget nasjonale anbefalinger for bruk av slike dagbøker.

En kartleggingsundersøkelse i 2010 viste et stort behov for slike anbefalinger. Det gjaldt blant annet dagbokens status, ansvarsforhold og innhold.

De nasjonale anbefalingene er på nett på sykepleierforbundet.no, under faggrupper, intensivsykepleiere.

Overgrep kan gi trøblete svangerskap

Tekst **Johan Alvik**

Gravide som har opplevd overgrep i barndommen, trenger mer oppfølging enn andre gravide. Det viser en studie fra St. Olavs Hospital i Trondheim. I siste nummer av Jordmora, skriver Raija Dahlø og Ingebjørg Laache om undersøkelsen, som omfattet 84 gravide som hadde opplevd overgrep som barn.

Undersøkelsen viste blant annet at gravide som har opplevd overgrep oftere går til svangerskapskontroll, sammenliknet med normalbefolkningen. Sju av ti ble henvist til ekstra undersøkelse med ultralyd. Nesten seks av ti hadde komplikasjoner som ble henvist til spesialisthelsetjenesten. Smerter var vanligste årsak. Nesten tre av ti ble lagt inn på sykehus under graviditeten, mot en av ti i normalbefolkningen. Det var også betydelig flere igangsettelser av fødsel og flere keisersnitt.

Dahlø og Laache skriver at alle jordmødre før eller siden kommer i kontakt med gravide og fødende som har opplevd overgrep som barn, og at de anbefalte svangerskapskontrollene ikke er nok. Disse kvinnene trenger ekstra oppfølging. ||||

JORDMORA leveres med denne utgaven av sykepleien. Vil du abonnere, se sykepleien.no

Kostråd etter brystkreft

Tekst **Johan Alvik**

To studier gir ulike svar på om endret kosthold kan redusere forekomsten av tilbakefall etter brystkreft. I den ene studien, Womens Intervention Nutrition Study (WINS), var det færre tilbakefall hos kvinner som reduserte fettinntaket sammenliknet med kvinner som ikke reduserte fettet. I studien Women Healthy Eating Living (WHEL) førte omlegging til kosthold med mye grønnsaker, frukt og fiber, men lite fett, ikke til mindre tilbakefall eller dødsfall etter brystkreft.

I en artikkel i siste nummer av Kreftsykepleie diskuterer klinisk ernæringsfysiolog Lene Thoresen hvorfor de to studiene ga så ulikt resultat. Hun peker på at fettinntak kan være en mulig forklaring. I WHEL-studien reduserte ikke kvinnene som la om kostholdet fettinntaket så mye som planlagt. Kvinnene som la om kostholdet veide nesten det samme som kvinnene som ikke la om kostholdet. Men i den andre studien, WINS, gikk kvinnene som la om kostholdet ned i vekt i forhold til kvinnene som ikke la om.Fra før er det kjent at alkohol og overvekt er overbevisende årsaker for brystkreft.

Data fra WHEL-studien ble også undersøkt for å se på grader av grønnsakinntak og effekten på tilbakefall. Spesielt ble det sett på grønnsaker fra korsblomstfamilien, som kål og brokkoli, og behandling med hormonmiddelet Tamoxifen. De som spiste mye grønnsaker og også hadde høyt inntak av grønnsaker fra korsblomstfamilien, hadde sterkest reduksjon i risiko for tilbakefall. ||||

KREFTSYKEPLEIE leveres med denne utgaven av Sykepleien til medlemmene av Forum for Kreftsykepleie. Vil du abonnere, se sykepleien.no.

Gry Opsahl, 1. lektor, HiOA, avd. SU
Betty-Ann Solvoll, 1.-amanuensis, UiN
Vigdis Granum, 1.-amanuensis, HiOA, avd. SU

Forførende samhandlingsreform

Samhandlingsreformen bruker mange positivt ladete ord, men medfører nye og krevende oppgaver for kommunehelsetjenesten.

Hensikten med artikkelen er å presentere en analyse av Samhandlingsreformen (SHR) (1), og se denne i forhold til sykepleiernes profesjonskompetanse. Etterkrigsgenerasjonens økning i antall eldre har resultert i politiske samfunnsreformer: NAV-reformen (2), Pensjonsreformen (3), NOU 2005: 3 Fra stykkevis til helt (4) og SHR. Økningen viser også et kulturelt mangfold da innvandringstilveksten utgjør 11, 4 prosent av befolkningen og 67000 er over 67 år (5). I tillegg til økt eldrebefolkning er det forventet stor økning i sykdommer knyttet til levevaner og helseatferd (1)

SHR er et strategisk styringsdokument for helse- og sosialtjenesten med virkning fra 2012. Det overordnede målet for SHR er å redusere sosiale helseforskjeller, og at alle skal få et likeverdig tilbud av helsetjenester uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og livssituasjon.

Hovedbudskap

Samhandlingsreformen er svært mangelfull og utydelig på hvilken kompetanse helsetjenesten trenger for å håndtere «eldrebølgen». Oppgavefordelingen vil føre til at utsatte og svært sårbare pasientgrupper marginaliseres da de skal tas hånd om i en allerede presset kommunehelsetjeneste.

Søkeord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.
› Sykepleie › Samhandling › Kommunehelsetjeneste › Spesialisthelsetjeneste › Sykepleierutdanning

Prognoser fra SSB viser et behov for en økning på cirka 100 000 nye årsverk innen pleie- og omsorgssektoren. (1) Sikring av et likeverdig helsetjenestetilbud ligger i tilgjengelig profesjonskompetanse hos helsepersonell, derav følgende problemstilling: Hvordan utfordrer SHR profesjonskompetanse i sykepleie?

Teoretisk utgangspunkt

Profesjonskompetanse er et begrep som benyttes for å vise til hvilke krav som stilles til utøvelse av sykepleie. Profesjonsutøvelse kommer til uttrykk i et asymmetrisk forhold hvor den hjelpesøkende er avhengig av den profesjonelles kompetanse, og må stole på tjenesteyteren. Profesjonen tar seg av bestemte oppgaver for fellesskapet. Aksepterer man dette vil profesjonen ha kontroll over adgangen til oppgavene og kvaliteten på tjenesten. Profesjoner er avhengig av tillit både fra pasienter og myndigheter. Kvaliteten på tjenesteytingen har kunnskapsmessige, moralske, rettslige og økonomiske sider (6).

Abbott hevder at kunnskap er det sentrale element for en profesjon. Han kaller råderett over faget jurisdiksjon; å ha makt til å definere hva som er riktig kunnskap på feltet gir makt til å bestemme hva som er riktig behandling og hvilken yrkesgruppe som skal utføre behandlingen (7).

I Rammeplan for Sykepleierutdanning står det: «Formålet med sykepleierutdanningen er å utdanne yrkesutøvere som er kvalifisert for sykepleiefaglig arbeid i alle ledd av helsetjenesten, i og utenfor institusjoner. Pleie, omsorg og behandling utgjør hjørnesteinene i sykepleierens kompetanse. Sykepleieren forholder seg til pleie og kontinuerlig omsorg for den syke ut fra hvordan det erfares å være syk, og ut fra kunnskap om de enkelte sykdommers årsak, diagnostikk og prognose. En sykepleier skal også ha kompetanse i forhold til helsefremmende og forebyggende arbeid, undervisning og veiledning, forskning og fagutvikling, kvalitetssikring, organisering og ledelse. De skal ha kunnskap om helsepolitiske prioriteringer og juridiske rammer for yrkesutøvelsen. Utdanningen skal fremme en yrkesetisk holdning og en flerkulturell forståelse av helse og sykdom. Fullført studium gir graden bachelor i sykepleie og gir grunnlag for å søke autorisasjon som sykepleier i henhold til lov om helsepersonell» (8).

Faglig skjønn

Autorisasjonen gir rett til selvstendighet i yrkesutøvelsen med rett til å utøve faglig skjønn. Sykepleiere har rolle både som profesjonsutøver og som forvaltningsansatt. Som profesjonsutøver er det den enkelte sykepleiers faglige skjønn og utøvelse som sikrer kvalitet på tjenesten. I rollen som forvaltningsansatt er det lojaliteten til de politiske beslutninger som gjelder. Motsetningene mellom profesjonsutøvelse med rett til faglig skjønn og rollen som forvaltningsansatt vil kunne føre til rollekonflikter, da forventningene som rettes mot en og samme rolle ikke er i samsvar med hverandre (9). Spesifikk kunnskap utvannes hvis profesjonene nøytraliseres, slik vi ser det i profesjonsnøytral Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og Folkehelselov (10). Tverrfaglig samarbeid forutsetter at profesjonene kjenner sitt kompetanseområde.

Dokumentanalyse

Atikkelen bygger på:

Teori: 0% Praksis: 100%

DOI-nummer: 10.4220/Sykepleiens.2012.0021

VIKTIG KOMPETANSE: Behovet for sykepleiernes profesjonskompetanse økes med samhandlingsreformen, som pålegger kommunene flere og mer spesialiserte helsetjenester. Arkivfoto: Tarjei Ekenes Krogh.

Det er først ved å kjenne og respektere de ulike helseprofesjoners kompetanseområder at tverrfaglig samarbeid kan realiseres.

Metode

Dokumentanalyse ble valgt som metodisk tilnærming. SHR er et intensjonsdokument som i metodelitteraturen defineres som sekundærdokument; «Det kan for eksempel være lovtekster, regjeringsrapporter, avisartikler eller hensigtserklæringer fra virksomheter, interesseorganisationer og politiske partier» (11). Analyse av tekst handler blant annet om å stille spørsmål til tekstene som bidrar til å besvare problemstillingen. Studiens overordnende spørsmål ble styrende for analysen: Hvordan utfordrer SHR profesjonskompetanse i sykepleie?

SHR ble først gjennomlest for å få et helhetsinntrykk. Vi valgte ut Del I Sammendrag og hovedgrepene i samhandlingsreformen og Del II Samhandlingsproblemenes omfang for en særlig analytisk gjennomgang. Del I og II ga god oversikt over helheten i dokumentet. Dette utvalget vil også prege fortolkningene. For eksempel når vi gir begrepet «samhandling» oppmerksomhet, så kan det være bias ut ifra tekstutvalget av Del II som har «samhandling» som hovedtema. Som analytisk redskap, tok vi kun utgangspunkt i ett av profesjonskompetansens kvalitetsvariabler; det kunnskapsmessige. Analysen kan derfor betraktes som en deduktiv innholdsanalyse. Innholdet er analysert og kategorisert i forhold til denne kvalitetsvariabel.

Presentasjon og tolkning

Samhandlingsreformen utfordrer profesjonskompetanse i sykepleie ved for svak profilering av faglig kunnskap. Det er påfallende hvordan hovedinnholdet i SHR bygger på en erkjennelse av mangelfull samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. Ved å påpeke denne mangelen, blir teksten i SHR selv mangelfull og utydelig på hvilken kompetanse framtidig helsetjeneste trenger. Med unntak av medisinsk kompetanse (legene), blir beskrivelser av behovet for andre helseprofesjoner usynlig. Det går tydelig fram at man skal styrke allmennlegetjenesten og utvikle spesialisthelsetjenesten slik at de i større grad kan bruke sin spesialiserte medisinsk-teknologiske kompetanse. Sykepleie som profesjonskompetanse blir ikke omtalt i meldingen.

> «Spesifikk kunnskap utvannes hvis profesjonene nøytraliseres.»

Kompetansebygging

Teksten peker på muligheter som finnes i strukturene i og mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste hvor man må forbedre pasientflyt og koordinering av tjenestetilbudet. Hvilken kompetanse som må styrkes for å oppnå dette, blir ikke beskrevet. «Kompetanseoppbygging skal tilpasses eventuell oppbygging av kapasitet til tidspunktet for når volumendringene på behovssiden inntrer; det må utdannes riktig omfang av de ulike typer helsepersonell, og kompetanse

som er tilpasset helsetjenestens krav» (1, s. 36).

SHR har ikke tatt stilling til hva som menes med «riktig omfang av ulike typer helsepersonell». Det er en rød tråd i hele SHR at man skal satse mer på helsefremmende og forebyggende arbeid for å styrke ressurssiden i befolkningen. Slik forventer man å dempe veksten i sykehustjenester. Den helsefremmende og forebyggende kompetansen hos sykepleiere har per i dag fortrinnsvis vært rettet mot barn og unge – nå skal den rettes mot hele aldersspennet i befolkningen. Tidlig intervenering i forhold til utsatte grupper handler om kunnskap om sekundær- og tertiærforebygging.

Tilbud i kommunene

Det neste store poenget er at bestemte pasientkategorier, med særlig vekt på eldre og kronisk syke, skal få sitt pleie-, omsorgs- og behandlingstilbud i kommunene. Personer med KOLS, diabetes, demens, kreft, psykiske lidelser (spesielt depresjoner) og rus skal ut av sykehus. Dette er en av oppgavene som skal fordeles mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. Økning i de sykdommene vi har nevnt ovenfor er knyttet til levevaner og helseatferd som tillegges pleie, omsorg og medisinskfaglig oppfølging i kommunene. Sykepleiere utgjør den største pleie- og omsorgsintensive gruppen i helsetjenesten. Forventningspresset i kommunene på oppfølging til de nevnte målgrupper vil stige, mens sykepleieårsverkene fortsatt er sterkest representert i spesialisthelsetjenesten.

«Det er sykepleieres ansvar å gi pleie, omsorgsfull hjelp og behandling.»

Forførende form

SHRs form fremstår som forførende og tar i bruk ord og begreper som i første omgang skaper god «resonans». Samhandling og oppgavefordeling er to eksempler. Hvem er imot at samhandling mellom tjenestenivåene skal bli bedre? Hvem er imot en klar oppgave- og arbeidsfordeling?

I praksis fører endringene til nye og utfordrende oppgaver for kommunehelsetjenesten med tidlig ansvar for medisinsk ferdigbehandlete pasienter, i tillegg til et økt pleie og omsorgsintensivt og medisinskfaglig ansvar for de kronisk syke og de eldste eldre med sammensatte lidelser. Ønsket effekt er dempet vekst i bruk av sykehustjenester ved at en større del av helsetjenestene ytes i kommunehelsetjenesten. Dette tilsvarer BEON-prinsippet; et kvantitativt forhold mellom produksjon og ressursinnsats, det vil si det rimeligste omsorgsnivået (12).

Oppgavefordeling

Oppgavefordeling og ansvar knyttet til syke eldre og pasienter med kroniske lidelser utfordrer nettopp profesjonskompetansen i sykepleie. Det er vårt ansvar å gi pleie, omsorgsfull hjelp og behandling. Lovregulerte avtalesystem forsterker kravet til den enkelte profesjonsutøvers forvaltningsrolle og svekker mulighetsstrukturene ved manglende kvalitetssikring av profesjonskompetanse i kommunehelsetjenesten (13). Oppgavene skal gjennomføres på en koordinert og rasjonell måte. Kvalitetskrav er ikke synliggjort i definisjonen av samhandling. Nytt lovverk er profesjonsnøytralt.

Vår tolkning er at det er urealistiske og høye forventninger om dempet vekst i spesialisthelsetjenesten som følge av helsefremmende og forebyggende tiltak i kommunehelsetjenesten og anvendelse av BEON-prinsippet. Det er ikke gjennomført konsekvensanalyse av disse hovedstrategiene. I påfølgende diskusjonsdel vil dette bli problematisert.

Diskusjon

Teksten i SHR profilerer kunnskapsprofilen i framtidig helsetjeneste for dårlig. Profesjonskompetanse i sykepleie er profilert spesielt dårlig. Analysen peker også på at sentrale begreper og teksten i SHR virker forførende.

I en framtid der sykepleierollen i enda større grad vil handle om å samhandle og koordinere tjenestetilbudene bedre, vil vektlegging av organisatorisk kompetanse, som inkluderer organisasjonskompetanse og organiseringskompetanse, bli enda viktigere (14). Vi er redde for at de svakeste pasientgruppene vil marginaliseres. Det viser allerede erfaringer fra betalingsforskriften for ferdigbehandlete pasienter (15).

Fra og med 2012 ble det innført kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunalt betalingsansvar for medisinsk ferdigbehandlete pasienter. Kommunene får også plikt til å etablere tilbud med øyeblikkelig hjelp og døgntilbud til pasienter med behov for behandling eller observasjon. Denne plikten skal fases inn i perioden 2012–2015 og fullfinansieres. Hvilke helseprofesjoner skal betjene dette?

Den andelen av eldrebefolkningen som er innvandrere med behov for helsehjelp utfordrer også sykepleiekompetansen. Minoritetspasienter skal bli møtt med respekt for og kunnskap om sin kultur og religion i møte med helsetjenesten. Dette medfører et kunnskapsløft innen helseprofesjonsutdanningene.

Avansert kompetanse

Oppgavefordeling vil innebære at forventningspresset i kommunene på den pleie- og omsorgsintensive og medisinskfaglige oppfølgingen stiger. Det er bekymringsfullt all den tid sykepleieårsverkene er sterkest representert i spesialisthelsetjenesten. Dersom reformen skal gjennomføres etter denne intensjonen, må den pleie- og omsorgsintensive og den medisinskfaglige delen av profesjonskompetansen i sykepleie styrkes i kommunehelsetjenesten.

I land som vi liker å sammenlikne oss med, England, USA og Australia, har det i flere tiår vært utdannet sykepleiere med avansert klinisk kompetanseprofil. Utdanningsprogram i avansert klinisk sykepleie finnes i over 30 land og i alle verdensdeler (16). Denne utvidete kompetansen kan bli vesentlig for norske sykepleiere.

Mangler helhetsvurdering

En helhetlig vurdering av de ulike helseprofesjonenes rolle i fremtidens helsetjeneste er fraværende i reformteksten. Dette er bekymringsfullt da nettopp disse skal samhandle om oppgavefordelingen. Bruken av uttrykket «oppgavefordeling» høres positivt og tilforlatelig ut. Det uttrykket derimot kan komme til å skjule, er stridigheter som kan oppstå mellom første- og andrelinjetjenesten når sykehusene presser på for utskriving av ferdigbehandlete pasienter. Disse pasientene vil ofte være overrepresentert av eldre mennesker med sammensatte lidelser, som må leve med sine lidelser og trenger hjelp til det. Profesjonskompetanse må utvikles i forhold til målgruppene, og den organisatoriske kompetanse i forhold til ny forvaltningsstruktur (14). Dette setter sykepleiere på prøve på flere måter. De positive begrepene i SHR kan lett skape forventninger i befolkningen om bedre tilgang til gode helsetjenester, noen ganger urealistiske forventninger. Hvis, eller når, forventningene ikke innfris, eller ikke er mulig å innfri, kreves det av en profesjonell sykepleier at hun eller han takler de reaksjonene dette vil medfølge. Hvordan håndterer man en befolkningsgruppe som er misfornøyd med helsetjenesten, og hvordan håndterer man kaos og uorden? Dette innebærer behov for å styrke sykepleiernes kunnskaper og ferdigheter også i konflikthåndtering (17).

Tilslører ansvar

Den forførende formen i fremstillingen i SHRs tekst kan videre bidra til å tilsløre hvem som skal ta ansvar for de medisinsk ferdigbehandlete pasientene. Det er innført lovregulert avtalesystem for å sikre samhandlingstiltakene. I NOU 2005:3 (4), som danner bakgrunn for SHR, ble pasientrelaterte problemkomplekser drøftet, og samhandling definert som: «aktivt samarbeid og handlinger mellom alle som direkte eller indirekte er involvert i pasientbehandlingen». SHR legger mer vekt på strukturelle grep for å bedre samhandlingen. Fokuset er flyttet fra pasient til struktur.

Det er sykepleieres ansvar å gi pleie, omsorgsfull hjelp og behandling. Dette er knyttet til rollen som profesjonsutøver. Samtidig vil lovreguleringen av reformen forsterke kravet til den enkelte profesjonsutøvers forvaltningsrolle. Sykepleieren kommer i «skvis» mellom lojalitet til loven, og de faglige kvalitetskravene som ligger i profesjonskompetanse. Framtidens sykepleiere bør derfor i større grad ha evne til kritiske vurderinger av politiske beslutninger, og evne til «å se bakenfor» de positive og tilslørende ordene. Sykepleieres evne til å tenke kritisk og reise de kritiske spørsmålene, og konfrontere politikere og myndigheter med de ulike begrepene, vil være en avgjørende kompetanse i framtiden. Denne typen kompetanse blir viktig når sykepleier skal kunne fungere innenfor et maktfelt der pasienten lett kan bli en «kasteball.»

Utdanning og praksis

Kompetanseheving for å lykkes med oppgavefordelingen hviler både på utdanningsinstitusjonene og på helsetjenesten selv. Det gjelder særlig for sykepleie, som er den mest praksisintensive utdanning innenfor helsefagene. Sykepleiernes profesjonskompetanse er den mest nærliggende å bygge på for å møte den foreslåtte oppgavefordelingen og oppfølgingsansvaret dette innebærer. Både kvantitet og kvalitet må sikres for å nå målene med å redusere sosiale helseforskjeller, og for at alle skal få et likeverdig tilbud av helsetjenester.

Analysene av SHR viser særlig implikasjoner for sykepleierutdanningen og for å styrke den kliniske kompetansen i kommunehelsetjenesten. Artikkelen peker på at kunnskapsgrunnlaget når det gjelder helsefremmende og forebyggende arbeid, må bli et framtidig satsingsfelt; kunnskapsbasert folkehelse. Det betyr et behov for å styrke undervisning og veiledning innenfor det helsefremmende og forebyggende området. Videre vil framtidige sykepleiere ha behov for mer helsepolitisk kompetanse og organisatorisk kompetanse, kommunikasjons- konflikthåndteringskompetanse og en styrket evne til kritisk tenkning.

Oppsummering

Artikkelen peker på svakheter i teksten i SHR. I hovedsak har vi løftet fram fraværet av analyse og vurdering av helseprofesjonenes rolle og kompetanse i fremtidens helsetjeneste. Videre forskning bør gjøre en grundig analyse av kompetansebehovet i en framtidig helsetjeneste, både i spesialisthelsetjenesten så vel som i kommunehelsetjenesten. Forskning og utvikling relatert til utvikling av profesjonskompetanse i sykepleie, er også nødvendig.

LITTERATUR

1. St.meld. nr. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen. Helse- og omsorgsdepartementet.
2. St.prp. nr. 46 (2004-2005). Ny arbeids- og velferdsforvaltning.
3. St.meld. nr. 5 (2006-2007). Opptjening og uttak av alderspensjon i folketrygden.
4. NOU 2005: Fra stykkevis til helt. Helse-ogomsorgsdepartementet (2005).
5. http:/www.SSBno.innvandring
6. Grimen H, Terum LI. Evidensbasert profesjonsutøvelse. Oslo: Abstrakt, 2009.
7. Abott A. The system of professions. A Essay on the Divisjon of Expert La bour. Chicago and London: The University of Chicago Press, 1998.
8. Rammeplan for sykepleierutdanning 25. januar 2008, Kunnskapsdepartementet (2008b).
9. Hanssen GS, Helgesen M, Vabo SI. Politikk og demokrati: en innføring i stats- og kommunalkunnskap. Oslo: Gyldendal akademisk, 2007.
10. Clancy A, Kjølsrud ES. Det er umulig å være profesjonsnøytral. Sykepleien 2011;5: 48 49
11. BirkmannS, Tanggaard L. Kvalitative metoder. I: Lyngaard K, red. Kap. 6 Dokumentanalyse. København: Hans Reitzels Forlag, 2010: 137 -151.
12. Hallandvik, Jan-Erik. Helsetjeneste og helsepolitikk. Oslo: Gyldendal Akademiske, 2002.
13. Haukelien, Heidi., Vike, Halvard. og Bakken, Runar. Kompetanse og faglig infrastruktur i helse og omsorgstjenestene. TF-rapport nr. 252. Bø i Telemark: Telemarksforskning, 2009.
14. Orvik A. Organisatorisk kompetanse – i sykepleie og helsefaglig samarbeid. Oslo: Cappelen Akademisk forlag, 2004.
15. Hofstad E. Samhandlingsreformen kan ta liv. Sykepleien 2011; 6: 30–5.
16. Pulcini, J., Loke, A.Y., Gul, R.,& Jelice, M. An International Survay on Advanced Prctice Nursing: Education, Practise, and Regulation. Journal of Nursing Scholarship 2010; 42:31-39.
17. Ekeland TJ. Konflikt og konfliktforståelse. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS., 2004.

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.

Tatt av ord

JEG LESER IKKE lenger bøker. De er fortrengt av leting etter ord. Jeg er blitt avhengig av Wordfeud, eller digital scrabble.

Kveld etter kveld går jeg til sengs med iPaden, mens boken min ligger fortapt på nattbordet.

«Bare litt», tenker jeg strengt, men så går timene. Det er intens konsentrasjon over bokstavene, i kiving med ukjente mennesker der ute. Jeg lar spillet velge mine motstandere. Noen er drevne ordkunstnere, og drar inn hundrevis av poeng på noen få trekk.

Innimellom godkjennes ord jeg ikke aner hva betyr. Logikken kan være bristende. Hvordan kan substantivet woken være greit, men ikke verbet woke? Og hvorfor går CF, men ikke CT?

Når batteriet er flatt, fortsetter ordjakten i hodet. Mens bokstaven æ er håpløs å lage ord med i spillet, dukker det ene æ-ordet etter det andre opp i mørket. Tæl, gæren og sær. For ikke å snakke om sæd.

Flere språkvitere har bejublet spillingen. De sier det er bra med alt som utvikler språket. Men jeg er usikker på hvor utviklende det er. For meg virker det som om poengene sitter særlig løst når ordene er grove. Mitt mest innbringende trekk finner jeg ikke igjen i bokmålordlisten.

64 poeng fikk jeg. Første trekk. Alle sju tilgjengelige bokstaver ble brukt. Grunn til å juble.

Hva ordet var? Runkete.

Kanskje vender jeg tilbake til boken min i kveld.

Nina Hemæs

– Språket forhekser

Eli Berg har forsket på hva store omorganiseringer gjør med folk på sykehus. Nå har hun skrevet bok om det. Tekst **Ellen Morland** Foto **Erik M. Sundt**

Overlege og førsteamanuensis Eli Berg har skrevet en bok om hvordan de ansatte opplevde overgangen fra det gamle til det nye Akershus universitetssykehus (Ahus). Det vil si, det er måten å organisere sykehusdrift på hun egentlig vil beskrive. Hun kaller boken et debattinnlegg.

Berg mener at det store økonomifokuset og ordbruken i omorganiseringer går ut over yrkesmoralen til de ansatte på sikt. Derfor bør regnskapsmodellen etter mønster fra New Public Management avvikles så fort som mulig.

– Jeg møter leger i gangen som i fullt alvor sier de er på vei til produksjonen. Altså at de skal behandle pasienter i avdelingen. Regnskapsmodellen gir ikke rom for forsvarlig fagutvikling. Klinikerne må løpe fortere og fortere. Folk sliter seg ut. Men vi må ikke ta fra folk muligheten for faglig nytenkning og engasjement.

I 2006 inviterte Berg ansatte på Ahus til å delta i et forskningsprosjekt. Gjennom 25 års virke som allmennlege hadde hun sett hvilke følger store omveltninger i næringslivet kan få for folk. Nå ville hun følge med på hvordan det gikk på det nye storsykehuset.

80 ansatte, overleger, hjelpepleiere og sykepleiere, meldte seg.

Planleggingen av det nye sykehuset var godt i gang. Høsten 2008 sto det ferdig. Berg hadde i gjennomsnitt 4–5 samtaler med hver av dem som var med i prosjektet, fra 2006 til 2010.

Det nye, hypermoderne sykehuset på Lørenskog er det ferskeste eksemplet på hvordan det går når prinsippet New Public Management styrer utformingen av helsetjenester.

– Her har vi prøvd det ut til det ekstreme, slik man ideelt sett ønsker å drive et sykehus, sier Berg.

– Men helsevesenet og skoleverket er problemløsende institusjoner og har ikke en lineær vareproduksjon for et marked. Så man må ikke bruke denne modellen her!

Det var stor entusiasme blant de sykehusansatte over å flytte til moderne lokaler, men det ble mye frustrasjon over tekniske løsninger som ikke fungerte optimalt i starten. Stramme budsjetter var begrunnelsen for at noe av opplæringen ble avlyst og arealene skrumpet inn. Det ble også spart inn på stillinger og vikarbruk.

Da de ansatte skulle flytte over til det nye sykehuset, måtte de venne seg til mye nytt. Det var ikke gitt plass til personalrom. Legene mistet sekretærene, og skulle som erstatning få talegjenkjenning når de skrev journal. Fast legevisitt skulle det ikke være, heller ikke previsitt, men legen skulle komme når pårørende, pasient eller personalet mente det var nødvendig. De fleste mistet også det faste kontoret. I åpent kontorlandskap skulle legene slå seg ned der det var en ledig plass. Bilder av ungene på kontorpulten var en saga blott.

– Reagerer sykehusansatte annerledes på omstillinger enn andre yrkesgrupper du har møtt?

– Mitt inntrykk er at helsepersonell strekker seg veldig langt. De som har med pasienter å gjøre vil skjerme dem for negative konsekvenser i en slik situasjon.

– Noen av de ansatte tar opp manglende planlegging og opplæring i forkant av flyttingen. Gikk det litt over stokk og stein?

– De ansatte var trukket inn i prosjektgrupper. Slik sett var Ahus forbilledlig i forhold til hvordan omstillingene nå foregår på Oslo universitetssykehus. Men legene kom for sent inn med planleggingen av sin arbeidsflyt, så de kom litt dårlig ut, mener Berg.

«Man sier andre ting muntlig enn skriftlig.»

– Var det vanskelig å få folk til å snakke?

– Nei, tvert om. Men alt de fortalte er naturligvis konfidensielt. Jeg har for øvrig hatt ledelsens fulle støtte til prosjektet, ellers hadde det ikke blitt gjennomført. Hvis informantene fortalte om bekymringer, utfordret jeg dem til å si ifra oppover i systemet for å gjøre noe med det de var misfornøyde med. Men å være en varsler er fremdeles skummelt, det er ikke spesielt for Ahus.

Da planleggerne la opp til stille rapport og færre møteplasser for personalet, tråkket de virkelig inn i et område Berg er opptatt av. Doktorgraden «Det skapende mellomrommet i møtet mellom pasient og lege» fra 2004 handler blant annet

forstanden

om hvor viktig den muntlige kommunikasjonen er.

– Det blir ikke tid til refleksjon og de nødvendige dialogene. Man tror man kan ha dialog via dataen. Men det er mye informasjon som formidles gjennom muntlig kommunikasjon. At personalrommene forsvant var uheldig. Der fløt mye viktig informasjon mellom yrkesgruppene.

– Man sier andre ting muntlig enn skriftlig, og det tar tid med all skrivingen. Og misforståelser oppstår lettere.

De åpne løsningene gir også taushetsplikten trange kår.

– Det er for få steder man kan snakke uforstyrret, påpeker hun.

Berg må smile når hun forteller om hvordan de ansatte får til previsitt, selv om det «ikke er lov» lenger.

– Det har oppstått et slags anarki på sykehuset. Legen og sykepleierne gjennomfører rapport og previsitt, for det må de rett og slett. Jeg har sett det når jeg har hatt omvisninger på sykehuset. Her en dag så jeg det satt fem stykker inne på et av disse trange glassburene på et sengeområde, der det egentlig bare er to-tre sitteplasser. To av pleierne satt på gulvet under pågående muntlig rapport.

– *Er det et alternativ til New Public Management?*

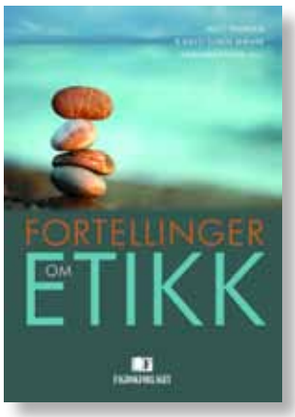
– Flere land, blant andre Skottland, har prøvd ut foretaksmodellen slik vi har den i Norge. Men de har kastet ut butikkmodellen for flere år siden. Nå holder de budsjettene. Kanskje vi kan lære noe av dem?

– *Er det ingen positive sider ved det?*

– Nei, ikke så langt mine informanter og jeg kunne se. ||||

Eli Berg

Aktuell med: På helsa løs



Fortellinger om etikk

Av Rolf Thorsen, Kjersti Sunde Mæhre og Kari Martinsen, Kari (red.)
185 sider
Fagbokforlaget, 2011
ISBN 978-82-450-1159-3
Anmelder: Liv Wergeland Sørbye

Kari Martinsen i praksis

ANMELDELSE: Denne antologien er et resultat av arbeidet i en forskningsgruppe kalt Liv og livsmot ved Høgskolen i Harstad. Gruppen har tatt for seg forskning om dagliglivets betydning og eksistensielle grunnvilkår som sårbarhet, avhengighet og kropp. De har hatt et skrivefellesskap hvor den enkeltes fortelling har blitt utviklet og kommentert.

Kari Martinsen har vært en viktig inspirator for denne gruppen. Martinsens teori har til tider blitt kritisert for å være for «tung» og lite anvendbar. Denne boka viser hvordan de ulike forfatterne integrerer teorien i praktiske, sykepleiefaglige utfordringer.

I innledningen refereres det til et sitat av Kari Martinsen. «Vi kan også pådra oss etisk skam når vi ikke tar vare på det av den andres liv som i situasjonen er oss betrodd.»

De sju forfatterne er alle sykepleiere. Kapitlene har ofte en hovedfortelling hvor sykepleieren har kommet tett inn på et menneske som er i en vanskelig situasjon. Fortellingen blir så delt opp og ulike etiske utfordringer og begrep blir drøftet. Dette speiles mot forfatterens tidligere erfaringer, relevant litteratur og den aktuelle kontekstuelle sammenhengen.

Noen av relasjonene mellom sykepleier og pasient blir beskrevet svært tette, nærmest private. Er det bare den enkelte sykepleier som ser pasientens nød? Det hadde vært viktig å få vite om det ikke fantes noen nære pårørende som kunne sitte ved dødsleiet til «Oline». Forfatteren har ellers beskrevet denne eldre kvinnen kamp om å slippe mer behandling på en innlevende og reflektert måte.

En av forfatterne beskriver utfordringen ved å veilede kvinner som blir mishandlet. Hun uttrykker ganske sterkt: I møte med voldsutsatte kvinner har sykepleierens handlingsberedskap stor betydning, så stor at den kan være avgjørende for om kvinnen overlever.

På 1970-tallet ble Kari Martinsen kjent som medforfatter av boka Pleie uten omsorg. I dagen er omsorg på nytt en mangelvare. Fortellinger om Etikk bærer med seg en gammel dannelsestradisjon. Dannelsen krever mot til å overskride tilskuerposisjonen og ta imot inntrykk fra andre. Boka anbefales til fagpersoner som arbeider med mennesker i sårbare situasjoner.

Men bokens tittel er for generell. Tema som vold, krenkelser og skam er tabubelagte og lite omtalt tidligere. Dette burde derfor vært nevnt på boksens omslag for å gi et klarere bilde av hva boken inneholder.

Berørt
En overlevers beretning

Av Mette Grøholdt
251 sider
Gyldendal
ISBN 978-82-05-41190-6
Anmelder: Inger Frogg Jørgensen, psykiatrisk sykepleier

En kriger for livet

ANMELDELSE: En annerledes bok om kreft, står det på omslaget. – Hva er det som gjør denne beretningen så annerledes, tenkte jeg. Jo, at hendelsesforløpet utrolig nok beskrives ganske nøkternt.

Vi møter en ressurssterk og fysisk aktiv kvinne i sin beste alder, godt gift og med tre velfungerende barn. Denne kvinnen, Mette, møter kreftspøkelset. Livmorhalskreft. Ikke en gang, ikke to, men tre ganger. Vi følger en reise mellom håp og fortvilelse, smertehelvete, cellegift og bivirkninger. Fem menneskeliv som får livet snudd på hodet igjen og igjen.

Jeg opplever en kvinne som kriger for livet, og hennes sterkeste våpen er henne selv. Hun har overskudd til å rose helsepersonell, men hun nevner også den klassiske drittsekken som forhåpentlig er unntaket som bekrefter regelen.

Kreften har blusset opp for tredje gang, det fins kun en operasjon som eventuelt kan slå den tilbake. Den er omfattende, – så stor, sier legen – at den er ikke verdt det. Med andre ord, så omfattende at han regelrett anbefaler en kvinne og mor i førtiårene å oppgi kampen for livet. Hun gir ikke opp.

Hun har gode hjelpere, i familie, nettverk og i helsevesenet. Det er ilagt pauser underveis. Det kommer gode perioder med tid til å samle krefter. Og Mette er en mester i å samle krefter. I moseunderlaget i en skog, i lukten av sjø, i et menneskes ansiktsuttrykk. Hun teller seire framfor nederlag.

Hun må oppgi sin krevende jobb som leder og rådgiver, hun lærer seg møysommelig å leve med utlagt tarm. Og hun gjør det med en beundringsverdig finfølelse. Hun svir av fyrstikker hvis hun må skifte stomien på gjesters toalett. Hun kjøper luftdufter så sønnens venner aldri skal kjenne noen lukt. Hun husker at hun var dyktig til å tegne i ungdommen. Hun begynner på malerkurs. Hun leier atelier. Hun holder utstilling. Venninner toner håret hennes på sykehuset når det er dit hun må igjen.

Hun velger livet med all den kraft et menneske kan ta et valg. Men er hun syk, er hun frisk? Hun er i alle fall en overlever, og lever fullt ut det livet som aldri kan bli helt som før. Hun har ikke åpnet dører for bitterhet, og fungerer i dag som en ettertraktet foredragsholder, blant annet for helsepersonell.

Innvendinger mot boken? Nei, egentlig ikke. Men kanskje mot virkeligheten. Jeg lurer på om denne kampen hadde vært mulig å vinne for en alenemor på trygd. Og det er et spørsmål som ikke gjør boken mindre viktig.

«Noen bøker bør en smake på - andre bør en sluke - noen kan tygges og fordøyes.» *Francis Bacon*

Bredt og engasjert om mestring

ANMELDELSE: Forebyggende og helsefremmende arbeid er tidens mantra og viktig i de nye helselovene. Her er det store utfordringer. Det gjelder ikke minst i forhold til de kronisk syke. Det er denne pasientgruppen denne boken handler om.

Jeg har selv moderat erfaring med denne type arbeid og forstår og leser dermed boken mest ut fra en allmenn interesse for helseteori, forebyggende helsearbeid og politikk. Bokens evne til å engasjere og kommunisere med den opplyste, men ikke spesialiserte leser blir derfor viktig for meg.

Boken får godt fram den brede og imponerende kompetansen som særlig sykepleiere har opparbeidet seg innenfor helsefremmende arbeid. Bokens to redaktører er begge sykepleiere. Det er også tretten av bokens øvrige bidragsytere. De øvrige er psykologer, lege og fysioterapeuter.

Inndeling i tre deler virker naturlig. Første del tar for seg overordnede perspektiver. Deretter følger en del med flere artikler om eksisterende spesialiserte lærings- og mestringstilbud. Den siste delen gir en god presentasjon av lærings- og mestringstilbud der avansert teknologi er tatt i bruk.

Bokens ser spesielt på de kronisk syke – de som sliter med langvarige lidelser og helseplager. I alle de tre delene gis det gode konkrete og anonymiserte eksempler som synliggjør teorien som presenteres. Det gjør den mer aktuell og lettere å forstå.

Det gjelder for eksempel den nyresyke Håvard, som vi følger fra de første symptomene med eggehvite i urinen, via medisinsk behandling, dialyse og nyretransplantasjon. Det er en god, tankevekkende og troverdig fortelling der sykepleierens rolle kommer godt fram. På spørsmålet om hvilke egenskaper han verdsetter mest svarer Håvard omsorg, medmenneskelighet og evnen til å motivere. Det er interessant å notere seg i debatten om hva som er sykepleiernes særegne kvalitet.

Brukerperspektivet er viktig, og kommer godt fram i boken. Arbeidsmåten ved lærings- og mestringssentra beskrives grundig. Empowerment og salutogenese er viktige begreper og bærende elementer i mestringsarbeidet. De omtales en rekke steder i boken. Salutogenese forstås ut fra den israelske sosiologen Antonovskys definisjon. Her handler det om at den enkelte må ha fokus og opplevelse av å stå i en sammenheng.

Empowerment er et begrep med dype røtter i frigjøringsteori og sosiale bevegelser. Begrepet presenteres grundig. Det vises godt hvordan det har utviklet seg fra 1970-årenes bruk til i dag.

I 1970-årene var det blant annet et viktig utgangspunkt for afroamerikaneres og kvinners frigjøringskamp. Det framheves også at empowerment og salutogenese fremmes i situasjoner som er preget av fellesskap, tillit og trygge relasjoner. Det handler videre om å orientere seg mot det friske og de gode sidene, som liv, helse og stolthet.

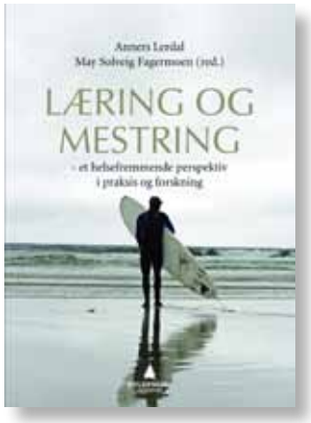
Et helt kapittel er viet såkalte salutogene samtalegrupper. Jeg finner dette kapitlet interessant både teoretisk og praktisk. Forfatteren Eva Langland, som er psykiatrisk sykepleier, klarer å tenne en gnist hos meg. Hun skriver godt og spennende om et emne som er viktig, både for den som skal lede samtalegrupper eller ha det som utgangspunkt for å jobbe med seg selv. Eller i mange av de helsemessige utfordringene vi nødvendigvis vil møte i livet. Jeg har selv opplevd hvordan kroniske plager, smerter og usikkerhet gjør noe med både eget velbefinnende, livsfokus og synet på livet og framtiden. Det samme inspirerende fokuset finnet jeg også i kapitlet om livsstyrketrening.

Denne boken er først og fremst en lærebok, med til tider et noe utilnærmelig språk. Dens styrke ligger i den store bredden og den engasjerte framstillingen av stoffet. Referansene og henvisningen til annen litteratur er grundige. Det samme gjelder saksregisteret.

Jeg savner noen steder mer kritiske drøftinger av mestringsfokuset og den positive psykologien som ligger til grunn for mye av tenkningen knyttet til mestring. Et eget kapittel om etiske og politiske utfordringer i livsmestringsarbeidet burde det ha vært plass til.

Det er vanskelig å yte forfatterne full rettferdighet i en kort bokanmeldelse. Jeg har framhevet noen kapitler, men kunne like gjerne ha trukket fram andre.

Boken har uansett en høy faglig standard som bør tiltrekke seg både fagpersoner innen feltet og andre, som jeg, som har interesse for feltet og vil vite mer.



Læring og mestring – et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning

Av Anners Lerdal
og May Solveig Fagermoen (red.)
310 sider
Gyldendal akademisk, 2011
ISBN: 978-82-05-39938-9
Anmeldt av Karl-Henrik Nygaard, rådgiver

Hva leser du nå?

Kjenner seg igjen i Beate

– Akkurat nå leser jeg en bok om retorikk, sier **Knut Jørgen Rotabakk**, fylkesleder i NSF Sør-Trøndelag.

– Den handler om hvordan man kan bygge opp en argumentasjonsrekke og selge budskapet sitt. Jeg lærer hvordan jeg kan påvirke andre til å mene det samme som meg. Det er nyttig som politiker. Det er til et kurs jeg skal på.

Men retorikken er for tung på sengekanten. Der ligger det en haug med Pondusbøker.

– Humoren i Pondus er fantastisk god. Frode Øverli treffer godt med typene sine. Humor er viktig i hverdagen.

Favoritten i Pondus-universet er Else, alltid antrukket i morgenkåpe.

– Hun er fullt og helt i sin egen verden, fantastisk fascinerende, mener Rotabakk.

Men det er ikke henne han kjenner seg mest igjen i.

– Nei, det må være Beate, som er sykepleier og gift med Pondus. Øverli fanger sykepleiere i måten Beate takler den smånevrotiske mannen sin på. Hun gir mye god sykepleie.

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

Trude Fløystad Eines, høgskolelektor, Høgskolen i Molde

Inger-Lise Lervik, fagutviklingssykepleier, Utviklingssenteret for sykehjem i Møre og Romsdal.

Forskning kan føre til konflikt

Forskning og fagutvikling som har til hensikt å endre praksis kan medføre interessekonflikt.

Etter å ha jobbet med ulike fagutviklings- og forskningsprosjekter ved Utviklingssenteret i Møre og Romsdal i flere år, har vi erfart å få ulike reaksjoner når funn blir presentert. I denne artikkelen vil vi belyse utfordringer i møte mellom akademia og praksisfeltet. Med dette som utgangspunkt vil vi diskutere hvilke utfordringer forbedringsarbeid knyttet til kunnskapsbasert praksis medfører. Fagutvikling og forskning kan skape diskusjoner vi ikke hadde regnet med på forhånd. Forskning blir utført i områder med forskjellige interesser, og dette kan skape konflikt (1). En interessekonflikt kan true integriteten til profesjonene og medføre forringet kvalitet i helsetjenester og i pasientbehandling (2). Interessekonflikter er gjerne forbundet med økonomisk vinning, men kan like gjerne være knyttet til profesjonell status, makt eller anerkjennelse.

Gyldighet

Et spørsmål som ofte dukker opp i praksis når resultater fra kvalitativ forskning skal presenteres, er resultatenes gyldighet. Sykepleiere og ledere vil vite om resultatene kan være gjeldende for andre eller innenfor andre områder enn der studien er gjennomført. De stiller også spørsmål om kvalitative studier med få deltakere kan generaliseres, om funnene fra kvalitative studier kan ha gyldighet i andre, likende kontekster. Kvalitative studier har ofte til hensikt å beskrivende og føre til nye begreper eller teorier som gjelder i en spesiell setting (3). Malterud (3) er derfor svært opptatt av at studienes populasjon og kontekst må beskrives nøyaktig, slik at man kan diskutere hvilke kontekster funnene kan gjelde for. Kvalitativ forskning er kontekstuell og subjektiv mens kvantitativ forskning regnes som generaliserbar og objektiv (4). Et stort datamateriale er heller ikke en garanti for økt overførbarhetsverdi (3). Dette er viktig å løfte frem for helsepersonell som kritisk skal vurdere forskningsresultater. Det er først i de senere år at sykepleierstudenter lærer hvordan de skal vurdere forskningsresultater kritisk.

Eksempel

Fenomenologisk filosofi er ofte et bakteppe for kvalitativ tilnærming og forskning; forskeren er da åpen for den enkelte deltakerens beskrivelser av sine levde erfaringer, og beskrivelsene er gjerne fyldige og detaljerte (5). Patton (5) er opptatt av at det ikke finnes ett riktig svar, men åpner opp for at alle beskrivelser av levd erfaring gir oss viktig kunnskap og et grunnlag for faglig refleksjon og diskusjon. I en studie intervjuet forfatterne fem pårørende til langtidspasienter i sykehjem. Forskerne var åpne på at de ønsket beskrivelser fra de pårørende om hvordan de opplevde å delta i prosessen med tildeling av langtidsplass på institusjon til sin slektning (6). De pårørende beskrev prosessen svært detaljert og påpekte både positive og mer negative opplevelser. Da studiens resultater ble lagt frem for ulike enheter i den berørte kommunen, kom det reaksjoner på at enkeltpersoner opplevde å ha blitt kritisert av de pårørende. Man kan ikke overføre en slik kvalitativ studie, hvor man intervjuet fem pårørende, til populasjonen i kommunen som helhet. Men det er viktig å ta den enkeltes beskrivelser på alvor i det videre kvalitetsforbedringsarbeidet i den respektive kommunen.

Metode for kvalitetsforbedring

Når man skal drive med fagutvikling og kvalitetsforbedring, anbefaler vi at man benytter Kunnskapssenterets modell for kvalitetsforbedring. (Se figur 1.)

Informasjon til ansatte

Det er viktig å inkludere berørte parter allerede i planleggingsfasen. Vi kontaktet enheten som senere reagerte på studiens funn, gjentatte ganger via e-post og telefon (6). Det er viktig å informere godt om studiens hensikt, og dette krever mye av både informant og mottaker. Vi ser i ettertid at informasjonen har vært omfattende, og at budskapet kanskje ikke har nådd frem. Dette var en evalueringsstudie, der vi ikke hadde planlagt aksjonsliknende kvalitetsforbedringsarbeid. Jamfør modellen til Kunnskapssenteret (Figur 1) som viser en type aksjonsmetodikk. Dette forklarer at vi vektla den forberedende fasen annerledes enn ved tradisjonelt kvalitetsforbedringsarbeid. I

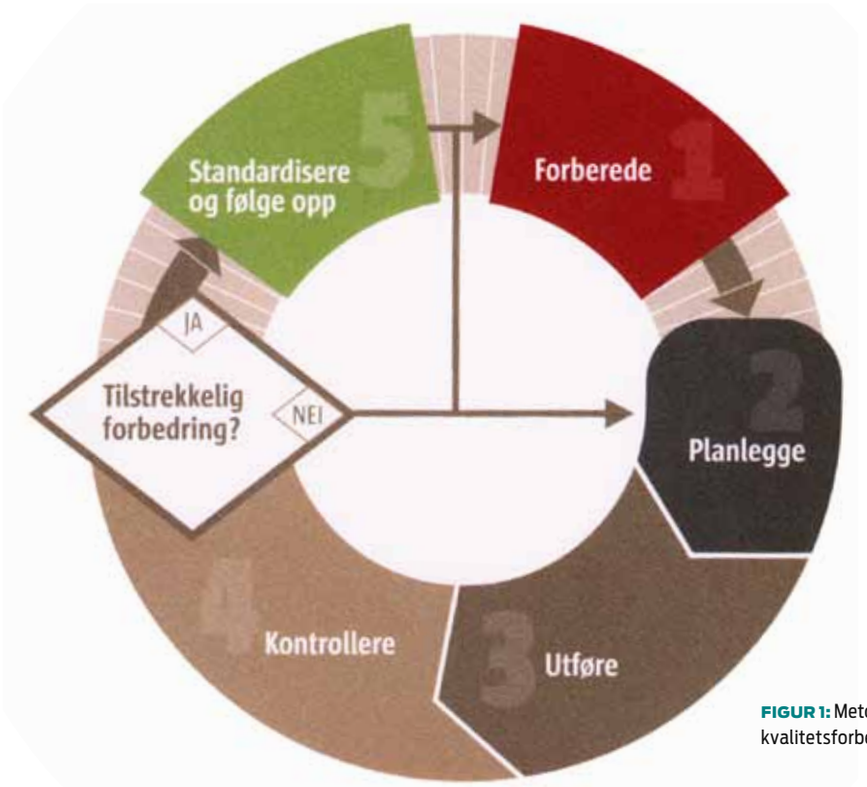
Hovedbudskap

Utfordringer knyttet til implementering av forskningsresultater i klinisk praksis. Fokus på faktorer av betydning for å lykkes metodisk med kvalitetsforbedring i sykepleiepraksis.

Søkeord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.
› Kvalitativ studie › Kvantitatv studie › Kunnskapsbasert sykepleie

DOI-nummer: 10.4220/Sykepleiens.2012.0020



FIGUR 1: Metode for kvalitetsforbedring.

tidligere studier (7,8,9), har vi erfart at det var viktig å møte de ansatte på avdelingene der vi ønsket å gjennomføre studier. I disse studiene var hensikten å jobbe med kvalitetsforbedring, og metoden til Kunnskapssenteret ble derfor brukt som utgangspunkt for prosessen. Idédugnader i fellesskap med de ansatte har vært en suksessfaktor. Her har de ansatte tydelig gitt uttrykk for at de ønsket og forsto at studiene faktisk skal føre frem til nye standarder på avdelingen og at de ville følge opp dette videre.

Faktorer for å lykkes

Ved institutt for innovasjon og forbedring i det engelske National Health Service (NHS), har man gjennom forskning funnet fram til en del faktorer som er grunnleggende for å lykkes i forbedringsarbeid (10). Nøkkelfaktorene er forankret i tre tangerende områder: organisasjon, ledelse og prosess. Noen av de faktorene som ble funnet å veie svært tungt, var toppleders og fagleders engasjement, involvering i prosessen og ikke minst holdning til endring.

Intensjonen med evalueringsstudien var å kartlegge et område hvor man hadde fått signaler om forhold som ikke fungerte optimalt. Intensjonen var å få en dypere innsikt og ny kunnskap om et område av helsetjenesten, som eventuelt kunne brukes for å forbedre tjenestene. Vår rolle i studien (6) var altså begrenset til å gjennomføre den, noe som også ble formidlet underveis og når vi presenterte funnene.

En viktig forutsetning for å lykkes i forbedringsarbeid er altså at de involverte forstår at forbedringsarbeid er nødvendig (10). En annen viktig forutsetning for å lykkes er at organisasjonsledelsen er åpen for at de funnene som blir avdekket kan være et utgangspunkt for endring.

Dialog

Da vi presenterte våre funn (6) ble ledere fra alle involverte enheter invitert til dialog. Vi poengterte at organisasjonen selv måtte vurdere om, og eventuelt hvordan, kunnskap fra studien kunne brukes til eventuell forbedring av praksis. Som forsker bør man understreke at hensikten med studien er å generere ny kunnskap (1). Man må være tydelig overfor de berørte parter, samtidig som man er åpen for deres tanker og ideer. Som vi allerede har nevnt var det enkeltpersoner som signaliserte at de tvilte på undersøkelsens troverdighet. Ikke bare i forhold til om de som ble intervjuet var representative, men også i forhold til utvelgelsen av intervjuobjekter. Man insinuerte at pårørende som hadde klaget, eller på andre måter hadde gitt uttrykk for negative opplevelser, var valgt ut fremfor andre. Det vil med andre ord si at man vurderte, ikke bare undersøkelsens troverdighet, men også vår troverdighet som forskere. Vi understreket at vi hadde benyttet oss av et tilfeldig utvalg og at utgangspunktet for evalueringsstudien var tidligere studier som berørte temaet «informasjon og medvirkning», og som vi nå ønsket å evaluere ytterligere (6).

Å arbeide kunnskapsbasert er en viktig faktor i den kontinuerlige kvalitetsforbedringsprosessen praksisfeltet jobber med. I Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenesters og ulike heleforetaks strategidokumenter, fremheves det at man skal arbeide kunnskapsbasert fremover. Vi mener det er viktig å løfte frem hele organisasjonen, ledelsen – og se på prosessen som helhet når man jobber med kvalitetsforbedringsarbeid. ||||

LITTERATUR

1. Hurst SA, Mauron A. A Question of method. The ethics of managing conflicts of interests. European Molecular Biology Organization 2008; 9(2): 119–123.
2. Lo B, Field MJ. Conflict of interest in medical research, education, and practice. Washington: The National Academies Press, 2009.
3. Malterud K. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. The Lancet 2001; 358: 483–488.
4. Whittemore R, Chase SK, Mandle CL. Validity in Qualitative Research. Qualitative Health Research 2001; 11(4): 522–537.
5. Patton MQ. Qualitative Research & Evaluation Methods. Thousand Oaks/London/New Delhi: Sage Publications, 2002.
6. Eines TF, Lervik IL. Evalueringsstudie – Pårørendes erfaringer knyttet til informasjon og medvirkning I forbindelse med tildeling av institusjonsplass I sykehjem. Undervisningssykehjemmet i Møre og Romsdal, Rokilde sykehjem/Høgskolen i Molde: Intern arbeidsrapport. 2010. Rapport nr. 1
7. Eines TF, Wirum A, Aass HK. Pårørende i fokus? Evalueringsstudie av relasjonen mellom pårørende og ansatte i en sykehjemsavdeling. Kristiansund kommune, Rokilde sykehjem/Høgskolen i Molde: Intern arbeidsrapport. 2006. Rapport nr. 1
8. Eines TF, Olsen BM. Presentasjon av resultater fra gruppeintervju med 7 pårørende. Kristiansund kommune, Rokilde sykehjem/Høgskolen i Molde: Intern arbeidsrapport. 2008. Rapport nr. 1
9. Eines TF, Lykkeslet E. Hvilke forhold kan bidra til opplevelse av tillit i relasjonen mellom helsepersonell og pårørende? Nordisk Tidsskrift for Helseforskning 2008; 4(1): 65–77.
10. Maher L, Gustavson D, Evans A. En guide til fastholdelse av praksis – vejledning og måleredskap. Region Midtjylland: Center for Kvalitetsutvikling, 2007.

Berit Daae Hustad
er leder av Rådet for sykepleieetikk.

Helst må du dø når vi har tid

En pasient i hjemmesykepleien lå for døden. Det var ikke plass på sykehjemmet, og sykepleier hadde ingen mulighet til å være hos henne.

Sykepleieren som kontaktet Rådet var både oppgitt og frustrert. Hun hadde nettopp hatt helgevakt i hjemmesykepleien, og nok en gang opplevd forhold som omhandlet uverdighet og gav henne dårlig samvittighet. Følelsen av å gå på akkord med alt som hun sto for, var overhengende. Hun kjente seg presset inn i en situasjon som verken var verdig eller faglig forsvarlig.

Veldig syk

Hun fortalte om en eldre dame som var pasient i hjemmesykepleien og som hadde hatt hjelp derfra i mange år. Hun hadde flere kroniske sykdommer slik som hjertesvikt og hjertearytmier, noe som hadde utløst Transitorisk iskemisk anfall eller såkalt TIA-anfall. De første gangene hun fikk slike anfall ble hun sendt til sykehus, men etter en dag eller to ble hun sendt hjem igjen. Hennes to døtre bodde på en annen kant av landet. De var begge i arbeid, så det ble med korte visitter og besøk i ferier. Andre pårørende i nærheten fantes ikke, så hjemmesykepleien ble hennes eneste nettverk.

Pasienten ble etter hvert sengeliggende og totalt pleietrengende. Hennes tilstand varierte raskt. Til stadighet trodde vi at det gikk mot slutten, men så kviknet hun litt til etter et par dager. For hvert TIA-anfall fikk vi mindre og mindre kontakt med henne, og hun ble gradvis mer og mer avmagret. I det siste hadde hun stort sett levd på ernæringsdrikk og litt yoghurt.

Døtrene ble mistroiske

Det hadde vært mange runder med TIA-anfall, der vi vurderte pasienten i så dårlig forfatning at pårørende ble tilkalt. De kom reisende for noen dager og våket over moren. Hver gang var de innstilt på at moren kom til å dø, men etter et par dager kviknet moren til. Hun begynte å ta til seg litt næring, så hver gang reiste de hjem igjen med «uforrettet sak». Dette hadde nå vart i mer enn ett år.

Innleggelse på sykehus ble derfor meningsløst, fordi det ikke fantes noe medisinsk behandling for henne. Det hun trengte var tilsyn hele døgnet, men sykehjemsplass fantes ikke, så vi fikk passe henne så godt vi kunne. På grunn av dårlig økonomi i kommunen var det forbud mot å leie inn ekstravakter.

> «Du vet at du forlater en hjelpeløs, døende pasient alene. Det er vanskelig å beskrive.»

Døtrene fikk etter hvert liten tiltro til hjemmesykepleiens vurderinger. Vi hadde vurdert henne som døende så mange ganger, uttrykte døtrene. Så neste gang vi ropte «ulv, ulv», måtte det være reelt.

Mange timer alene

Ettermiddager, helger og netter var det som var det vanskeligste. Selv om vi besøkte henne åtte–ti ganger i døgnet, var hun likevel mange timer alene. Noen ganger kunne vi være der litt lenger enn den tilmålte tiden, men på de fleste vakter hadde vi andre pasienter som ventet. Nå var hun dårlig igjen, og det var en travel helgevakt, så vi måtte bare dra videre.

«Det verste er å forlate henne alene. Det å gå fra henne – å vite at ingen er der. De følelsene som du har inni deg når du låser døren og stenger henne inne. Du vet at du forlater en hjelpeløs, døende pasient alene. Det er vanskelig å beskrive.»

I strid med retningslinjene

Grunnlaget i de yrkesetiske retningslinjene beskriver hvordan sykepleieren skal ha respekt for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Påbudet er således todelt – du skal ha respekt for livet. Respekt for livet innebærer respekt for den naturlige og uunngåelige død når tiden er inne. Den iboende verdigheten er det som skal følge mennesket gjennom hele livet og inn i døden. Hvordan kan man forsvare at man har respekt for livet, når man er tvunget til å forlate pasienten i ytterste nød?

I tillegg sier de retningslinjenes § 2.9: «Sykepleieren har ansvar for å lindre lidelse, og bidrar til en naturlig og verdig død.»

Hvordan kan du vite at døden kom naturlig hvis du ikke var der? Hvordan har du bidratt til å lindre lidelse?

Så døde hun ikke på min vakt heller

Videre forklarte sykepleieren at hun utførte de resterende pasientbesøk så fort som overhodet mulig, for så å returnere til pasienten.

«Det er vanskelig å forklare den angsten

som står i brystet når man forsiktig låser opp døren og går inn. Ofte ligger pasienten i mørke eller dempet belysning. Man lister seg stille på tå mens man stirrer mot sengen og pasienten. Den enorme lettelsen man føler er ubeskrivelig, når du ser at hun fremdeles er i livet og puster.»

The Bill of Human Rights

FN har skrevet en erklæring med 15 punkter om den døendes rettigheter «The Bill of Human Rights». Dette er også oversatt til norsk og finnes uttrykt i Helse- og omsorgsdepartementets NOU 1999, som omhandler livshjelp.

Et av de viktigste punktene der er: «Jeg har rett til å slippe å dø alene». Sykepleieren var i situasjonen satt i en handlingstvang. Pasienten var nok en gang havnet i en kritisk situasjon. Det var forbud mot å leie inn ekstravakter. I tillegg var det et hardt arbeidspress som gjorde at hun «sto på» og håpet på det beste.

Endrer vårt menneskesyn karakter?

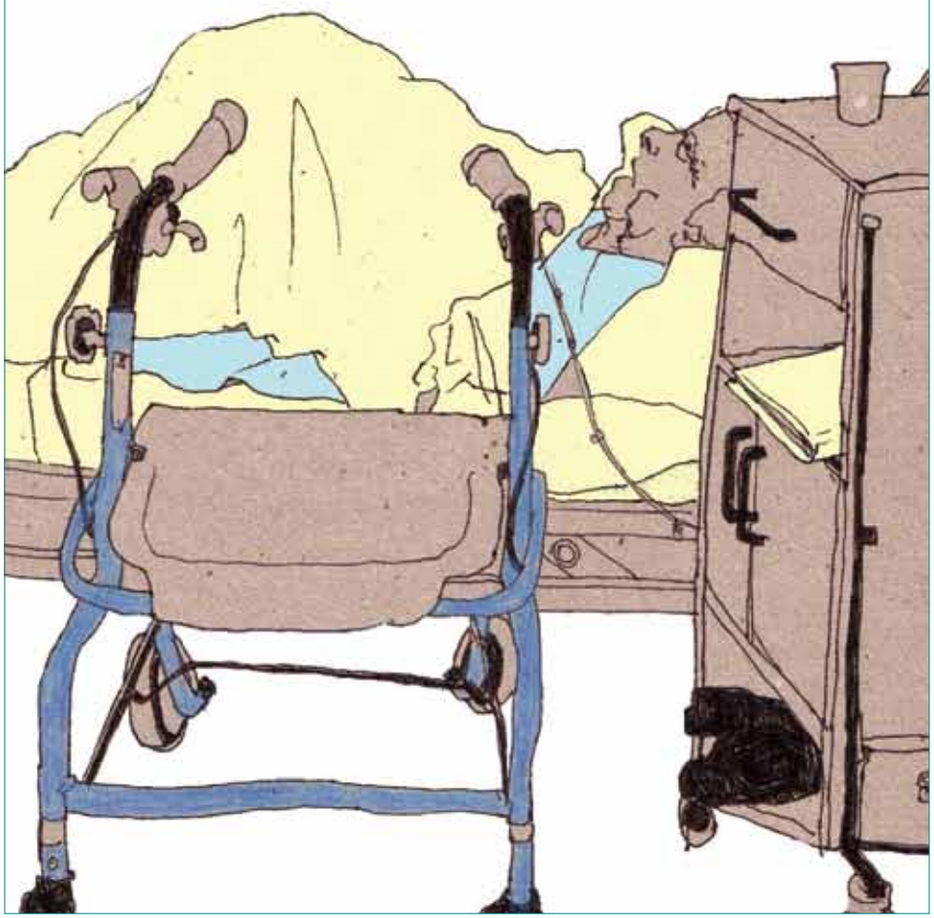
Menneskesynet vårt er avgjørende for hvilke verdier som vektlegges. Våre verdier er nært knyttet opp til våre handlinger, og våre handlinger kan vise hvilke verdier vi faktisk har. Våre verdier som vi har er mer varige og grunnleggende og de går dypere enn holdninger som gjerne forandres noe gjennom livet. Hva gjør det hvis vi som sykepleiere blir presset til å gå på akkord med våre verdier? Kan man forsvare at det er økonomien som skal sette standard for våre verdier?

Alle pasienter har samme krav til respekt og omsorg i alle livets faser, og menneskelivet er ukrenkelig og skal vernes.Ingen døende mennesker skal være salderingsposter mellom nivåene i helsevesenet. Trygghet om at det finnes et tilstedeværende og kompetent personell er viktig.

Å skulle møte døden er å møte den dypeste form for ensomhet. Det må sikres nærvær helt til døden har funnet sted. Noen verdier er urokkelige og ingen skal måtte dø alene hvis vi kan forhindre det.

Respekt for enkeltmennesket var sentralt for sykepleieren. Ethvert menneske har en unik og ukrenkelig verdi fra livets begynnelse og til livets slutt. Dette var verdier som sto på prøve for sykepleieren og ofte er det er den som står nærmest utfordringen som kjenner det best på kroppen.

Hva ville du ha gjort og hvordan ville du ha håndtert en liknende situasjon?



Illustrasjon: Kathrine Kristiansen

Quiz

Tekst **Nina Hernæs**

Er du en kompetent sykepleier?

Test kunnskapene med vår aktuelle og nådeløse quiz!

1 Mot hvilken sykdom organiserte Napoleon Bonaparte massevaksinering?
A Kopper
B Lepra
C Rabies

2 Hvilket magesjauvirus er det foreslått å vaksinere mot i barnevaksinasjonsprogrammet?
A Rotavirus
B Norovirus
C Ronovovirus

3 Hvor stor andel av alle norske jenter født i 1998 er vaksinert med tre doser av HPV-vaksinen?
A 70 prosent
B 80 prosent
C 90 prosent

4 Hva er hvit frakk-hypertensjon?
A Når synet av sykepleieruniformer gir en Viagra-lignende effekt
B Når blodtrykket bare stiger ved måling hos lege eller sykepleier, ikke ved hjemmemåling
C Blodtrykkstigning som utløses hos dem med overfølsomme øyne som reagerer på hvitt

5 Hva er englestøv?
A Det sykepleiere må sope sammen av lommerusk for å få råd til å dra på ferie
B Det prinsesse Märtha plutselig kan være dekket av etter å ha ligget på et jorde med øynene igjen
C Fensyklidin (PCB), et rusmiddel med tilsvarende virkning som anestesimiddelet ketamin

6 Hvor mange norske kvinner får hvert år livmorkreft?
A Nesten 700
B Over 1 000
C 2 000

7 Hva er den største risikofaktoren for livmorkreft?
A Mye sex
B Overvekt
C Lite sex

8 Hva har vist seg å beskytte mot livmorkreft?
A Mye sex
B Hormonspiral
C Lite sex

9 Hva står PCB for?
A Polyklorerte bifenyler
B Polykåte binyrer
C Parklarerte biforhold

10 Hva kan PCB gi?
A Forstyrret forplantningsevne
B Problemer med vannlating
C Parproblemer

HØYT BLODTRYKK: Men skyldes det hvit frakk-hypertensjon? 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 Kopper 2A Rotavirus 3A 70 prosent 4B Når blodtrykket bare stiger ved måling hos lege eller sykepleier, ikke ved hjemmemåling 5C Fensyklidin (PCB), et rusmiddel med tilsvarende virkning som anestesimiddelet ketamin 6A Nesten 700 7B Overvekt 8B Hormonspiral 9A Polyklorerte bifenyler 10A Forstyrret forplantningsevne

– Må skjerpe oss

Pasienter reagerer på dårlig hygiene ved UNN. Det synes smittevernoverlege Torni Myrbakk er bra.

Tekst **Nina Hernæs**

I Harstad Tidende stiller Maren-Anne Emilsdatter spørsmål ved hygienen ved Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN). Hun viser til at flere hun kjenner har fått infeksjon etter operasjoner på sykehuset.

Smittevernoverlege Torni Myrbakk sier rutinene kan forbedres.

Kan unngås

– Det er dessverre en risiko at man kan få infeksjon i såret når man blir operert, sier hun til avisen.

– Noen av disse infeksjonene er ikke til å unngå, men mange kan unngås hvis både pasienten og helsearbeiderne følger gode rutiner og passer på hygienen.

– En av utfordringene er å få både ansatte og pasienter til å følge rutiner for god hygiene.

Ring

Leser Lena Cathrine Nilsen skriver i en kommentar til artikkelen at hun har opplevd at operasjonssykepleier har hatt snus i overleppa, ring og klokke inne på operasjonssalen.

«Så da er vel ikke dette så veldig stor overraskelse hos meg, er heller overrasket over at ikke artikkelen er større enn den er», skriver hun.

Håndtak

En annen leser, Anna, skriver at hennes operasjonssår ble stelt av en sykepleier som ikke brukte hansker. Hun stiller også spørsmål ved hvor ofte dørhåndtak på sykehuset vaskes.

«Gjelder også håndtak på skapdører, snor ved senger, dører», skriver hun.

– Det er klart de skal vaskes hyppig, sier smittevernoverlege Torni Myrbakk til Sykepleien.

– Men det er vanskelig for meg å garantere at de blir vasket så ofte som de skal.

Lederne viktigst

Myrbakk synes det er bra at hygiene er tema i avisen.

– Det er bra at pasientene blir bevisste på hygienen i sykehuset, sier hun.

– *Kan de oppdra helsepersonell?*

– Lederne er de aller viktigste til å få ansatte til å følge retningslinjene, mener hun.

– Men når pasientene begynner å si fra, vil jeg tro lederne blir mer oppmerksomme. ||||

Sett noe, hørt noe? Kontakt oss på hygienepolitiet@sykepleien.no

Scan denne QR-koden
og les Sykepleiens tema om hygiene i nr. 1 /2012 på sykepleien.no

Omsorg med respekt? Side 80

NSF – fra elite i byene til landsomfattende organisasjon. Side 86

Fikk erstatning etter skader i utlandet. Side 88

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 FINN NORTVEDT

«Skulle tro at jeg visste godt hva sykepleie er.»

82

KRONIKK LISBETH THORESEN

«Retningslinjene sier ingenting om at pasienter ikke skal dø alene.»

78

NSF HAR ORDET

Forbundsleder Eli Gunhild By

Stilling: **Forbundsleder i NSF**
E-post: **eli.gunhild.by@sykepleierforbundet.no**

Sykepleier søkes! På heltid – til pensjonsalder!

Det er mulig å løse arbeidstidsutfordringene uten å tvinge sykepleiere til å jobbe flere helger.

Norsk Sykepleierforbunds mål er en helsetjeneste som har kvalitet og som er forsvarlig, både for pasientene og de ansatte, 24 timer i døgnet og sju dager i uka! Og: Utgangspunktet må være hele og faste stillinger.

Helse- og omsorgssektoren merker konsekvensene av en aldrende befolkning, arbeidskraftmangel og nedskjæringer i kommunene. Eksempelvis er pasientene på alders- og sykehjem i dag eldre og sykere når de blir innlagt enn for noen år tilbake. Når bemanningen samtidig holdes på et absolutt minimum, gjør det arbeidshverdagen tung for mange arbeidstakere og gir samtidig lite rom for tilrettelegging.

Dagens arbeidsmiljølov er tilstrekkelig fleksibel.

BELASTENDE: Mer helgejobbing gir økt arbeidsbelastning, og det er ikke veien å gå for å løse utfordringene med sykepleiernes arbeidstid, mener By. Arkivfoto: Erik M. Sundt.

Manglende samsvar mellom oppgaver og ressurser i helsetjenesten ble blant annet avdekket i Arbeidstilsynets kampanjer «God Vakt» og «Rett hjem», og NOA (Nasjonal overvåking av arbeidsmiljø og -helse) la nylig fram tall som viser at sykepleiere har et svært krevende arbeidsmiljø. Til sammen utgjør dette risikofaktorer som kan bidra til å forklare det høye sykefraværet og førtidspensjoneringen blant sykepleiere.

Dessverre velger mange sykepleiere å håndtere et belastende arbeidsmiljø ved å jobbe deltid. NSF mener derfor at vi må se på løsninger som løser deltidsproblematikken uten at arbeidsdagen blir mer belastende for den enkelte.

Utfordringene – og løsningene – med hensyn til å redusere deltid og samtidig sikre tilstrekkelig bemanning i helger, vil være noe forskjellig avhengig av hvilke virksomheter/enheter det er snakk om. Løsninger som kan ivareta arbeidsgivers bemanningsbehov, ansattes ønske om økt stillingsbrøk og fortsatt begrensning av helgearbeid, vil kunne finnes ved å ta i bruk flere forskjellige tiltak. Et eksempel er økt bemanning og en annen arbeidsorganisering, som vikarpool og arbeid på tvers av avdelinger. Arbeid oftere enn tredje hver helg, bidrar verken til å redusere de helsemessige og sosiale belastningene ved turnusarbeid i helsesektoren eller til å tiltrekke seg sårt tiltrengt arbeidskraft. Med en sikring av tredje hver helg-prinsippet, vil vi kunne tilby avtale om hyppigere helgearbeid, men det skal skje på frivillig basis og mot kompensasjon i form av ekstra fri/lønn.

Det har lenge vært kjent at turnus- og nattarbeid gir økt risiko for kreft og hjerte- og karsykdom, og at mage- og tarmsykdommer, forplantningsskader, søvnproblemer og psykiske lidelser også er forbundet med slike arbeidstidsordninger. For de fleste sykepleiere er det en selvfølge at vi må jobbe i turnus, og at vi ikke har fri når alle andre har fri. Forskning viser imidlertid at slikt arbeid bør begrenses mest mulig, og vi mener derfor at gode turnusplaner er å anse som verneutstyr. Med utgangspunkt i forskning er det gitt anbefalinger om tiltak som kan motvirke de mest negative sidene ved turnusarbeid. Dette er blant annet knyttet opp mot ansattes medvirkning i utforming av turnusplaner, å unngå lange vakter og sterk konsentrasjon av arbeidstiden, samt minimum 11 timers fri mellom vaktene.

Hovedreglene i dagens arbeidstidsregulering bygger på de samme anbefalingene fra ulik forskning. Arbeidsmiljøloven åpner så for en rekke unntak fra arbeidstidsreglene. NSF mener at dagens arbeidstidsregler bidrar til å veie opp de negative helseeffektene av skift og turnusarbeid. Det betyr at vi ikke ser noen grunn til at arbeidsmiljøloven bør endres. I helsesektoren og øvrige virksomheter med døgnkontinuerlig drift inngås det hele tiden avtaler med unntak fra arbeidsmiljøloven. Disse avtalene gir arbeidsgiver og de ansatte stor grad av fleksibilitet.

Dersom den enkelte arbeidstaker skal være avtalepart, kan det medføre at den enkelte utsettes for et press som kan medføre uheldige helsebelastninger. Vi mener derfor at det er den tillitsvalgte som skal inngå avtaler med unntak fra arbeidsmiljøloven. For turnuser som innebærer større avvik fra loven, er det i loven fastsatt at avtalene skal inngås med fagforeningen sentralt. Dette mener vi er en riktig fremgangsmåte, nettopp fordi de kan innebære stor arbeidsbelastning og helserisiko for arbeidstakerne.

Dagens arbeidsmiljølov er tilstrekkelig fleksibel. Vi er glade for at regjeringen også ser det slik.

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

Taushetssvikt

Jeg var i sykehuspraksis i et utviklingsland i høst. Etter hjemkomst hadde vi en samling med andre utvekslingsstudenter. Erfaringene og opplevelsene fra dem som hadde vært andre steder i verden var interessante og lærerike. Man viste hverandre bilder av sykehusbygg, tomme korridorer og fødestuer, men etter hvert også bilder av nyfødte, pasienter, pårørende og utførelse av prosedyrer. Til og med film av pasientene rullet over skjermen mens diagnosene deres ble proklamert på filmens lydklipp. Dette er bare ett eksempel på en utbredt praksis blant sykepleierstudenter.

Foruten det åpenbare bruddet på taushetsplikten representerer denne praksisen en rekke uheldige konsekvenser. Helsepersonelloven er klar på taushetsplikten. Opplæring om dette er godt integrert i sykepleieutdanningene. Det kan virke som om denne plikten, samt yrkesetikken, blir igjen på flyplassen idet studenter reiser ut i utenlandspraksis. Praksis som åpenbart ville fått sterke reaksjoner her hjemme, blir utført med tilsynelatende lite refleksjon der ute. At bildene ender opp på Facebook og sosiale medier, samt lysbildepresentasjoner til medstudenter og lærere er et bevis på dette.

Punkt 1.6 i de yrkesetiske retningslinjene sier: «Sykepleieren ivaretar pasientens verdighet, rettigheter og sikkerhet ved bruk av teknologi og vitenskapelige framskritt.»

Kamera kvalifiserer i aller høyeste grad til teknologi. Det å ta bilder av pasienter kan ikke karakteriseres som å ivareta pasientens verdighet, rettigheter og sikkerhet. Det strider også mot rett til vern om fortrolige opplysninger, beskyttelse mot krenkende handlinger og unngåelse av relasjoner som kan føre til utnyttelse. Å ta bilder av pasienter berører egentlig et flertall av de yrkesetiske retningslinjenes prinsipper.

Sykepleieren skal verne om fagets omdømme. Selv om de nye omgivelsene for utvekslingsstudenten kan virke eksotiske og annerledes, er det viktig at syke mennesker ikke reduseres til en spennende attraksjon som kan avbildes.

Man skulle tro at denne praksisen blir utført at sykepleiestudenter uten etisk vurderingsevne. Men paradoksalt nok har de samme studentene i etiske refleksjoner over sykepleiepraksis virket både reflekterte og etisk bevisste. Disse studentene gjør heller ikke det samme i praksis i det norske helsevesenet. En slik praksis i utlandet kan derfor trekke mørke paralleller til et uskikket menneskesyn: Det som ikke er greit i Norge bør ikke være greit «der nede».

Mange forsvarer sin praksis ved at de hevder de har innsamlet samtykke fra både pasient og avdelingen på sykehuset. En slik argumentasjon blir fort tynn med tanke på det ubalanserte maktforholdet mellom sykepleier og pasient. Som sykepleier og «hvitkledd» har du stor påvirkningskraft og makt over pasienten. En pasient kan fort bli redd for å få dårligere pleie og omsorg om hun svarer nei på en forespørsel fra en ivrig norsk sykepleierstudent med kamera i hånden, særlig i land der behandling og pleie er styrt av langt mer tilfeldige faktorer enn her hjemme. Dessuten – er pasienten innforstått med hva det innebærer at et bilde av henne vil kunne nå potensielt millioner av mennesker om det legges ut på sosiale medier som Facebook? Slik forståelse kan det være vanskelig å forsikre seg om at pasienten har oppnådd, særlig når språkbarrierer gjør seg gjeldende. Å bruke potensialet som ligger i makten som sykepleier til å oppnå sin vilje, som i tillegg ikke har pasientens beste som grunnlag, er problematisk og etisk betenkelig.

Da jeg tok opp min bekymring med en av lærerne, forsto vedkommende min bekymring og sa det var viktig å holde disse bildene innenfor den lille gruppen med utvekslingsstudenter. Men det er uansett problematisk og brudd på taushetsplikten.

Fremtidige sykepleiere har et ansvar for å sette bruken av sosiale medier inn i kontekst med sykepleierfaget. Både ovenfor pasienten og samfunnet ellers har sykepleieren en plikt til å fremme en profesjonell praksis i tråd med yrkesetiske retningslinjer. Facebook og andre sosiale medier representerer en utfordring som er helt ny og som verken myndigheter eller sykepleierutdannelser har rukket å opprette regelverk eller retningslinjer på. Etisk refleksjon rundt temaet er i høy grad opp til den enkelte student og er ikke en standardisert del av utdanningen. Det trenger det å være.

Martin Fredheim, sykepleierstudent

SIDEN SIST

Siden sist inneholder korrigerte og nye synspunkter på fakta gjengitt i tidligere utgaver. Vil du hjelpe? Kontakt oss på interaktiv@sykepleien.no

Viktig tema om hygiene

Det er med meget stor interesse jeg leste temaartikkelen om hygiene i Sykepleien nr. 1/2012.

Jeg ble ferdig utdannet i 1962, og på 70-tallet var dette et meget aktuelt tema. I denne perioden ble det ansatt hygienesykepleiere på de fleste sykehus. Kurs ble holdt årlig og smykker, ringer og «dubeditter i ørene», som en hygienesykepleier fra Helsedirektoratet kalte ørepynten for, var hett tema og skulle være tabu på jobb. Altså for 40 år siden! Jeg tenkte mens jeg leste at «verden går bakover» -- og i dag med all viten og forskning som finns.

Sykehusene har erstatningsbeløp i millionklassen hvert år, en stor del er på grunn av sykehusinfeksjoner. Jeg husker en undersøkelse som ble gjort ved Diakonissesykehuset i Oslo, jeg tror det var på 80-tallet. De hadde gjentatte infeksjoner som var vanskelig å få bukt med. Diakonissene som bar kors utenpå sin uniform ble syndebukker. Men det var ikke riktig. Korset var ikke i berøring med hud, men utenpå uniformen. Det var en ung kvinnelig leges giftering som var «synderen».

Kjære kollegaer, bruk hodet og viten. Tenk at du selv eller noen av dine nærmeste er innlagt og en av dine kollegaer forårsaker en infeksjon som blir uhelbredelig.

Jeg har en nabo som fikk hofteprotese operert inn i mai 2011. Vedkommende går fortsatt på antibiotika, som ble forsøkt avsluttet, men infeksjonen blusset opp igjen. Fremtiden er usikker for henne.

Lykke til, med håp om at verden innen helsetjenesten også går fremover.

Mvh. Laila J. Engen

www.sykepleien.no

Du kan si din mening om aktuelle saker på sykepleien.no

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

Har Spekter «rent mel i posen»?

De siste måneders avisinnlegg, uttalelser i media og leserinnlegg i Sykepleien har vært interessant lesning. Det er likevel noen forhold jeg bare må påpeke og som jeg synes ikke har kommet tydelig nok fram i de innspillene jeg har lest fram til nå.

Jeg er sykepleier og hovedtillitsvalgt ved et av landets minste sykehus og har vært sykepleier så lenge at jeg opplevde arbeidstidsforkortelsen i 1987. Før den ble innført, jobbet sykepleiere hos oss annenhver helg – i de døgnbemannete avdelingene. Den gangen hadde vi ikke tilstrekkelig antall sykepleiere til å ha ei forsvarlig helgebemanning med arbeid hver tredje helg. Derfor ble det innført turnus med såkalt «hinkehelg», der vi jobbet en 8 ukers turnus og med 3 arbeidshelger i turnusen. Slik har det vært siden – altså snart 25 år – og slik har vi det fortsatt! Det er mange sykehusavdelinger ved andre norske sykehus som også har turnuser med hinkehelger.

Spekter ønsker at vi skal jobbe oftere helg og gi ufrivillig deltidsansatte større stillingsbrøk. Imidlertid vil jeg gjøre oppmerksom på følgende:

For det første: Tredje hver helg har vi aldri hatt hos oss. Dersom det å jobbe oftere helger slik Spekter ønsker, skulle løse deltidsproblematikken, hadde alle sykepleiere på sykehuset vårt hatt hele stillinger. Slik er det imidlertid ikke. I 25 år har vi jobbet i turnuser med 3 arbeidshelger på 8 uker, og det er svært mange sykepleiere hos oss som jobber ufrivillig deltid! Vi må ikke la oss lure.

For det andre: Skal det jobbes flere helger, blir det jo i praksis annenhver helg – det er 4 av 8 helger det da blir snakk om. Disse ekstra arbeidshelgene skal vel inn i turnusen? For dem som har en turnus med hver tredje helg, blir resultatet nøyaktig det samme – dersom de skal jobbe flere helger! De som jobber hver tredje helg i en 6-ukers turnus – det vil si 2 av 6 helger – får jo også jobbing annenhver helg dersom de skal jobbe flere helger; 3 arbeidshelger på 6 uker er jo vitterlig annenhver helg. Nei, dere som jobber hver tredje helg må holde fast på det.

Hvorfor kan ikke Spekter være tydelig og si at det er det de ønsker av oss? Nemlig å innføre turnuser med arbeid hver annen helg? Nei det skal pakkes inn på alle mulige andre måter. Er det mulig at de prøver å lure oss? Og forsøker å lokke sykepleiere som jobber ufrivillig deltid med større stillingsprosent dersom vi frivillig jobber flere helger? Medlemmene våre krever et klart og tydelig svar enten svaret kommer fra Spekter eller vår fagforening: Dersom en sykepleier frivillig inngår avtale om å jobbe flere helger – for dem med «hinkehelg», utgjør det cirka 1 vakt per måned (lørdag og søndag). Dette utgjør sånn cirka 5 prosent stilling. Er det kun den stillingsøkninga de ekstra helgevaktene utgjør, de skal tilbys? I så fall er jeg av den oppfatning at de må betale en høy pris. I form av den belastningen det blir å jobbe hver annen helg. Og skal deltidsansattes framtidige stillingsøkning som følge av økt helgejobbing komme i tillegg til de stillingshjemler/årsverk ei avdeling har? Dette bør Spekter svare NSF på. Og at vi får så tydelige og klare svar som mulig før slike avtaler eventuelt inngås (eller før presset på den enkelte blir så stort at man føler at en bare MÅ si ja).

Arbeidsgivers utydelighet i denne debatten bidrar til å øke min skepsis rundt hva de egentlig har i tankene.

Eksempel: Ei døgnbemannet sykehusavdeling har ei helgebemanning med 3 sykepleiere på dagvakt, 3 på aftenvakt og 2 på nattevakt. Det trengs altså 8 sykepleiere for å dekke 1 arbeidshelg.

I en turnus med arbeid annenhver helg, trengs det i samme avdeling 16 sykepleiere for å ha samme helgebemanning.

I en turnus med arbeid hver tredje helg, trengs det 24 sykepleiere. Dette er så langt harde fakta. Så følger hypotesen videre – sett nå at flere av sykepleierne i sistnevnte turnus sier seg villig til å jobbe flere helger – tilnærmelsesvis annenhver helg; mon tro hva arbeidsgiver gjør da? Jo, da trengs det jo ikke like mange sykepleiere for å dekke helgene, så da kan nok deres neste trekk bli stillingsreduksjoner. Er det her arbeidsgiver skal finne rom for å øke stillingsprosenten til de ufrivillig deltidsansatte?

Det er vel ikke særlig sannsynlig at deltidsansattes økte stilling som følge av økt helgejobbing skal komme i tillegg til allerede eksisterende årsverk i avdelingene? Nei, dersom ei avdeling trenger oppbemanning, kreves det ofte lange og besværlige diskusjoner. Det er iallfall det min lange sykepleiererfaring i spesialisthelsetjenesten tilsier. Det snus på hver en stein for å spare penger og stillinger. Men det det virker som arbeidsgiver har vanskelig for å innse og gjøre noe med, er at ei lavt bemannet avdeling er særdeles dyr i drift. Hyppigere og tidligere innleie både ved planlagt og uforutsett fravær gir økte utgifter ved at det ofte utløser overtidsgodtgjøring, når buffer i form av stillinger ikke er til stede.

Vi må avkreve Spekter – med A.K. Bratten i spissen – tydelige svar på disse spørsmålene. De svarene bør komme i Sykepleien. Vi vil og må få vite hva de tenker omkring dette og at vi får forsikringer om at de har «rent mel i posen».

Før noen gir oss svar, håper jeg at ingen inngår avtaler om økt helgejobbing. For til syvende og sist handler det om kvaliteten for pasientene våre under deres opphold ved våre sykehus. Det er vi som med vår enestående kompetanse og tilstedeværelse døgnet rundt følger dem opp og sterkt bidrar til deres opplevelse av kvalitet. Hvilke arbeidsforhold vi som sykepleiere jobber under, kan bidra til å svekke eller styrke den kvaliteten. La oss inderlig håpe at kvaliteten beholdes og helst styrkes! Pasientene fortjener det.

Anita Jensen, hovedtillitsvalgt i NSF

Fra Sykepleiens Facebook-side

Plikter å avlegge rusprøve:

Siri Utne: Helt greit, men føler meg mest rusa etter nattevakt.....

Jill Mostue: Flott!

Deltid gjør kvinner mindre likestilte:

Rose-Marie Aspelin: Jeg jobber i 50% stilling og har fått slengt i ansiktet; «Du jobber bare 50%, og har ingenting du sko sagt».....kjekt med illojale kolleger.....:/

Aase Neset: Ille at enkelte opplever at når man av ymse grunner har redusert stilling så reduseres vett og forstand tilsvarende.

Har du forventninger til tariffoppgjøret?

Arild Berland: Jeg har fått med meg at Stoltenberg & Flåten maner til et solidaritetsoppgør. Regner med at de mener at de mannsdominerte (og ofte høytlønte) yrkesgruppene avstår fra tillegg til fordel for, og i solidaritet med, kvinnedominerte høyskolegrupper da det er her likelønnsutfordringene er størst. En slik tilnærming må vi jo bare støtte opp om!

Siri Utne: Har ingen forventninger, da jeg fikk så mye i fjor. Denne spesialistgodkjenningen derimot ... gjesp.

www.sykepleien.no

Du kan si din mening om aktuelle saker på sykepleien.no

Egne tillitsvalgte for ledere?

Jeg har vært sykepleier noen år og sett mange forandringer, og ikke alle forandringene har vært forbedringer. Noen ganger kan man lure på om sykepleien går framover, eller tilbake. Pendelen svinger – og det vil den nok alltid gjøre.

Da jeg begynte å arbeide i denne sektoren var det vanlig å jobbe annenhver helg, vanlig med delvakter og slett ikke uvanlig at avdelingssykepleieren også var tillitsvalgt for NSF. Jeg vil ikke ha noe av dette tilbake og misliker det sterkt når politikere kommer med forslag om at vi må jobbe flere helger enn hver tredje helg, som nå er normen. Jeg vil ha et liv ved siden av jobben og jobber ofte nok når folk flest har fri. Helgejobbingen år etter år har en negativ innflytelse på folks sosiale liv. Noen kroner i helgetillegg kompenserer på ingen måte for dette.

Jeg skjønner at lederne har en vanskelig jobb med å få turnus og vakter og alt sammen til å gå opp, men det må da være mulig? Industrien har fått til dette med døgndrift og full stilling i alle år. Så hvorfor får man det ikke til i helsesektoren? Kan det mangle politisk vilje? Og står sykepleierne ikke samlet? Våre nærmeste ledere er sykepleiere, og det bør de være. Men de har ofte andre interesser å ivareta enn sykepleiere på gulvet. Det var grunnen til at det kunne være like greit at avdelingssykepleieren var tillitsvalgt den gangen det forekom.

Nå er det heldigvis alminnelig aksept for at leder og tillitsvalgt har forskjellige og vanskelig forenlige funksjoner i organisasjonen. Men tillitsvalgt er også tillitsvalgte for organiserte sykepleiere i lederstillinger. Det kan ikke alltid være like lett.

Bør vi forandre på dette? Kan det være en bra løsning at det på alle institusjoner av en viss størrelse er en tillitsvalgt for ledergruppen – en leder – og en annen for sykepleierne på gulvet?

Kanskje er det et tilbakesteg å ha en tillitsvalgt for ledere og en annen for fotfolket. Men trass i at vi har samme utdanning er vi i praksis to sorter sykepleiere. Kanskje må vi ta konsekvensene av dette?

Allerede Florence Nightingale hadde tanker om to sorter sykepleiere. Hun ville utdanne noen sykepleiere til å administrere og andre til å arbeide på gulvet. Så en deling vil stå på historisk grunn. Men jeg tror det er viktig at vi har samme grunnutdanning, at vi alle er sykepleiere og har faget som felles basis.

Hva tenker dere andre? NSF er 100 år. Jubileer er en gylden anledning til å evaluere fortiden og til å tenke over veien videre.

Medlem 0632887

MINNEORD

Wenche Gåserød

Til minne om en kjær kollega og venn som er dypt savnet. Wenche ble født 12. februar 1956 og døde 26. november 2011.

Kjære Wenche.
Det er med stor sorg i hjertet vi tar avskjed med deg, vår kjære kollega og venn gjennom mange år.

Samtidig er vi dypt takknemlige for at nettopp vi fikk kjenne og arbeide sammen med et menneske som deg.

Som fagperson var du klok, raus, dyktig, reflektert og brennende engasjert. Til tross for travle hverdager og mange oppgaver som psykiatrisk sykepleier, mistet du aldri det enkelte mennesket av syne. Du talte de svakes sak på en måte som imponerte oss alle. Du snakket så folk forsto det og var uredd og myndig når det måtte til.

Du så muligheter der andre var fristet til å gi opp. Du var positiv som få og ga aldri opp troen på at det nytter. Pasienter og pårørende ble lyttet til og ivaretatt på en måte som best kan beskrives som eksemplarisk.

Du hadde en utpreget rettferdighetssans og var levende opptatt av holdninger overfor dem vi er satt til å hjelpe. Jeg sa flere ganger til deg at når det ble snakk om holdninger, kunne jeg ikke annet enn å tenke på deg. Du snakket om menneskerettigheter, menneskeverd og etikk på en måte som grep oss alle. Det var ekte og det kom fra hjertet.

Ledige stunder på arbeidsplassen benyttet du til å glede pasienter og personale med baking og annen matlaging. Det utspant seg mange morsomme episoder i forbindelse med dette.

Vi kommer alltid til å huske deg som en skikkelig gladjente. Med stor sans for humor og en egen evne til å få øye på det komiske i ulike situasjoner, ble det mye latter og glede der du var.

I pauser på jobben ble det ofte snakk om barn og barnebarn. De var din stolthet og glede. Du delte også mange historier om dine firbente venner, kattene.

I Haldenklinikken ble du en del av ambulant akutteam. Også her satte du dype spor etter deg. Du tok ansvar fra første stund og bidro sterkt til å samle et nyetablert team. Da du etter hvert måtte trekke deg på grunn av sykdom, ble det et stort tomrom etter deg.

Din varme og omsorg rakk til oss alle. Du så den enkelte og inkluderte oss alle. Som hovedtillitsvalgt for sykepleierne i mange år, frontet du saker og ga støtte og oppbakking til dem som trengte det. Vi visste at vi kunne regne med deg, Wenche. Du levde slik du lærte.

For oss var du unik og enestående, et forbilde til etterfølgelse, en sann venn, en sjelden perle. Våre tanker går nå til dine nærmeste: mann, barn og øvrig familie.

Kjære Wenche, minnet om deg vil for alltid leve i våre hjerter. Takk for alt du ga oss. Hvil i fred.

Varm hilsen fra kollegaer og venner
i DPS Halden/Sarpsborg, ved Else Bengtson

Lisbeth Thoresen, førsteamanuensis, Fakultet for helsevitenskap, Høgskolen i Vestfold

KRONIKK

Lisbeth Thoresen om døden

Vil vi holde en fremmed i hånden når vi dør?

Døden har blitt aktuelt nyhetsstoff på en annen måte enn vi er vant til. Men spørsmålet om fastvakt er ikke så enkelt som det er fremstilt.

For hjertet er livet enkelt: Det slår så lenge det kan. Så stopper det. Med disse to korte setningene innledes Karl Ove Knausgårds omfattende bokprosjekt «Min kamp». Hjertet stopper og døden inntrer. Den følgende litterære beskrivelsen av hva døden gjør med kroppen likner ikke på noe annet jeg har lest. Så fortsetter Knausgård med å beskrive hva den døde kroppen gjør med oss, vi som er i live. Han beskriver vår kulturelle praksis med å tildekke og skjule den døde, hvordan døde oppbevares i sykehusets mest bortgjemte rom, og fraktes til egen begravelse bak sotete ruter. Knausgård skriver ikke et debattinnlegg, men han skriver en litterær tekst som åpner tanken min en smule. Han sier på sin måte det som jeg ønsker å få frem i denne kronikken: For hjertet er livet enkelt: det slår så lenge det kan. Alt som skjer etterpå, eller rundt døden, er vanskelig. Det har blitt bekreftet gjennom denne vinterens samfunnsdebatt om døden.

Annerledes død til Dagsrevyen

Plutselig ble døden snakket om på en annen måte i norske nyhetssendinger. En januarkveld var døden et hovedoppslag i Dagsrevyen, og i debattprogrammer ble menneskets siste tid og døden utdypet og diskutert. Aviser og nettsteder fulgte opp, og brakte debattinnlegg og kommentarer. Døden er jo ingen ukjent gjest i nyhetsbildet, heller tvert om. Katastrofer og ulykker, krig og terrorvirksomhet, dramatiske og uventede dødsfall er daglig kost. Et høyt antall drepte i Syria vekker kanskje ikke samme forferdelse som det som er nærmere oss, som de drepte fra Regjeringskvartalet og Utøya, eller han som blir drept i en bilulykke et steinkast unna. Døden slår oss uansett i øynene hver dag.

> Jeg er ikke overbevist om at verdighet = fastvakt.

Denne gangen var dramatikken knyttet til den helt alminnelige og hverdagslige døden. Døden som kommer bak lukkete dører på sykehjem og sykehus. Døden som rammer voksne og eldre. Døden som «varsles» på døra inn til pasientens rom ved at besøkende bes henvende seg til ansatte før de går inn. Døden som sprer seg i det mennesket man kjenner så godt, som viser seg så tydelig i kroppen og i ansiktet. Døden som en endelig grense. Døden som skaper et virvar av følelser av sorg, angst, lettelse og takknemlighet. Døden som skaper kaos, men som likevel rammes inn og får retning av en tid og av et rom, av et tent lys, av ord som sies. Når du forlater rommet og den døde, går verden videre rundt deg som om ingenting har hendt. Det var denne døden som nådde frem i nyhetsbildet.

Først kom nyhetsoppslaget om at pasienter dør alene på sykehus og sykehjem. Noen sykepleiere tok sitt samfunnsansvar alvorlig og fortalte om en praksis de mente ikke var riktig og til det beste for pasienten. Mer av det! Flere andre sykepleiere bekreftet at dette også var en erfaring fra eget arbeidssted.

Basert på kunnskap

Noen dager senere fortalte Ketil Bjørnstad i Aftenposten om sin far som døde for et års tid siden på et sykehjem i Oslo. I dødsannonsen stod det at faren sovnet stille inn. Gjennom kronikken i Aftenposten og intervjuer samme dag dementerte han denne opplysningen grundig. Bjørnstad opplevde at farens død var knyttet til at han ikke fikk tilbud om mat og drikke, og at han ble smertelindret med morfin som fremskyndet døden. Sykehjemmet hadde retningslinjer som de fulgte når beboere ble definert som døende, og som blant annet gav føringer for væsketilførsel.

Bjørnstads opplevelse ble bekreftet av andre pårørende som stod frem i Aftenposten senere samme uke. Her ble det beskrevet langvarige og uverdige dødsprosesser som en følge av at mat og drikke ikke ble tilbudt den døende pasienten. Til disse påstandene rykket flere leger ut og forsikret at mat og drikke skal tilbys så lenge pasienten ønsker det selv. Samtidig er best practice i dag å avslutte tilførsel av væske og næring når døden er nært forestående. Dette er med andre ord evidensbasert kunnskap; å tilby drikke, eller å henge opp intravenøs væske ville bidra til å forlenge dødsprosessen som kan bli ytterligere smertefull.

Her så vi hvordan helsevesenets kunnskap om fysiologiske pro-

ALENE? Hva er en verdig behandling av mennesker som er døende, spør kronikkforfatteren. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

sesser i den døende kroppen ble utfordret av pårørendes følelsesmessige bånd, erfaringer og forståelse av fars unike situasjon. Her ble det vanskelig.

Ikke riktig om retningslinjer

Og selv om mange synes at fastvakt til døende er det enkle og opplagte svaret på at pasienter dør alene – så synes jeg det er litt vanskelig. Saken ble gjengitt her i Sykepleien, og flere sykepleiere gav uttrykk for indignasjon over at pasienter må dø alene. Ett av innleggene viste til at det i Etiske retningslinjer for sykepleiere sies at pasienter ikke skal dø alene. Det stemmer ikke. Retningslinjene sier ingenting om at pasienter ikke skal dø alene. Derimot sier de etiske retningslinjene at sykepleiere har ansvar for å lindre lidelse, og bidra til en naturlig og verdig død.

Jeg må spørre: Er verdighet ensbetydende med at en fastvakt tilkalles og sitter hos den døende frem til døden kommer? Det er slett ikke sikkert at den døende pasienten kjenner vedkommende, at det rett og slett er en fremmed. La meg skynde meg å si; jeg forstår at nærvær kan ha en lindrende funksjon, både for den som skal dø og ikke minst for de som ikke skal. Men jeg er ikke overbevist om at verdighet = fastvakt. Tvert om mener jeg at vi gjør verdighetsbegrepet en bjørnetjeneste ved en så lettvin omgang med det. Slik jeg ser det har mennesket en iboende verdighet, denne kan krenkes.

For noen år tilbake skrev en datter om dette i Sykepleien. Jeg har ikke vært i stand til å finne tilbake til hennes innlegg, derfor blir det etter hukommelsen. Slik jeg husker det beskriver datteren hvordan hun kommer inn til sin far som lå for døden på et sykehus eller et sykehjem. Der fant hun «et fremmed menneske» som satt og holdt far i hånden. Dette reagerte hun så sterkt på at hun skrev om det i Sykepleien. Kan det vi ser på som opplagt og naturlig omsorg også erfares som krenkning av integritet? Kan det vi omtaler som verdig bidra til uverdighet?

Hva gjør døden med oss?

Døden er på moten, sier Per Fugelli. Med dette opponerer Fugelli mot den rådende forestillingen om at døden er et tabu i vår tid. Mange hevder at vi er blitt et samfunn som er fremmedgjort overfor døden, som mangler ord for å snakke om den, og som helst krysser gata når vi treffer kjente som har mistet noen.

Det er sant at døden blir tatt hånd om av profesjonelle; helsearbeidere og begravelsesbyråer gjør en viktig jobb. Her finnes også mye kunnskap, kompetanse og klokskap om hva som er det beste for den som skal dø og for dem som skal leve videre. Men her finnes også retningslinjer, verdier og normer som kan gjøre rommet for døden trangt og ufritt.

Nyhetsoppslagene om vonde erfaringer og det mange ser på som kritikkverdige forhold knyttet til omsorg for døende mennesker, gir oss en anledning til å snakke om våre praksiser rundt døden. Kan vi benytte anledningen til å utfordre egne forestillinger og normer om hva som er det gode og det verdige når livet går mot slutten?

Sykepleiere og andre helseprofesjoner har snart oppskrifter, prosedyrer og retningslinjer for alt som angår pasienter og brukere. Vi snakker varmt om brukermedvirkning og autonomi, men vi vet hva som er det beste. Og følger vanen eller retningslinjene. Ringer etter en fastvakt. Avslutter væskebehandlingen. Skulle vi i større grad undre oss noe mer om hva som er det beste? Skulle vi i større grad tenke over ikke bare hva døden gjør med kroppen, men også hva døden gjør med oss? ||||

Randi Anne Elvebakk,
spesialsykepleier i geriatri ved
St. Olavs Hospital i Trondheim.

Omsorg med respekt?

Sitter en fridag etter mange travle dager på jobb og reflekterer over arbeidet mitt.

Klokka er nesten 07.00 når jeg parkerer bilen. Jeg trekker skjerfet godt sammen rundt halsen, og går mot sykehuset som har vært jobben min de siste 14 årene. Full jobb i turnus, som sykepleier. Tankene spinner i hodet. Det har vært en svært travel helg. Vi som har arbeidet sammen har omtrent ikke hatt tid til vanlig prat. Vi har gitt hverandre beskjeder, forsøkt å planlegge arbeidet så godt som mulig. Ingen pauser, brødskiva har blitt spist omtrent stående. Jeg har omtrent ikke sovet gjennom helga – etter de travleste kveldsvaktene er det vanskelig å finne søvn. Etter dagvaktene, sitter jeg omtrent apatisk i godstolen et par timer, før jeg orker å gjøre noe som helst.

Jeg, som vanligvis orker mye og har stor kapasitet, er i ferd med å miste troen på yrket mitt og de som bestemmer at slik må det være.

Heisen stopper, og jeg går inn på avdelingen. Der er det nok å ta fatt i. To personer har meldt seg syke – den ene kvelden før. Det ble ikke gitt tillatelse til å leie inn, nå er det to som er borte. Vi må gjøre et bytte. På den andre gruppa er det en sykepleier – det går ikke. En hjelpepleier kommer til oss. Vi er fire personer, en pasient trenger fastvakt kontinuerlig, en annen trenger det når hun er våken, en annen trenger omtrent fast oppfølging. Alle disse har hatt flere fall og

Lanseringsseminar med tema:

Motivasjon til livsstilsendring hos personer med sykelig overvekt

Sykepleien Forskning lanserer nr 1-2012 på Diakonhjemmet høgskole i Oslo,
Diakonveien 14, Gamle bibliotek AU 17, tirsdag 20. mars kl. 11.30-12.30.

Hovedartikkelen i dette nummeret er skrevet av Lisbet Borge og medforfattere.

Program:
11.30-11.35: Velkommen ved redaktør Anners Lerdal
11.35-12.15: Lisbet Borge snakker om motivasjon til livsstilsendring for personer med sykelig overvekt.
12.15-12.30: Kommentar fra praksis ved Anne Lise Hustadnes

Ta med matpakken! Vi serverer kaffe/te
Vennlig hilsen Anners Lerdal, redaktør

sykepleien Forskning

trenger derfor kontinuerlig tilsyn. Vi har to rom med pasienter som er smitteisolert. En dårlig kreftpasient, sengeliggende, som trenger hjelp til alt. En meget dement dame som trenger tett oppfølging og tilsyn, to andre er kognitivt svekket og trenger mye hjelp.

Planleggingen er viktig, men på slike dager hvor alle har mer enn nok, skal det lite til før vi er langt på etterskudd. Det er blodprøver, tett kateter, sår, ben som skal linnes, urolige pasienter, medisiner som skal gis, telefoner som skal tas til kommunen. Sykepleiestudent har jeg også – hun trenger veiledning og oppfølging. Vi starter omtrent en halv time forsinket med legevisitt.

«Jeg lovet deg aldri en rosehage» – smile, le og spøke. I lommene mine ringer klokkene omtrent konstant, og jeg kjenner hodepinen komme for full fart. En pasient roper om hjelp og jeg går inn – hun vil legge seg, hun vil på do, hun skal ha medisiner og drikke. Tiden det tar, det går fort en halv time. Det samme gjentar seg etter en halv time – da vil hun opp, og på do. Sette seg i stolen, hun har brudd i hoften, er ganske nyoperert – vi trenger å bruke tid.

Omsider får vi startet med avvikling av pauser – da er det en tilbake som fastvakt hos en pasient, mens jeg er alene i tunet. Klokka er omtrent 12.30 når jeg har fått spist. Da venter et møte med sykepleierlærer og student – dette tar omtrent tre kvarter og jeg har enda mange oppgaver å løse. Avdelingen får ingen ekstra ressurser i forbindelse med opplæring av studenter. Dette skal vi løse i vår travle dag. Det går i ett. Klokka 14.00 får den siste av pasientene sitt morgenstell. Da har hun vandret rundt ustelt i nattskjorta uten oppfølging. Jeg tar henne med og forklarer at hun skal få seg en god dusj. Hår blir vasket og hun uttrykker stor velvære!

Når dette er gjort er dagen snart over og jeg har ennå ikke dokumentert telefonsamtaler, beskjeder eller observasjoner. Overtid – eller skal jeg bare droppe all dokumentasjon? Jeg skal ha fridag etter helg, dagen etter og vet at jeg må få skrevet ned det viktigste. Men vet at overtid er tabu – i alle fall den dokumenterte! Jeg skulle ha tatt telefoner til pårørende – det har jeg ikke fått gjort.

Det kommer tre personer på kveldsvakt. En av dem skal sitte fastvakt hos en urolig pasient som også er smitteisolert. Det er ingen ekstra ressurser for kvelden. ||||

Norges Helsehøyskole
Campus Kristiania

SYKEPLEIER?

Behov for mer kompetanse?
Vi tilbyr kurs og studier innen:

AKUPUNKTUR

OSTEOPATI

ERNÆRING m.m

22 70 19 00
WWW.NHCK.NO

TETT PÅ

Finn Nortvedt

Hvorfor: **Fordi han har opplevd sykepleierne fra en ny side**
Stilling: **Førsteamanuensis på Høgskolen i Oslo og Akershus**
Utdanning: **Sykepleier og dr. philos.**
Alder: **59 år**

Sykepleieren som skiftet side

Finn Nortvedt har undervist om hva sykepleie er i 30 år. Så ble han pasient.

Tekst og foto **Marit Fonn**

Det er over et år siden Finn Nortvedt oppdaget blod i urinen. Han visste med en gang hva det betydde.

Nå er han på sitt kontor på Høgskolen i Oslo og Akershus. Han er førsteamanuensis på institutt for sykepleie.

– Jeg venter på telefon fra Aker, sier han.

– De har samtaler med alle som har ligget i respirator.

– *De har kanskje skrevet dagbok om deg?*

– Neppe. Jeg var der bare noen dager.

HAN FIKK RETT. Det var kreft i urinblæren, slik han trodde. Sykepleielæreren er i jobb igjen, noen erfaringer rikere.

I 30 år har han undervist sykepleiere. Han har doktorgrad. Kan det meste om smerte, har skrevet bok om det sammen med tvillingbror Per.

– Skulle tro at jeg visste godt hva sykepleie er. Det visste jeg jo, og. I hodet. Nå har jeg erfart det i kroppen. Jeg har vært i andre menneskers varetekt.

Han fikk fjernet svulsten. Var skeptisk til å operere vekk urinblæren. Men kreften viste seg å være av den hissige sorten. Han ble operert 21. juli. Våknet på postoperativ 22. juli. Han fikk med seg nyhetene, men orket ikke ta terroren innover seg.

Han kom seg raskt, ble kalt premiepasient. Alt gikk fint på sengeposten og han skulle skrives ut. Magesmertene han hadde, tenkte han skyldtes antibiotikaen. At han spydde, nevnte han i forbifarten. At det som kom opp var svart, overså han.

Turnuslegen så hans svulmende mage. Bjellene burde ha ringt. I stedet diagnostiserte pasienten seg selv: «Ikke bry deg om magen, det er sikkert nyrebekkenbetennelse.» Men legen sendte ham til røntgen.

Dagen etter ble han operert for tarmslyng, en uhyre sjelden komplikasjon. Han våknet på respirator. Det ble fem døgn på intensiven. Deretter to måneder på sengepost.

Det tok flere måneder før inntrykkene kom opp i bevisstheten. Men kroppen har hukommelse. Opplevelsene er lagret.

Sårbarheten og tårene kom først etter den kritiske fasen. For tiden ser han mange scener for seg – oftest med en sykepleier til stede.

– Sykepleierne var der hele døgnet. Det ble klarere for meg hvor viktig det var. Det interessante spørsmålet er: Hvordan var de der?

Konklusjonen er klar: Uten sykepleierne hadde han ikke vært her.

HAN KJEMPET for å overleve. På intensiven var han stålsatt og konsentrert om kroppens basale behov.

– Jeg var i en marginal situasjon, likevel var jeg ikke redd.

– *Hva skulle du være redd for?*

– Å dø. Hva som ventet rundt neste sving. Men jeg var altså ikke redd. Ikke bare det, jeg følte meg til og med trygg. Noen vil si at det skyldtes medisineringen. Men jeg følte meg våken og skjerpet, var bare borte i korte øyeblikk.

Sykepleierne passet på ham. Han husker spesielt to som var der dag og kveld.

– De var der rundt meg. De prata til meg. Gjorde praktiske ting med kroppen min. Jeg merket at de kunne sitt håndverk.

– *Hvordan?*

– Det var måten de tok på meg, hvordan jeg ble lagt. De snudde meg, leira meg, fikk meg til å ligge avslappa. Det skulle ikke mer til enn en krøll på puten for at jeg ikke fikk sove.

En annen sykepleier var der om natten, som en skygge.

– Jeg ga bare et vink. Hun var så rolig i bevegelsene. Smøg seg så fint rundt. Jeg trengte ikke si noe. Det sies at sykepleie er et praktisk yrke. Det er det! Men når kroppen ivaretas, ivaretas også sjelen.

– *Var sykepleierne lavmælte?*

– Ikke alle. Én var som et fyrverkeri. Hun var høyrøstet og livlig, som en virvelvind. Brukte humor og latter. Jeg likte det, men det kunne blitt helt feil hvis ikke hun hadde vært så uhyre kompetent som hun var. Hun var rask og sikker.

– *Du hadde yndlinger?*

– Absolutt.

– *Men ingen du ikke kunne utstå?*

– Nei. Erfaringene er positive. Kommunikasjonen skjedde via praktisk handling. Ikke de lange samtalene. Jeg orket ikke det.

– *Hvis de hadde gjort det? Samtalt?*

– Det ville vært håpløst når jeg var så dårlig. Malplassert.

Kona Anne Marit, som også jobber på sykehus, og de to voksne døtrene var ved sengen de kritiske dagene. Holdt ham i hånda. Venner kom også.

– Et håndtrykk. Et blikk. Det var nok.

Han var så vidt ute av respirator, men fortsatt på intensiven. Da sa en mannlig sykepleier: «Og så skal vi ta fotbad.» «Er du gal? Det er ikke mulig», tenkte Finn Nortvedt. «Jeg klarer ikke en gang å reise meg.» Samtidig hørtes det varme, skummende vannet forlokkende ut.

– Han fikk meg opp i en stol, det gikk jo fint. Jeg fikk føttene i vann en god stund. Det er noe mytisk i det å vaske føtter. Et arketypisk symbol på omsorg. Det var sånn det fungerte.

Han kommer plutselig på magesonden som ble lagt inn før operasjonen. Ubehagelig nok i seg selv å ha et rør det stadig rant fra.

– Men den lukten! Det var det verste. En ubestemt lukt og smak jeg ikke kan beskrive.

Noen smerteerfaring fikk smerteforfatteren ikke.

– Men jeg fikk erfart god smertelindring med pumpe. Hva gjorde de før, uten epiduralpumpe, lurer jeg på.

VERRE VAR DET MED TØRSTEN. Den kom helt plutselig. Den ble der hele tiden, hvert sekund, uslokkelig. Det eneste han tenkte på var Solo Super.

Kona fukta leppene hans. Men han kunne ikke få mer enn en halv liter væske per dag. Maks en liten slurk om gangen.

Mens han lå der og tørstet, kom han til å tenke på Eva Gjengedals doktorgradsavhandling fra 1994. Hun skrev om den ulidelige tørsten hos intensivpasienten. Og om pinen når sykepleieren lot vannet renne fra kranen.

En dag var det liv på vaktrommet. Kanskje feiret de en bursdag. Han fikk i hvert fall servert en teskje med vaniljeis. Den lille munnfullen ble et sanselig høydepunkt.

Etter en ukes tid var tørsten plutselig over. Han fikk aldri svar på hva den egentlig skyldtes. Han var jo ikke dehydrert. Da visitten kom, var kirurgene mest opptatt av magen og operasjonssåret, om han ville få infeksjoner.

«Det skulle ikke mer til enn en krøll på puten for at jeg ikke fikk sove.»

– Legene er selvsagt helst sentrale, men jeg er også sikker på at jeg ikke ville vært i live hvis det ikke var for sykepleierne. De dro meg gjennom dette.

– På intensiven?

– Like mye på sengeavdelingen. Oppi det mest kritiske og hjelpeløse, ivaretar sykepleierne de grunnleggende funksjonene, samtidig som de observerer og holder orden på kompleks teknologi.

Oppholdet på sengeposten inkluderte feber og frostanfall og reinnleggelse med urinveisinfeksjon. Ingen trodde såret skulle gro. Men det grodde fint.

– Så ble jeg sittende stiv og passiv i en krok. Syntes ikke det var så mye å smile av. Men de snakket konkret: «Kle deg i dine vanlige klær. Slutt å subbe i morgenkåpe.» Det gikk inn. De sa det på en måte som ikke var støtende. Det er god kommunikasjon.

Sykepleierne fikk ham til å se framover. Han kom ut av sykerollen.

– Man kommer fort inn i pasientrollen og blir opptatt av symptomer og egen kropp, angsten for det som har vært og at det kan skje igjen.

Til tider må han ha vært en pest og plage, tror han. Han ringte i snoren for den minste ting, som å få dem til å snu på puten.

– De hadde sikkert masse å gjøre. Men de var like blide.

Etter tre-fire døgn på sengepost hørte han stemmer om natten. Han kjente sengen reise seg, ble plaget av merkelige lukter. Stemmene ropte på ham.

– Jeg hallusinerte, var nesten psykotisk. Vet ikke helt, men tror det hadde å gjøre med nye medisiner på epiduralpumpen.

Om morgenen var han desperat og utslitt. Da kom to av de mest erfarne sykepleierne og tok morgenstellet.

– De var ikke hvem som helst. De tok tak i meg, fjernet koblinger. Jeg ble vendt opp og ned, tatt i, tatt hånd om. Brakt tilbake i normalsituasjon.

Med godt håndlag fikk de ham forankret til verden igjen.

– Det hadde ikke hjulpet om de hadde satt seg ned og snakket med meg. De snakket sikkert. Men om det praktiske, ikke noe personlig.

Han spør seg:

– Er denne type praktisk evne nok anerkjent?

– Skyldes det en blanding av utdanning, erfaring og personlighet?

– Ja. Men jeg opplevde det også med noen av de nyutdannete.

– Personligheten er avgjørende?

– De er en myriade av personligheter. De utfylte hverandre. Men jeg likte noen bedre enn andre. Når vi fikk vite at den og den sykepleieren skulle på vakt; oj, da ble vi glade, både jeg og kona.

– Har du fått en ny definisjon på sykepleie?

– Jeg har aldri vært så opptatt av sykepleieteori. Jeg har tenkt at praksis er viktigst. Det har jeg fått bekrefta. Det ble sterkere enn jeg trodde. Før kunne jeg messe om hvor viktig sykepleiere er. Om blikk og tonefall. Nå har jeg erfart at sykepleiere er livreddere.

– Klønete folk bør ikke bli sykepleiere?

– De kan jo lære. Det handler også om kommunikasjon. Og engasjement. De var ekte bekymra for meg. Og viste lettelse når det gikk bra.

Det var på Aker sykehus han var pasient. Sykehuset som er i ferd med å legges ned.

– Jeg gir gjerne honnør til sykepleierne der. Synd hvis man bryter opp gode fagmiljøer.

SÆRLIG PÅ SENGEPOSTEN var han opptatt av hvem som skulle ha ansvar for ham på neste vakt. Han hadde behov for kontroll og trygghet.

– Men religiøs er du ikke blitt?

– Nei. Jeg var blodforgiftet før reoperasjonen og hadde blodtrykksfall, men ikke hjertestans. Jeg var aldri klinisk død. Det var bare mørkt. Aldri lyst. Det var veldig behagelig i det mørket. Narkosen tok meg inn i søvn og så tilbake, uten noe ubehag.

Sykepleierne på urologen lærte ham å stelle blæren og sette kateter på seg selv. De underviste og motiverte.

– Jeg lærte å skylle ut slim med saltvann, det var ingen spøk.

– Var det vondt?

– Ubehagelig.

Nortvedt vender stadig tilbake til spørsmålet: Vet sykepleierne hvor viktige de er?

– Er det viktig at de vet det?

– Ja, for å utvikle stolthet og identitet til yrket. Det er lett å tenke at det er kun kirurgen som redder liv. Jeg vil hevde at også sykepleierne er livreddere. Moderne kirurgi gir fantastiske resultater, som å lage ny urinblære av tarm og få det til å fungere. Så skal man friskne til og dras ut av skyggenes dal. Da er sykepleien nødvendig.

Han ble utskrevet 22. september. «Få opp farten, Finn!» kunne kona si. Han følte seg treg. Armen var stiv. En gang han trente, ble han svimmel. Følte han lespet, klarte ikke å artikulere ordentlig. Spurte kona, hun var enig. Fingrene var stive, mimikken dårlig.

«Nå har jeg fått hjerneinfarkt», tenkte han.

Men denne gangen tok han feil. I november fikk han diagnosen Parkinson. Bare noen timer etter at han fikk medisiner, kunne han igjen bevege fingrene. Nå har kroppen begynt å venne seg til de sterke medisinene.

– Det som ble tolket som depresjon, var nok tegn på Parkinson, som har ligget latent. Antakelig ble den utløst av det kritiske forløpet.

Nå synes han det er befriende å være tilbake i jobb.

– Man blir så negativt fiksert på kropp og symptomer. Jeg er ikke fullt effektiv ennå. Men det er godt å være ute blant folk.

DET ER GÅTT noen dager. Nortvedt ringer.

– Jeg har tenkt litt.

– Ja?

– En kollega skriver om begrepet «våke over». Før har jeg ikke tenkt over det. Men det var akkurat det jeg ble. Våket over. Kroppen husker. Måten sykepleierne holdt meg ved livet.

Han kommer på foreldreparet som hadde mistet et barn i krybbedød. Da de kom med det døde barnet til sykehuset, sto legen og sykepleieren ute på trappen for å ta imot dem.

– Mange år senere sa moren at hun aldri vil glemme det øyeblikket. At de sto på den trappen.

Noen dager senere er han tilbake på Aker. Han treffer sin redningsmann, sykepleieren med fotbadet. Ved respiratoren forteller han alt han husker om Nortvedts opphold sist sommer. Det med tørsten får han fortsatt ikke svar på. Men han får vite at det er et stort problem hos intensivpasienter.

– Da er det rart at de ikke finner ut hva det skyldes, tenker han. ||||

SYKEPLEIEN

1933.

1933: På et diskusjonsmøte krever 300 NSF-medlemmer at forbundet må jobbe for kortere arbeidstid for sykepleiere, forteller Sykepleiens februar-utgave. Høsten samme år blir dette vedtatt på landsmøtet.

FORMANN GÅR: Mange kom på besøk til søster Bergljot mens hun var formann i Norsk Sykepleierskeforbund. I 1935 var hennes formannstid som hadde vart i 23 år over.Men hun beholdt stillingen som redaktør i Sykepleien.

Kampen for kortere arbeidstid krevde ny leder

«Efter nøie overveielse ønsker jeg herved å frabe mig gjenvalg som formann. Min stilling som forstanderinne for forbundets forskjellige avdelinger og som generalsekretær beholler jeg inntil Gud løser mig ut.»

Meldingen fra Bergljot Larssons om at hun ikke tok gjenvalg som formann, kom i form av følgende telegram til Norsk Sykepleierskeforbunds hovedstyre 10. oktober 1935. Fire dager før generalforsamlingen. En etterfølger måtte bli funnet. Det var ingen lett situasjon for organisasjonen.

Hun fikk henstillinger om å fortsette som formann, men det var også sterke krefter i forbundet som ønsket en ny leder. I Trondheimsforeningen oppsummerte man at det ikke hadde vært noen hyggelig generalforsamling. «Mest forstemmende var det at høre at det var flere ældre forbundssøstre som særlig opponerte sterkt» heter det blant annet i Forhandlingsprotokollen. En av stifterne, Marie Sundby, advarte mot splittelses. I 1934 ble Socialistiske Sykepleierskers Forening stiftet, men lagt ned noen år seinere.

Søster Bergljot hadde i et par tiår hatt en nesten uinnskrenket makt over organisasjonen. Midt i 1930-åra var tilliten svekket. Hun tok konsekvensen av det, og sa fra seg formannsstillingen. Ledelse av forbundets praktiske arbeid og stillingen som redaktør av Sykepleien beholdt hun. Forbundet kunne ikke sette sin mangeårige leder på bar bakke økonomisk. Det ville vært uhørt.

I starten av 1930-åra hadde forbundet fått flere oppfordringer fra medlemmer om å gjøre noe med sykepleierskenes arbeidstid. Debatten hadde også nådd pressen. Som reaksjon på dette inviterte ledelsen hver onsdag alle utdannede sykepleiersker til diskusjonsmøte i «Sykepleiernes hus». Ifølge Sykepleien februar 1933 ble det etter et slikt møte, som samlet rundt 300 søstre, sendt et referat til pressen hvor det blant annet heter: «Invalideprosenten innen standen vakte særlig interesse, og det blev enstemmig vedtatt at Norsk Sykepleierskeforbund måtte sette press på å få utredet spørsmålet om nye systemer til forbedring av sykepleierskenes arbeidstid.»

Oppfordringen ble fulgt opp på landsmøtet i Trondheim samme år: «For sykepleiersker må 8 timers arbeidsuke fordelt på 6 dager bli gjennomført» heter det i en resolusjon fra landsmøtet. Debatten om åttetimersdagen hadde for alvor nådd forbundet.

Året etter startet regjeringen arbeidet med å revidere arbeidervernloven. Skuffelsen var stor da utredningen forelå i 1935. Sykepleierskene var utelatt. Men kampen for lovbeskyttelse og kortere arbeidstid var klare tegn på at sykepleierskene hadde fått et nytt syn på egen arbeidsinnsats og eget liv. De var ikke lenger bare trofaste kallsarbeidere som stod på til jobben var gjort.

Norsk Sykepleierskeforbund ble stiftet av en liten elite i storbyene. Man ønsket å skape en eksklusiv yrkesgruppe, med et klart utdanningsgrunnlag, et forbund for de utvalgte, og med distinkte yrkesidealer.

Vekst i medlemstallet, økende lokal organisering og ikke minst nye arbeidsoppgaver, forutsatte en annen organisering og et annet lederskap av forbundet.

I 1936 kom krav om at kretsene skulle være representert på landsmøtet, og at lokalavdelingene skulle være representert i ledelsen. Forbundet kunne ikke se framover uten å trekke medlemmer og lokale organisasjonsledd sterkere og mer forpliktende til seg.

En lederstyrt organisasjon kunne kjempe gjennom et prinsippspørsmål om treårig sykepleierutdanning, men når oppgavene ble å påse at arbeidstidsbestemmelser og lønnsregulativ ble fulgt, var ledelsen avhengig av gode lokale kontakter. Og for å gjøre lokalapparatet til noe ut over det å være selskapelige klubber, måtte de gis innflytelse.

Tekst **Bjørn Arild Østby** Foto **NSF Arkiv**

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.

Skadet etter utenlandsoppdrag?

Et av Norsk Sykepleierforbunds medlemmer har fått nærmere 2,8 millioner kroner i erstatning for 100 prosent uførhet etter å ha deltatt i internasjonale operasjoner.

Det er ikke usannsynlig at det er flere sykepleiere som sliter etter internasjonale operasjoner og som kan ha rett til erstatning.

I 2010 ble det ved forskrift innført en ny kompensasjonsordning for personell som er blitt påført psykisk belastningsskade som følge av tjenestegjøring i internasjonale operasjoner. Forskriften gjelder for militært personell som har tjenestegjort i en internasjonal operasjon i perioden 1. januar 1978 og frem til og med 31. desember 2009.

Det er dessverre en del av dem som har deltatt i fredsbevarende operasjoner som i etterkant sliter på grunn av de store psykiske belastningene slike operasjoner kan medføre. Den nye kompensasjonsordningen gir rett til erstatning/kompensasjon dersom psykisk belastningsskade medfører varig arbeidsuførhet.

NSF hjelper sykepleiere som har deltatt i internasjonale operasjoner med å fremme krav om erstatning dersom tjenesten har medført psykisk belastningsskade. Et av våre medlemmer har nylig fått innvilget erstatning for 100 prosent arbeidsuførhet etter den nye ordningen, nær 2,8 millioner kroner. Denne sykepleieren ble påført psykisk skade etter oppdrag i 1978-79, og er i dag 100 prosent ufør. NSF bistår ytterligere ett medlem med krav under kompensasjonsordningen.

Det er vedtatt en økning av kompensasjonsordningen opp til 65 G, mot dagens 35 G, men en formell forskriftsendring foreligger foreløpig ikke. Når denne foreligger kan det fremmes krav. Den nye forskriften vil ha noe strengere beviskrav enn dagens ordning.

Det er grunn til å tro at det kan være flere sykepleiere som sliter etter internasjonale operasjoner og som kan ha rett til erstatning. Det er viktig at disse gjør seg kjent med ordningen og melder krav. Krav kan (tidligst) foreldes tre år etter at forskriften trådte i kraft 01.01.10. Ta kontakt med NSFs fylkeskontor dersom du trenger mer informasjon eller hjelp.

Spesialrådgiver og advokat Yvonne E. Frøen i Norsk Sykepleierforbund.

Ekstra ferieuke etter fylte 60 år?

? Jeg er en arbeidstaker som fylte 60 år i februar i år. Stemmer det at jeg som følger av arbeidsavtalen min har en sjette ferieuke i tillegg til de fem ukene? Jeg lurer også på hvordan reglene er for avvikling av denne siste ferieuken. Kan jeg for eksempel overføre denne til neste år?

§ Ja, arbeidstakere som fyller 60 år i løpet av ferieåret skal gis en ekstraferie på seks virkedager, jf. ferieloven § 5 nr. 2. Dette vil gjelde uansett om det er avtalt fire eller fem ukers ferie i ferieåret, slik at du i ditt tilfelle har krav på seks ukers ferie hvert ferieår. Arbeidstakere over 60 år med en slik rett kan selv bestemme når ekstraferien skal tas ut, med mindre annet er avtalt i ansettelsesforholdet. Vilkåret er imidlertid at den ansatte gir arbeidsgiver minst to ukers varsel før avviklingen. Tilsvarende kan arbeidstakeren selv bestemme om denne ekstraferien skal avvikes samlet eller om det skal tas ut en eller flere dager om gangen, jf. ferieloven § 6 nr. 1, annet ledd. Dersom arbeidstakeren velger å dele ekstraferien, vil vedkommende ha krav på å få fri så mange arbeidsdager han normalt har i løpet av en uke. Arbeidsgiver på sin side har en plikt til å sørge for at arbeidstakeren faktisk avvikler ekstraferien i løpet av ferieåret, slik som reglene også er når det gjelder de resterende ukene av ferien.

Når det gjelder spørsmålet ditt om du kan overføre den sjette ferieuken til neste år, vil de samme regler gjelde som den avtalefestede ferietiden. Dette innebærer at det kan inngås en skriftlig avtale mellom deg og arbeidsgiver om overføring av inntil 12 virkedager ferie til det påfølgende ferieår. Dersom du har avviklet fem ukers ferie i år, kan du dermed overføre den sjette uken til neste år.

Kilde: Ukeavisen ledelse og ferieloven

Passer på paragrafene:

Harald Jesnes Forhandlingssjef i NSF

Marit Gjerdalen Advokat

Johs Bruvik Spesialrådgiver

Kirsten Nesgård Spesialrådgiver

Oskar Nilssen Advokat

Lars Petter Eriksen Spesialrådgiver

Anne Lise Wien Seniorrådgiver

Anne Lystad Seniorrådgiver

Yvonne E. Frøen Spesialrådgiver og advokat