4 | 2012
22. mars 2012
100. årgang

Sykepleien 100 år

Oversett sex.

Alle snakker om jenter og sex. Men hva med gutta? Side 30

Turnusklemma **40**
Eks`en på dødsleiet **88**
Tett på Liv Signe Navarsete **100**

NYHET

NB:
ZOELY® er inkludert i bidragsordningen fra 2. januar 2012
Statens legemiddelverk

Nyhet: ZOELY®

- P-pillen med en innovativ kombinasjon av hormoner
  - Nomegestrolacetat, et høyselektivt gestagen avledet fra kroppens eget progesteron[1]
  - 17ß-østradiol, strukturelt identisk med endogent østrogen[1]
- Mer enn 99% effektiv i et 24/4 regime[1,2]
- Gir korte og lette bortfallsblødninger[1,3]

Før forskrivning av Zoely®, se preparatomtalen

Utvalgt sikkerhetsinformasjon for ZOELY®
ZOELY® er **kontraindisert** ved arteriell eller venøs trombose i akuttfase eller i anamnesen, migrene med aura, alvorlige leversykdommer, tumores eller udiagnostisert vaginalblødning.
Forsiktighetsregler: Nedsatt effekt ved glemte piller, oppkast eller diaré. Redusert effekt ved samtidig bruk av visse legemidler (se preparatomtalen).
Vanligste **bivirkninger ved bruk av ZOELY®**: Svært vanlige (≥1/10): Uønskede bortfallsblødninger, akne. Vanlige (≥1/100 til <1/10): smerter i bryst og bekken, økt vekt, kvalme, nedstemthet og nedsatt sexlyst.

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

Statens legemiddelverk

zoely®
nomegestrolacetat/østradiol
2,5 mg/1,5 mg filmdrasjerte tabletter

MSD

MSD (Norge) AS, Postboks 458 Brakerøya, N-3002 Drammen,
Telefon 32 20 73 00, Faks 32 20 73 10, www.msd.no.

Zoely «Theramex»

Antikonsepsjonsmiddel. ATC-nr.: G03A A14

TABLETTER: *Hver hvite tablett inneh.:* Nomegestrolacetat 2,5 mg, østradiol 1,5 mg, laktosemonohydrat 57,71 mg, hjelpestoffer. De gule tablettene er placebotabletter. **Indikasjoner:** Oral antikonsepsjon. **Dosering:** Medikasjonen begynner på menstruasjonsblødningens 1. dag, og fortsetter med 1 tablett hver dag i 28 dager i den rekkefølge som fremgår av pillebrettet.Klistremerker med ukedager medfølger og skal festes på brettet. Tablettene er nummerert og tas i stigende rekkefølge.Tablettene 1-24 er aktive (hvite), 25-28 er placebo (gule). En går direkte over til nytt brett uten opphold. En menstruasjonslignende blødning (bortfallsblødning) kommer vanligvis 2-3 dager etter inntak av den siste hvite tabletten, og er ikke nødvendigvis avsluttet før neste brett påbegynnes. Med dette behandlingsregimet oppnås full beskyttelse fra 1. tablett. Se SPC/pakningsvedlegg for nærmere beskrivelse av overgang fra annen prevensjon og for håndtering av glemte tabletter. ***Administrering:*** Kan tas med eller uten mat. Bør inntas med litt væske og helst til omtrent samme tid hver dag. **Kontraindikasjoner:** Venetrombose, nåværende eller tidligere (dyp venetrombose, lungeemboli). Arteriell trombose, nåværende eller tidligere (f.eks. hjerteinfarkt), eller forstadium til trombose (f.eks. angina pectoris eller forbigående iskemiske anfall). Cerebrovaskulær hendelse, nåværende eller tidligere. Migrene med fokale nevrologiske symptomer. Kjent disposisjon for venøse eller arterielle tromboser som aktivert protein C, mangel på protein S, hyperhomocysteinemi og antifosfolipidantistoffer. En alvorlig eller flere risikofaktor(er) for venøs eller arteriell trombose, f.eks. diabetes mellitus med vaskulære komplikasjoner, alvorlig hypertensjon, alvorlig dyslipoproteinemi. Nåværende eller tidligere pankreatitt dersom den er assosiert med alvorlig hypertriglyseridemi. Nåværende eller tidligere alvorlig leversykdom så lenge leverfunksjonsverdier ikke er normalisert. Nåværende eller tidligere levertumorer (benigne eller maligne). Kjente eller mistenkte maligne tilstander i genitalia eller brystene, hvis de er påvirkelige av kjønnshormoner. Endometriehyperplasi. Udiagnostisert vaginalblødning. Hypersensitivitet for noen av innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Før behandling institueres foretas komplett anamnese, inkl. familieanamnese og blodtrykksmåling. Graviditet utelukkes. Hyppighet av senere undersøkelser baseres på etablert praksis, og tilpasses den enkelte kvinne. Kombinasjons- p-piller er assosiert med økt risiko for venøs tromboemboli (VTE), spesielt 1. behandlingsår. Epidemiologiske studier har vist at forekomsten av VTE hos kvinner uten kjente risikofaktorer, som bruker lavdose østrogen kombinasjons-p-piller (<50 µg etinyløstradiol), varierer fra ca. 20 tilfeller pr. 100 000 kvinneår (for kombinasjons- p-piller med levonorgestrel), til 40 tilfeller pr. 100 000 kvinneår (for kombinasjons-p-piller med desogestrel/gestoden). Dette kan sammenlignes med 5- 10 tilfeller pr. 100 000 kvinneår for ikke-brukere, og 60 tilfeller pr. 100 000 svangerskap. VTE er fatal i 1-2% av tilfellene. Det er ukjent hvordan Zoely påvirker risikoen sammenlignet med andre kombinasjons-p-piller. Risikoen for VTE øker med: Økende alder, positiv familieanamnese (VTE hos søsken eller foreldre i relativt ung alder), fedme, langvarig immobilisering, større operasjoner, ethvert kirurgisk inngrep i bena eller alvorlig traume. I disse situasjonene er det tilrådelig å avbryte bruk (i tilfelle planlagt kirurgi minst 4 uker i forveien), og ikke fortsette før 2 uker etter fullstendig remobilisering. Risiko for arterielle tromboemboliske komplikasjoner eller cerebrovaskulær hendelse øker med: Økende alder, røyking, dyslipoproteinemi, fedme, hypertensjon, migrene, hjerteklaffefeil, hjerteflimmer, positiv familieanamnese (arteriell tromboemboli hos søsken eller foreldre i relativt ung alder). Ved mistanke om arvelig disposisjon skal kvinnen henvises til spesialist for rådgivning før det tas avgjørelse om bruk av hormonell antikonsepsjon. Ved mistenkt eller bekreftet trombose skal bruk av preparatet avbrytes. Symptomer på trombose eller cerebrovaskulær hendelse kan innbefatte: Unilateral smerte og/eller hevelse i bena. Plutselig kraftig smerte i brystet med mulig utstråling til venstre arm. Plutselig tungpustethet, plutselige hosteanfall, uvanlig kraftig vedvarende hodepine, synstap, dobbeltsyn, utydelig tale eller afasi, svimmelhet, kollaps med eller uten fokale anfall, svakhet eller svært markert nummenhet som påvirker en side eller en del av kroppen, motoriske forstyrrelser, akutt abdomen. Andre medisinske tilstander som er assosiert med sirkulatoriske bivirkninger omfatter diabetes mellitus, systemisk lupus erythematosus, hemolytisk uremisk syndrom, kronisk inflammatorisk tarmsykdom (f.eks. Crohns sykdom eller ulcerøs kolitt), sigdcellesykdom. En økning i frekvens eller styrke av migrene (som kan være forløper for en kardiovaskulær hendelse) kan være grunnlag for å avbryte bruken umiddelbart. Noe økt relativ risiko for brystkreft hos kvinner som bruker kombinasjons-p-piller er rapportert i epidemiologiske studier. Den økte risikoen forsvinner gradvis i løpet av 10 år etter avsluttet bruk. I sjeldne tilfeller har benigne levertumorer vært rapportert. Levertumor må anses som en differensialdiagnose ved sterk smerte i øvre del av buken, for størrelse av leveren eller tegn på indre blødninger i abdomen. Kvinner med hypertriglyseridemi eller slik i familieanamnesen kan ha en økt risiko for pankreatitt. Hvis vedvarende klinisk signifikant hypertensjon utvikler seg, bør bruk av preparatet avsluttes og hypertensjonen behandles. Bruken kan gjenopptas hvis normotensive verdier oppnås ved behandling med antihypertensiver. Følgende tilstander kan forekomme eller forverres både ved svangerskap eller ved bruk av hormonell prevensjon: Gulsott og/eller kløe relatert til kolestase, dannelse av gallesten, porfyri, systemisk lupus erythematosus, hemolytisk uremisk syndrom. Sydenhams chorea, Herpes gestationis, otoskleroserelatert hørselstap, (arvelig) angionevrotisk ødem. Ved akutte eller kroniske forstyrrelser av leverfunksjon, kan det være nødvendig å seponere preparatet inntil markørene for leverfunksjon går tilbake til normalen. Kan endre perifer insulinresistens og glukosetoleranse, og kvinner med diabetes bør monitoreres nøye spesielt de første månedene. En forverring av depresjon, Crohns sykdom og ulcerøs kolitt er assosiert med hormonell antikonsepsjon. Kvinner med tendens til kloasma bør unngå å utsette seg for sollys eller ultrafiolette stråler. Varigheten av bortfallsblødning med Zoely er gjennomsnittlig 3-4 dager. Bortfallsblødninger kan også utebli. Uregelmessige menstruasjonsblødninger kan forekomme, spesielt de første månedene. Hvis blødningsuregelmessigheter vedvarer eller oppstår etter foregående regulære sykluser, bør ikke-hormonelle årsaker tas i betraktning. Dersom dette forekommer, og Zoely er tatt iht. instruksjonene, er det usannsynlig at kvinnen er gravid. I tvilstilfelle bør graviditet utelukkes før behandlingen fortsetter. Oppkast og diaré kan føre til ufullstendig absorpsjon. Dersom tablettene tas mer enn 12 timer for sent kan den preventive beskyttelsen reduseres, og tilleggsprevensjon bør benyttes de neste 7 dagene. For mer informasjon om forholdsregler ved gastrointestinale forstyrrelser og ved glemt tablett, se SPC/pakningsvedlegg. Menstruasjonen kan om nødvendig utsettes ved å gå direkte over til et nytt brett uten å ta de 4 placebotablettene. For mer informasjon om endring eller utsettelse av menstruasjon, se SPC/pakningsvedlegg. Pasienter med sjeldne arvelige problemer med galaktoseintoleranse, lapp-laktasemangel eller glukose-galaktosemalabsorpsjon bør ikke bruke dette legemidlet. **Interaksjoner:** Bruk sammen med enzyminduserende legemidler (f.eks. fenytoin, fenobarbital, primidon, bosentan, karbamazepin, rifampicin, og naturlegemidler med johannesurt, og i mindre grad okskarbazepin, topiramat, felbamat, griseofulvin, ritonavir, nelfinavir, nevirapin og efavirenz) kan gi gjennombruddsblødninger og sviktende prevensjon. Ved kombinasjon med et av disse legemidlene bør barrieremetode brukes under behandling og i 28 dager etter avsluttet behandling. P-piller kan påvirke metabolismen til lamotrigin. **Graviditet/Amming:** *Overgang i placenta:* Ikke indisert, seponeres hvis graviditet oppstår. *Overgang i morsmelk:* Kan redusere mengden og endre sammensetningen av brystmelk. Bør ikke anvendes under amming. **Bivirkninger:** *Svært vanlige (≥1/10):* Hud: Akne. Kjønnsorganer/bryst: unormal bortfallsblødning. Vanlige (≥1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Kvalme. Kjønnsorganer/ bryst: Metroragi, menoragi, smerter i brystene, bekkensmerter. Nevrologiske: Hodepine, migrene. Psykiske: Nedsatt libido, depresjon/nedstemthet, endret sinnsstemning. Undersøkelser: Økt vekt. *Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):* Gastrointestinale: Abdominal distensjon. Hjerte/kar: Hetetokter. Hud: Hyperhidrose, alopesi, kløe, tørr hud, seboré. Kjønnsorganer/bryst: Hypomenoré, hovne bryster, galaktoré, kramper i uterus, premenstruelt syndrom, knuter i brystene, dyspareuni, vulvovaginal tørrhet. Muskel-skjelettsystemet: Tyngdefølelse. Stoffskifte/ernæring: Økt appetitt, væskeretensjon. Undersøkelser: Økte leverenzymer. Øvrige: Irritabilitet, ødem. *Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000):* Gastrointestinale: Tørr munn. Hud: Kloasma, hypertrikose. Kjønnsorganer/bryst: Lukt fra skjeden, vulvovaginalt ubehag. Lever/galle: Gallesten, galleblærebetennelse. Nevrologiske: Oppmerksomhetsforstyrrelse. Psykiske: Økt libido. Stoffskifte/ernæring: Nedsatt appetitt. Øye: Kontaktlinseintoleranse/tørre øyne. Øvrige: Sult. **Overdosering/Forgiftning:** *Symptomer:* Kvalme, oppkast og vaginalblødning. *Behandling:* Symptomatisk. Intet antidot. Se Giftinformasjonens anbefalinger G03A side d. **Egenskaper:** *Klassifisering:* Progestogen-østrogen monofasisk kombinasjonspille. *Virkningsmekanisme:* Undertrykkelse av ovulasjonen og endringer i cervixsekretet. Nomegestrolacetat er et selektivt progestogen, utledet av det naturlig forekommende hormonet progesteron. Østrogenet i Zoely er 17β-østradiol, et naturlig østrogen identisk med det endogene humane 17β-østradiol. *Absorpsjon:* Maks. plasmakonsentrasjon: Nomegestrolacetat: Ca. 2 timer. Østradiol: Ca. 6 timer. Steady state: Nomegestrolacetat: Nås etter ca. 5 dager. Biotilgjengelighet: Nomegestrolacetat: 63%. Østradiol: Ca. 1%. *Proteinbinding:* Nomegestrolacetat: 97-98%. Østradiol: Ca. 98-99%. *Fordeling:* Distribusjonsvolum: Nomegestrolacetat: 1645 liter. *Halveringstid:* Nomegestrolacetat: Ca. 46 timer. Østradiol: Ca. 3,6 timer. Plasmaclearance: Nomegestrolacetat: Ca. 26 liter/time. *Metabolisme:* Nomegestrolacetat: I lever via CYP 3A4 og 3A5. Østradiol: Betydelig firstpass-effekt, deretter i lever via CYP 1A2, 3A4, 3A5, 1B1 og 2C9. *Utskillelse:* Via urin og feces. P**akninger og priser:** 3 × 28 stk. (kalenderpakn.) kr 319,20.

Sist endret: 28.11.2011

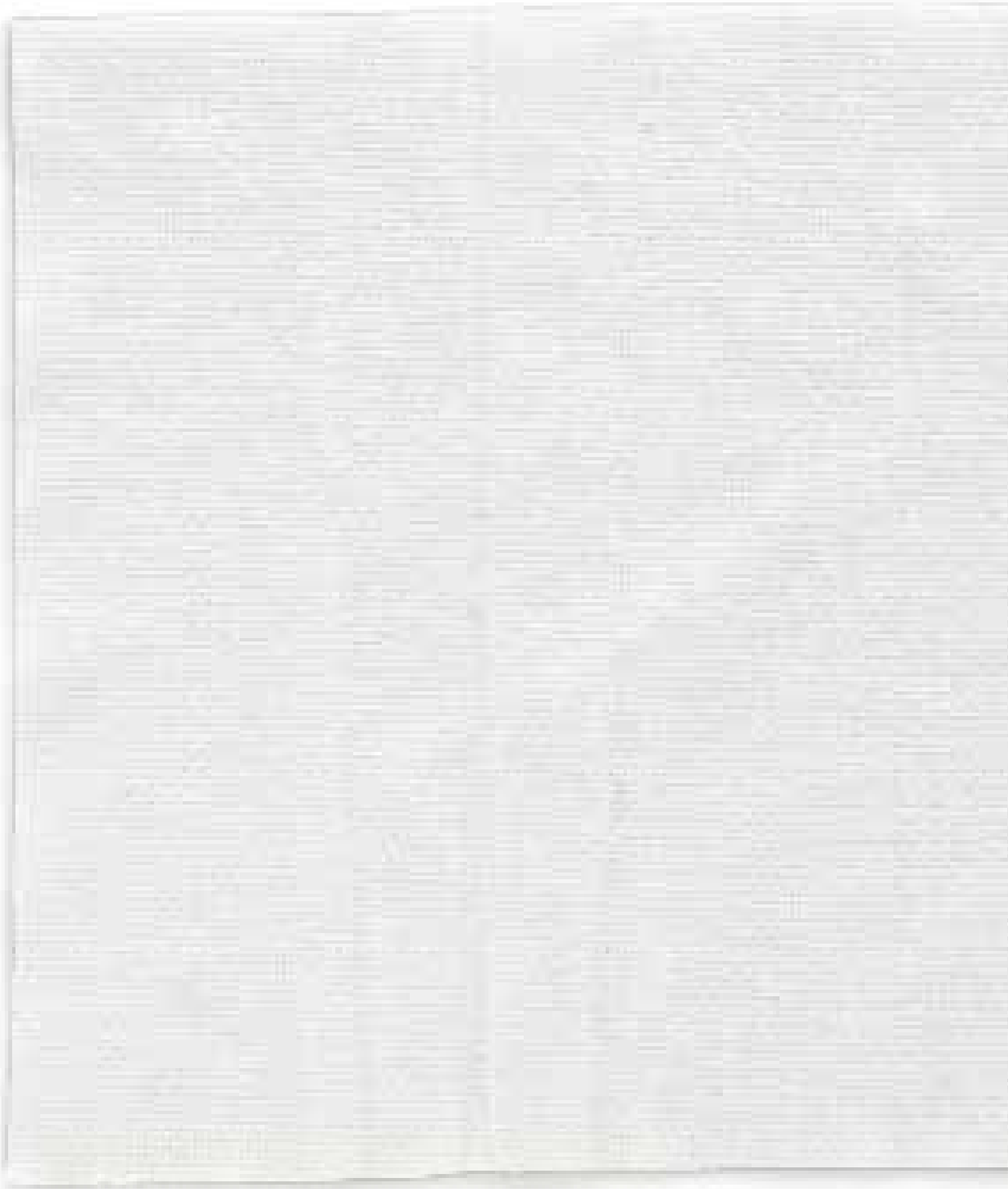
Referanser:

1. Zoely [summary of product characteristics]. London, England: Merck Serono Europe Limited; 2011.
2. Christin-Maitre S, Serfaty D, Chabbert-Buffet N, Ochsenbein E, Chassard D, Thomas J-L. Comparison of a 24-day and a 21-day pill regimen for the novel combined oral contraceptive, nomegestrol acetate and 17ß-estradiol (NOMAC/E2): a double-blind, randomized study. *Hum Reprod.* 2011;26(6):1338-1347.
3. Mansour D, Verhoeven C, Sommer W, Weisberg E, Taneepanichskul S, Melis GB, Sundström-Poromaa I, Korver T. Efficacy and tolerability of a monophasic combined oral contraceptive containing nomegestrol acetate and 17ß-oestradiol in a 24/4 regimen, in comparison to an oral contraceptive containing ethinylestradiol and drospirenone in a 21/7 regimen. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2011;1-14.

MSD

MSD (Norge) AS, Postboks 458 Brakerøya, N-3002 Drammen, Telefon 32 20 73 00, Faks 32 20 73 10, www.msd.no.

Copyright © 2011 Merck Sharp & Dohme Corp., et datterselskap av Merck & Co., Inc. All rights reserved. WOMN-1020394-0003 (des 2011)



STORE KLUTER TIL STORE FLATER (1:1)

ETANOLBASERT 75 %

For å sikre rensen av pasientkroppen i forebyggende øyemed bruker Arnbo servietter vårt 70 % vannbasert sprituelsfrekjøn av hvemes, ovenfles og ungs. Hver klut måler hele 24 x 40 cm og sitter til mellom 8 og 10 ml overflate, og den er klar for skylling eller annen overbehandling. Hver pakke inneholder 10 kluter som er klare til bruk. Raskere og mer effektiv desinfeksjon fir man resten ikke

arnbo

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

Fagpressen F
OPPLAGSKONTROLLERT

2009 Fagpressens markedspris
2009 Fagpressepriset

Eli Gunhild By skriver om de typiske kvinneyrkenes stilling i vårt samfunn, og at det er for lite snakk om kvinners arbeidshelse. Side 92

Per Nortvedt forteller om en familie der mannen venter på døden. Hans ekskone ønsker å besøke ham, noe den nåværende konen motsetter seg. Hva blir sykepleierens rolle i denne situasjonen? Etikk side 88

Jan Haavik tar opp det aktuelle spørsmålet om hvordan man stillen er diagnose innen psykiatrien. Grensen mellom det syke og det unormale er i noen tilfeller vanskelig å trekke opp. Kronikk side 96

Arne Johannessen lufter tanken om i større grad å akseptere lønnsforskjeller innen eget yrke istedenfor økt lønn for alle. De med høyest lønn kan skape rom for lønnsvekst for andre i lokale forhandlinger. Innspill side 98.

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: Simon Kreiten/Corbis

Innhold

Sykepleien **AKSJONISTEN:** «Rettssaken vil minne

Hva skjer

9 Aksjonisten
10 Hva skjer – småstoff
13 Vi bare spør Hanne Sigbjørnsen
14 364 fratatt autorisasjon
16 Trenger støtte til oppussingsplan
17 Overdriver utfordringene
19 For eller mot? Reservasjonsretten
21 Lei av snokete kolleger
22 Vil ha mer tilgjengelige leger
24 Vil knekke «skade-kurven»
26 Sykepleierne på lønnsbunnen
28 Tvang uten vedtak
28 Revurderer hpv-konklusjoner
29 Kan få ambulanse-autorisasjon

Der ute

38 Smånytt utenriks
40 I turnusklemma
42 – Hver tredje helg er mer enn nok
45 Filippinske sykepleiere får hjelp
46 Svalbard for hele familien
51 Skal unngå 17 pasientskader hver dag
52 Øyeblikket
54 – Det kan bli streik igjen
61 – Vil jobber mer
62 Fra India til Ullevål

Tema:
Gutter og seksualitet

30 Hvor har det blitt av alle gutta?
32 – Gutter har blitt ensomme i sin seksualitet
37 34 tolvåringer fikk p-piller

30

oss om at «øye for øye, tann for tann»-holdningen sitter dypt i oss.»

4 • 2012
22. mars 2012 • 100. årgang

Fag og bøker

66 Sykepleieteori i møte med pasienten
70 Kor gir bedre helse
72 Fagnotiser
73 Eldre vil være aktive
74 – Vær litt Askeladden
76 Sykepleiere trenger flerkulturell kompetanse
80 Fagnotiser
82 Forfatterintervju: Per Nortvedt
84 Bokanmeldelser
85 Hva leser du nå?
86 Filmkvelder reduserer symptomene på demens
88 Etikk: Per Nortvedt
90 Hygienepolitiet: Forbyr smykker
90 Quiz

Mennesker og meninger

92 Eli Gunhild By om kvinners arbeidshelse
93 Meninger
96 Jan Haavik om psykiatriske diagnoser
98 Arne Johannessen om lønnskrav
100 Tett på Liv Signe Navarsete
104 Sykepleien 100 år: 1940-tallet

106 Stillingsannonser
112 Kunngjøringer

GJESTESKRIBENTEN:

«Er det smartast å akseptera lønsforskjellar?»

Arne Johannessen 98

«Full turnus sliter både på parforholdet og ungene»

40

46

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

Barth Tholens om Behring Breivik

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

INNELÅST UANSETT: Fange eller pasient? Det siste vil bli utfordrende for psykiatriske sykepeiere. Illustrasjon: Sykepleien.

Syk er syk

Har en massemorder krav på vår barmhjertighet? Skal sykepleiere «understøtte håp, mestring og livsmot» hos Anders Behring Breivik?

Rett etter påske braker det løs. Alle sår som ikke engang rakk å få en tynn skorpe, skal nå rives opp igjen. 16. april starter rettssaken mot Anders Behring Breivik (ABB), Norges verste massemorder i moderne historie.

Mens jeg skriver dette, er to nye rettspsykiatere i gang med å observere ABB for andre gang. Godt hjulpet av et team med psykiatriske sykepleiere, ser de døgnet rundt etter symptomer som enten kan underbygge konklusjonen fra forrige runde («utilregnelig») eller lede til det motsatte: At ABB kan straffes som en «normal» morder.

Konklusjonen kommer rett før rettssaken. I og med at mannen fikk en diagnose som psykisk syk i første runde, vil tvilen alltid være der. Men retten avgjør. Kommer de til at han er utilregnelig, dømmes han ikke til fengsel. Fra da av vil ABB være pasient, med de rettighetene som følger. Syk er syk.

Skal sykepleiere trøste ham og lindre hans smerter?

For mange har det faktisk mye å si at ABB blir straffet for sin ugjerning gjennom frihetsberøvelse livet ut. Lidelsene han har påført andre er ubeskrivelige. Det er derfor lett å forstå at mange ønsker å fjerne enhver mulighet for at han noen gang skal få lov til å slippe ut av fengselsmurene. Innenfor fengselet skal han behandles som den terroristen han er.

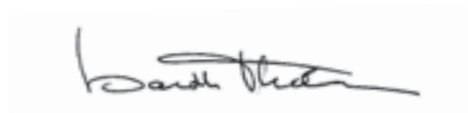
For andre er det kanskje ikke det viktigste hvor ABB skal oppholde seg: Det kan argumenteres for at livsvarig fengsel/forvaring eller livslang psykiatrisk behandling, kanskje til og med på et ombygd Ila, i praksis ikke utgjør den helt store forskjellen.

For helsepersonell har det siste alternativet imidlertid også en annen implikasjon: Om vi nå må akseptere at mannen led av en såpass alvorlig diagnose i gjerningsøyeblikket at han ikke kan straffes, har ABB så krav på å bli behandlet og pleiet slik at dette fremmer hans helse og følelse av verdighet? Skal vår behandling ta utgangspunkt i respekt for ham som menneske enda han har utvist hjerteråd forakt for alt som er menneskelig? Skal sykepleiere trøste ham, lindre hans smerter og om mulig bidra til å gjøre ham frisk igjen når han selv har gjort alt han kunne for å påføre andre smerte? En mann som sier at han ville ha gjort det hele om igjen?

Hvis ABB blir ilagt tvunget psykisk helsevern, vil mange psykiatriske sykepleiere møte ham som pasient, trolig så lenge han lever. De vil ikke ha noe valg: En sykepleier må og skal da ivareta pasientens «verdighet og integritet, herunder retten til helhetlig sykepleie, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket» (fra: Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere).

Personlig mener jeg at vi skal være glad for at helsepersonellets yrkesetikk er så urokkelig i sitt krav til barmhjertighet. Riktignok har ABB utført sine forferdelige handlinger i den troen at han fører en krig mot vårt samfunn. Men vi skal ikke føre en krig mot ham som person, ved å tukle med de humanistiske prinsippene som vårt samfunn er bygd på. La gå at andre setter spørsmål ved validiteten til visse psykiatriske diagnoser – eller hva disse gjør med mennesker. La gå at man i utlandet kanskje undrer seg over at vi behandler våre massemordere som behandlingstrengende. Men det er nettopp når ropene om å gjøre kort prosess med våre verste kriminelle er høyest, at vi trenger rake rygger blant dem som får vedkommende i hendene når rettssaken en gang er over. Slikt sett kan helsepersonellets yrkesetikk være den ryggraden som samfunnet trenger for å kunne gå videre. Jeg tror Norge vil bli sterkere av at vi velger barmhjertighet framfor hevn, og omsorg framfor utstøting.

Men det er i sannhet et vondt valg, og det blir vonde dager framover. Den ti uker lange rettssaken vil minne oss om at «øye for øye, tann for tann»-holdningen sitter nokså dypt i oss.



Hva skjer

Røykestans-pille med bivirkninger

Foto: Colourbox

Legemiddelverket har de siste årene fått inn meldinger om over 80 alvorlige bivirkninger ved bruk av røykestanspillen Champix, ifølge NRK. Distributøren mener imidlertid at fordelene ved bruk av røykesluttpillen, overgår risikoen.

NRK

Ledere slutter i Telemark

Utviklingsdirektør Hans Evju ved Sykehuset Telemark har sagt opp sin stilling. Han er en av mange ledere som velger å slutte ved sykehuset på grunn av samarbeidsproblemer med den nye direktøren ved sykehuset, Bess Frøyshov, melder NRK. I tillegg er tre av topplederne ved sykehuset ute av sine funksjoner. To er sykmeldte, det gjelder økonomisk direktør Ståle L. Christiansen og fagdirektør Hallfrid Waage.

NRK

Millionbot til Helse Midt-Norge

Sunnmøre MR-klinikk klaget Helse Midt-Norge inn for KOFA (Klagenemnda for offentlige anskaffelser) med beskyldning om ulovlig direkte anskaffelse.

Sunnmøre MR-klinikk fikk medhold, og Helse Midt-Norge må nå betale bot på 2,6 millioner kroner.

Sunnmørsposten

Foto: Colourbox

Skal granske ADHD-diagnoser

Har det blitt gjort systematiske feil når barn i Hedmark har fått diagnosen ADHD?

Sykehuset Innlandet skal granske dette etter at Hamar Arbeiderblad har skrevet artikler om en betydelig økning i antall diagnoser de siste fem årene. Økningen har vært større enn ellers i landet, uten at noen har kunnet gi svar på årsaken.

Helse Sør-Øst står bak undersøkelsene, og konklusjonen er ment å foreligge før sommeren.

Hamar Arbeiderblad

Foto: Colourbox

Les mer om:

16 Trenger støtte til oppussingsplan ›
21 Lei av snokete kolleger ›
22 Vil ha mer tilgjengelige leger ›
24 Vil knekke «skadekurven» ›
26 Sykepleierne på lønnsbunnen ›
29 Kan få ambulanseautorisasjon ›

sykepleien.no

Helsenyheter hver dag på sykepleien.no

URINVEISINFEKSJON? Trykksår og feil dose medisin er også vanlige sykehusskader. Foto: Colourbox.

Hver fjerde skades

Hver fjerde pasient skades ved Sykehuset Østfold. I fjor fant sykehuset 101 pasientskader i 240 granskede journaler. Noen pasienter hadde flere skader. Trykksår, infeksjoner og legemiddelrelaterte skader er de vanligste skadene.

Hvert år går norske sykehus igjennom egne journaler for å granske seg selv. Verktøyet som brukes er Global Trigger Toolmetoden. Fra 2010 til 2011 har pasientskadeprosenten ved Sykehuset Østfold gått ned fra 32 prosent til 25 prosent.

– Det kan se ut som om det er mest å hente på å sette inn tiltak for å redusere urinveisinfeksjoner, sier Sarah Frandsen Gran, som er lege og spesialrådgiver i sykehusets kvalitets- og forskningsavdeling.

Dagens Medisin

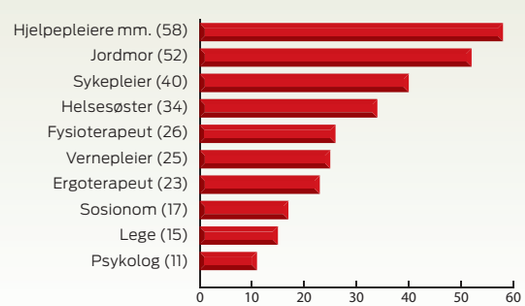
Bor på kontor og korridor

Fire pasienter ved Nes sykehjem bor bak et skjermbrett i en korridor. Tre av dem har langtidsplasser, og etter helseforskriftene har de dermed krav på enerom med toalett og bad. På Nes bo- og servicesenter bor to personer på kontor. Utfordringene i eldreomsorgen er så store at Nes kommune sliter med å oppfylle lovpålagte krav.

Raumnes.no

Deltidsansatte (1-29 timer per uke) i helse- og sosialsektoren 2010 (prosent)

Yrkesgruppe Deltid 2010 (prosent)



Kilde: Statistisk sentralbyrå

Smartpris etter påske

Juryen i årets Sykepleiens Smartpris har 13 kvalifiserte kandidater å velge i mellom. Hvem som får de tre prisene som skal deles ut, blir kunngjort rett over påske. Da vil Sykepleien også ha et eget tema om innovative sykepleiere som har bidratt med løsninger for en mer effektiv helsetjeneste. Følg med!

Hvem er smartest?

Er du glupere enn oss?

Mange har meninger om Sykepleien, som i år fyller 100 år. Nå får kreative lesere også mulighet til selv å lage en utgave av bladet. I desember kommer Sykepleien til å produsere en jubileumsutgave i samarbeid med våre lesere. Flere har allerede meldt sin interesse, men det er fortsatt mulig å sende inn en søknad om å bli med. Det stilles ingen andre krav enn at du føler at du har noe å bidra med. Redaksjonen vil hjelpe til om nødvendig, og du får honorar tilsvarende årskontingenten i NSF om du blir plukket ut. Søknad sendes til redaksjonen@sykepleien.no.

Foto: Colourbox

EGGERØRE: Hvorfor vil noen egg ikke befruktes?

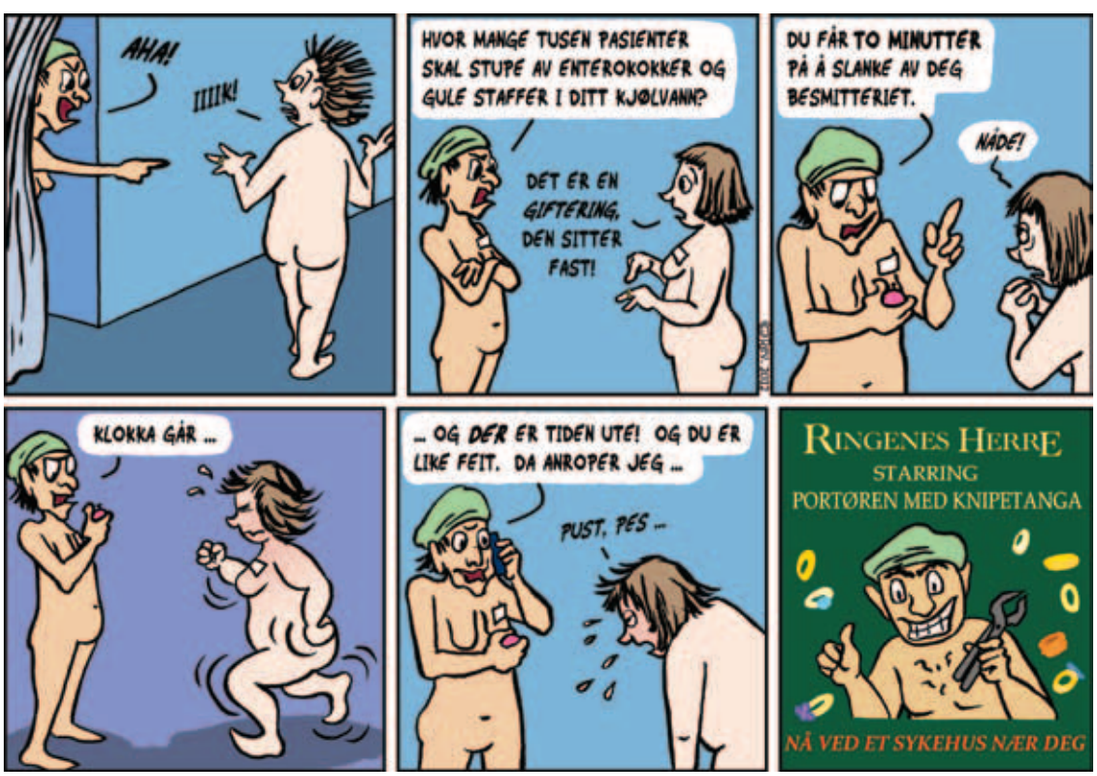
Studerer barnløse kvinners egg

Hvorfor har mange kvinner problemer med å få barn? Forskere har så langt hatt begrenset kunnskap om dette. Nå har imidlertid forskere fra Aarhus universitet utviklet en metode som kan studere kvinnenes egg lenge før de er modnet i kvinnens menstruasjonssyklus. Det åpner opp for skreddersydd fertilitetsbehandling.

– Vi kan finne den biologiske årsaken og vurdere om fertilitetsbehandlingen er riktig. Dermed kan vi tilby en skreddersydd behandling, sier Karin Lykke-Hartmann fra Aarhus universitet til forskning.no.

Forskning.no

TERAPI av Bodil Revhaug



Meninger fra www.sykepleien.no

Sykepleiere på lønnsbunnen

– Hvilket ansvar har forbundet? Ja, tjener skammelig lite. Ansiennitet fra 1988! Stiger IKKE etter 10 år. Etter mange år med innbetalt kontingent kunne jeg vært betraktelig rikere dersom alle disse tusen hadde vært på en høyrentekonto. Synes NSF er altfor lite synlige i media og offentlighet. Se på hvor synlige og flinke politiet stadig er. Vi betaler dere for å fremme våre retter, ikke sant. Men forresten det skal jeg gjøre selv lokalt.

Ingrid E.

Forførende samhandlingsreform

Hvorfor trenger kommunene og sykehjemene spl egentlig, når spl.faglig kompetanse bl.a ofte blir brukt på de oppgavenesom ikke trenger 3 årsutdanning til?

NN

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 melatoninekspponering. 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

Hanne Sigbjørnsen

Alder: **22 år**
Aktuell som: **Årets blogger og sykepleierstudent**

BAKGRUNN:

Hanne Sigbjørnsen tegner og forteller selvironisk om smått og stort på bloggen sin tegnehanne.no. Nå er hun blitt kåret som årets blogger av Vixen Blog Awards. Hun går andre året på sykepleiestudiet på Høgskolen i Oslo og Akershus.

Blogger om hjelpepleierne

Hva synes du om tittelen «årets blogger»?
– Det er selvfølgelig veldig gøy å vinne i konkurranse med store bloggere som Fotballfrue og Ulrikke Lund. De er jo de største i Norge.

Du likner ikke på dem?
– Nei, jeg skiller meg veldig ut fra det populære.

Hvordan?
– Jeg lager en tegneserieblogg. Den handler ikke om mote og livsstil. I min blogg er det humor og underholdning.

Tjener du penger på å blogge?
– Jeg tjener omtrent som en deltidsansatt i butikk på annonsene mine, men det fungerer greit sammen med studielånet.

Du er jo student. Har du tid til å tegne?
– Jeg tar meg tid. Det blir ikke så ofte. Annenhver uke.

Så du må ikke på nett hver dag?
– Jeg vil jo blogge så ofte jeg kan. Men jeg må nesten ta studiene seriøst.

Hvor lang tid bruker du på en stripe?
– Et innlegg tar seks til åtte timer å lage.

Du skriver også. Teksten flyter lett?
– Ja, jeg bruker lang tid på formuleringene.

Hvorfor begynte du å blogge?
– Da jeg flytta til Oslo, kom jeg fra den landlige plassen Bryne i Rogaland. Det var mye å tenke på.

Var det vanskelig?
– Et stort steg. Jeg var vant til ikke å ta risiko.

Kan kolleger, studenter og pasienter frykte det verste?
– Akkurat jobben prøver jeg å holde utenfor. Men jeg har skrevet om hjelpepleierne.

Ja, Vigdis med «gulbleket hår og hud som likner et oversiktsbilde på Google Earth». Du er ikke nådig?
– Hun representerer en sånn type som suger all energi og livsglede av deg bare ved å entre rommet, så jeg har ikke så dårlig samvittighet for det.

Fristende å bryte taushetsplikten når du er i praksis?
– Det kan være veldig fristende. Men jeg gjør det ikke.

Hvordan trives du som sykepleierstudent?
– Veldig godt. Veldig tilfeldig at det ble sykepleie, men nå synes jeg at jeg ikke kunne ha valgt noe annet.

Du ser for deg et langt liv i sykepleieturnus?
– Ja, det skal gå bra, det.

Hva gjør du nå?
– Jeg er akkurat ferdig med psykiatripraksis. I dag skal jeg på sårkurs, for jeg skal ha praksis i hjemmesykepleie.

Noe spesielt felt du har falt for?
– Ikke ennå. Jeg har bare vært på sykehjem og i hjemmesykepleie. Jeg gleder meg til jeg skal på sykehus.

Har du et politisk budskap i bloggen?
– Nei. Jeg kunne kanskje skrevet ut fra mitt politiske ståsted, men da vil det fort bli å provosere. Det har jeg ikke lyst til. Jeg vil bare underholde.

Uten brodd?
– Mm.

Liker du best å tegne eller skrive?
– Begge deler. Det er derfor det er gøy. Jeg kan fort bli lei hvis jeg bare tegner. Nå har jeg holdt interessen oppe i to år.

Hva inspirer deg aller mest?
– Ting jeg opplever i hverdagen. Venner.

Og hjelpepleiere?
– Ja. Ha-ha.

Får du kommentarer fra medstudenter?
– Ja ofte. Jeg sier ikke til dem at jeg blogger. Hvis de finner det ut, sier de «å, du er jo tegnehanne».

Noe negativt?
– Nesten bare positivt. Men jeg skrev et innlegg om demens. Veldig morsomt, kommenterte noen, men jeg burde tenke gjennom om det var lurt hvis jeg skal bli sykepleier. Det innlegget slettet jeg. Jeg vil jo ikke provosere.

Ser vi snart en sykepleier i bloggen?
– Jeg kan tulle med meg sjøl som sykepleier. Men ikke om pasienter. Så det er begrenset hva jeg kan skrive.

Har sykepleiere humoristisk sans?
– Litt manglende. Ofte litt annerledes humor enn min på sykehjemmene jeg har jobbet.

Tekst og foto
Marit Fonn

364 fratatt autorisasjon

Tre av ti sykepleiere som har mistet sin autorisasjon, er en mann. Mange er svenske.

Tekst **Kari Anne Dolonen** Foto **Colourbox**

I Norge er det per i dag 1003 personer med helseutdanning som har mistet sin autorisasjon. 364 av disse er sykepleiere (36 prosent).

Menn dominerer

I Norge er om lag hver tiende sykepleier mann. Det er gjort flere forsøk på å øke andelen mannlige sykepleiere, men tallet har holdt seg stabilt på rundt ti prosent i en årrekke.

Når det gjelder sykepleiere som har mistet sin autorisasjon, er mennene overrepresentert. Statistikken viser at selv om bare en av ti sykepleiere er menn, så står mennene for tre av ti tap av autorisasjon (107 menn).

Svensker dominerer

Når vi går statistikken enda nærmere etter i sømmene, finner vi at mange av de mannlige sykepleierne som har mistet sin autorisasjon, kommer fra Sverige. Hver fjerde kommer vårt naboland.

Av kvinnelige sykepleiere som er fratatt sin autorisasjon, er 12 prosent fra Sverige. ||||

Les mer på sykepleien.no

Mistet autorisasjonen

Per i dag er 1003 sykepleiere, jordmødre, leger, hjelpepleiere, ergoterapeuter, psykologer, tannleger, vernepleiere, apotekteknikere, ambulansearbeidere, provisorfarmasøyt, reseptarfarmasøyter, omsorgsarbeidere, bioingeniører, tannhelsesekretærer, helsesekretær, kiropraktor, radiografer, helsefagarbeidere, fotterapeuter, fratatt sin autorisasjon.

Om lag fire ganger i året sender helsetilsynet ut oppdaterte lister på dem som har mistet autorisasjonen. De inneholder navn, fødselsdato og opphavssted på helsepersonell som har mistet sin autorisasjon.

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 ClCR for å utelukke alvorlig nedsatt nyrefunksjon (ClCR <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): ClCR ≥50 ml/minutt, VKA startes 3 dager før seponering av dabigatranetexilat. ClCR ≥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 (ClCR 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 ClCR for å utelukke alvorlig nedsatt nyrefunksjon (ClCR <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 (ClCR <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 (ClCR 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 stottebehandling, 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 biotilgjengeligheten kan øke med 75% hvis kapselinnholdet inntas alene uten kapselskallet. Proteinbinding: 34-35%. Fordeling: Distribusjonsvolum: 60-70 liter. Halveringstid: Plasmakonsentrasjonen av dabigatran viser et bieksponentielt 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

NYHET
VED BEHANDLING
AV ATRIEFLIMMER

Pradaxa

Bedre beskyttelse av hjernen

35 % risikoreduksjon for slag og systemisk emboli vs warfarin

Eneste antikoagulant som viser signifikant reduksjon i både hjerneinfarkt og hjerneblødning vs warfarin

Eneste antikoagulant som viser signifikant reduksjon i vaskulær mortalitet vs warfarin

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

www.pradaxa.no

www.atrieflimmer.com

FAKSIMILE AV SYKEPLEIEN NR. 1/2012, der vi presenterte behovet for opppussing av bygningene til OUS.

Trenger støtte til oppussingsplan

Helse Sør-Øst må støtte OUS oppussingsplan og helseminister og regjering må bevilge penger til nybygg. Hvis ikke blir det dyrt for OUS. Tekst **Kari Anne Dolonen**

Den 8. februar 2012: Oslo universitetssykehus (OUS) har styremøte. Høyt oppe på sakslista står vedlikehold av bygninger. Først og fremst ved Ullevål og Radiumhospitalet.

Både Arbeidstilsynet og Branntilsynet har pålagt OUS å gjøre utbedringer over flere år. Tålmodigheten er slutt. Beskjeden fra Arbeidstilsynet er klinkende klar: Dersom OUS ikke pusser opp byggene til forskriftsmessig stand, blir boten en million kroner per dag fra 1. mars.

Ville vært stas

Foretaksverneombud Per Oddvar Synnes håper at trusselen om millionbot har fått styret til å ta oppussingen på alvor. Han er derfor spent på utfallet av styremøte i februar. Han er svakt optimistisk.

Vedtaket som blir gjort denne dagen tyder på at det er et samlet styre som går inn for oppussingsplanen.

– *Betyr det at alt løser seg nå?*

– Det ville vært stas, sier Synnes.

Han er glad for at det er et samlet OUS som er enig om hva som nå bør gjøres, men alt er langt fra på plass ennå.

Den store planen

Denne «akutte» oppussingen må sees i sammenheng med «den store oppussingsplanen 2025».

– Det er nemlig bestemt at mange bygg skal rives og nye må bygges. For at vi ikke skal bruke unødvendig mye penger på bygg som skal rives, må vi være smarte. Vi må planlegge de akutte utbedringene i sammenheng med de langsiktige planene, sier han.

For selv om styrevedtaket har skapt litt mer ro i OUS, er det flere som må samles og bli enige før Synnes kan være sikker på at ansatte ved OUS får bedre arbeidsvilkår i fremtiden.

– Det er bra at hele OUS er enige om hvilke tiltak som MÅ gjøres. Det meste av finansieringen til de mest kritiske oppussingstiltakene, håper jeg skal gå i orden. Utfordringen blir i første omgang å få våre eiere, styret i Helse Sør-Øst, til å forstå det samme som styret ved OUS har forstått. Vi må ha dem i ryggen slik at også helseministeren og regjeringen er villige til å bevilge nødvendige penger. Får vi ikke penger til å bygge nytt, faller hele planen sammen. Både den kortsiktige og den langsiktige, sier han.

Penger

Oppussingsbehovene ved OUS står i kø. Og vil koste 8,7 milliarder kroner, ifølge Synnes. Poenget er å få ned disse kostnadene, slik at OUS heller kan bruke pengene til nybygg. Den akutte oppussingsplanen er presset ned til rundt 228 millioner kroner for 2012.

Synnes kommer med et eksempel.

– Vi har løs takstein på et bygg som skal rives. Dersom vi skulle skiftet tak på bygget, ville det eksempelvis kostet 20 millioner kroner. I stedet vurderer vi en kortsiktig løsning ved å sette opp ett gjerde rundt bygget slik at fotgjengere ikke kan skades. Det koster omtrent 10 000 kroner, sier han.

Med slike tiltak skal kostnadene krympes mest mulig.

Spennende vår

De kortsiktige tiltakene blir bare godkjent av Arbeidstilsynet dersom planen om å bygge nytt følges.

– Og den planen forutsetter at de må stikke spaden i jorda til neste år. Betingelsene for at Arbeidstilsynet godkjenner de kortsiktige tiltakene våre, er at det skal stå nybygg klare i 2018. Dersom OUS ikke får penger til å følge denne planen, er de kortsiktige planene bortkastet. Det er da stor sannsynlighet for at trusselen om dagsbøter på en million per dag, trer i kraft, sier Synnes.

– Arbeidstilsynet gav i utgangspunktet OUS tre år på å lukke avvikene. Fristen er utvidet til seks år siden mange av dem skal lukkes ved å bygge nytt, sier han.

29. mars skal det holdes nytt styremøte i OUS. Tema er «Den store planen 2025».

– Det vi håper er at styret i OUS også sier ja til den. Det tar vi nærmest for gitt. De kortsiktige planene er avhengig av at de sees i sammenheng med den store planen for 2025, sier Synnes.

– Vår jobb er nå å gjennomarbeide strakstiltakene så godt og billig som mulig. Jeg er forsiktig optimist, sier Synnes.

Når det gjelder finansieringen for den store planen frem mot 2025, er dette uavklart på nåværende tidspunkt.

– Nå har vi på mange måter gjort vår jobb ved OUS når det gjelder planarbeid. På sikt må Helse Sør-Øst på banen for å avklare finansieringen av planene, sier han.

Ikke et Oslo problem

Synnes har bitt seg merke i at det er mange som mener at OUS får særbehandling fordi helseforetaket ligger i hovedstaden.

– OUS er bakvakta for alle helseforetak i landet. Å få et OUS som fungerer mest mulig optimalt har ikke noe med by vs. land å gjøre. En slik debatt vil være helt meningsløs. OUS står for halvparten av all medisinsk forskning som skjer i landet. De har regionsfunksjoner og landsfunksjoner. Å sikre at OUS klarer å integrere gode arbeidsmetoder er like viktig for trøndere som osloborgere. At vi lykkes i omstillingsarbeidet betyr at andre vil lykkes i sitt arbeid. For helsetjenesten er så sammenvevd at vi er gjensidig avhengig av hverandre, sier Synnes. ||||

Overdriver utfordringene

– Behovene i omsorgssektoren vil øke ettersom vi blir eldre, men det overdrives hvor store problemene er, mener NOVA-forsker. Tekst **Bjørn Arild Østby**

Hvordan kan vi få til varige og gode omsorgstjenester i Norge de kommende årene? Det er utgangspunktet for et forskningsprosjekt som er gjennomført ved NOVA, i samarbeid med SSB.

– Norge har en velferdsstat som er godt rustet for oppgaven, og vi har bedre forutsetninger enn de fleste, også fordi aldringen av befolkningen er moderat sammenliknet med mange andre land, sier NOVA-forsker og prosjektleder Svein Olav Daatland.

Snarere enn å frykte de stigende behovene, bør det stimulere til nytenkning omkring hvorvidt og hvordan pleie- og omsorgstjenestene kan tilpasses de framtidige mønstre av behov i en aldrende befolkning, konkluderer rapporten «Bærekraftig omsorg?» som ble presentert tidligere denne måneden.

– Det aller viktigste er at tilliten til velferdsstaten består. Videre må familien stille opp, og det må bygges allianser mellom familien, frivillige organisasjoner og velferdsstaten. Da kan vi få til varige løsninger som gir gode omsorgstjenester, ifølge Daatland.

Siden midten av 1990-tallet er det blitt færre eldre i sykehjem, og færre som får hjemmetjenester, men litt flere har fått tilgang til en omsorgsbolig. Samtidig har tendensen gått fra å gi litt hjelp til mange til å prioritere de som har størst behov. Sykehjem og hjemmesykepleie er blitt prioritert framfor praktisk hjelp, som i større grad er overlatt til de eldre selv og deres familier.

Forskerne har også undersøkt hvordan helse og hjelpebehov varierer med alder og familierelasjoner.

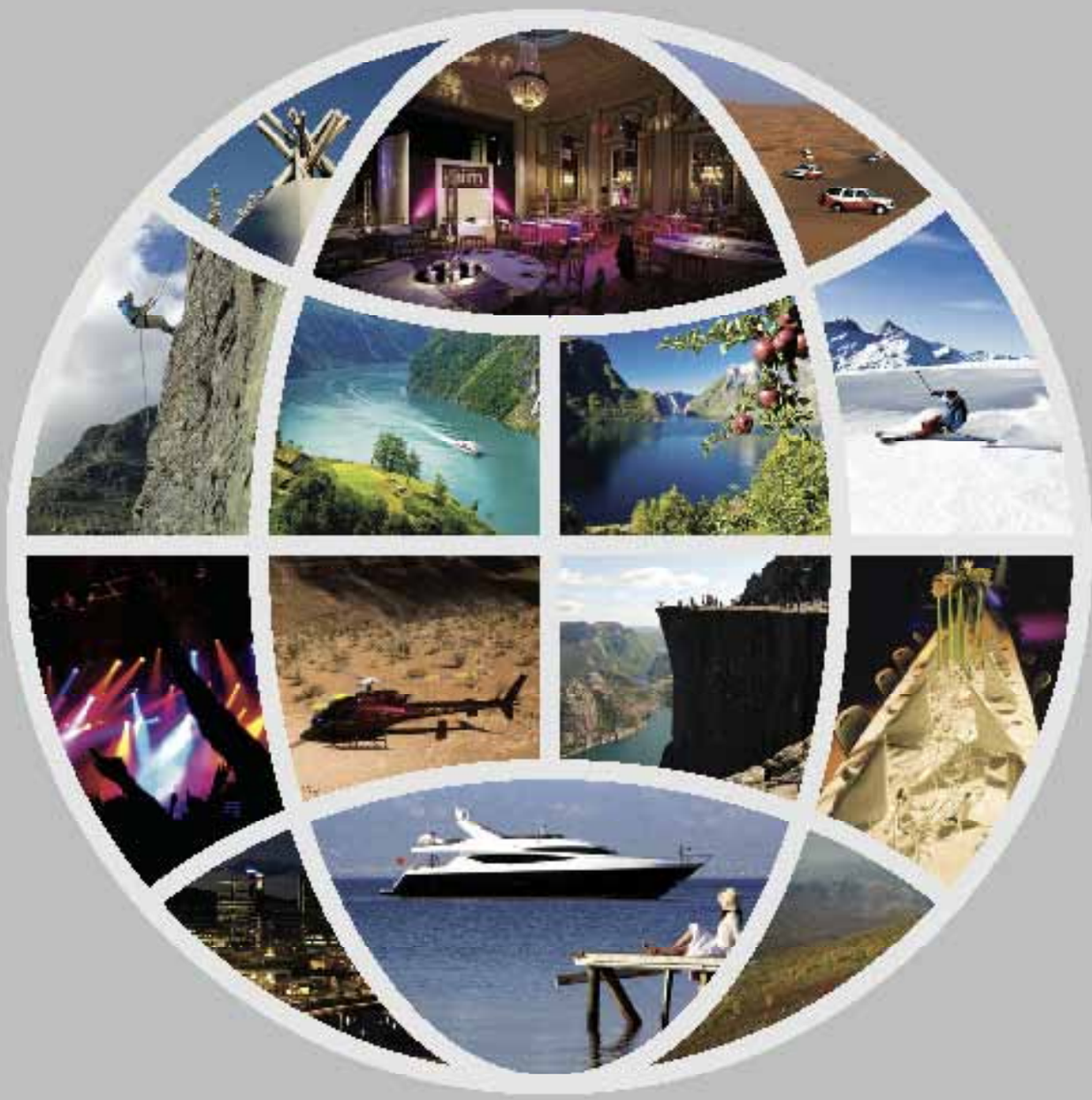
Det viser seg at nær halvparten over 60 år har et varig helseproblem. Hjelpebehovene stiger gradvis fra 15 prosent blant sekstiåringer til 35 prosent blant åttiåringene.

Nærmere ti prosent har i dag foreldre med pleiebehov når de selv er midt i 60-årene. Flertallet av dem blir tatt omsorg for i sykehjem eller omsorgsbolig. Videre er 15 prosent i alderen 75–85 år uten familie, og dermed i en sårbar posisjon. Rundt 40 prosent av dem har et hjelpebehov og er særlig avhengig av offentlige omsorgstjenester. ||||

Dovre Event & Marketing

Kongress- og eventtjenester, alle steder til alle tider

Møter • Konferanser • Kick Off • Skireiser • Events • Belønningsturer • VM og OL turer



Internett www.dovreevent.com **E-mail**: post@doevre.no
Adresse PB 474 Sentrum – 4002 Stavanger **Telefon** +47 905 93 275

HVA MENER DU?
Delta på avstemningen på sykepleien.no

Skal leger kunne nekte å henvise til abort?

Rundt 200 av landets 5 000 fastleger har reservert seg mot å henvise kvinner til abort. Det har de ingen rett til, ifølge departementet. Tekst **Bjørn Arild Østby**

Det pågår en debatt knyttet til hvilken adgang leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten har til å reservere seg mot å utføre bestemte oppgaver av samvittighetsgrunner.

I oktober i fjor sendte Helse- og omsorgsdepartementet i den anledning ut et rundskriv med blant annet følgende presisering: «Allmennleger og fastleger tilknyttet den kommunale helse- og omsorgstjenesten har i dag ingen lov- eller forskriftsfestet rett til å reservere seg av samvittighetsgrunner. Dette gjelder for eksempel oppgaver knyttet til prevensjon og familieplanlegging samt henvisning til assistert befruktning eller abort.»

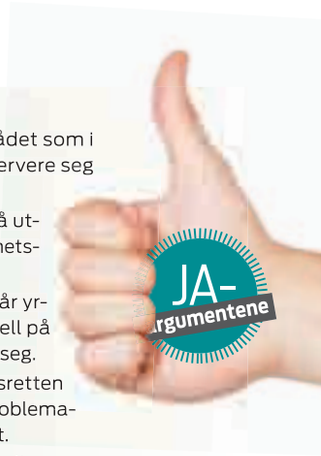
Rundskrivet har skapt sterke protester, og framstilles som en innstramming av reservasjonsretten. Ifølge departementet er det kun en klargjøring av lover og forskrifter som gjelder.

Så hvorfor så mye skrik og skrål? Kan det være at det er nyere lovbestemmelser enn retten til selvbestemt abort en del fastleger egentlig ønsker å reservere seg mot? Som for eksempel lesbiske par sin rett til befruktning, spør motstanderne av reservasjonsretten.

Helseministeren ønsker å detaljstyre noe som ikke har vært et problem, mener tilhengerne av reservasjonsretten. Kvinner skal fortsatt ha rett til selvbestemt abort. Men samtidig må man ivareta den enkelte fastleges samvittighetsfrihet og religionsfrihet. Leger som ikke føler de kan henvise kvinner til abort må kunne fortsette i jobben som fastlege.

Ifølge departementets rundskriv følger fastlegens listeansvar av fastlegeforskriften, der det framgår blant annet at «fastlegen skal ha ansvaret for allmennlegetilbudet til personer på sin liste innen de rammer som gjelder for fastlegeordningen i lov, forskrift og sentral avtale». Med andre ord er det pasientens behov for henvisning som er styrende for fastlegen. Bestemmelsen gir ikke fastlegen rett til å nekte eller unnlate å henvise en pasient videre av andre grunner enn at pasienten ikke har behov for en videre henvisning.

Leger som er ansatt i kommunen og som ikke har et listeansvar som fastlege, kan på gitte vilkår gis mulighet til å reservere seg. Kommunen kan da enten utføre tjenestene selv eller inngå avtale med andre private eller offentlige tjenesteytere.



- Norge er medlem av Europarådet som i 2009 slo fast at leger kan reservere seg mot å henvise til abort.
- Et forbud mot reservasjon er å utfordre legers tros- og samvittighetsfrihet.
- Fastleger som er imot abort får yrkesforbud, mens helsepersonell på sykehus fortsatt kan reservere seg.
- Praktiseringen av reservasjonsretten har til nå fungert smidig og uproblematisk for kvinner som søker abort.
- En kamp for «vern av det ufødte liv».

- Pasientrettigheter må gjelde også for dem som ønsker å få utført et abortinngrep.
- Det er ingen som tvinger leger til å være fastleger med de oppgaver og plikter det innebærer.
- Det skaper en ekstra psykisk belastning for kvinnen det gjelder.
- Rundskrivet er kun en klargjøring, som tillater at man fortsatt kan la en kollega skrive under på papirene.
- Kravet om reservasjonsrett gjelder til syvende og sist andre lovbestemmelser, som for eksempel lesbiske par sin rett til befruktning.

HAR DU PASIENTER MED OPIOIDINDUSERT
OBSTIPASJON?
SE ANNNONSE SIDE 20
plusma

TARGINIQ®

oksykodon/nalokson

NÅ PÅ BLÅ RESEPT!

Refusjonsberettiget bruk:
Palliativ behandling i livets sluttfase.
Refusjonskode: 90 (ICPC og ICD)
Vilkår 136: Refusjon ytes selv om legemidlet skal brukes i mindre enn tre måneder.
Vilkår 194: Refusjon ytes kun til pasienter som først har benyttet langtidsvirkende opioid med tilstrekkelige mengder av forebyggende laksantia, og som fortsatt har opioidindusert forstoppelse.

FOR PASIENTENS SKYLD!

Dette er TARGINIQ®

- Et opioid mot sterke smerter som kun kan behandles tilfredsstillende med opioide analgetika
- Nalokson er tilsatt for å forhindre opioidindusert obstipasjon ved å blokkere oksykodons virkning lokalt i tarmen

EFFEKTIV MOT STERKE SMERTER[1]

motvirker opioidindusert obstipasjon[1]

www.targiniq.no

mundipharma **Mundipharma AS** • Vollsveien 13c • 1366 Lysaker • Telefon: 67 51 89 00 • Telefaks: 67 51 89 01 • www.mundipharma.no

Lei av snokete kolleger

Vestre Viken-sykepleiere har fått nok av kolleger som snoker i journalene. Nå har fylkeslegen fått beskjed.

Tekst **Ann-Kristin Bloch Helmers**

Modig og riktig av sykepleiere å melde fra om dette, sier foretakstillitsvalgt for NSF i Vestre Viken, Hilde K. Arnesen, til Sykepleien.

Sykepleiere og leger i helseforetaket har nå gått direkte til Helseavdelingen hos Fylkesmannen med sine bekymringer omkring taushetsplikten.

– Brudd på taushetsplikt

– Det burde være en ryggmargsrefleks at helsepersonell ikke snoker i pasientjournalene, men slik er det dessverre ikke. Dette er et problem, sier Arnesen.

– Det må være sanksjoner for slikt. Jeg er veldig glad for at Vestre Viken-ledelsen sier det er nulltoleranse for journalsnoking.

– Dette er klare brudd på taushetsplikten og bestemmelsene vi har i helsepersonelloven, sier seniorrådgiver Ellisiv Hegna hos Fylkesmannen i Buskerud til NRK Buskerud.

Politianmeldes

Jan Reidar Bergwitz-Larsen, juridisk direktør i Vestre Viken, mener imidlertid at snoking ikke er et stort problem volummessig i helseforetaket.

– Problemet i dette tilfellet, er at meldingen til Helsetilsynet er gjort anonymt. Ledelsen ønsker at ansatte melder fra om slike tilfeller på ordinær måte. Nå vet vi ikke hvem som har meldt fra, og vi vet ikke hvor snokingen skal ha foregått. Sånn sett kan ikke vi gjøre annet enn på ulike måter å minne våre ansatte om reglene.

Ifølge Bergwitz-Larsen er det per i dag flere snokesaker i helseforetaket som er under etterforskning av politiet. Ingen i disse sakene har så langt mistet jobben. Noen har selv sagt opp, og i andre saker venter avgjørelse om reaksjonsform.

– Ett slikt lovbrudd er ett for mye, sier han.

Dette sier loven:

PARAGRAF 21A: Det er forbudt å lese, søke etter eller på annen måte tilegne seg, bruke eller besitte opplysninger som nevnt i (paragraf) 21a uten at det er begrunnet i helsehjelp til pasienten, administrasjon av slik hjelp eller har særskilt hjemmel i lov eller forskrift.

Foto: Stig M. Weston

Vil ha mer tilgjengelige leger

NSF støtter Helsedepartementets forslag til revidert fastlegeforskrift, som de mener vil gjøre legene mer tilgjengelige for sine pasienter.

Tekst **Bjørn Arild Østby**

Norsk Sykepleierforbund (NSF) uttrykker i sitt høringssvar samtidig bekymring over signalene som er kommet om at et stort antall fastleger vil si opp sine avtaler med kommunene dersom forskriften vedtas slik den foreligger.

Hensikten med revisjonen er å tydeliggjøre kommunens ansvar for fastlegeordningen, samt å forplikte legene til å ta større ansvar for pasientene de får betalt for.

«Legetjenesten fungerer ikke etter intensjonen.»

Fra NSFs høringssvar

På denne måten vil fastlegene bli bedre integrert i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. NSF finner det likevel relevant å stille spørsmål ved om en ensidig styrking av fastlegeordningen – slik forskriftsutkastet synes å ta høyde for – er veien å gå når det gjelder framtidig organisering av helsetjenesten i kommunene.

Helsestasjonen

Ettersom store deler av legemiljøet synes å være kritiske til å få tilført flere oppgaver, finner NSF det naturlig at departementet i fortsettelsen ser på hvordan man i stedet kan styrke andre kommunale helsetjenester.

Legetjenesten innenfor helsestasjon- og skolehelsetjenesten fungerer i dag ikke etter intensjonen. Løsningen på dette er imidlertid ifølge NSF ikke å flytte helsekontroller av barn ut fra helsestasjonen og til fastlegens kontor. NSF mener det beste helsefremmende og forebyggende tilbudet til barn gis gjennom helsestasjonen, hvor helsekontroller av barn inngår som en selvfølgelig del av tilbudet.

Samhandlingsreformen

Å bygge opp en stor del av den kommunale helsetjenesten rundt fastlegeordningen, vil etter NSFs mening være å gi slipp på et viktig prinsipp om å yte tjenester på det beste og lavest tilgjengelige omsorgsnivå. Slik samhandlingsreformen legger opp til.

Det er derfor med en viss undring NSF konstaterer at departementet i liten grad fokuserer på endringer av oppgaver mellom personellgrupper.

– Sykepleiernes kompetanse strekker seg fra helsefremmende, forebyggende, akutt og til palliativt arbeid. De koordinerer behandlingsforløp, har det kontinuerlige ansvaret for helsehjelpen, og ser hvilke konsekvenser sykdom eller helsesvikt har på pasienten og omgivelsene. På denne måten representerer sykepleierne og deres kompetanse den røde tråden gjennom helsetjenesten, heter det blant annet i høringssvaret fra NSF. ||||

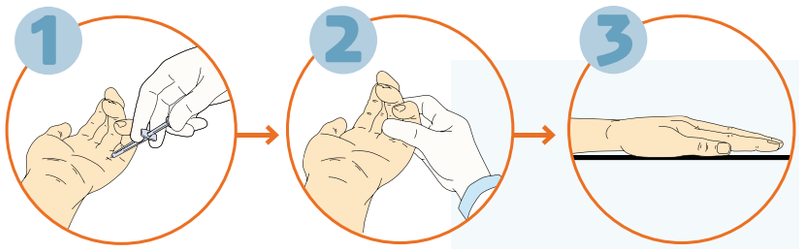
C **Xiapex «Pfizer»**
Enzymer mot sykdom i muskel-skjelettsystemet. ATC-nr.: M09A B02

PULVER OG VÆSKE TIL INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning *0,9 mg:* *Hvert sett inneh.:* I) Pulver: Kollagenase clostridium histolyticum 0,9 mg, sakkarose, trometamol, saltsyre for pH-justering. II) Oppløsningsvæske: Kalsiumkloriddihydrat, natriumklorid, vann til injeksjonsvæsker. **Indikasjoner:** Behandling av Dupuytrens kontraktur hos voksne pasienter med følbar streng.**Dosering:** Administreres intralesjonalt. Skal kun gis av leger som er opplært og har erfaring i diagnostisering og behandling av Dupuytrens sykdom. Anbefalt dose er 0,58 mg pr. injeksjon inn i en følbar Dupuytren-streng. *Metakarpofalagealledd (MCP-ledd):* Pulveret rekonstitueres i 0,39 ml oppløsningsvæske. Injeksjonsvolum: 0,25 ml. *Proksimale interfalangealledd (PIP-ledd):* Pulveret rekonstitueres i 0,31 ml oppløsningsvæske. Injeksjonsvolum: 0,20 ml. Pasienten skal kontrolleres av legen neste dag, og ca. 24 timer etter injeksjon kan fingerekstensjonsprosedyre utføres, som nødvendig, for å forenkle ruptur. Injeksjon og fingerekstensjonsprosedyrer kan utføres inntil 3 ganger pr. streng med ca. 4 ukers intervall. Kun én streng må behandles om gangen. Ved multiple kontrakturer behandles hver streng i sekvensiell rekkefølge. ***Eldre:*** Ingen dosejustering er nødvendig. *Nedsatt lever- eller nyrefunksjon:* Ingen dosejustering er nødvendig. ***Barn (0-18 år):*** Bruk er ikke relevant. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Allergiske reaksjoner kan forekomme. Ingen alvorlige allergiske reaksjoner er observert, men beredskap for å håndtere ev. alvorlige lokale eller systemiske allergiske reaksjoner, inkl. anafylaksi, må være til stede. Kollagenase clostridium histolyticum løser opp kollagen. Injeksjon i kollagenholdige strukturer i hånden (f.eks. sener, nerver, blodkar) kan gi skade på disse, muligens permanent som seneruptur og ligamentskade, og forsiktighet må utvises. Ved injeksjon i streng som påvirker et PIP-ledd i 5. finger, skal kanylen ikke innføres dypere enn 2-3 mm, og ikke mer enn 4 mm distalt for palmar-digital-folden. Pasienten må anmodes om å kontakte lege straks ved problemer med å bøye fingeren, på tross av at hevelsen er gått ned (symptom på seneruptur). Pasienter med Dupuytrens kontraktur med fester til huden kan ha høyere risiko for hudlesjoner. Forsiktighet må utvises hos pasienter med koagulasjonsforstyrrelser eller som bruker antikoagulantia. Bruk er ikke anbefalt hos pasienter som har fått antikoagulantia inntil 7 dager tidligere (med unntak av opptil 150 mg acetylsalisylsyre daglig). Som ved ethvert legemiddel av ikke-humant protein kan pasienter utvikle antistoffer mot det terapeutiske proteinet. Pga. sekvenslikhet mellom enzymene i kollagenase clostridium histolyticum og humane matriksmetalloproteinaser (MMP), kan anti-legemiddelstoff-antistoff (ADA) teoretisk interferere med humane MMP. Ingen sikkerhetsproblemer relatert til hemming av humane MMP eller bivirkninger som indikerer utvikling eller forverring av autoimmune sykdommer eller utvikling av muskel-skjelettsyndrom (MSS) er observert. Muligheten for utvikling av MMS kan ikke utelukkes. MMS er karakterisert ved ett eller flere av følgende symptomer: Artralgi, myalgi, stivhet i ledd, stivhet i skuldre, håndødem, fibrose i håndflaten, og fortykning eller dannelse av knuter i senene. MMS utvikles progressivt. Langtidssikkerhet og påvirkning av tidligere behandling på etterfølgende kirurgi er ikke klarlagt. Xiapex er praktisk talt natriumfritt (<23 mg pr. dose). **Interaksjoner:** Bruk hos pasienter som har fått tetrasyklinantibiotika i løpet av siste 14 dager anbefales ikke. **Graviditet/Amming:** *Overgang i placenta:* Ingen data på bruk hos gravide. Dyrestudier indikerer ingen direkte eller indirekte skadelige effekter mht. fertilitet, graviditet eller embryonal/føtal utvikling. Pasienter utvikler ADA etter gjentatt administrering. Kryssreaksjon av ADA mot endogen MMP involvert ved graviditet og fødsel kan ikke utelukkes. Behandling bør utsettes til etter graviditet. *Overgang i morsmelk:* Kan brukes ved amming da systemisk eksponering hos ammende er ubetydelig. **Bivirkninger:** *Svært vanlige (≥1/10):* Blod/lymfe: Lymfadenopati. Hud: Kløe, bloduttredelse. Muskel-skjelettsystemet: Smerte i ekstremitet. Øvrige: Reaksjon på injeksjonsstedet (ødem, blødning, smerte, hevelse, ømhet), kontusjon. *Vanlige (≥1/100 til <1/10):* Blod/lymfe: Smerte i lymfeknute. Gastrointestinale: Kvalme. Hud: Blodblemme, blemme, utslett, erytem, økt svette. Muskel-skjelettsystemet: Artralgi, hevelse i ledd, myalgi. Nevrologiske: Parestesi, hypoestesi, brennende følelse, svimmelhet, hodepine. Øvrige: Aksillesmerte, hevelse, inflammasjon, reaksjon på injeksjonsstedet (inflammasjon, erytem, kløe, varme, vesikler), hudlaserasjon. *Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):* Blod/lymfe: Trombocytopeni. Gastrointestinale: Diaré, oppkast, smerte i øvre abdomen. Hjerte/kar: Hematom, hypotensjon. Hud: Erytematøst utslett, flekkete utslett, eksem, hevelse i ansiktet, smerte i huden, hudavskalling, hudlesjoner, hudsykdom, skorpe, hudmisfarging, stram hud. Immunsystemet: Hypersensitivitet. Infeksiøse: Cellulitt på injeksjonsstedet. Kjønnsorganer/bryst: Ømhet i bryst, brysthypertrofi. Luftveier: Dyspnø, hyperventilering. Muskel-skjelettsystemet: Klump i armhulen, smerte i brystveggen, smerte i lysken, knitring eller stivhet i ledd, ubehag i arm eller ben, muskelspasmer, muskelsvakhet, ubehag eller stivhet i muskler/skjelett, nakkesmerte, skuldersmerte. Nevrologiske: Komplekst regionalt smertesyndrom, monoplegi, vasovagal synkope, tremor. Psykiske: Desorientering, agitasjon, insomni, irritasjon, rastløshet. Undersøkelser: Palpabel lymfeknute, økt ASAT/ALAT, økt kroppstemperatur. Øye: Øyelokksødem. Øvrige: Lokal hevelse, feber, smerte, ubehag, tretthet, varmefølelse, influensalignende sykdom, reaksjon på injeksjonsstedet (følelsesløshet, avskalling, misfarging, irritasjon, knute), utilpasshet, seneruptur, ligamentskade, skade i arm eller ben, åpent sår, sårsprik.
Overdosering/Forgiftning: *Behandling:* Symptomatisk behandling. **Egenskaper:** *Klassifisering:* Enzymer mot sykdom i muskel-skjelettsystemet. Består av 2 kollagenaser (AUX-I og AUX-II) som er representative for de 2 største kollagenaseklassene (klasse I og klasse II) som produseres av Clostridium histolyticum. *Virkningsmekanisme:* Enzymatisk oppløsning av Dupuytren-strengen ved kollagenhydrolyse. De 2 kollagenaseklassene (AUX-I og AUX-II) har komplementær substratspesifisitet og kløyver interstitiell kollagen effektivt på forskjellige steder i molekylet. Begge gir hurtig hydrolyse av gelatin (denaturert kollagen) og små kollagenpeptider. Klasse I kløyver uløselig trippelheliks-kollagen med høyere affinitet enn klasse II-kollagenase. Klasse II har høyere affinitet for små kollagenfragmenter. Gir samlet bred hydrolytisk aktivitet mot kollagen. *Absorpsjon:* Etter administrering av enkeltdose er det ikke påvist målbare mengder i plasma fra 5 minutter til 30 dager etter injeksjon. *Metabolisme:* Kollagenase clostridium histolyticum er ikke substrat for enzymsystemer som metaboliserer legemidler, og ingen aktive metabolitter forventes. Ingen studier er utført. *Utskillelse:* Ingen systemisk eksponering etter enkeltinjeksjon. Ingen studier er utført. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares ved 2-8°C. Skal ikke fryses. Anvendes umiddelbart etter rekonstituering. Kan oppbevares ved 20-25°C i inntil 1 time eller ved 2-8°C i inntil 4 timer etter rekonstituering. Etter oppbevaring i kjøleskap må rekonstituert oppløsning tempereres i ca. 15 minutter bør bruk. **Andre opplysninger:** For detaljert informasjon om prosedyre for rekonstituering, injeksjon og fingerekstensjon, se pakningsvedlegget. **Pakninger og priser:** 1 sett (hettegl.) kr 9408,50.

Sist endret: 14.03.2011 Pris av mars 2012

XIAPEX®
kollagenase clostridium histolyticum

Kollagenasebehandling av Dupuytrens kontraktur uten kirurgisk inngrep



STIKK
XIAPEX® injiseres

STREKK
Fingerekstensjon

SJEKK
Kontroll og oppfølging

xiapex.no

E2012-02060

www.xiapex.no

Pfizer

Vil knekke «skade-kurven»

Ved Hillerød Hospital i Danmark har det skjedd en oppvåkning hos både ledelse og personal. Nå skal de redusere dødeligheten med 15 prosent.

Tekst **Eivor Hofstad**

Hillerød Hospital, tre mil nord for København i Danmark, har satt seg som mål at skader skal ned med 30 prosent og dødelighet med 15 prosent. Dette skal skje innen ett år. Da avsluttes prosjektet «Pasientsikkert sykehus», som Hillerød har hatt gode erfaringer med.

Prosjektet pågår på et sykehus i hver av de fem regionene i landet og varer to og et halvt år. Det har gitt inspirasjon til den norske pasientsikkerhetskampanjen «I trygge hender».

– Arbeid med pasientsikkerhet kan være veien til god og praksisnær ledelse når det er faktaorientert. Når det ledes av målinger, ikke av følelser og fornemmelser, sier viseadministrerende direktør Bente Ourø Rørth ved Hillerød Hospital til en fullsatt sal på lederkonferansen til Norsk sykehus- og helsetjenesteforening (NSH).

«Vi kan redde flest ved å unngå hjertestopp og infeksjoner.» *Bente Ourø Rørth*

MÅLE, IKKE FØLE: Arbeid med pasientsikkerhet må være faktaorientert og ledet av målinger, ikke av følelser og fornemmelser, mener viseadministrerende direktør Bente Ourø Rørth ved Hillerød Hospital. Foto: Hillerød Hospital.

Definerte skader

Det første Hillerød måtte gjøre var å definere «skader». Så kunne de finne ut hvor mange de hadde per dag. Det var cirka 50. Det vil si at de må redusere det med 15 skader per dag, hvis skadene skal reduseres 30 prosent.

Arbeidet omfatter hele sykehuset, alle er med. De kliniske teamene må stikke hodene sine sammen minst en gang per dag. Det handler om å møte, måle og forbedre.

Hillerød bruker GTT (global trigger tool) til å identifisere skjulte skader. GTT er en retrospektiv analyse av pasientjournaler hvor man leiter etter informasjon, såkalte triggere, som kan indikere et mulig avvik fra et normalt behandlingsforløp (Sykepleien skrev om Nordlandssykehusets erfaring med dette verktøyet i nr. 7, 2011).

– Vi finner bare flere og flere skader. Men i Boston hvor de har drevet lenge med GTT, sier de at kurvene vil knekke før eller siden, sier Rørth.

Trykksårpakke

Hillerød har utviklet 12 kliniske pakker som skal brukes for å unngå skadene. De består av teoretisk bakgrunn, mål, enkle intervensjoner og indikatorer som kommer frem ved daglige målinger.

Eksempel på en klinisk pakke kan være trykksårpakke. Den sier at alle nyinnlagte pasienter skal få vurdert sin risiko for trykksår. De med risiko revurderes daglig. Risikogruppen ernæringsscreenes og mobiliseres maksimalt. I pakken finnes mer detaljer om hvordan det gjøres. Målet er ingen trykksår ved sykehuset.

– Vi trodde ikke at vi hadde trykksår på sykehuset, men det viste seg å være på hver eneste avdeling, innrømmer Rørth.

De visste heller ikke at det var så mange som fikk forstoppelse på sykehuset.

– Obstipasjon er faktisk den mest vanlige skaden hos oss. Det er en hyppig årsak til gjeninnleggelse og til andre sykdommer.

Konkretiserte målene

For å nå målet om 15 prosents reduksjon i dødsfall, måtte de først telle hvor mange som døde på Hillerød Hospital i året.

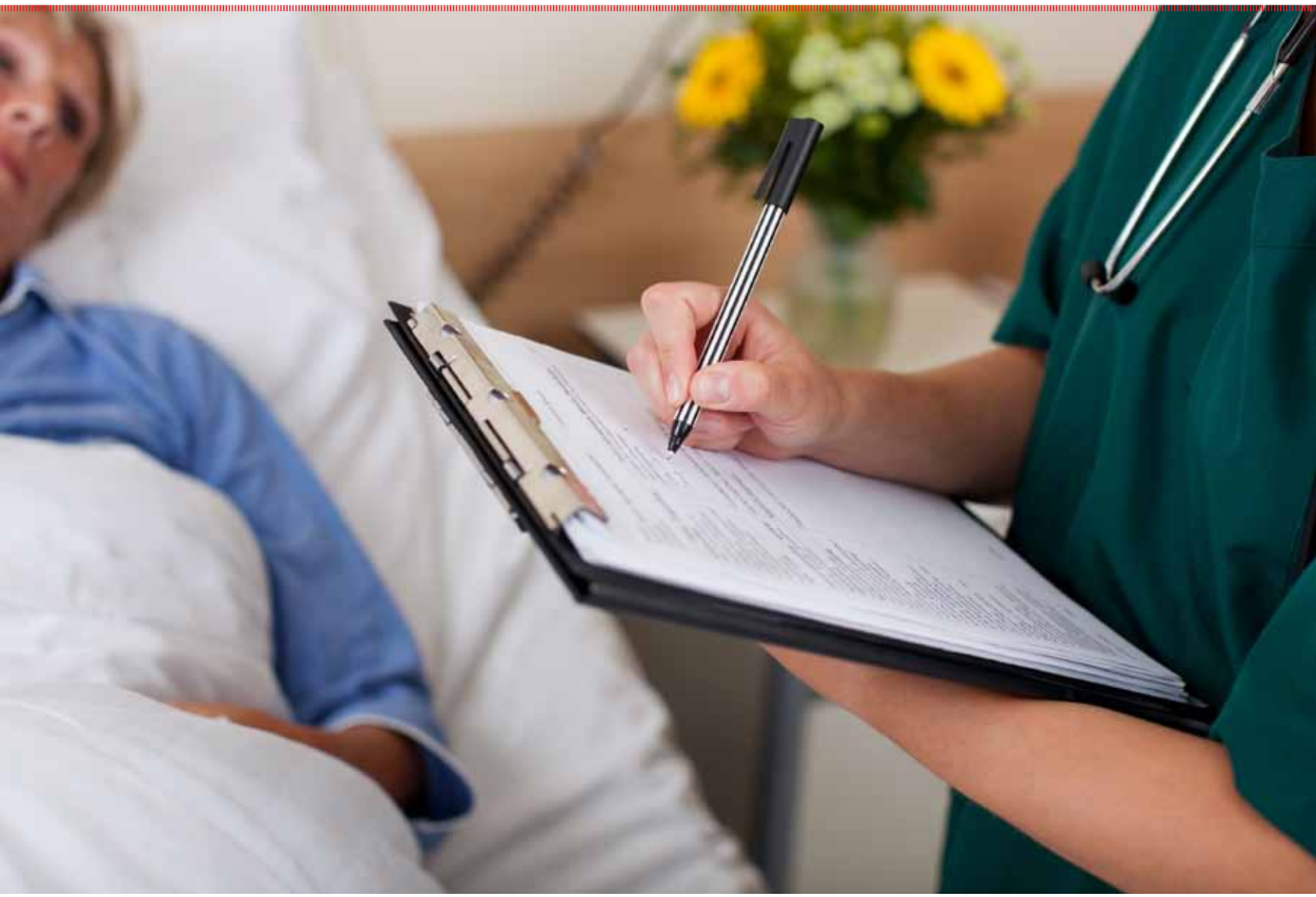
– 1 200 dør på sykehuset hvert år. Det visste jeg ikke, sier Rørth.

15 prosents reduksjon vil si 180 liv per år.

– Det betyr 15 pasienter i måneden. Og NÅ kan vi begynne å snakke. Hvor skal vi få disse fra? Vi har kommet fram til at vi kan redde flest ved å unngå hjertestopp og infeksjoner, sier Rørth.

For å få det til, må det måles. Opp og ned og i mente.

– Vi måler alle pasienter hver dag. Alle de ting som kan gi infeksjoner måles. Spesielt er «early warning score» en viktig måling som



MÅLER MYE: På Hillerød Hospital får alle nyinnlagte pasienter vurdert sin liggesårrisiko. Illustrasjonsfoto: Contrastwerkstatt/Scanpix.

fanger opp de kritisk syke, opplyser Rørth.

Ved «early warning score» måler de pasientens puls, blodtrykk, pustefrekvens, og andre parametre med korte intervaller døgnet rundt. Personalet blir veiledet til å handle ut ifra hva de ser.

– På denne måten har vi identifisert de pasientene som er i risiko for å utvikle kritisk sykdom, sier Rørth.

På hver avdeling henger en tavle hvor det føres opp antall dager siden sist de hadde en infeksjon eller annen skade. Pasientsikkerhet har blitt aller høyest på sykehusets dagsorden.

– Det engasjerer både sykepleiere og leger. De spør «Har vi hatt noen infeksjoner her?», forteller Rørth.

– Insentiver?

Hva har så vært det største hinderet for å få i gang prosjektet?

– At vi har så mye annet som må gjøres ved siden av, slik som for eksempel akkrediteringsarbeidet, kommer det kontant fra Rørth.

Hun har også erfart at et slikt prosjekt lett kan komme i konkurranse med det generelle kvalitetsarbeidet ved sykehuset.

Etter foredraget kommer to leger bort til henne og lurer på hvilke insentiver eller form for berømming de har gitt legene som har vært med på dette arbeidet.

– Da gynekologisk avdeling hadde 300 dager siden forrige infeksjon avledet fra perifert venekateter, fikk alle på avdelingen kake for å markere og anerkjenne innsats og resultat, svarer den tidligere sykepleieren.

Spørsmålet får Sykepleien til å undre:

– Er det typisk leger eller typisk norsk å kreve insentiver for å bedre pasientsikkerheten?

– Det vet jeg ikke. Insentivet for legene og alle andre på Hillerød Hospital er i alle fall at innsatsene gir bedre resultat for pasientene, svarer Bente Ourø Rørth. ||||

Kartlegger norsk pasientsikkerhetskultur

FRA FEBRUAR til juni skal samtlige behandlingsenheter ved landets helseforetak kartlegge hvor god kulturen rundt pasientsikkerhet er.

Det er de ansatte selv som skal svare på spørsmål om dette, fordi undersøkelser har vist at de ansatte ofte har bedre kjennskap til hvordan pasientsikkerheten ivaretas, enn nærmeste leder.

Målet er å forbedre pasientsikkerheten ved å iverksette praktiske forbedringstiltak. Spørreundersøkelsen er et av de mange leddene i den pågående norske pasientsikkerhetskampanjen «I trygge hender».

Studietur om pasientsikkerhet

VIL DU LÆRE med om dansk pasientsikkerhetsarbeid, er det mulig å bli med NSH på deres todagers studietur til København. 23. april er det Pasientsikkerhetskonferanse som arrangeres av Dansk Selskab for Patientsikkehed. 24. april er en faglig dag med blant annet sykehusbesøk til Næstved Sygehus, som er et av de fem pasientsikre sykehusene i Danmark.

Sykepleierne på lønnsbunnen

I løpet av et helt liv tjener sykepleiere mindre enn de med kun grunnskole. – Et dårlig signal, sier NSF-leder Eli Gunhild By. Tekst **Eivor Hofstad** Foto **Marit Fonn**

Av 50 ulike utdanningers forventede livsløpsinntekt, kommer sykepleier på 46. plass, ifølge tall utarbeidet av Lars J. Kirkebøen ved Statistisk sentralbyrå. Tallene tok utgangspunkt i 2008-kroner og ble publisert i 2010. De ble gjentatt i Dagbladet den 12. mars. På forsiden het det «Så mye skal du tjene».

– Krever store omfordelinger

Av utdanninger utover videregående er det bare førskolelærere som tjener enda dårligere enn sykepleiere. Og faktisk kommer både de med kun videregående allmennfaglig og de med kun grunnskole ut med en høyere livstidsinntekt enn sykepleiere, med henholdsvis plass nummer 32 og 42 på lista.

– Dette er dessverre kjente realiteter som vi ønsker å snu gjennom blant annet vårens tariffoppgjør, sier Eli Gunhild By, leder i Norsk Sykepleierforbund (NSF).

– *Hva synes du om det?*

– Med de rekrutteringsutfordringer vi står overfor i helsesektoren i årene framover er slik statistikk dårlige signaler til de ungdommer som skal gjøre sine utdannings- og yrkesvalg. Dessverre er det vanskelig å få til så store omfordelinger innenfor ett tariffoppgjør som disse utfordringene krever.

Leger tjener over ti millioner mer

Sykepleiere tjente 8,98 millioner kroner før skatt i 2008. Til sammenlikning tronet medisinerne øverst på lønnstoppen, med en forventet livsløpsinntekt på 19,64 millioner kroner. På listens absolutte bunnivå, ligger de med utdanning fra videregående, helse og sosial. En helsefagarbeider hadde i 2008 en livsløpsinntekt på 7,99 millioner kroner.

En sykepleier har tre år mer utdanning enn en helsefagarbeider og tjener knapt en million kroner mer i løpet av livet. En lege har også tre år lengre utdanning enn en sykepleier, men tjener hele 10,66 millioner kroner mer enn sykepleieren.

– Mye av dette skyldes verdsettingsdiskriminering, nettopp det at kvinnedominerte yrker tjener dårligere enn de mer typisk mannsdominerte. Utdanning og kompetanse verdsettes lavt for kvinnedominerte utdanningsgrupper i offentlig sektor. Både likelønnskommisjonen og annen dokumentasjon viser oss at kvinnedominerte utdanninger med til og med fireårig høyskole- eller universitetsutdanning kommer dårligst ut.

Alltid beredt for en streik

– *Hva bør gjøres for å få sykepleierlønna høyere?*

– Myndigheter og arbeidsgivere må prioritere disse gruppene, og alle ledere ute i helseforetak og kommunehelsetjeneste må være tydelig på dette. Vår oppgave er å nå fram med budskapet både overfor opinionen, ledere, myndigheter og arbeidsgivermotparter både sentralt og lokalt.

– *Men det ser ikke ut til at dere når fram. På tide med en streik snart, kanskje?*

– Vi skal først igjennom forhandlinger og eventuell mekling. Streikevåpenet er ikke noe vi lett skal ty til, men vi er alltid beredt til å ta det i bruk hvis vi mener at det er nødvendig.

- **MEDOX** ER ET VELDOKUMENTERT SUPPLEMENT TIL BEHANDLINGEN

Fysioterapeut Ragnhild Elise Eltervaag

Medox styrker pasientene mellom behandlingene

Flere og flere helsepersonell gjør det: Anbefaler Medox som et supplement til behandlingen. Studier ved universitetssykehus konkluderer med at bruk av antocyaner styrker immunforsvaret og kan ha en rolle i forebygging eller behandling av kronisk inflammatoriske sykdommer.

WWW.MEDOX.NO/HELSEPERSONELL

Eucreas Novartis *Antidiabetikum.* ATC-nr.: A10B D08

TABLETTER, filmdrasjerte 50 mg/850 mg og 50 mg/1000 mg: Hver tablett inneh.: Vildagliptin 50 mg, resp. 50 mg, metforminhydroklorid 850 mg (tilsv. metformin 660 mg), resp. 1000 mg (tilsv. metformin 780 mg), hjelpestoffer. Fargestoffer: Gult jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). **Indikasjoner:** Behandling av diabetes mellitus type 2 hos pasienter med utilstrekkelig glykemisk kontroll til tross for maks. tolererbar peroral dose av metformin monoterapi, eller til pasienter som allerede får kombinasjonsbehandling med vildagliptin og metformin som separate tabletter. **Dosering:** Voksne: Basert på gjeldende metformindose innledes behandlingen med 1 tablett 50 mg/850 mg 2 ganger daglig eller 1 tablett 50 mg/1000 mg 2 ganger daglig, tatt morgen og kveld. Anbefalt daglig dose er vildagliptin 100 mg + metforminhydroklorid 2000 mg. Pasienter som får vildagliptin og metformin som separate tabletter kan bytte til Eucreas med tilsvarende dose av hver komponent. Doser >100 mg vildagliptin anbefales ikke. Eldre ≥65 år: Nyrefunksjonen bør kontrolleres regelmessig. Barn <18 år: Sikkerhet og effekt er ikke dokumentert. Nedsatt nyrefunksjon: Se Kontraindikasjoner. Nedsatt leverfunksjon: Bør ikke brukes av pasienter med nedsatt leverfunksjon, inkl. de med ALAT eller ASAT >3 × øvre nor-malgrense ved behandlingsstart. Administrering: Gastrointestinale symptomer assosiert med metformin kan reduseres ved å ta tablettene sammen med eller umiddelbart etter mat. Det anbefales å svelge tabletten hel. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. Diabetisk ketoacidose eller diabetisk prekoma. Nyresvikt eller nedsatt nyrefunksjon, definert som ClCR <60 ml/minutt. Akutte tilstander som potensielt kan endre nyrefunksjonen, slik som dehydrering, alvorlig infeksjon, sjokk, i.v. bruk av jodholdige kontrastmidler. Akutt eller kronisk sykdom som kan forårsake hypoksi i vev, slik som hjerte- eller respirasjonssvikt, nylig gjennomgått hjerteinfarkt og sjokk. Nedsatt leverfunksjon. Akutt alkoholforgiftning, alkoholisme. Amming. **Forsiktighetsregler:** Bør ikke brukes ved diabetes type 1. Laktacidose kan forekomme i svært sjeldne tilfeller pga. metforminakkumulering og oppstår primært ved signifikant nyresvikt. Forekomst av laktacidose kan og bør reduseres ved å samtidig vurdere andre risikofaktorer (f.eks. dårlig kontrollert diabetes, ketose, langvarig faste, overdrevet alkoholinntak, nedsatt leverfunksjon og enhver tilstand assosiert med hypoksi). Serumkreatinin bør monitoreres regelmessig: Minst 1 gang pr. år ved normal nyrefunksjon, og minst 2-4 ganger pr. år ved serumkreatininnivå i øvre del av normalområdet og hos eldre. Særlig forsiktighet i situasjoner der nyrefunksjonen kan reduseres, f.eks. ved oppstart av behandling med antihypertensiver, diuretika eller NSAIDs. Sjeldne tilfeller av leverdysfunksjon (inkl. hepatitt) er rapportert. I disse tilfellene er pasientene vanligvis asymptomatiske og uten klinisk sekvele, og leververdiene normaliseres etter seponering. Leverfunksjonstester bør utføres før behandlingsstart, hver 3. måned i løpet av 1. behandlingsår og deretter periodisk. Ved utvikling av forhøyet transaminasenivå bør en ny bekreftende leverfunksjonstest uføres, deretter bør pasienten følges opp med hyppige tester til verdiene er normale igjen. Dersom det observeres en vedvarende økning av ASAT og ALAT på >3 × øvre normalgrense, bør behandlingen seponeres. Ved gulsott eller andre tegn på leverskade bør behandlingen avbrytes. Behandlingen bør ikke gjenopptas når lever-funksjonstestene er normale. Diabetespasientene bør undersøkes med tanke på hudlesjoner i forbindelse med rutinemessig oppfølging. Tilfeller av akutt pankreatitt er rapportert ved bruk av vidagliptin, og regresjon er observert etter seponering. Ved mistanke om pankreatitt bør preparatet og andre potensielt mistenkte legemidler seponeres. Pasienten bør informeres om det karakteristiske symptomet på akutt pankreatitt: Vedvarende, sterke magesmerter. Behandling bør seponeres 48 timer før elektiv kirurgi med generell anestesi, og bør ikke gjenopptas før tidligst 48 timer etter inngrepet. Pasienter som opplever svimmelhet bør ikke kjøre bil eller bruke maskiner. **Interaksjoner:** Vildagliptin er verken et substrat for CYP 450 eller en hemmer/induser av disse og har derfor lavt interaksjonspotensiale. Den hypoglykemiske effekten kan reduseres av visse legemidler, inkl. tiazider, kortikosteroider, thyreoideapreparater og sympatomimetika. Inntak av alkohol og legemidler som inneholder alkohol bør unngås med tanke på laktacidose. Ved samtidig bruk av kationiske legemidler som elimineres ved renal, tubulær sekresjon (f.eks. cimetidin) bør glykemisk kontroll monitoreres nøye. Dosejustering innen anbefalt doseringsområde og endringer i diabetesbehandling bør overveies. Eucreas bør seponeres før eller ved i.v. injeksjon av jodholdige kontrastmidler. Behandling bør ikke gjenopptas før 48 timer etter, og kun etter at nyrefunksjonen er undersøkt på nytt og funnet normal. Ved samtidig bruk av legemidler med hyperglykemisk effekt (glukokortikoider, beta2-agonister og diuretika) bør blodsukker måles oftere, spesielt ved oppstart. Dosejustering av Eucreas kan være nødvendig ved samtidig behandling og ved seponering. ACE-hemmere kan redusere blodsukkeret og dosejustering kan være nødvendig. **Graviditet/ Amming:** Overgang i placenta: Ikke tilstrekkelige data fra gravide. Dyrestudier med vildagliptin har vist reproduksjonstoksiske effekter ved høye doser. Skal ikke brukes under graviditet. Overgang i morsmelk: Utskilles i melk hos dyr. Skal ikke brukes under amming. **Bivirkninger:** Vanlige (<1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Kvalme. Nevrologiske: Tremor, hodepine, svimmelhet. Stoffskifte/ernæring: Hypoglykemi. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Nevrologiske: Tretthet. Ytterligere bivirkninger som er observert med de enkelte virkestoffene: Vildagliptin: Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Gastrointestinale: Forstoppelse. Hjerte/kar: Perifert ødem. Muskel-skjelettsystemet: Artralgi. Svært sjeldne (<1/10 000): Infeksiøse: Øvre luftveisinfeksjon, nasofaryngitt. Etter markedsføring: Etter markedsføring: Rapporter om tilfeller av unormale leverfunksjonstester og tilfeller av hepatitt, reversibelt ved seponering. Ukjent frekvens: Urticaria, pankreatitt. Metformin: Svært vanlige (≥1/10): Gastrointestinale: Oppkast, diaré, magesmerter, nedsatt appetitt. Vanlige (≥1/100 til <1/10): Nevrologiske: Metallsmak. Svært sjeldne (<1/10 000): Hud: Hudreaksjoner som erytem, pruritus, urticaria. Lever/galle: Unormale leverfunksjonstester eller hepatitt. Stoffskifte/ernæring: Redusert opptak av vitamin B12, laktacidose. **Overdosering/Forgiftning:** En stor overdose metformin (eller samtidige risikofaktorer for laktacidose) kan medføre laktacidose, som må behandles på sykehus. Hemodialyse er den mest effektive metoden for fjerning av metformin. Vildagliptin kan ikke fjernes ved hemodialyse, men hovedmetabolitten som dannes ved hydrolyse kan fjernes. Støttende tiltak anbefales. Se Giftinformasjonens anbefalinger for metformin A10B A02 side d og vildagliptin A10B H02 side d. **Egenskaper:** Klassifisering: Vildagliptin er en dipeptidylpeptidase-4 (DPP-4)-hemmer. Metformin er et biguanid. Virkningsmekanisme: Vildagliptin gir hurtig og total hemming av DPP-4-aktiviteten, som medfører økning i fastende og postpran¬dialt endogent nivå av inkretinhormonene GLP-1 og GIP. Ved å øke endogent nivå av disse, økes betacellenes glukosesensitivitet, med forbedring av glukoseavhengig insulinsekresjon. Økt endogent GLP-1-nivå øker alfacellenes glukosesensitivitet og gir mer hensiktsmessig glukoseavhengig glukagonsekresjon. Forsterket økning i insulin-/glukagon-ratio ved hyperglykemi pga. økt inkretinnivå gir redusert fastende og postprandial hepatisk glukoseproduksjon, som igjen gir redusert glykemi. Metformin reduserer hepatisk glukoseproduksjon via hemming av glukoneogenesen og glykogenolysen, øker insulinsensitiviteten i muskler, som forbedrer perifert glukoseopptak og utnyttelse, samt ved å forsinke glukoseabsorpsjonen fra tarmen. Metformin stimulerer intracellulær glykogensyntese og har gunstig effekt på lipidmetabolisme. Kombinasjon av 2 antihyperglykemiske legemidler med komplementære virkningsmekanismer forbedrer den glykemiske kontrollen hos pasienter med diabetes type 2. Absorpsjon: Vildagliptin: Hurtig. Maks. plasmakonsentrasjon etter 1,7 timer. Absolutt biotilgjengelighet 85%. Metformin: Maks. plasmakonsentrasjon etter ca. 2,5 timer. Absolutt biotilgjengelighet 50-60%. Proteinbinding: Vildagliptin: 9,3%. Metformin: Ubetydelig. Fordeling: Distribusjonsvolum: Vildagliptin: 71 liter. Metformin: 63-273 liter. Fordeles i erytrocytter. Halveringstid: Vildagliptin: Ca. 3 timer. Metformin: Ca. 6,5 timer. Metabolisme: Vildagliptin: Hydrolysering til inaktiv metabolitt. Metaboliseres ikke i målbar grad av CYP 450-enzymer. Utskillelse: Vildagliptin: 85% via urin og 15% i feces. Metformin utskilles uendret via urin. **Pakninger og priser:** 50 mg/850 mg : 60 stk.1 (blister) kr 479,40. 3 × 60 stk. 1 (blister) kr 1368,10. 50 mg/1000 mg: 60 stk.1 (blister) kr 501,80. 3 × 60 stk.1 (blister) kr 1435,30.

Refusjon: A10B D08_1 Metformin og vildagliptin. ***Refusjonsberettiget bruk:*** Behandling av type 2 diabetes mellitus kun i kombinasjon med metformin og/eller sulfonylurea. Insulinbehandling må være vurdert som et alternativ før oppstart.

Refusjonskode:

ICPC		Vilkår nr	ICD		Vilkår nr
T90	Diabetes ikke-insulinavhengig	199	E11	Diabetes mellitus type II	199

Vilkår:

199 Refusjon ytes kun til pasienter som ikke oppnår tilstrekkelig sykdomskontroll på høyeste tolererte dose med: - kombinasjonen av metformin og sulfonylurea, eller - metformin alene dersom det er tungtveiende medisinske grunner for ikke å bruke sulfonylurea.

Sist endret: 22.12.2011 (SPC 24.11.2011)

Referanser:

1. Bosi E, et al. Effects of Vildagliptin on Glucose Control Over 24 Weeks in Patients With Type 2 Diabetes Inadequately Controlled With Metformin. Diabetes Care 2007;30(4):890-895.
2. SPC Eucreas

TYPE 2 DIABETES

Eucreas®

vildagliptin/metformin

Når metformin ikke er nok

Eucreas gir mer effekt

– Effektiv HbA1c reduksjon[1]

– Ingen vektøkning[2]

– Lav forekomst av hypoglykemi (1%)[2]

NOVARTIS **Novartis Norge AS** • Postboks 4284 Nydalen • 0401 Oslo • Tlf: 23 05 20 00 • Faks: 23 05 20 01 • www.novartis.no • NO1109013401

Tvang uten vedtak

Mange lovbrudd tyder på at tvangsbruk i sykehjem er et område hvor risikoen for svikt er høy.

Tekst **Kari Anne Dolonen**

Pasientrettighetslovens paragraf 4a inneholder regler for når helsepersonellet kan bruke tvang for å yte helsehjelp. Mange av beboerne på sykehjem er demente. Det er derfor ikke sikkert at de vet hva de gjør når de motsetter seg helsehjelp. Helsetilsynet har derfor undersøkt hvordan sykehjem håndterer lovverket.

Funnene viste at verken ledere eller ansatte kunne regelverket. Mange var usikre på hva begrepet «tvang» betyr. Ved mange sykehjem visste de ikke hvordan de skulle vurdere samtykkekompetanse. Heller ikke når det skal gjøres og hvem som har ansvaret for å gjøre det.

Mangler vedtak

Resultatet av manglende kunnskap om regelverket var at det på mange sykehjem ble brukt tvangstiltak uten at det var fattet vedtak.

Eksempler:

- Det blir brukt alarmsystem uten samtykke og uten at det ble gjort vedtak om det.
- Medisiner ble knust i mat.
- Beroligende medisiner blir gitt til pasienter som motsetter seg stell.
- Det blir brukt sengehester og spesielle nattdresser uten at tiltakene ble problematisert opp mot regelverket.

Alvorlig

Helsetilsynet i Rogaland oppsummerte tilsynet i en kommune på denne måten:

«Helsehjelp er i flere tilfeller gjennomført på tross av motstand fra pasient, uten at det foreligger vedtak om bruk av tvang. Tvangsbruk er ikke alltid dokumentert i pasientjournalen, og den er ikke fanget opp av kommunens avvikssystem eller andre internkontrolltiltak. Det er derfor ikke satt i verk tiltak for å rette opp forholdene.»

Mange lovbrudd tyder på at Helsetilsynet har undersøkt et område hvor risikoen for svikt er høy.

– Dette er alvorlig for pasienter i en sårbar situasjon. Potensialet for forbedring er derfor tilsvarende høy, skriver Helsetilsynet i tilsynsmelding 2011.

Tilsynet fortsetter i 2012.

Vil se på mer enn hpv

Professor foreslår å se på alle forhold ved screeningen mot livmorhalskreft. Tekst **Nina Hernæs**

Ulike syn på hpv-tester har skapt brudulje i fagmiljøene. Hpv-testene brukes i screening mot livmorhalskreft.

I Dagens Medisin anbefaler professor i helseøkonomi, Ivar Sønbø Kristiansen, en gjennomgang av hele screeningprogrammet, ikke bare hpv-testene.

– Ensidige innspill

Kristiansen skriver i et debattinnlegg i Dagens Medisin at myndighetene er ensidige når det i all hovedsak snakkes om risikoen for å overse kreft, og ikke om hvilke bivirkninger screeningen har.

Hvert år opereres 3 000 kvinner for å unngå 200–450 tilfeller av livmorhalskreft. Operasjon gir risiko for seinabort og prematur fødsel i seinere svangerskap.

Usikkerhet

Kristiansen peker på at screeningen er heftet med mye usikkerhet, og at det er usikkerheten ved mer enn hpv-testingen.

Derfor foreslår han at Helse- og omsorgsdepartementet setter ned et bredt sammensatt utvalg som drøfter hvordan screeningprogrammet kan bli bedre.

Kan få ambulanse-autorisasjon

Retningslinjer for sykepleiere som vil ha autorisasjon som ambulansearbeider er på plass. Tekst **Kari Anne Dolonen**

Fakta

Krav til sykepleiere som søker autorisasjon som ambulansearbeider:
1) Minst 2 års yrkespraksis fra ambulansetjenesten (100 prosent stilling eller fire år i 50 prosent stilling).
2) Tverrfaglig eksamen VG2 ambulansefag.
3) Spesialkurs:
– Advanced Medical Life Support,
– Paediatric Life Support.
– Prehospital Trauma Life Support
– Avansert Hjerte og Lungeredning

Mer informasjon: www.safh.no

For to år siden søkte to sykepleiere autorisasjon som ambulansearbeider og fikk avslag av Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAFH). Sykepleierne klaget på til Helsepersonellnemnda. Der fikk de medhold på grunn av den dokumenterte utdanningen og erfaringen de hadde opparbeidet seg. Medholdet i klagen ble knyttet til helsepersonellovens paragraf 48C. Den som omfatter de som «på annen måte har godtgjort å ha den nødvendige kyndighet».

Krevde rydding

– Dette førte til at det ble åpnet for en ny praksis hvor sykepleiere kunne få autorisasjon som ambulansearbeidere. Vi måtte endre vår praksis for å tilfredsstille Helsepersonellnemndas avgjørelse om å kunne kvalifisere for autorisasjon uten fagprøve, forteller informasjonskonsulent i SAFH, Magnus Karlsrud Dahlen.

For å skape nødvendig ryddighet og forutsigbarhet rundt dette, har SAFH arbeidet med å avklare hvilket løp sykepleiere må følge for å oppnå «nødvendig kyndighet» uten fagprøve.

– Da Anne Herseth Barlo ble ansatt som direktør i mai 2011 ble det skapt fortgang i arbeidet. De retningslinjene som nå ligger på bordet ble er avstemt med Nasjonalt kompetansesenter for prehospital akuttmedisin (NAKOS), sier Karlsrud Dahlen.

En autorisasjon

Helsepersonell kan bare ha en autorisasjon. Man må velge. Hvor mange sykepleiere som har søkt eller fått autorisasjon som ambulansearbeider, har ikke SAFH oversikt over.

– I vårt saksbehandlingsregister skiller kan vi ikke se om ambulansearbeidere har fått autorisasjon på bakgrunn av fagbrev eller har fått direkte autorisasjonen slik retningslinjene skisserer, sier Karlsrud Dahlen.

SILENTIA Silver Line

Ren design Silentia SilverLine er vårt svar på kravene innen helsevesenet for avskjerming. Systemet er gjennomtenkt og gir deg fleksibilitet ved monteringen, som kan anpasses etter virksomheten. Du får et bra overblikk i lokalet, samtidig som pasienten gis innynsbeskittelse. Silentia SilverLine er lett å holde ren, stenger ikke for lyset, og ikke minst – har en pent design. Systemet er utviklet og produsert i Sverige Interessert? Ring oss allerede idag.

Gir godt overblikk og slipper inn lyset

Mobil eller veggmontert

Lett å rengjøre

Silentia

AVSKJERMING UTEN Å STENGE INNE

AVALON MEDICAL

www.avalon-medical.no
info@avalon-medical.no
Tlf: 23 03 63 70

hstd

32 – Gutter er blitt ensomme i sin seksualitet ›
37 34 tolvåringer fikk p-piller ›
38 5 på gangen ›

Hvor er det blitt

Bare 1 av 10 som oppsøker helsestasjon for ungdom er gutter. – Helsesøstre skremmer guttene bort, mener sykepleiere og sexologer.

Tekst **Ann-Kristin Bloch Helmers og Nina Hernæs**
Foto **Simen Kreitem/Corbis**

av alle gutta?

SENT UTE: Guttene debuterer senere enn jentene. Foto: Colourbox

« Gutter har blitt ensomme i sin seksualitet.

Tore Holte Follestad

Jenter har tatt grep om egen seksualitet. – Gutters seksualitet blir oversett, mener Tore Holte Follestad, sykepleier og spesialist i sexologisk rådgivning.

På slaget halv tre banker det på døren. En gutt i arbeidsklær smiler forlegent. Han blir invitert rett inn på kontoret til psykiatrisk sykepleier Per Vidar Nilsen. Nilsen lukker døren.

Flere gutter

Hit til Herrkules i Sarpsborg kommer det stadig flere gutter. Herrkules er et reint guttetilbud ved helsestasjon for ungdom, og har åpent to timer hver torsdag. Mens kun 15 var innom det første året Herrkules var i drift, i 2001, kom 407 gutter i 2011.

Helsesøster Tove Ødegaard tror økningen skyldes at tilbudet har vart en stund. Andre steder har helsetilbud til gutter blitt lagt ned fordi så få kom. Herrkules er finansiert av Sanitetskvinnene, som har fortsatt å gi penger til tross for magert oppmøte de første årene.

– I tillegg ser vi at flere gutter kommer på vanlig helsestasjon for ungdom, som både er for gutter og jenter, sier Ødegaard.

En av ti

Herrkules er et av få unntak. Vanligvis er det jenter som kommer til helsestasjon for ungdom. Bare en av ti er gutter, viser tall for hele Norge.

Jentene er fulle av spørsmål om kropp, seksualitet og prevensjon. Den offentlige debatten om ungdom og seksualitet avspeiler

det samme: Når grensesetting, prevensjon og seksuell lavalder blir diskutert, er det ut fra jentenes problemer og behov.

Hvor er guttene?

– Alene foran internett

Ved Sex og samfunn, senter for ung seksualitet, er 25 prosent av de besøkende gutter. Det er langt over landsgjennomsnittet.

– Vi har reflektert over hvorfor. Vi tror årsaken er at gutter som kommer hit, får det de «bestiller». Vil de ha en klamydiatest, får de det, og så ferdig med det, sier Tore Holte Follestad, sykepleier og spesialist i sexologisk rådgiving.

For han og de andre ansatte ved senteret er det et viktig poeng å nå ut til begge kjønn.

– Gutter har blitt ensomme i sin seksualitet, sier Follestad.

– Før onanerte gutter sammen. De tok ikke på hverandre, men onanerte i fellesskap. Nå gjør de ikke det lenger, i frykt for at de kan oppfattes som homo. De sitter i stedet alene foran internett. Og de mangler kunnskap for å omsette det de ser på nett i praksis.

Undersøkelser viser at guttene foretrekker å ta opp sine mest private problemer uten å måtte vise ansikt. Anonyme nettbaserte svartjenester om ung seksualitet, som ung.no og klaraklok.no, har høyere gutteandel enn helsestasjonene.

> « Noen gutter opplever det lettere å komme til en mann. *Tove Ødegaard*

Røde prikker og skjev tiss

Er det et problem at guttene ikke vil snakke om seksualitet med helsesøster?

– Ikke nødvendigvis, mener Ulla Leth Ollendorff, seniorrådgiver i avdeling for grupperettet folkehelsearbeid, faggruppe for seksuell helse i Helsedirektoratet.

– Guttene oppsøker helsestasjon dersom de er redd for å være smittet med seksuelt overførbare infeksjoner, får røde prikker eller tissen er skjev, sier hun.

– *Er det ikke nødvendig å fange opp guttene?*

– Jeg synes vi bør høre på brukerne, i dette tilfellet guttene. Guttene sier at de har mest bruk for helsestasjonen til konkrete problemstillinger om seksuell helse. Kondomer bestiller de gratis på www.gratiskondomer.no eller kjøper i kassa på butikken, sier hun.

Ollendorff viser til en evalueringsrapport fra Helsedirektoratet, som konkluderer med at jenteandelen også i framtiden vil være høy, siden majoriteten av konsultasjonene handler om prevensjon og utskriving av hormonell prevensjon.

– Ikke tilrettelagt

Men i Hordaland definerer Helsetilsynet den lave gutteandelen som et problem.

Et tilsyn i 2008 avdekket en tendens der ni av ti besøkende ved helsestasjonen var jenter. Helsetilsynet skrev etterpå at det store problemet med helsestasjon for ungdom er at jenter og gutter bruker dette tilbudet så ulikt.

Tilsynet påpekte at helsestasjon for ungdom er et viktig supplement for dem som ikke ønsker å bruke skolehelsetjenesten. Det kan blant annet gjelde dem som har behov for helsetjenester i skoleferier eller de som ikke går på skole.

Tilsynet konkluderte med at det er viktig at helsestasjonens tilbud er kjent og tilrettelagt på en slik måte at også guttene opplever det som et godt tilbud.

Et sted for jenter

– Det er ikke sikkert gutter vet nok om hvilket tilbud de kan få på helsestasjonen, utdyper Marta Egdetveit, rådgiver hos Fylkesmannen i Hordaland.

– Den blir nok av mange oppfattet mer som et sted der jenter kan få prevensjon.

– *Er det et problem at guttene bruker helsestasjonene mindre enn jentene?*

– Gutter kan også ha spørsmål rundt samliv og seksualitet, som seksuelt overførbare sykdommer og klamydiatesting. Guttene trenger også å bli kjent med egen seksuell helse, og det er også andre spørsmål gutter kan ta opp på helsestasjon for ungdom, sier hun.

Hun understreker at det er opprettet enkelte tilbud tilpasset gutter etter tilsynsrapporten. For eksempel et eget gutteprosjekt ved Engen helsestasjon i Bergen.

Alt mulig

Til Herrkules i Sarpsborg kan guttene komme med spørsmål om alt mulig. Det kan være ting hjemme, på skolen eller i fritiden. De kan få snakke med helsesøster, psykiatrisk sykepleier eller psykolog. Dersom de trenger det, kan de også komme til lege.

De som jobber her har også tett kontakt med blant andre skolene i byen og utekontaktene.

Skolene er et viktig sted å rekruttere gutter.

– Men jungeltelegrafen er nok aller viktigst, mener Per Vidar Nilsen og Tove Ødegaard.

Kommunen har et eget team ungdom, som reiser ut til alle videregående skoler og underviser om seksualitet. De forteller også om helsestasjonen for ungdom og guttetilbudet Herrkules.

Herrkules

- Hver torsdag mellom halv tre og halv fem er det åpne dører hos Herrkules, Sarpsborgs helsestasjon for gutter. Det er et gratis tilbud til gutter mellom 13 og 23 år.
- Herrkules er et samarbeid mellom Sarpsborg kommune og Sanitetskvinnene.
- Sarpsborg fikk helsestasjon for ungdom i 1995, men det var flest jenter som kom.
- Helsestasjonen åpnet i 2001.

HERRKULES: I Sarpsborg er gutter viktige på helsestasjonen: Tverrfaglig arbeid gjør at de som kommer kan snakke med både Per Vikan Nilsen, psykriatrisk sykepleier (t.v), Tove Ødegård, helsesøster og Stine Isidor, psykolog. Foto: Nina Hernæs.

Ung sex

- To av ti unge i alderen 16 til 24 år har aldri hatt samleie.
- Under 4 prosent har hatt samleie før fylte 14 år.
- Guttene debuterer seinere med samleie enn jentene.
- Ungdommer fra Nord-Norge har oftere sex med en person av samme kjønn enn landsgjennomsnittet.
- Flere Oslo-ungdommer oppgir at de har hatt mer enn ti samleiepartnere enn resten av landet.
- 13 prosent har sitt første samleie med en de har truffet samme kveld. 18 prosent hadde ubeskyttet sex da de debuterte.
- 13 prosent brukte p-piller/p-ring/p-plaster/p-sprøyte ved første samleie.
- Flere gutter enn jenter sier at de hadde samleie akkurat første gang fordi de «var seksuelt opphisset» og «fordi partneren ville det».
- Flere jenter enn gutter sier årsaken til sitt siste samleie var at de «var forelsket/glad i partneren sin.»

Kilde: Synovate/Helsedirektoratet 2009 – web-survey blant ungdom om seksualitet og prevensjon

BRA TILBUD: Martin Harridsleff tror flere gutter kunne hatt nytte av Herrkules. Foto: Nina Hernæs

– Etterpå får vi gjerne flere på besøk, sier Nilsen.

– Ungdommene sier det blir enklere å ta kontakt.

Nyttig for flere

20 år gamle Martin Harridsleff er ofte innom. Han har brukt Herrkules i flere år.

– Har jeg noe på hjertet, tar jeg en telefon til Per Vidar, sier han.

– Veldig all right tilbud. Gratis og sentralt i byen.

Han opplever at gutter generelt er skeptiske til å snakke om seksualitet.

– Mange synes det er flaut, tror han.

Han vet ikke om noen kompiser som bruker Herrkules, men tror flere gutter kunne hatt nytte av å komme dit.

– Ikke bare for å snakke om sex, men også andre ting.

Harridsleff synes det er ok å ha en mann å prate med.

Det tror også helsesøster Tove Ødegaard kan være en fordel.

– Noen gutter opplever det lettere å komme til en mann, erfarer hun.

Hore og madonna

Tore Holte Follestad tror mange gutter savner rollemodeller.

– Guttenes seksualitet blir oversett, og guttene selv mangler et språk, mener han.

– Mens dagens unge jenter har lært at de skal nyte, lærer guttene at de skal yte. Det går ikke begge veier. Jentene lærer å si nei og sette grenser, hvorfor lærer vi ikke guttene det samme? spør Follestad.

> « Mange helsesøstre har en tendens til å utnytte øyeblikket.
>
> *Anne Julie Øverland Tøsse*

Kollega og psykiatrisk sykepleier Anne Julie Øverland Tøsse er ikke helt enig.

– Unge jenter lærer at de skal være sexy og lekre og attraktive. Samtidig skal de ikke glede seg over å ha sex. Jeg mener jentene må få lov til å si ja, sier hun.

Begge er imidlertid enige i at det er en dualisme i kravene til jentens seksualitet. Både jenter og gutter lever i dette spennet hvor jenter skal være både hore og madonna.

– Jentene er tildekket og avkledd samtidig. Guttene har vanskelig for å lese denne situasjonen. De blir usikre, og er ensomme i fortolkningen. Det krever en enorm vårhet fra guttene å manøvrere i dette, sier han.

Mangler forbilder

Follestad møter ofte gutter som angrer på sex.

– De kommer hit mandag morgen og angrer på det de gjorde i helga. Når vi spør skoleklasser om dette, tipper de aller fleste at det er mest jenter som angrer. Jenter skal liksom angre seg litt. Men vi erfarer at det oftest er guttene som har følt seg presset, som skulle ønske de hadde sagt nei, sier han.

Follestad mener også det er en økende homofobi.

– Guttene opplever at de mangler maskuline forbilder. Det

Helsestasjon for ungdom

Alle kommuner er lovpålagt å ha helsestasjon for ungdom, men ikke alle har det.

Helsestasjonene skal være et tillegg til skolehelsetjenesten.

Det varierer om helsestasjonene er for ungdom opp til 20 eller 25 år. Men de fleste er fleksible på øvre aldersgrense. Tilbudet er gratis.

Tema som tas opp er alt fra seksuell helse og prevensjon, legning, trivsel, psykisk helse og ernæring.

Noen steder, som i Sarpsborg i Østfold, Asker i Akershus og i Engen helsestasjon i Bergen, er det egne tilbud til gutter.

Foto: Scanpix

Seksuelle rettigheter

Alle har seksuelle rettigheter. De omfatter blant annet rett til seksuell frihet og autonomi. Rett til seksuelt privatliv og seksuelt likeverd. Rett til seksuell nytelse og fritt partnervalg. Også rett til omfattende seksuell utdanning og seksuell helseomsorg.

Kilde: Sex og samfunn

STØRST I LANDET: Sex og samfunn er det senteret for ung seksualitet som har flest konsultasjoner. Tore Holte Follestad og Anne Julie Øverland Tøsse er opptatt av at også gutter skal komme hit. Foto: Ann-Kristin Bloch Helmers

er en udefinert mannsrolle de skal inn i. De tror kanskje det er det ultramaskuline som er riktig, men opplever at det ikke er gangbart lenger. Og de er redde for å bli oppfattet som homofile, om de er for feminine.

Hijab og mange sexpartnere

Follestad tror mange gutter faller litt igjennom når det gjelder seksualitet.

– De vet ikke helt hva som er riktig, og hva som forventes, sier han.

For jentene er det på mange måter motsatt: Forventningene er der – men de er delte:

– Vi har for eksempel jenter som kommer hit, tildekket med hijab fra topp til tå. De forteller om ubeskyttet sex med multiple partnere, men samtidig kan ikke jenta ta meg i hånda, fordi jeg er mann, forteller Follestad.

– Det er interessant for oss å registrere all denne tildekkingen. For førti år siden var det større polarisering i jenterollen: Enten var man ringforlovet og samlet på måkeservise, eller man gikk i studiesirkel og ville ligge øverst. Før det igjen, på 60-tallet, var det liggeplikt i ekteskapet, og jentene skulle ellers være «reine». Jeg synes å registrere at idealet om det reine og ubesudlete har kommet tilbake, sier Øverland Tøsse.

Dusjer med klær

Hos Sex og samfunn ser de med bekymring på at ungdom ikke ser hverandre nakne lenger. Den eneste referansen mange har til kropp, er pornotisser de ser på internett. Mangfoldet blir borte.

– Før så gutter andres tisser i dusjen etter gymmen. Men nå dusjer de i boxershorts, sier Anne Julie Øverland Tøsse.

– Dette begynte for ti-tolv år siden, forteller hun.

– Fenomenet startet på Oslo-skoler med mange innvandrere. Muslimske barn dusjet med klær. Guttene som dusjet nakne, ble i mindretall. De fikk høre av medelever at na-

Sex og samfunn

Senter for ung seksualitet, eller Sex og samfunn, er Norges største senter for seksuell og reproduktiv helse. Senteret ligger i Oslo, og drives med midler fra kommunen og Helsedirektoratet.

Senteret ble startet 8. mars 1971 som Sosialistiske legers forenings klinikk for seksuell opplysning. Etter at abort ble selvbestemt, har selvbestemt prevensjon og selvbestemt seksualitet vært viktige saker.

Seksuell lavalder

I Norge er den seksuelle lavalderen 16 år. Ifølge straffeloven kan den som har sex med barn under 16 straffes med fengsel.

En seksuell lavalder er satt for å sikre at voksne ikke har sex med barn under 16 og for å sikre at unge ikke debuterer før de er klare psykisk og fysisk.

Seksuell lavalder er forskjellig fra land til land. I Spania er den for eksempel 13 år. I Danmark og Sverige 15. I Thailand er den seksuelle lavalder 18 år.

Kilde: Ung.no og Barnerettsbloggen

Foto: Scanpix

Flest kvinner

Mellom 6 og 10 prosent av guttene hadde i en undersøkelse besøkt helsestasjon for ungdom siste året, mens de tilsvarende tall for jenter var mellom 18 og 32 prosent. Tallene er fra 2006, men ifølge Helsedirektoratet er de fremdeles representative.

Voksne kvinner bruker allmennlege i langt større utstrekning enn menn. Tallene her er tilnærmet de samme som for ungdoms bruk av helsestasjonen.

UFFI: Ungdom forferderliggjøres, mener psykriatrisk sykepleier Anne Julie Øverland Tøsse. Foto: Scanpix

kendusjing var stygt og påtrengende. Nå dusjer både jenter og gutter med klær, og det har spredt seg til hele landet, sier hun.

– Mange er også redd for at de skal bli filmet, og at noen skal legge det ut på nettet, påpeker kollega Follestad.

Opptatt av størrelsen

Øverland Tøsse synes det er synd at unge ikke lenger ser normale kropper.

– Det være seg under dusjing på skolen eller mormor som står naken med vaskekluten, sier hun.

– Vi forklarer ungdommene som kommer hit at en liten tiss i slapp tilstand, kan bli stor i erigert tilstand. En stor og slapp tiss trenger ikke bli så stor. Det er derfor ingen som kan se hvor stor tiss man har i erigert tilstand i dusjen. Men guttene er veldig opptatt av dette med størrelsen.

> « Guttene oppsøker helsestasjon dersom de får røde prikker eller tissen er skjev. *Ulla Ollendorff, Helsedirektoratet*

Krafser i ung sex

Begge de to rådgiverne mener at samfunnet krafser i ungdommens seksualitet.

– Ungdom og seksualitet er et enkelt løssalgstriks, sier de.

– *Opplever dere større interesse for å diskutere unge jenters seksualitet enn gutters i offentligheten?*

– Avkledde jenter er mer salgbare enn avkledde gutter – det er en årsak til at debatter om ungdom og seksualitet i mediene oftere dreier seg om jenter enn om gutter. I tillegg kommer det opplagte – at jentene kan bli gravide, ikke guttene, sier de.

– Mange som deltar i debatter om ung seksualitet, går i kjønnsfella, mener Follestad.

– Vi opplever at det er et forsøk på forferdeliggjøring av ungdommens seksualitet, det er på en måte kos med uhyggen, sier Øverland Tøsse.

Skremmer guttene

Om de lave guttetallene ved andre helsestasjoner for ungdom, har Øverland Tøsse og hennes kolleger en forklaring:

– Mange helsesøstre har en tendens til å ville utnytte øyeblikket: Har de først en gutt på kontoret, skal de spørre om alt fra mobbing til spisevaner og om de har kjøpt sex. Det får guttene til å skygge banen.

– En gutt fortalte at han rakk å fortelle navnet sitt til helsesøster. Så kom han ikke til orde. Det var spørsmål om alt mulig. Til slutt sa han irritert: Jeg har vondt i kneet. Kan jeg få snakke om det?

Bygger tillit

I Sarpsborg står to kompiser med ett i døra. De får spørsmål om de vil komme inn en og en. De velger å gå sammen. Etter fem minutter kommer de ut og spør etter veien til do. Kort tid etter smetter de inn igjen på Nilsens kontor.

På Herrkules går det mye i klamydiatesting. Men det kan være helt andre ting som er den egentlige grunnen til besøket. Det kommer gjerne fram etter hvert. Kanskje etter to-tre ganger.

– Vi svarer på bestillingen de kommer med, sier Per Vidar Nilsen.

– Vil de ha klamydiatest, får de det. Det kan være en måte å prøve oss ut på. Vi gir dem tid og tenker at hvis det første møtet er ok, kommer de igjen. Vi forsøker å skape tillit og relasjon.

Foto: Colourbox

Kondomer

Gratis kondomer er ett av tilbudene på Helsestasjon for ungdom. Kondomer er den eneste prevensjonen som beskytter både mot graviditet og kjønnssykdommer.

Ordet kondom kommer fra latin og condus, som betyr å samle. Kondom har vært brukt i flere tusen år.

Kondomer har vært laget av oljet silkepapir, dyretarmer og lin. Fra slutten av 1800-tallet av vulkanisert gummi. Kvaliteten ble mye bedre da de ble laget i lateks. Et kondom har en tykkelse på 0,005 millimeter.

Helsedirektoratet deler ut gratis kondomer gjennom tjenesten gratiskondomer.no. I 2010 ble det delt ut rundt tre millioner kondomer på denne måten.

Kilde: Helsedirektoratet, Sex og samfunn og Store norske leksikon

34 fikk p-piller

P-piller til tolvåringer er en gjenganger i nyhetsbildet. Sist skapte praksisen overskrifter på nyåret. Tore Holte Follestad hos Sex og samfunn er oppgitt over denne saken.

– Dette gjelder veldig få jenter, presiserer han.

Ifølge Legemiddelverket var det 34 12-åringer som fikk p-piller i 2010. 167 13-åringer fikk pillen. Totalt fikk 1 300 jenter under 15 år fikk p-piller dette året.

Follestad mener tallet 34 ikke kom fram i debatten.

– Det ble heller ikke nevnt at en vanlig grunn til å gi så unge jenter p-piller, er at de har sterke menstruasjonssmerter, sier han.

– De trenger altså p-piller til smertelindring, ikke prevensjon.

– Men det er 1 300 jenter under 15 år som får p-piller?

> « Vi vet at noen unge jenter har sex fordi de søker nærhet og tilhørighet de ikke finner andre steder. *Tore Holte Follestad*

– Jeg synes det er et lavt tall. Da forutsetter jeg at helsepersonell som har skrevet ut p-pillene har kartlagt risiko for blodpropp, sier han.

Follestad forstår at det er mange meninger om at så unge jenter kanskje er seksuelt aktive.

– Vi vet at noen unge jenter har sex fordi de søker nærhet og tilhørighet de ikke finner andre steder. Det er selvfølgelig viktig å gjøre noe med, men ikke ved å nekte dem prevensjon. Ved å be om p-piller har disse jentene i hvert fall tatt ansvar for ikke å bli gravide. ||||

Foto: Colourbox

P-piller

Siden 1967 har norske kvinner brukt p-piller.

P står for prevensjon eller Pincus, etter Gregory Pincus som fant dem opp.

P-pillen regnes som det viktigste medisinske gjennombruddet for kvinners seksuelle frigjøring. De ga kvinner mulighet til selv å beskytte seg mot graviditet.

I Norge kan helsesøstre og jordmødre forskrive p-piller til jenter mellom 16 og 19 år. Jenter mellom 16 og 19 får også dekket 100 kroner for tre måneders forbruk.

Kilde: Sex og samfunn, Store norske leksikon og Ung.no

5 på gangen

Tekst **Nina Hernæs**

Er det nødvendig med egne tilbud til gutter på helsestasjon for ungdom?

Astrid Grydeland Ersvik, leder i Landsgruppen av helsesøstre:
– Vi må tenke på gutter som en egen målgruppe. Kanskje skal de tilbys egne opplegg eller dager, eller mulighet til å komme utenom ordinær åpningstid. Vi vet at gutter søker informasjon på internett, og bør også møte dem der.

Mildrid Stien, helsesøster ved helsestasjon for gutter i Asker:
– Ja. Gutter har en mye høyere terskel for å søke veiledning og hjelp. Statistikk framstiller gutter som «tapere» i samfunnet. De faller oftere ut av videregående skole og sakker akterut i akademiske yrker. Guttene er mer usikre på forventningene til seg selv, da rollen deres er ikke like tydelig som før.

May Ullnæss, helsesøster i Bærum:
– Vi har valgt å ikke bruke ressurser på egne guttetiltak. Vi har flest jenter, men også en del gutter. Når vi spør, virker det ikke som de er opptatt av egne guttetilbud. Men vi tilrettelegger helsestasjonen, for eksempel med gutteblader, så de skal føle seg velkomne.

Kjerstin Møllebakken, helsesøster i Kirkenes:
– Vanskelig å svare på. Flere steder har forsøkt med egne guttetilbud, med blandet suksess. Jeg tror slike tiltak må vare over tid, så guttene opplever at de er ok. Jungeltelegrafen hos gutter tar veldig lang tid, det er nesten så den går med røyksignaler.

Ingun Wik, helsesøster på helsestasjon for lesbisk, homofil, bifil og transkjønnet ungdom i Oslo:
– Sju av ti som kommer hit er gutter, altså helt omvendt av de andre helsestasjonene. Det kan skyldes at homofile gutter får mer oppmerksomhet i samfunnet enn lesbiske jenter. Og at gutter tidligere kommer ut av skapet og blir tidligere opptatt av seksuell helse. På vanlig helsestasjon handler det mye om å forebygge svangerskap. Det er naturlig nok ikke så ofte tema for dem som kommer hit.

Der ute

Les mer om:

40 I tidsklemma ›
45 Filipinske sykepleiere fårhjelp ›
46 Svalbard for hele familien ›
54 – Det kan bli streik igjen ›
62 Fra India til Ullevål ›

SVENSK pensjonistdrøm

Seks av ti svensker vil slutte å jobbe før de har fylt 65 år. Flere yngre enn eldre kan tenke seg å arbeide lengre enn til 65 år.

Det viser en spørreundersøkelse som Länsförsäkringar har utført, og hvor 1200 svensker i alderen 25-65 år svarte. Svarene viste store aldersforskjeller, men mindre kjønnsforskjeller.

På spørsmål om de kunne tenke seg å arbeide lengre om det skulle gi mer pensjon, svarte nesten halvparten av 25-39-åringene ja, mens bare en tredel av 61-64-åringene kunne tenke seg det samme. De fleste som kunne tenke seg å arbeide lengre dersom det skulle gi mer pensjon, setter grensen ved 67 år.

Kilde: Du och Jobbet

Foto: Almgren/Scanpix

Foto: Moro/Scanpix

Kvinners abortrettigheter truet i USA

Med sterk støtte av guvernør Rick Perry har Texas fått en ny lov om abort. Den ble satt i verk i midten av februar, og medfører at kvinnen som ønsker abort først må få en ultralyd-sonde innført i vaginaen.

Så må hun høre på fosterets hjerterytme og se fosteret på skjermen, mens legen forklarer kroppsdelene og de indre organer til fosteret. Hun må deretter signere et dokument som sier at hun forstår alt sammen og blir så sendt hjem for å vente et døgn før hun kan komme tilbake for å få utført selve inngrepet.

– Dette er statlig godkjent misbruk. Det grenser opp til definisjonen av voldtekt. Loven er uverdig og respektløs for kvinner og en fornærmelse mot de leger og sykepleiere som hjelper dem, sier Curtis Boyd, en lege som utfører abort i Texas.

«Loven er bare en del av krigen om kvinners helse som herjer over hele landet, og som kvinner mange steder taper. Stat for stat innfører regler som blir nye hindre for abort, og som behandler kvinner nedlatende og nedverdigende», skriver New York Times.

Fettkamp i NORD-IRLAND

Seks av ti nordirer er enten overvektige (36 prosent) eller fete (23 prosent). Blant barn lider 8 prosent av fedme. Fedme reduserer forventet livslengde med 9 år, så nå vil helseministeren i Nord-Irland, Edwin Poots, gå til kamp mot overvekt og fedme.

I mars lanserte han en tiårs kampanje (A fitter future for all) hvor han de tre første årene vil bruke 7 millioner pund på å oppmuntre nordirene til å spise sunnere og mosjonere mer. Målet er å redusere overvekt og fedme hos 60 000 mennesker.

Kilde: northernirleland.gov.uk

Foto: Colourbox

DANSKE sykepleiere skal rehabilitere mer

Den danske regjeringen planlegger en ny reform rundt fleksibel jobbing og førtidspensjonsordningene. Hensikten er å unngå at unge mennesker får livslang førtidspensjon dersom de i stedet kan jobbe. Derfor skal sykepleiere inngå i spesielle rehabiliteringsteam, som kan styrke unges fysiske og psykiske helse og få dem tilbake på arbeidsmarkedet. De unge skal møtes av et rehabiliteringsteam ute i kommunene.

– Her kan sykepleierne komme til å spille en spesiell rolle fordi sykepleierne fokuserer både på den fysiske og psykiske helse hos innbyggerne, skriver den danske sykepleierlederen Grete Christensen i bloggen sin på dsr.dk.

Foto: Colourbox

Kartlegger **SVENSKE** kvinners uhelse

Det svenske Arbetsmiljöverket kartlegger hvordan arbeidsmiljøet gir kvinner dårligere helse enn menn. I Sverige er det 45 prosent flere kvinner enn menn som sies å ha arbeidsrelatert «uhelse».

Omkring 1 500 tilsyn skal gjøres innen industri, parti- og detaljhandel, hotell, helse- og omsorgstjenesten samt sosialtjenesten. Hensikten er å øke arbeidsgivernes kunnskaper om hvilke risikoer som fører til at kvinner blir syke.

Resultatene skal presenteres til høsten.

Kilde: Du och Jobbet

Foto: Colourbox

Psykiatrikongress i **FINLAND**

Den første europeiske konferansen for psykiatriske sykepleiere arrangeres i Finlands hovedstad, Helsinki, den 23.-25. mai. For mer informasjon, se nettsiden til det finske sykepleierforbundet: nurses.fi

Foto: Colourbox

Sjefete **AMERIKANSKE** leger

42 prosent av amerikanske sykepleierledere sier at det er vanlig med maktmisbruk blant leger eller at de har liten respekt for sykepleiere, mens bare 13 prosent av legeledere mener det samme. Resultatene kom fram i årets Health Leaders Media Industry Survey.

Kilde: American Nurse Today

Flere **DANSKE** kvinner enn menn dør av røyking

Hvert år dør 14 000 dansker av komplikasjoner som skyldes røyking. For ti år siden var de fleste menn, men i dag er det omvendt. I fjor døde cirka 6200 menn og 7200 kvinner av røyking.

Kilde: Ugeskrift for læger

Foto: Colourbox

Etterlyser fotspesialistteam i **ENGLAND**

Hvert år er det omtrent 6 000 diabetesrelaterte amputasjoner i England. Tidligere er det anslått at 80 prosent av dem kunne vært unngått hvis riktig behandling hadde blitt gitt i tide.

Det er store geografiske variasjoner, og i enkelte deler av landet er amputasjonsratene ti ganger høyere enn i andre deler, viser en studie publisert i Diabetologia. De har sett på amputasjoner av nederste del av legg over en treårsperiode.

Forskerne sier at disse tallene viser hvor viktig det er med riktig spesialisttilbud for diabetespasientene.

En av hovedforfatterne av studien, professor William Jeffcoate ved Nottingham City Hospital, karakteriserer variasjonene som sjokkerende og mener problemet ligger i organiseringen av helsetjenestene.

– Fotlidelser er veldig komplisert og kun én profesjon har ikke nødvendigvis kunnskap nok til å behandle alle sidene av problemet. Den eneste måten å gi best mulig tilbud til denne gruppen pasienter på, er å ha tverrfaglige team som raskt gjør en bedømmelse når sår oppstår, sier han.

Fremdeles er det mange sykehus i England som ikke har slike team som består av podiatrister, kirurger og spesialsykepleiere.

Det er antatt at myndighetene - gjennom mindre amputasjoner - vil spare seks til sju ganger det beløpet det koster å innføre slike spesialistteam. I tillegg vil flere tusen unngå amputasjoner og et ikke ubetydelig antall vil redde livet.

Kilde: BBC

Foto: iStock/Scanpix

MANGE FØTTER kunne ha vært reddet i England med tverrfaglige team.

Dette er et sjeldent syn: Jordmor Øydis Christine Evensen og intensivsykepleier Jon Eivind Antonsen aker med barna, samtidig.

I turnusklemma

Arbeidsgiversiden vil ha hyppigere helgejobbing og flere sykepleiere i fulle stillinger. Men hvor familievennlig er det når begge er sykepleiere og har små barn?

Sykepleien møtte to sykepleierpar, i Tromsø og Arendal, med full turnus og to barn hver. Begge synes at hverdagslogistikken er i tøffeste laget. Både for parforholdet og familieidyllen.

– Logistikken er ganske stram, medgir jordmor Øydis Christine Evensen som jobber 100 prosent på fødeavdelingen ved Universitetssykehuset i Nord-Norge.

Den første helgen i mars er hun stort sett alene med barna, Eik på seks og April på snart fem år, og hunden Charlie.

Mannen, intensivsykepleier Jon Eivind Antonsen, jobber 100 prosent på intensivavdelingen på samme sykehus. Begge jobber tredelt turnus.

Denne helga jobber Jon tidlig lørdagen og seinvakt søndagen. Med litt planlegging rekker alle fem en rask aketur på Kvaløya sammen søndag formiddag.

– Vi har begge krevende arbeidsdager og er vanligvis slitne i både kropp og hode når vi kommer hjem, sier Øydis.

– Sosialt belastende

Etter jul har de hatt bare to frihelger sammen. Øydis har hinkehelger også, slik at på en 14-ukers turnus jobber hun en helg ekstra i tillegg til hver tredje helg.

– Det er sosialt belastende å jobbe på denne måten. Hvis noen ber oss med på noe må vi alltid sjekke, og som oftest kan vi ikke. Familiemessig er det også tungt. Vi ser hverandre sjelden og har et slags sms-forhold. Vi kommuniserer om praktiske ting på sms. Forklarer hvor bilen står og hvor ungene er. Full turnus sliter både på parforholdet og ungene.

– Hva sier de?

– De lurer alltid på hvem som skal på jobb og hvem som skal være hjemme. De har ingen fast rutine på når de er i barnehagen. Og de må være stille når den som har vært på nattevakt sover.

Innimellom jobber paret samme helger, den ene tidlig og den andre sein. Da må de enten ta med barna på vaktrommet under rapporten, eller få noen naboer til å passe dem. Besteforeldrene kan ikke være barnevakter. De bor milevis unna – i Narvik og på Gjøvik.

– Vi er helt avhengige av gode naboer. For at ungene skal få delta i aktiviteter er det helt nødvendig å samkjøre. Selv kan vi ikke gå fast på noen aktiviteter.

Hver fjerde helg

– Hva må til for at småbarnsforeldre i full turnus skal kunne ha et fornuftig familieliv?

– Kortere arbeidsdager. Og jobbing hver fjerde helg. Da hadde vi fått to helger sammen med familien i måneden. Jeg kunne også vært villig til å prøve nordsjøturnus.

– Spekter vil at dere skal jobbe oftere enn hver tredje helg?

– Det blir veldig feil. Som å komme tilbake til 60-tallet med dårligere rettigheter for arbeidstakerne og med det resultatet at kvinnene jobber redusert.

> **«Vi har et slags sms-forhold.»**
>
> *Øydis Christine Evensen*

For å få bukt med ufrivillig deltid bør man heller øke grunnbemanningen. Og de som vil jobbe oftere enn hver tredje helg må i hvert fall få en mye bedre kompensasjon. Minst 100 prosent ekstra.

– Spekter vil ha mer fleksible arbeidstakere?

– En mer fleksibel arbeidsdag er ok. Jeg ønsker meg fleksitid. Når jeg har kveldsvakt jobber jeg til kvart på elleve om kvelden og begynner klokka åtte om morgenen. Hvis jeg skal levere i barnehagen da, får jeg nesten ikke hvilt.

En dag i uka får Øydis undervisning på jobben med åtte og en halv times arbeidsdag.

– Da leverer jeg ungene i barnehagen klokka sju og henter kvart på fem.

Nummer tre på vei

I høst fikk familien vaskehjelp.

– Etter det har vi ikke krangla om husarbeid. Vi bidrar begge på den fronten, men som i de fleste familier blir det vel helst meg som er dobbeltarbeidende, sier Øydis.

– Er det lenge siden du og mannen din var på kino?

– Ha-ha, det kan jeg ikke huske sist vi var. Men vi får av og til litt alenetid på formiddagene. Da kan vi spise lunsj sammen eller ta en skitur.

Det er noen av de positive sidene ved å jobbe turnus, synes Øydis. Likeså at de ofte kan ha ungene hjemme i hverdagen.

– Vi sparer arbeidsgiver for mange dager med sykt barn, siden en av oss ofte kan være hjemme med barna.

Magen til Øydis har vokst i det siste. Til sommeren kommer et tredje barn.

– Skal en av dere jobbe redusert når permisjonstiden er over?

– Nei, i utgangspunktet er vi innstilt på å klare fulltid. Det er økonomisk nødvendig i tillegg til at vi må tenke på pensjonspoeng og ansiennitet. Dessuten har jeg lyst å jobbe fullt.

Tekst **Eivor Hofstad**
Foto **Ingun A. Mæhlum**

Full turnus for to

NSFs fylkesledere har tipset Sykepleien om mange sykepleierpar med småbarn. Men de aller fleste kvinnene i disse parene jobber redusert. Nå vil arbeidsgivernes organisasjoner ha sykepleiere til å jobbe oftere enn hver 3. helg.

SNART SEINVAKT: Med litt planlegging klarer Jon Eivind Antonsen og Øydis Christine Evensen en rask aketur mellom frokost og lunsj med barna April og Eik, før Jon fordufter på seinvakt. Fuglehunden Charlie er storfornøyd.

– Hver tredje helg er mer enn nok

Da Geir og Majbritt Hersel var skilt, fant de ut at hvis de skulle flytte sammen igjen, måtte de jobbe samme helg.

I to år jobbet vi 100 prosent turnus med ulike helger slik at vi bare fikk en helg sammen i måneden. Da skulle både venner, familie og barn passe inn. Det var ikke lett. Vips, så var den helga over. En måned til neste, sier Geir Hersel.

– Når vi så endelig hadde denne frihelgen sammen skulle vi riktig kose oss. Det kunne bli litt påtvungen hygge. Cheer-up, liksom, sier Majbritt Legind Hersel.

Hvis en av dem skulle noe sammen med en venn, var det en måned til neste gang den andre fikk en sjanse. Et vennepar av dem som også er sykepleiere kunne de se maks hver 12. helg.

En annen verden

Geir traff danske Majbritt da de begge studerte til sykepleier i Vejle. Etterpå ble hun med ham til Arendal hvor han fikk seg jobb på sykehusets dialyseavdeling, mens hun begynte i hjemmesykepleien.

I dag jobber de begge 100 prosent todelt turnus med vakter tredje hver helg på sykehusets psykiatriske avdeling, men ved ulike poster. Samtidig er de foreldre til Josefine på seks og Ida på fire år. Det går bedre enn før fordi de nå har ordnet seg slik at de jobber samme helg og dermed får to helger sammen i måneden.

– Det er helt krem, mener Geir.

– Det er en helt annen verden. Det er nesten som vi har ferie fordi en av oss får fri tre dager den helga, sier Majbritt.

Kultursjokk

Hun fikk nesten kultursjokk da hun kom til Norge og så hvor vanlig det er at kvinner jobber deltid når de får barn.

– Det er selvfølgelig fint og vel og bra å være med barna, men for meg og min selvfølelse er det viktig å bidra med halvparten til husholdet, og ikke en tredel. Dessuten er Geir likeså flink til å støvsuge som meg, sier Majbritt.

Både hun og Geir tviholder på den fulle stillingen de har klart å få.

«I hjemmesykepleien hadde jeg aldri klart å jobbe mer enn 70 prosent.»

Maibritt Legind Hersel

– Vi er privilegerte som både har en forståelsesfull arbeidsgiver som tilrettelegger turnusen for oss, gode kolleger som villig bytter vakter og en type jobb som går bra å mestre i full stilling. I hjemmesykepleien hadde jeg aldri klart å jobbe høyere enn 70 prosent, sier Majbritt.

Godt nettverk

For to år siden gikk paret fra hverandre og barna bodde en uke hos hver. Selv om det ikke var turnusjobbingen som var hovedårsaken til bruddet, mener de begge at den i hvert fall ikke gjorde situasjonen bedre.

– Da vi i høst skulle flytte sammen igjen, snakket vi om hva som skulle til

BEDRE NÅ: Etter at Majbritt Legind Hersel og Geir Hersel fikk ordnet det slik at de jobber samme helg, har de to helger i måneden til å være sammen med Josefine (6) og Ida (4). Men alle kveldsvaktene gjør at de ofte føler seg som aleneforeldre.

for å få det til å fungere. Da var samme jobbhelg et av kriteriene som dukket opp. Heldigvis klarte arbeidsgiveren vår å fikse det, sier Majbritt.

– Vi har mange sykepleiervenner, men ingen hvor begge jobber fullt. Det sier noe om at dette yrket er krevende. Det er jo et styr, men det går fordi nettverket rundt fungerer. Mine foreldre eller barnas tanter og onkler passer dem et par timer rundt vaktskiftet i jobbhelgene, forteller Geir.

Han synes det har vært et mareritt med alle kveldsvaktene, men sier det har bedret seg. Han har 13 og Majbritt har ti kveldsvakter på seks ukers turnus. Problemet er når kveldsvaktene krasjer.

– Da prøver vi først å bytte. Går ikke det, må vi avspasere eller benytte tante/onkel eller besteforeldre. Men vi forsøker å ikke bruke dem med mindre det er prekært, sier Geir.

– Heller hver fjerde helg

– Hva er de største utfordringene ved at begge jobber full turnus?

– De er der daglig. For meg selv er det at jeg ikke kan være med på noe på ettermiddagene. Slik har jo andre småbarnsforeldre det også, men for oss blir det mer en følelse av å være aleneforeldre, sier Geir.

– Men for likestillingen sin del er det også sunt at begge foreldre opplever å kunne mestre å være alene med barna og ta selvstendige beslutninger. Ikke minst er det viktig å la ungene og pappa få knytte bånd til hverandre uten at mamma er rett rundt hjørnet, supplerer Majbritt.

– Spekter ønsker seg mer fleksible sykepleiere som jobber oftere enn hver tredje helg?

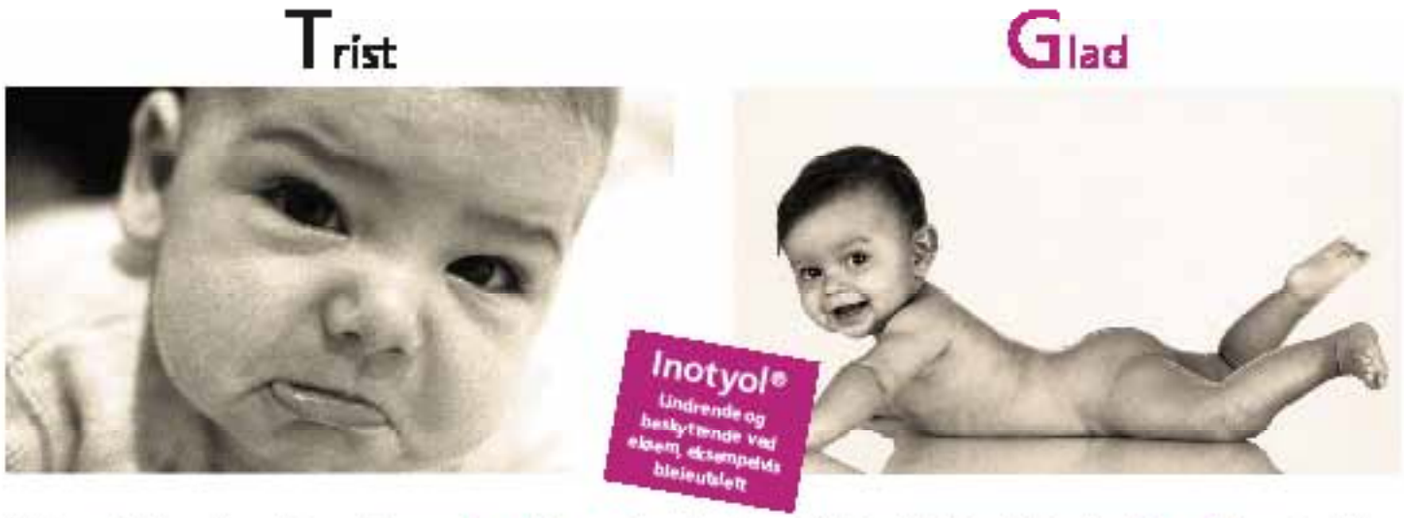
– Hver tredje helg er mer enn nok. Vi bør heller forsøke hver fjerde helg. Jeg har kolleger som gjør det og det fungerer godt, sier Geir.

– Jeg er heller ikke positiv til mer helgejobbing, men samtidig vil jeg ikke legge meg helt på tvers hvis arbeidsgiver krever det. Jeg ville i hvert fall hatt en betydelig økonomisk kompensasjon. Så mye at det ville gitt oss ro til virkelig å nyte det når vi hadde fri, sier Majbritt.

Hun synes også det er et poeng at både arbeidsgiver og -taker er fleksible:

– Jeg ønsker helst ønsketurnus og er også villig til å utvise fleksibilitet den andre veien, men da mot en anstendig økonomisk kompensasjon.

Tekst og foto **Eivor Hofstad**



Bleiebarn blir lett røde og irriterte på rumpa. Inotyol® er en velprøvd salve mot bleieeksem med lindrende effekt på huden barn. Inotyol® er antiseptisk og minsker klø og svie. Inotyol® har også en beskyttende effekt på hud.

Skal ikke brukes på vaskeende og infiserte sår.

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

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

Abbott
A Promise for Life

Kvalitetssikrede og velprøvde prosedyrer

Når du trenger det - der du er

Enkel tilgang til kunnskap og utprøvde prosedyrer skaper trygghet i behandlingssituasjonen, og mer tid til pasienten.

Ny generasjon fra 15. mars

PPS kan brukes fra:

- Nettbrett
- Jobb-pc
- Hjemme-pc
- Smarttelefon

Integrasjon med journalsystem gir:

- Behandlingsprosedyre som del av planlegging
- Dokumentasjon av brukt prosedyre og versjon

www.akribe.no

PPS Praktiske Prosedyrer i Sykepleietjenesten

Akribe

Tre filippinske sykepleiere er blitt utnyttet på OUS. Nå hjelper tillitsvalgte dem.

Dette er saken:

- Tre filippinske sykepleiere ble hentet for å jobbe på OUS.
- De ble hentet av møbelhandleren Lars Backer på oppdrag fra Ullevål sykehus.
- Sykepleierne måtte ta opp lån på 300 000 kroner hver. Mesteparten av lønnen gikk til Backer.
- Lars Backer og hans filippinske kone er siktet og OUS er mistenkt for menneskehandel.

Filippinske sykepleiere får hjelp

De tre operasjonssykepleierne fra Filippinene begynte å jobbe på Oslo universitetssykehus (OUS) i november 2010. De var hentet av mellommannen Lars Backer for å jobbe på ortopedisk operasjonsstue på Ullevål.

De tre ble plassert som helsefagarbeidere på tre ulike ortopediske sengeposter spredt i OUS.

– Vi lurte helt fra starten. De skulle være tre måneder på sengepost for å lære norsk, men var tilknyttet Ullevål, sier Janne Gustavsen, som da var plasstillitsvalgt på Rikshospitalet. Nå er hun avdelingstillitsvalgt.

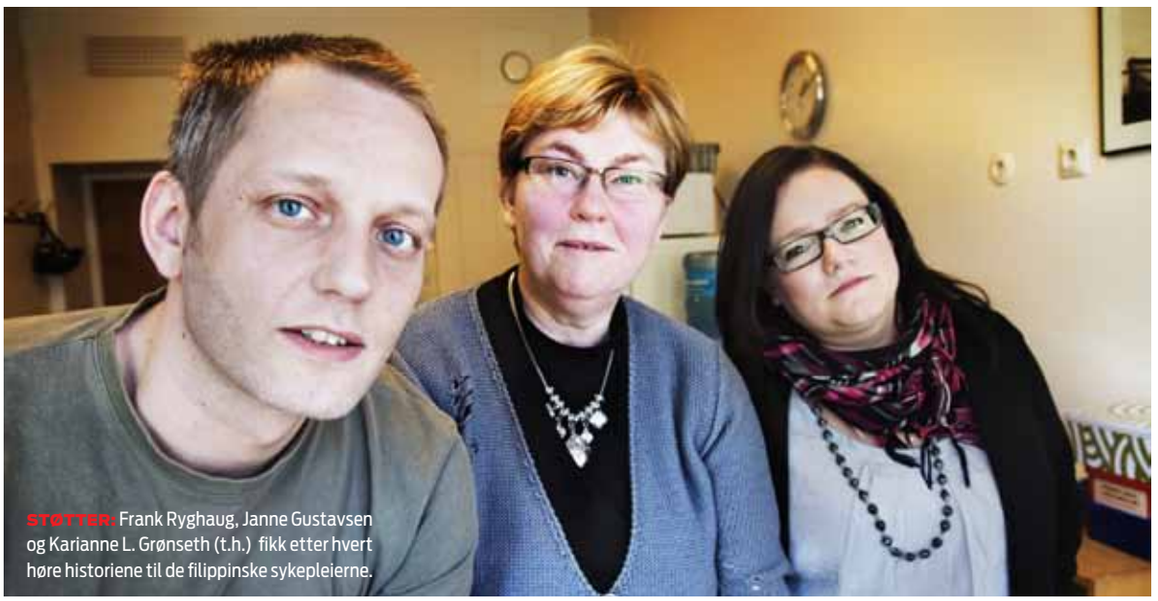
– Jeg spurte hvordan de bodde. Jeg var også hjemme hos dem og så at de bodde i et fint hus i Holmenkollen, forteller sier Karianne L. Grønseth, plasstillitsvalgt på Legevakten.

Men de to opplevde at sykepleierne svarte unnvikende på spørsmål om hvordan de var kommet til Norge.

– Hele tiden kamuflerte de sin situasjon. Av frykt, sier Gustavsen.

Klinikktillitsvalgt Frank Ryghaug på klinikk for kirurgi og nevrofag var bekymret og spurte lederne om de tre hadde gjeld. Det avkreftet de.

– Jeg fikk vite at de bodde bra og ikke levde i en mørk kjeller, og at de tjente greit. Da slo jeg meg til ro, sier han.



STØTTER: Frank Ryghaug, Janne Gustavsen og Karianne L. Grønseth (t.h.) fikk etter hvert høre historiene til de filippinske sykepleierne.

Så kom hele historien

Før jul i 2011 fortalte en av sykepleierne til en kollega at hun hadde et stort lån og at hun ikke hadde fått fast jobb, slik hun var blitt lovet.

Grønseth fikk vite at sykepleieren hadde kontrakt med en tredjeperson og ikke med sykehuset. I januar ble dette tema på et tillitsvalgtmøte i klinikken.

Etterpå gikk Gustavsen rett til «sin» filippinske sykepleier og spurte: «Hvordan har du det? Hvordan kom du til Norge? Har du kontrakt? Lån?»

Da fikk hun hele historien om gjeld på 300 000 kroner og ingen kontrakt. De betalte nesten hele lønnen til Backer, blant annet for høy husleie og mat.

Gustavsen kontaktet straks klinikktillitsvalgt Ryghaug. Han meldte videre til klinikkledelsen.

Lars Backer, som nå er siktet for menneskehandel, sa at sykehuset visste om de økonomiske ordningene. Men seksjonslederen på Ullevål sa han ikke visste om lånet. Da syntes de filippinske det var lettere å snakke, for de hadde vært like redde for arbeidsgiveren som for bakmannen, som skal ha truet med retur til Filippinene hvis de sa noe.

– Til å begynne med snakket de jo dårlig norsk og de visste ikke hvordan det fungerer her, sier Gustavsen.

Langt hjemmefra

De tre kommer fra samme sted på Filippinene og har jobbet på samme sykehus der. To av dem er 26 år, den tredje er 32 år.

28. februar meldte de seg inn i Sykepleierforbundet. Da begynte ballen å rulle. To dager senere fikk de tilbud om fast jobb. 7. mars var de i Dagsrevyen. De får nå hjelp til å nå målet om norsk autorisasjon.

Uten fast jobb ville de ikke fått fornyet oppholdstillatelsen.

– Dette er flinke sykepleiere som gjør en god jobb. De satset alt på å komme til Norge. Bare det er tøft, understreker Grønseth.

– De er gode kolleger. Vi kan bare ikke la være å gjøre noe for dem, sier Gustavsen.

Ryghaug berømmer de to for å ha gjort akkurat det tillitsvalgte skal gjøre:

– De har rapportert oppover og det har fått konsekvenser. Hele saken viser at noe fungerer godt: Kolleger tar vare på hverandre.

– Men burde ikke dere ha oppdaget dette før?

– Siden de var redde og dekket over sin situasjon, fattet vi ikke mistanke, sier Gustavsen.

– Ansvaret for å undersøke om det er noe mistenkelig ligger hos arbeidsgiver. De var ikke medlemmer i NSF. Da var det vanskelig å gjøre noe annet enn å spørre lederne, sier Ryghaug.

– Det er nok flere ledere og tillitsvalgte som nå har dårlig samvittighet, sier Grønseth.

Mange gir opp

Sykepleierne trodde de ikke kunne melde seg inn i NSF fordi de manglet norsk autorisasjon. Men har man søkt om godkjenning, kan man bli medlem.

– Mange sykepleiere som jobber som hjelpepleier, har gitt opp å søke om autorisasjon. Arbeidsgiverne tar ikke nok ansvar her. Jeg har hørt om liknende historier mange steder, sier Ryghaug.

Gustavsen spør seg hva arbeidsgiver ville ha gjort med dem hvis saken ikke hadde blitt kjent:

– Uten kontrakt ville de jo bare vært overlatt til seg selv.

– Dette er ren utnyttelse. Ledelsen burde ha sjekket allerede da de kom til landet, sier Ryghaug.

– Var Dagsrevyen viktig i denne saken?

– Uten fullt trøkk er det en risiko for at en sånn sak ikke blir løftet høyt nok og ikke får tilstrekkelig oppmerksomhet.

– Hvordan har de det nå?

– De er ganske preget. Men de begynner å se at de gjør noe viktig også for andre. De får mye støtte, men er bekymret for etterforskningen og familien hjemme.

Alle tre har fått oppnevnt bistandsadvokat.

– Er det flere i samme situasjon?

– Ikke på OUS som jeg kjenner til. Men flere i landet, ja, sier Ryghaug.

Tekst og foto **Marit Fonn**

TESELSKAPET: Oppgavene og spørsmålene i Longyearbyen skiller seg lite fra fastlandet, konstaterer helsesøster Reidun Holte - her sammen med Lykke Lillemæhlum (i midten) og Embla Therese Abild.

Reidun Holte er ikke alene lenger.
Helsesøsterdekningen er doblet i det gamle gruvesamfunnet.

Svalbard for hele familien

Fjellene er vakre, husene er stusslige og folk flest er – ja, nettopp: Folk flest. Går du en tur nedover hovedgaten i Longyearbyen en formiddag etter at dagslyset er kommet tilbake, er det stort sett bare landskapet som forteller hvor du er. Barnevogntrillende foreldre er på vei til den lokale kaffebaren for å møte likesinnede. Kontoransatte er ute for å kjøpe lunsj. Hadde det ikke vært for at de smarte klærne er bedre pakket inn i varmt yttertøy, at stedet har flere snøscootere enn innbyggere og at snøen er snø og ikke skitten saltlake, så kunne du like gjerne vært i et av de mer trendy strøkene i en større fastlandsby.

Det har ikke bestandig vært slik. Men Svalbard er blitt noe helt annet enn det var for 25 år siden. Tidligere var Longyearbyen en «company town» der Store Norske Spitsbergen Kulkompani drev det meste. De som bodde der, kom for å arbeide, og eventuell familie ble igjen på fastlandet.

Helsesøster-dobling

Først i 1988 ble det etablert et selskap for å drive og videreutvikle norske lokalsamfunn på Svalbard. Siden den tid har utviklingen vært rivende. Så rivende at det ikke tok mer enn ti år før familieinnrykket krevde en stilling som helsesøster og jordmor. Nå, fjorten år etter det igjen, er det klart for helsesøster nummer to.

Den har faktisk vært så rivende at helsesøster Reidun Holte ikke ser de store forskjellene på jobben hun gjør i Longyearbyen og den jobben hun har gjort tidligere i forskjellige stillinger på fastlandet.

– Arbeidet er rettet mot barnefamilier og vordende familier; det vil si gravide, sier hun.

– Vi følger egentlig det samme opplegget med undersøkelser, rådgivning og vaksinering som i en vanlig fastlandskommune. Jeg opplever at familier med små barn er opptatt av de samme tingene, uansett hvor de bor og uansett hvordan de ytre rammene er. Så det er liten forskjell på den veiledningen jeg gir her i Longyearbyen og den jeg gir i en fastlandskommune. Hverdagen er minst like travel, også.

Ingen skal føde

Iben Nikoline Abild er på toårskontroll. Reidun Holte snakker med mor, henter tran, ser på tegningen til storesøster Embla Therese, og får sannelig tid til et lite teselskap på venteværelset til ære for fotografen, også.

– Det som er spesielt i jobben jeg har, er kanskje svangerskapsomsorgen, konstaterer hun. Uansett om Longyearbyen er blitt svært så familievennlig: De aller yngste og de aller eldste er det nemlig ikke plass til. Ingen aldershjem, ingen sykehjem – og:

– Det er ikke åpnet for at kvinner skal føde her. Så alle gravide må reise til fastlandet senest to uker før termin. Det betyr at de må være på fastlandet og vente på fødsel, forteller Holte.

Slikt kan være vanskelig, i hvert fall rent praktisk. Ikke alle har noe sted å bo på fastlandet. Det blir mye å organisere rundt fødselen når mor må til fastlandet, mens far har både mor og jobb og kanskje søsken å ta hensyn til.

– De fleste velger å reise til hjemstedet sitt, og ofte kommer de opp igjen med én gang. Gjerne etter fire-fem dager, forteller Reidun Holte.

Noen ganger reiser gravide sørover med ambulansefly hvis fødselen kommer i gang tidlig. Sist noen ble født på Svalbard, var i november.

Ingen slektninger

Sykehuset i Longyearbyen er en avdeling av UNN, og er i første rekke et akuttmedisinsk beredskapssykehus. Men det utføres også planlagte operasjoner, og det tilbys allmennlegehjelp, fysioterapi, tannlegetjeneste og bedriftshelsetjeneste.

De fastboende på Svalbard ser mindre til foreldrene sine og mer til vennene sine enn folk andre steder i Norge, viser den siste levekårsundersøkelsen som Statistisk sentralbyrå gjorde.

– De fleste familier har ikke noen nære slektninger her. Men allikevel opplever jeg nok at de fleste småbarnsforeldre finner seg greit til rette. Barnefamilier blir godt kjent med hverandre, og det er jo små forhold her, sier Holte.

Både erfaringene hennes og statistikken fra levekårsundersøkelsen tyder på at de fleste takler kulde og mørketid greit.

– De som ikke trives med klima og mørketid, de blir kanskje ikke så lenge, fastslår hun. Gjennomsnittlig botid på Svalbard ligger nå på rundt fem år.

Et annet særtrekk for Svalbardsamfunnet er en større andel enslige, flere familier der den ene av foreldrene pendler til Sveagruva og arbeider turnus, og veldig mange som arbeider med noe annet enn de er utdannet til.

– Det er ofte slik at én av ektefellene har jobb, og så følger familien med. Dermed er det mange som finner seg jobb i et annet yrke. Det er jo sykepleiere her som jobber på skolen eller i en barnehage, sier Reidun Holte.

Utferdstrang

I tillegg til helsestasjonstjenesten har hun også ansvar for skolehelsetjenesten. Mens barnefamiliene finner seg til rette, har ungdom andre utfordringer.

– Det er klart at de ofte har større utferdstrang og behov for å løsrive seg litt, og da kan nok et lite og tett samfunn føles trangt. Men det er godt samhold mellom ungdommen her, konstaterer Holte.

Mange unge ser frem til vinteren, og ikke minst til at de blir gamle nok til å kjøre snøscooter. Her er det langt flere familier som har snøscooter enn som har bil.

Den korte botiden fører til at kontakter knyttes og brytes.

– Det er det nok flere som merker, sier Holte, som har fast trefftid på en skole som samler alle fra førsteklasse til videregående.

På venterommet hennes på sykehuset har Lykke Lillemæhlum meldt seg på teselskapet. Hun stiller med medbrakt far og skal toårskontrolleres. Reidun Holte går inn på kontoret igjen. Foreldrene til Iben og Lykke veksler et par ord. De er enige om én ting: Longyearbyen er et godt sted å oppdra barn. ||||

Tekst og foto **Georg Mathisen**

Longyearbyen

- Opprettet 1906 av gruveeier John Munroe Longyear.
- Kjøpt i 1916 av Store Norske Spitsbergen Kulkompani.
- Om lag 2000 innbyggere. Andelen menn og andelen enslige er klart større enn landsgjennomsnittet; andelen eldre klart mindre.
- 1. juli 2011 var 166 av de 2104 innbyggerne i de norske bosettingene på Svalbard (Longyearbyen og Ny-Ålesund) under seks år. 164 var mellom seks og tolv år, og 58 var fra 13 til 15 år. 25 var over 67 år.

ALT I ETT: I Longyearbyen er sykehus og primærhelsetjeneste samlet på ett sted.

A Horsport® eKundipaman

Lockpflasterung Kunststoffe Verwaltung
[illegible]

[illegible]

Brukervennlig™

Alvorlig sårrelatert sykdomsbelastning kjør vanns unngå å administrere.

Norspan® sårbehandlere skal bare administreres én gang i uken.

Norspan® sårbehandlere har svært et sikkerhet for behandling av mennesker under sår 1 dag, personvern eller 12/48-timer gjør Behandling effekt.

Indikasjonsendring fra 1. mars 2018: Til behandling av mennesker fikser-bestilt venøse eller opphøldsbehandling av sykdomsvårig hos 8 uppnå sykdomsrelatert sammenhengende.

Til Norspan® dagsplaster gjør 7 dager sammenlikning:

- Sårer tigtere (≤ 10 ziggy)
- Inkludering/fikser for dagsplaster
- Bedre compliance**
- Blodsug-sikkerhet under den mele begrenset opphøldsvenøse venøse

www.norspan.com

Norspan®

Lindesnit sårbehandler

*Ytterligere informasjon om produktet

*Ytterligere informasjon om produktet

*Ytterligere informasjon om produktet

Har du glemt oss?

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

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

Det handler om å være trygg

Tryg

Skal unngå 17 pasientskader hver dag

Daglig blir 69 pasienter skadet i Helse Vest. – Tallet skal ned, sider administrerende direktør Herlof Nilssen. Tekst **Ann-Kristin Bloch Helmers**

Årlig reduksjon på 20 prosent i unødvendige pasientskader i løpet av 2013. Det er ambisjonene i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen «I trygge hender», som skal redusere unødvendige skader og dødsfall ved norske sykehus.

Helse Vest har satt seg helt konkrete mål.

– Vi har satt oss et mål om å halvere de pasientskadene som kan unngås fram til 2015. Basert på tidligere erfaring og kunnskap, kan rundt halvparten av pasientskadene unngås.

– Vi har i snitt 35 pasientskader som kan unngås hver dag. 17 av disse skal vi klare å unngå, mener Nilssen.

Videre sier han:

– Innen 2015 skal ingen pasienter bli alvorlig skadet eller dø unødvendig i Helse Vest. Det er et ambisiøst mål, men jeg kan ikke stå oppreist for et system som mener dagens tall er gode nok.

Ikke tilfreds

1 prosent av pasientene i Helse Vest ble påført varige mén eller død, ifølge tall fra GTT-kartleggingen (Global Trigger Tool) som ble gjort før jul.

Tilsvarende tall for landet samlet, er ifølge Herlof Nilssen 2 prosent. Likevel, han finner ikke grunn til å slå seg til ro med resultatene.

– At vi ligger en prosent under, kan være tilfeldig, sier Nilssen.

Mangler systematikk

Han mener Helse Vest allerede har gode tiltak på gang for å øke pasientsikkerheten – som sjekkliste for trygg kirurgi og håndvaskkampanjer, men erkjenner at det til nå har manglet systematikk og en tydelig målsetting.

– Hvordan skal sykepleierne i Helse Vest inkluderes i dette arbeidet?

– Det blir opp til fagfolkene å finne fram til konkrete endringer. Jeg kan bidra med et tydelig mål om hvor vi skal, sier han.

INGEN DØDE: – Innen 2015 skal ingen pasienter bli alvorlig skadet eller dø unødvendig i Helse Vest, sier Herlof Nilssen. Foto: Helse Vest.

Trett av å være trett?

Over 300 000 kvinner har lave jernnivåer – et vanlig symptom på tretthet. Floradix Formula fyller i denne forbindelse effektivt opp dine jernnivåer og gir deg energien tilbake. Hver fjerde kvinne i alderen 20 – 55 år får for lite jern, jern som blant annet er med på å frakte oksygeni blodet.

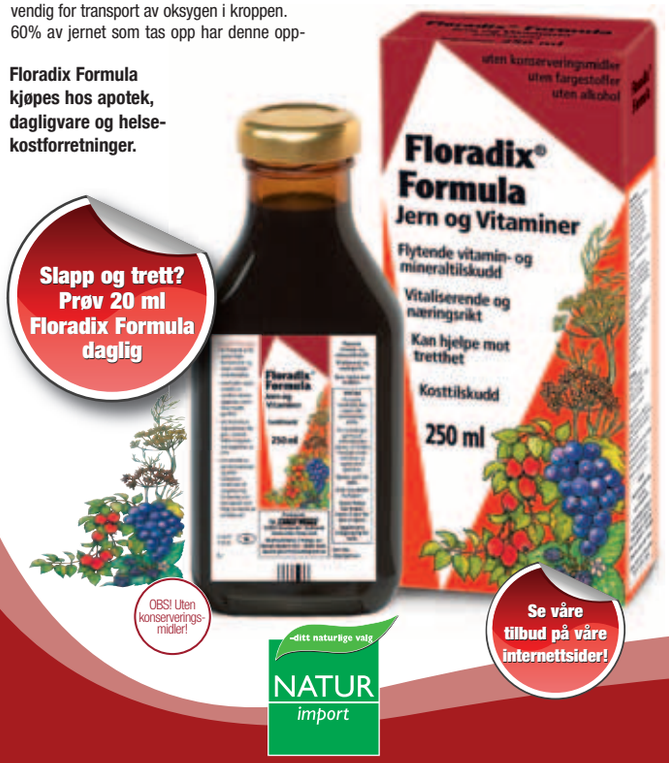
Jernmangel er vanligere enn man tror
Jernmangel er den vanligste mangelen i Norge i dag, til tross for rikt innhold i deler av kostholdet vårt – kjøtt og i korn.

Mangel på jern kan gjøre at man føler seg trett, slapp og ukonsentrert samt lett irritabel i dagligdagse situasjoner. Faktum at over 300 tusen kvinner har lave jernnivåer av varierende styrke – selv uten å vite om det. Selv eldre mennesker, idrettsutøvere, gravide og ammende kan ha behov for jern.

Jern er livsnødvendig
Siden kroppen ikke selv produserer jern må det daglig tilføres. Den største delen av jernet bidrar til produksjonen av hemoglobin – de røde blodlegemenes fargestoff. Jern er nødvendig for transport av oksygen i kroppen. 60% av jernet som tas opp har denne oppgaven, å bindes til et proteinkompleks som heter hemoglobin og som tar opp oksygen i lungene, transporterer det rundt i blodet og leverer til celler som trenger oksygen.

Norges mest solgte flytende jerntilskudd
Formula er et flytende vegetabilsk jerntilskudd med 2 verdig lettopptagelig jern i en unik sammensetning av urter, juicer og vitaminer. Siden den er flytende og lettopptagelig effektiviserer den jernbalansen og gir energi. Formula er i dag ofte et supplement innen helsesektoren på grunn av dens milde virkning på fordøyelsen og hurtige påvirkning av jernbalansen. Formula er Norges mest solgte flytende jerntilskudd som er god på smak.

Floradix Formula kjøpes hos apotek, dagligvare og helsekostforretninger.



Ole Deviks vei 18, 0666 Oslo • Tlf. 23 37 37 40 • Faks 23 37 37 59
E-mail: post@naturimport.no • www.naturimport.no

SPENT I NAIROBI 9. mars fylte sykepleiere og annet helsepersonell gatene i Kenyas hovedstad Nairobi for å demonstrere mot lave lønninger og dårlige arbeidsbetingelser. Regjeringen svarte ved å sparke 25 000 helsearbeidere som nektet å avslutte sin ukelange streik for bedre betingelser. Utpressing, mente det kenyanske forbundet «Kenya Health Professionals Society».

Urolighetene er den siste i en lang rekke med streiker som har herjet landet det siste året. Prisene på vanlige matvarer og forbrukervarer har steget kraftig. Inflasjonen er på nærmere

20 prosent og spiser opp kjøpekraften. En gjennomsnitts helsearbeider tjener ca. 300 dollar i måneden, og de streikende har derfor krevd store lønnsøkninger.

Trusselen om at streikende som ikke meldte seg på jobben igjen, skulle få sparken, hadde ikke det ønskede resultatet. – Vi bare ignorerer regjeringens katt og mus-lek, kommenterte fagforeningsleder Alex Orina.

– Det er ikke mulig å sparke hele arbeidsstokken.

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

– Hvor mye tjener en sykepleier? Ungdommen ringer NSFs fylkesleder i Østfold for å sjekke framtidig yrkesvalg.

– Det kan bli streik igjen

KLARE: Med smil og knyttede hender forbereder hovedtillitsvalgte i Østfold-kommunene seg til det kommende hovedtariffoppgjøret.

Hva tenker dere om det kommende hovedtariffoppgjøret? Anita? Fylkeslederen i Østfold er nettopp ferdig med å orientere om situasjonen rundt det som blir omtalt som «vårens vakreste eventyr». Nå ønsker Karen Brasetvik tilbakemelding fra de 25 tillitsvalgte som er samlet til konferanse i tettstedet Son i Vestby kommune i nabofylket Akershus.

Kalenderen viser 8. mars. En passende dato til å diskutere likelønn, synes de. Dagen før har Unio hatt sin årlige inntektspolitiske konferanse i Oslo.

Mange utfordringer

Lønnsgapet mellom kvinner og menn, mellom offentlig og privat sektor, er ikke i nærheten av å bli tettet, konstaterer de. Andelen deltidsstillinger er ikke redusert. Tvert om. Og arbeidsgivere ønsker «å myke opp» nåværende arbeidstidsordninger.

Utfordringene kan synes uoverkommelige. Men engasjementet blant de tillitsvalgte i Østfold foran hovedtariffoppgjøret er ikke svekket av den grunn.

De har vært gjennom dette tidligere. Ved hovedtariffoppgjøret i 2010 streiket 180 sykepleiere i Fredrikstad kommune (KS-området) og ved Sykehuset Østfold (Spekter-området). De tillitsvalgte ser det ikke som usannsynlig at det kan bli streik igjen denne våren.

Mer enn lommeboka

Lønnskravene fra Unio er ennå ikke tallfestet. Men de vil med all sannsynlighet ligge mellom 4 og 4,5 prosent. I rene penger vil 4,2 prosent gi i snitt rundt 18 000 kroner i økt årslønn for sykepleierne, forklarer Brasetvik.

Mer blir det ikke snakket om prosenter eller kroner. Men det er tydelig at nå vil de tillitsvalgte se konkrete resultater. Altså at arbeidsgiversiden kommer med tilbud som bidrar til å tette lønnsgapet.

Fylkeslederen viser fram avisartikler fra tidligere hovedtariffoppgjør. Artikler som kunne vært trykket om igjen i dag. På noen områder synes tida å ha stått stille.

De tillitsvalgte er innstilt på å kjempe for høyere lønn. Men mer enn egen lommebok opptar dem. Det være seg bemanning, kompetanse eller rekruttering. At en helsefagarbeider med ti års ansiennitet har en minstelønn som er høyere enn en sykepleier med sju års ansiennitet hjelper ikke på rekrutteringen, er de enige om.

Signalene fra kommunene blir diskutert.

– Fredrikstad kommune lyser ut stillinger for sykepleiere med henvisning til minstelønn. For ingeniører heter det «lønn etter avtale», forteller hovedtillitsvalgt Rita Standal.

Det må bety at kommunen har innsett at lønn betyr noe for rekrutteringen. I Våler kommune får sykepleiere 10 000 kroner over minstelønn, og jobb hver fjerde helg. De får søkere. Kommuner som tilbyr minstelønn og 13 timers vakter sliter.

Livslønn

Økonomisk avkastning av utdanning er lav i Norge. Flere av Unios yrkesgrupper har i dag lavere livslønn enn arbeidstakere med videregående opplæring som kompetansenivå. Slikt frister ikke ungdommen som ringte NSFs fylkesleder til å velge sykepleien.

Det er på tide å «lappe sirkelen». En sirkel de tillitsvalgte beskriver på følgende måte: Likelønn og verdsetting av kompetanse bidrar til at sykepleiere blir og andre kommer, noe som igjen fremmer kvaliteten og skaper gode fagmiljøer.

Vil ha moderasjon

Administrerende direktør i Norsk Industri, Stein Lier-Hansen, ønsker «et ekstremt moderat lønnsoppgjør».

- Selv svært små generelle tillegg vil etter alt å dømme resultere i opprettholdelse eller forbedring av kjøpekraften. Så kan man tenke seg at det åpnes for noe mer i lokale tillegg, der bedriftene har lønnsevne til det, skriver frontfagets arbeidsgiver i Ukeavisen ledelse.

Også LO signaliserer et moderat lønnsoppgjør.

– Vi skal ha et oppgjør som

I 2010 streiket 180 sykepleiere i Fredrikstad kommune og ved Sykehuset Østfold. Det er ikke usannsynlig at det samme kan bli resultatet ved årets hovedtariffoppgjør. Foto: NSF Østfold.

Årets forhandlinger

Fredag 16. mars: Forhandlingsstart frontfagene (Fellesforbundet og Norsk Industri).
Torsdag 29. mars: Forhandlingsstart kommuneoppgjøret (KS).
Torsdag 12. april: Forhandlingsstart Staten.
Fredag 13. april: Forhandlingsstart Oslo kommune.
Torsdag 19. april: Forhandlingsstart helseforetakene (Spekter).

«Dette blir et oppgjør uten lønnsfest.» *Anders Folkestad*

PoxClin® CoolMousse
Hjelp ved vannkopper

- Lindrer symptomer ved vannkopper
- Skummet er lett å påføre på huden
- Svaler og roer ned huden
- Begrenser sekundær infeksjon

Bestil PoxClin brosjyr og en lille blokk og få mer informasjon om produktet:
e-mail: info@unigroup.dk – Direkt servicetelefon: 800 13 950

er tilpasset den økonomiske situasjonen og hensynet til konkurranseutsatte næringer, ifølge LO-leder Roar Flåthen.

Vedtakene på LOs representantskap var å sikre kjøpekraften for alle, bedre lønn for lavtlønte og likelønn. At sykepleiere og lærere nå burde få lønnsløftet de så lenge har ventet på, mens resten holder igjen, har ikke LO-lederen sans for.

– Sykepleiere og lærere har ikke enerett på å kreve egne løft. Vi har grupper med like gode argumenter. Likelønn er også et lavlønnsproblem.

Unio vil i tariffoppgjøret prioritere at det skal kjennes på lønnskontoen å ha tatt høyere utdanning.

– Dette blir et oppgjør uten lønnsfest, men for at kvaliteten i offentlig sektor ikke skal forringes, må høyt kvalifisert arbeidskraft i denne sektoren også belønnes slik at gapet i forhold til privat sektor ikke fortsetter å vokse, var budskapet fra Unio-leder Anders Folkestad på organisasjonens inntektspolitiske konferanse tidligere denne måneden.

– Et nulloppgjør, slik enkelte på arbeidsgiversiden har snakket om, er helt urealistisk. Det kan ikke være slik at moderasjon først og fremst skal gjelde offentlig sektor, der det er ekstra stort behov for kvalifisert kompetanse.

Forskjell på mangel

I samtlige 14 år som Karen Brasetvik har sittet som fylkesleder i Østfold har sykepleiermangelen vært et tilbakevendende tema. Til tross for dette er det ikke oppmuntrende tall de tillitsvalgte blir presentert om situasjonen i eget fylke.

Andelen sykepleierårsverk per 100 mennesker over 80 år ligger for hele landet på 9,4. I Østfold er tallet 8,1. Og hva med Rygge kommune som kun har 4,2 sykepleierårsverk per 100 innbygger over 80 år?

Samtidig ligger andelen ufaglærte i kommunehelsetjenesten i Østfold på hele 71,5 prosent. Og i 13 av de 18 kommunene i fylket har andelen ufaglærte steget siden 2007.

– Dette lover ikke bra for framtida til samhandlingsreformen. De tillitsvalgte ser daglig hvordan sykepleiekolleger tar imot stadig flere utskrivingsklare pasienter, og for lengst har satt inn høygiret, sier Brasetvik.

– Har kommunene ikke fått med seg rapporten Telemarksforskning i fjor laget på oppdrag fra KS? At «Samlet sett gir en høyere andel ansatte med fagutdanning bedre tjenester til lavere kostnader.»

De tillitsvalgte er enig med områdedirektør Helge Eide i KS når han påpeker at dette bør få konsekvenser for rekrutteringen til sektoren.

– Her har vi en oppgave å gjøre overfor ordførere og rådmenn. Tillitsvalgte opplever at flere kommuner har sluttet å snakke om kvalitet når de vedtar nedskjæringer. Det kan vise seg å gi dårligere tilbud og bli økonomisk lite lønnsomt, sier Brasetvik.

Når det nå plutselig er snakk om mangel på ingeniører til olje- og gassproduksjonen, blir det ikke lenger snakket om moderasjon og nulloppgjør. Moderasjon må andre stå for.

– De andre det er oss, sier en lettere oppgitt fylkesleder.

– Det gjenstår å se, er tilbakemeldingen fra de tillitsvalgte.

Rett til hele stillinger og å tariffeste arbeid hver tredje helg? Kamp mot sosial dumping? Det var ikke glemt i Østfold. Men dette er tema i de sentrale forhandlingene. Unio kan trygt gå inn i forhandlingene med visshet om at de har de tillitsvalgte i Østfold i ryggen.

Tekst og foto **Bjørn Arild Østby**

Følg Kia på Facebook:
www.facebook.com/kiabilnorge

NYE KIA RIO
GARANTERT OPPMERKSOMHET

Med nye KIA Rio er du garantert oppmerksomhet. Enten det er for det flotte designet, eller for alt det nyskapende utstyret, som bl.a varme i rattet, LED lys foran og bak, 7" navigasjon og ryggekamera.

Du vil bli imponert av det lave forbruket, fra kun 0,32 l/mil med den helt nye 1,1 CRDi Eco-motoren. Dette gir et CO_2 utslipp på kun 85 g/km. Rio kommer i mange utstyr- og motorversjoner, så du finner garantert en modell som passer deg.

Legger du til KIA's unike 7 års garanti er det ikke rart at du får stor oppmerksomhet i nye KIA Rio!

7 ÅR KIA GARANTI

KIA Rio fra kun
164.400,-
Inkl. lev.omkostninger

www.kia.no

KIA

Veil. priser inkl. frakt, lev.omkostninger (kr. 7.500,-), levert Drammen. Lokal frakt samt årsavgift tilkommer. Forbehold om avvik i annonsen. CO_2-utslipp fra 85 g/km, og forbruk fra 0,32 l/mil ved blandet kjøring. Importør: Bertel O. Steen.

ALTA: Alta Motorsenter 78 44 99 50. **ALVDAL:** Granrud Bilverksted AS 62 48 98 98. **ASKER OG BÆRUM:** Skotvedt 67 15 12 40. **BERGEN:** Kia Bergen 55 11 99 00. **BODØ:** Imaas Bil AS 75 54 44 60. **DRAMMEN (Kjellstad):** Buskerud Bilsenter AS 32 24 15 00. **DRAMMEN (Åssiden)**: Skotvedt 31 40 98 00. **EGERSUND:** Dalane Bil AS 51 49 62 00. **ELVERUM:** Park Auto AS 62 42 60 90. **EVJE:** Autoservice 37 93 15 55. **FINNSNES:** Abil AS 77 85 10 20. **FREDRIKSTAD:** Bilbutikk1 AS 69 35 50 00. **GJØVIK:** Grefsrud Bil AS 61 13 18 00. **GOL:** Glitre Bil AS 32 02 95 90. **HADELAND:** Mohagen Bil AS 61 39 50 00. **HAMAR:** Autostrada AS 62 58 57 00. **HARSTAD:** Salminen AS 77 01 32 00. **HAUGESUND:** Varden Bil AS 52 81 45 00. **HOKKSUND:** Bråtens Bilco AS 32 75 52 99. **HØNEFOSS:** Ring Auto Service 32 17 98 80. **HØYANGER:** Høyanger Bil AS 57 71 32 77. **KIRKENÆR:** Trio Bilservice AS 62 94 76 55. **KR.SAND:** Motor Sør AS 38 12 36 30. **KR.SUND:** Autocentrum AS 71 58 09 70. **KVINNHERAD/HARDANGER:** S. Rødsten Bilforretning AS 53 48 64 11. **LARVIK:** Larvik Motor AS 33 14 18 50. **LILLEHAMMER:** Lillehammer-Bil A/S 61 26 86 00. **LØRENSKOG:** Kia Lørenskog 67 91 42 00. **MOLDE:** Årø Bilsenter AS 71 20 34 00. **NARVIK:** Autocenteret AS 76 95 03 20. **NORDFJORDEID:** Vest Auto AS 57 88 98 00. **NORDREISA:** Reisa Bilsenter AS 77 77 02 80. **OPPAKER:** Bilsenteret r2 AS 63 90 11 11. **SKI:** Torp Auto AS 64 94 58 77. **SKIEN:** Star Bilsalg AS 35 90 04 90. **STAVANGER/SANDNES:** Kia Sør Vest AS/Ålgård's Auto 51 68 37 00. **STEINKJER:** Bragstad Bil AS 74 16 28 88. **SØR-AUDNEDAL:** Vigeland Bil AS 38 25 66 62. **TROMSØ:** Teknisk Bureau AS 77 60 78 00. **TRONDHEIM:** Kia Trondheim 73 82 41 20. **TRYSIL:** Trysil Bil AS 62 44 84 00. **TØNSBERG:** City Bil AS 47 88 40 00. **VOLDA:** Volda Bilsenter AS 70 07 98 00. **ÅLESUND:** Bilbutikken Ålesund AS 70 17 80 00

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

20% rabatt på TigerWash

NYHET! DRIVSTOFFRABATT 50 øre fra første liter

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.

Lilleput Reiser
-best på Hellas i 20 år

www.lilleput.no • Tlf: 32 21 30 90

VERV OG VINN

Hjelp oss å nå 100.000

Norsk Sykepleierforbund er 100 år i 2012 og har mål om å nå 100.000 medlemmer. Inviter en kollega til å bli medlem av en slagkraftig fagorganisasjon som arbeider nasjonalt og lokalt for sykepleiere, spesialsykepleiere, jordmødre og helsesøstre. Som medlem av NSF kan du benytte deg av fordeler som medlemskap i faggrupper, tillitsvalgte, juridisk bistand, gunstige forsikringstilbud, bankavtale med DNB, mobilavtale med Telenor og mye mer!
Alle medlemmer får også det prisvinnende fagbladet Sykepleien og Sykepleien Forskning tilsendt.

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

VERVEKUPONG

VENNLIGST BRUK BLOKKBOKSTAVER

Ververs navn: Ververens medlemsnr.:

Navn på nytt medlem:

Har du vært medlem tidligere? Tidsrom:

Fødselsnummer (11 siffer)

Adresse:

Postnr: Poststed:

E-post:

Telefon privat: Mobil:

Eksamensdato:

Sykepleierhøgskole/sted:

Arbeidsgiver:

Arbeidssted:

Ansatt dato:

Avdeling:

Stillingsbenevnelse:

Medlemmer i lønnet arbeid innbetaler kontingenten ved månedlige trekk i lønn

Kryss av:

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

☐ Jeg sparer vervingen

Vervepremiene gjelder ikke for verving av studentmedlemmer.

Vervepremie sendes i posten etter at innmeldingen er godkjent.

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

VERVEKUPONG

Hjelp oss å nå 100.000

VERV OG VINN

NORSK SYKEPLEIERFORBUND

Adressaten betaler for sending i Norge

Norsk Sykepleierforbund
Svarsending 1016
0090 Oslo

Nesten halvparten av sykepleierne i helseforetaket Vestre Viken jobber deltid.

– Vi vil jobbe mer

Blant dem er sykepleierne Kristin Hope, Siri R.B. Gleditsch og Gry Randmæl Rygh ved Drammen sykehus, som eies av Vestre Viken. Alle har vært ansatt i 75 prosent stillinger i flere år, og tar på seg ekstravakter på kort varsel for å få endene til å møtes.

– Du setter opp at du kan jobbe ekstravakter som er ledige, men du får ikke vite hvilke vakter du får før noen dager før, så det er veldig uforutsigbart, sier Randmæl Rygh til Drammens Tidende.

Norsk Sykepleierforbunds (NSF) foretakstillitsvalgt Hilde Kristin Arnesen tror den uforutsigbare arbeidssituasjonen er en viktig grunn til at Drammen sykehus har så høyt sykefravær blant sykepleierne. Sykefraværet er nå oppe i 8,8 prosent.

– Det blir hyppig helgejobbing, og det forringer det sosiale livet, sier hun, og legger til at det sliter på folk ikke å vite hvordan den økonomiske situasjonen er hver måned.

Pasientsikkerhet

Drammen sykehus tar imot flere pasienter enn tidligere, og både Arnesen og sykepleierne mener at økt bruk av deltidsstillinger går ut over pasienttryggheten.

– Helse og omsorgsdepartementet har en kampanje som skal sikre at pasientene er trygge. Likevel velger man å ha sykepleiere i deltid som ikke får kontinuitet i arbeidet sitt. Da kan du ikke gjøre den beste jobben, mener Arnesen.

Utstrakt bruk av vikarer og overtid gjør også at ansatte ved Drammen sykehus gruer seg til å gå på jobb.

– Vi vil ha 100 prosent faste stillinger. Vi vil ha stabilitet i våre liv. Det ville gitt bedre økonomi for sykehuset i form av lavere sykefravær, og bedre pasientsikkerhet, sier NSFs foretakstillitsvalgt.

«Vi vil ha stabilitet i våre liv.»

Må fylle turnusen

Eli Årmot, seksjonsleder i personalavdelingen i Vestre Viken, forsikrer overfor Drammens Tidende at de jobber for å få flere i fulltidsstillinger. Samtidig utelukker hun ikke at 100-prosentstillinger kan ha blitt gjort om til 75 prosent.

– Sykehuset sparer ikke penger på å omgjøre stillinger, men konsekvensen er at man får flere ansatte å fordele vakter på i helgene. Men det forekommer unntaksvis at vi må gjøre om ledige stillinger for å få turnusen til å gå opp, sier Årmot.

Tekst **Bjørn Arild Østby**

Deltid øker

Helse- og omsorgsdepartementet ba alle helseforetak om å redusere deltid med 20 prosent i løpet av 2011. Så langt i år er det blitt 2,6 prosent flere sykepleiere ansatt i deltidsstillinger i Vestre Viken HF. Hele 47,5 prosent av sykepleierne i helseforetaket jobber deltid. For alle stillinger er det 32,5 prosent deltidsansatte i helseforetaket.

Sorbact®

Binder bakterier og sopp uten resistensutvikling

Fjerner opp vestende, koloniserte og biofilm sår.

Effektiv eliminering av oppbiofilmstoffer i hudfolder.

Bestyltende kirurgisk plaster i kombinasjon med Sorbact® holdestimulerende egenskap.

Sorbact finnes i et bredt sortiment av skumbandasje, gelbandasje, kompresser, tamponader og kirurgisk plaster.

Kontakt oss gjerne for mer informasjon på pharma@ablgo.no

ablgo

ABLGO Medical AB, www.ablgo.no, www.sorbact.com
Tel. +47 92 43 28 21, pharma@ablgo.no

God sykepleie kan redde små liv.
Derfor utveksler et norsk og et indisk sykehus sykepleiere.

Fra India til Ullevål

ANNERLEDES: Nyfødtintensiv på Ullevål har mye bedre plass enn Manisha Das og Debi Pal er vant med.

Manisha Das pusler rundt en liten baby. Lyset er dunkelt, lydene dempet. Ganske annerledes enn hun er vant til.

– Jeg er vant til mye mer støy, sier hun.

Snart skal hun tilbake til det største sykehuset i Kolkata i India. Med seg har hun kunnskap om hvordan syke og premature nyfødte pleies i Norge.

Må jobbe fort

– Dere håndterer barna på en annen måte, sier Manisha Das.

Kolkata

Kolkata, tidligere Calcutta, er hovedbyen i delstaten Vest-Bengal i India. Byen har mellom fire og fem millioner innbyggere.

Kolkata er Indias viktigste by for handel og kultur. Er en viktig havneby og et senter for finans og industri.

Byen ligger i et flatt, sumpaktig landskap, med høy fuktighet og sterk varme.

Kilde: Store norske leksikon

LEIRING: I India legges nyfødte på ryggen på denne måten. Bildet er fra sykehuset i Kolkata.

Med hendene gjør hun varsomme, rolige bevegelser.

– Vi er vant til å gjøre det fort.

Hendene skifter takt. Nå er de raske.

– I India kan en sykepleier ha ansvar for opp til femten babyer. I Norge har en sykepleier ansvar for en til to. Dere tenker kvalitet, vi må tenke kvantitet.

Kollega Debi Pal nikker.

– Men enkle ting, som hvordan vi håndterer barna, kan vi prøve å gjøre noe med, sier hun.

Utveksling

Manisha Das og Debi Pal er nyfødtsykepleiere på sykehuset som heter IPGMER&S.S.K.M hospital i Kolkata i Vest-Bengal i India. I snart seks måneder har de hospitert på nyfødt intensiv på Ullevål i Oslo.

Det norske og indiske sykehuset samarbeider om er å bedre sykepleien til syke nyfødte. Målet er å redusere spedbarnsdødeligheten i India, der 50 nyfødte dør per 1 000 fødsel. I Norge dør 3.

– Det er mye infeksjoner og dårlig ernærte barn, forteller de indiske sykepleierne.

– For eksempel fins det ikke morsmelkbank i India.

Men det kan komme en i Kolkata, som følge av dette samarbeidet. Mens de har vært i Norge, har Pal og Das også besøkt melkebanken på Rikshospitalet for å lære.

Å bruke morsmelk er særlig viktig i India, der 70 prosent av overflatevannet er forurenset.

Fra teori til praksis

Utvekslingen er en følge av Norway-India Partnership Initiative (NIPI). Det er en avtale som er inngått mellom Indias statsminister Manmohan Singh og Norges Jens Stoltenberg om å redusere spedbarnsdødeligheten i India.

– Vi ble spurt om å hjelpe til med å heve kompetansen på sykepleie til nyfødte, sier Kristin Schjølberg Hanche-Olsen, leder av seksjon for internasjonalt samarbeid ved Oslo universitetssykehus (OUS).

– India har teoretisk kompetanse og nok personell, men trenger hjelp til å omsette teorien i praksis.

OUS bidrar med å sende erfarne sykepleiere til India og ta imot indiske sykepleiere som vil hospitere hos dem.

Utvekslingen finansieres av Fredskorpset, på oppdrag fra Utenriksdepartementet, og OUS.

Ønsker endring

Om få dager reiser spesialsykepleier Marie Hornslien til Kolkata. Hun skal veilede sykepleiere, men også lære selv.

– Å få kunnskap om andre kulturer er en del av prosjektet, påpeker hun.

Kristin Schjølberg Hanche-Olsen viser til at det er mange fremmedkulturelle på OUS, særlig på nyfødt. Derfor er kompetanse om andre kulturer viktig.

– I tillegg vil sykepleierne som reiser ut møte et helt annet sykdomspanorama, sier hun.

– De vil erfare ting som vi sjelden eller aldri ser her.

Hun tror også oppholdet vil sette forholdene i Norge i perspektiv.

Opprinnelig var utvekslingen tenkt å vare i fem år, men Schjølberg Hanche-Olsen ser for seg at det vil vare lenger.

Et langsiktig mål for samarbeidspartneren i India, er at endringene på sykehuset i Kolkata også skal føre til endringer på sykehus i andre deler av India.

Små ting

To norske sykepleiere har snart vært i Kolkata i seks måneder. De har blant

UNIKT PROSJEKT: Kristin Schjølberg Hanche-Olsen peker på at utvekslingen av nyfødtsykepleiere er spesielt, fordi det er et reint sykepleieprosjekt.

annet bidratt til at barna leires bedre. I India er det vanlig å legge nyfødte på ryggen, med armer og bein utstrakt.

Sissel Mathisen, seksjonssjef på nyfødt intensiv, forteller at norske sykepleiere kan bidra med tiltak, som forbedrer sykepleien til nyfødte uten å koste mye penger.

– Som å klippe tuben til respiratoren, slik at det blir mindre dødvolum og dermed lettere å ventilere barnet, forklarer hun.

– Eller å begynne å gi barna morsmelk med en gang, for å få i gang tarmsystemet. Det er ikke praksis i India.

Råmelk gis heller ikke til de nyfødte. I Norge ser man på den som særlig viktig for immunforsvaret. I India regnes den som uren og blir kastet.

Ønsker kunnskap

Debi Pal nikker. Og forteller om sukkervann som et annet eksempel.

– Det bruker vi ikke i India. Når vi skal smertelindre barna under prosedyrer, gir vi brystmelk. Har vi ikke brystmelk, har vi ikke noe å gi. Men vi skal foreslå sukkervann.

– Hvordan oppleves det at norske sykepleiere vil endre deres praksis?

– De møter oss med respekt, sier Pal.

– Derfor hører vi på dem.

– De ser først hvordan vi gjør det. Så forklarer de hvorfor de gjør som de gjør og viser til forskning, sier Das.

– Som sykepleiere er vi akademisk utdannet. Vi ønsker å basere praksis på vitenskap.

Ikke vanlig å reise

Det var ikke rift om å få komme til Norge.

– Vi var de eneste som hadde pass, forteller Debi Pal.

– I India er det ikke vanlig å reise til utlandet. Særlig ikke for kvinner. Å reise uten en mann er ikke bra. Men vi har støtte fra familien vår, sier hun.

– Jeg har drømt om å reise ut, dette er min første sjanse, sier Manisha Das.

– I Europa er dere kommet lenger enn i India. Jeg ønsket å se hva dere gjør.

Lærer av leger

Når Pal og Das skal beskrive den største forskjellen mellom sykehuset i Kolkata og Ullevål, nevner begge plassen.

– Dere har så god plass. Det er flere sykepleiere her. Mer utstyr. Dere får alt dere trenger. I India må foreldre selv betale for medisiner, bleier og mat til barna. Har de ikke penger til medisin, kan barna dø, sier Debi Pal.

– Hva er bedre i Kolkata?

– Håndvasken, sier Debi Pal og smiler.

– I India er håndvask gullstandard. Hver gang jeg kommer på jobb, må jeg vaske hender i to minutter. Ellers vasker jeg hendene i tjue sekunder, for eksempel før jeg tar i en baby. Vi er også flinke til å lære mødrene håndvask.

Fedrene ser de ikke på nyfødt intensiv i Kolkata. Det er ikke tradisjon, og siden det er trangt, er det vanskelig med menn på avdelingen når kvinnene skal amme.

Manisha Das forteller at legene i India er flinke til å lære bort og å diskutere med sykepleierne.

– Når legene går visitt, forteller de om barnets tilstand og hva som vil skje videre. Det har de mindre tid til her.

Inne på stuen

Inne på stuen snakker Manisha Das en blanding av engelsk og norsk. Hun sjekker monitorene. Debi Pal ser til at babyen ligger godt på morens bryst. De snakker lavt til babyen og hverandre.

Snart skal de formidle hva som foregår på Ullevål til kollegene i Kolkata. I april kommer to nye indiske sykepleiere til Ullevål. ||||

«Vi er bedre på håndvask.»

Debi Pal

TO MINUTTER: Debi Pal og Manisha Das (bak) vasker hendene to minutter når de kommer på jobb, og er nøye med håndvask gjennom arbeidsdagen. I India passer de også på å lære mødrene håndvask.

Tekst **Nina Hernæs** Foto **Stig Weston**

NIPI

The Norway-India Partnership Initiative (NIPI) er et samarbeid for å bedre barnehelsen i India.

India har et ambisiøst helseprogram, National Rural Health Mission (NRHM), som konsentrerer seg om helsen til mor og barn. NIPI skal bidra til dette programmet gjennom å tilføre blant annet kunnskap.

Utvekslingen av sykepleiere mellom Oslo universitetssykehus (OUS) og IPGMER&S.S.K.M hospital i Kolkata er en følge av NIPI. OUS ble spurt om å bidra med kompetanse på sykepleie til nyfødte. Utvekslingen finansieres av Fredskorpset og OUS.

Kilde: Norges ambassade i India og OUS

FAGARTIKKEL:
Teori blir praksis ved pasientsengen. Side 66

FAGARTIKKEL:
Leif Juster demper demens. Side 86

FAGNYHET:
Eldre vil være aktive.
Side 73

Nyttig app
Se bokanmeldelser
side 84

Sykepleien

Fag bøker & kultur

FORFATTERINTERVJU:
– Autoritetsskrekk og lydighet er fortsatt utbredt.
Side 82

Side 76

FLERKULTURELL KOMPETANSE: Sykepleiere trenger kompetanse om andre kulturer i møte med pasienter fr andre deler av verden. På venterommet på Buffelshoek Clinic i Limpopo Provinsen i Sør-Afrika er det lite privatliv ved måling av pasientenes temprat-ur, blodtrykk, vekt også videre. Foto: Kristine Rødal.

Side 76

«Sykepleiefaget og byggfagene i kombinasjon kan gi attraktive tjenester for min generasjon.» KÅRE HAGEN

Siv Venke Gran,
høyskolelektor,
Høgskolen i Buskerud

Sykepleieteori i møte med pasienten

Sykepleiers dilemmaer og valg ved pleie av en døende kreftpasient viser hvordan sykepleieteori danner grunnlag for praksis.

Som sykepleier og høyskolelektor er jeg opptatt av hvordan sykepleierstudentene kan lære seg sykepleiefaget. Jeg mener at skal studentene forstå hva sykepleie er, og hva som er sykepleierens unike bidrag i helsevesenet, må jeg som underviser og veileder bruke klinikken i undervisningen og ta med meg teorien ut i klinikken. Høyskolen i Buskerud har valgt Suzie Kims kunnskapsområder som sykepleiefagets teoretiske overbygning. Disse kunnskapsområdene er naturvitenskap, hermeneutikk, kritisk hermeneutikk og etikk/estetikk. Dette danner grunnlaget for den kunnskapsbaserte undervisningen vi tilbyr ved høyskolen. Min erfaring er at studentene kan ha problemer med å forstå hva slags kunnskap som faller inn under de ulike områdene, og hvorfor det er nødvendig at de erverver seg denne kunnskapen. Ved å bruke av en pasienthistorie, ønsker jeg med denne fagartikkelen å tydeliggjøre disse kunnskapsområdene for studentene. Pasientens navn er anonymisert.

Hovedbudskap

I praksis anvender sykepleiere kunnskap fra mange og varierte kilder for å gi en helhetlig sykepleie. I undervisning og veiledning av studenter kan man ved å analysere en pasientsituasjon prøve å beskrive og tydeliggjøre noe av denne kunnskapen.

Søkeord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.
› Kunnskapsbasert sykepleie › Praksisstudie
› Hermeneutikk

«Jørgen og jeg»

En helg jeg jobbet som nattoversykepleier på et lite sykehus ble jeg tilkalt av en forholdsvis nyutdannet sykepleier på en av de kirurgiske postene. Hun ville jeg skulle komme og se til en døende pasient fordi hun syntes det var vanskelig å lindre smertene hans. På telefon forteller sykepleieren meg at ingen har fått noe kontakt med pasienten det siste døgnet, og at pårørende sitter og våker over ham. Når jeg kommer til posten forteller sykepleieren meg følgende: «Jørgen Hansen er en mann i midten av femtiårene som for fem måneder siden fikk vite at han hadde en inoperabel cancer pancreas med metastaser til blant annet lever, lunge og skjelett. Hansen ble innlagt for et par uker siden med ileus på grunn av store tumormasser, ble operert og fikk anlagt en stomi. Samtidig fikk han innlagt et epiduralt kateter for smertelindring, da han i lange tider hadde brukt store doser opiater for å lindre smertene sine. Pasienten hadde siden operasjonen hatt mange og sterke smerteanfall til tross for store doser smertestillende epiduralt. I tillegg fikk han smertestillende og kvalmestillende subkutant på magen via en pumpe. Nå var Jørgen Hansen døende, og den ansvarlige legen hadde bestemt at han skulle få beroligende medikamenter subkutant via en smertepumpe. Dette for at han skulle få sove mesteparten av tiden, og på den måten slippe å oppleve sine lidelser bevisst. Det var ikke kommet noe avføring i stomiposen på flere dager, og det var minimalt med urinproduksjon.»

Sykepleieren ville helst ikke gi ham mer smertestillende, da hun var redd han skulle slutte å puste og dø av en overdose. Jeg får også vite at Jørgen Hansen var selvstendig næringsdrivende, og hadde vært en aktiv idrettsmann og lokalpolitiker hele sitt voksne liv. Han hadde ingen barn, men hadde sin kone og mor hos seg.

Observasjon

For å kunne vurdere Hansens situasjon må jeg selv observere pasienten og hans symptomer. Jeg må blant annet kunne kjenne på huden hans for å få et innblikk i sirkulasjonen, observere respirasjon, urinproduksjon og uro. I tillegg var det viktig for meg å kunne snakke med pårørende for å ivareta dem, også fordi de som pårørende kjente pasienten best. Når vi kom inn på rommet hilste jeg på pårørende, og også på pasienten, selv om ingen hadde fått kontakt med ham på flere timer. Pårørende ønsket at jeg skulle kalle Jørgen Hansen ved fornavn. Jørgen hadde sin kone ved siden av seg i en seng som var plassert tett inntil hans. Hun lå og holdt ham i hånden hele tiden. På den andre siden av sengen til pasienten satt hans mor. Kona var fortvilet og gråt, og hun sa: «Dette kommer jeg til å få mareritt om i lange tider framover. Det er jo helt umenneskelig at han skal lide slik. Se hvordan han ser ut. Hvorfor kan han ikke bare slippe taket og dø?»

Jørgen lå og ynket seg, han var tydelig preget av at han var døende, han hadde et blekt drag rundt nesen og munnen. Ansiktet var imidlertid avslappet. Magen var svært stor og hard, og beina var også veldig store på grunn av ødemer. I urinposen var det cirka 100 ml mørk, grumsete urin. Jørgen var motorisk urolig, og han anstrengte seg hele tiden for å komme ut av sengen. Han strakte hendene oppover mot taket, det så ut som om

DOI-nummer: 10.4220/Sykepleiens.2012.0027

BRED KUNNSKAP: For å takle de komplekse situasjonene som oppstår i møte med pasienten trenger sykepleier kunnskap om naturvitenskap, hermeneutikk og etikk. Foto: Colourbox

han ville ha fatt i noe. Det var ingen synlige tegn på at han verken så eller hørte noen av de andre i rommet. Han ynket seg ofte, og innimellom skrek han høyt. Han var tungpustet og surklete. Pårørende oppfattet Jørgens uro som et uttrykk for at han hadde smerter, og de ville at vi skulle gi ham mer smertelindrende medikamenter slik at han fikk hvile.

I denne konkrete situasjonen blir jeg som sykepleier stilt overfor store menneskelige og faglige utfordringer. Pårørende og sykepleieren på post så på meg som en faglig ekspert som skulle befri Jørgen for plagene. Samtidig skulle jeg være et medmenneske overfor alle aktørene som var involvert i situasjonen, og jeg skulle være en god kollega overfor sykepleieren på post. Jeg vil prøve å beskrive hvilken kunnskap jeg som sykepleier benyttet meg av i den aktuelle situasjonen, men først vil jeg si noe generelt om kunnskapsbegrepet i sykepleien.

Kunnskap i sykepleien

Sykepleie er et praksisorientert fag, da sykepleie først og fremst er rettet mot pasienten og hans eller hennes pårørende som trenger hjelp til noe. Det er pasienten som legitimerer sykepleiefagets eksistens. Som sykepleier møter man mange sammensatte og komplekse situasjoner og problemstillinger. Denne kompleksiteten viser seg blant annet i at mange sykepleiere har vanskeligheter med å beskrive hva deres bidrag i helsevesenet er (1). Alle sykepleiere kan sykepleie, men hva de kan og hvordan de vet det de kan, er vanskelig å sette ord på. En av grunnene til dette kan være at vi har hver vår unike erfaring, som vi i varierende grad reflekterer over. Sykepleiefaget står i skjæringspunktet mellom den naturvitenskapelige og den humanistiske tradisjonen. I tillegg er sykepleie som praksis knyttet til mennesker, hvor det relasjonelle står i fokus. Dette krever kunnskap fra flere ulike områder. Carper (2) delte sykepleiens kunnskaper inn i fire fundamentale kunnskapsområder: empirisk, estetisk, personlig og etisk kunnskap. Disse kunnskapsmønstrene har siden vært utgangspunktet for videre diskusjon og utvikling av kunnskap innen sykepleieprofesjonen (3). På slutten av 1990–tallet ble begrepet «evidensbasert sykepleie» introdusert.

Evidensbasert sykepleie

Innenfor sykepleien brukes evidensbasert sykepleie og evidensbasert praksis om hverandre, og evidens knyttes spesifikt til vitenskapelig kunnskap fremskaffet på bakgrunn av forskning. Hensikten med evidensbasert praksis var en kvalitetssikret praksis bygget på vitenskapelig evidens i stedet for sunn fornuft, rutiner, erfaringer og overtro (4). Det har vært en økende skepsis til begrepet evidensbasert sykepleie. Dette fordi sykepleiepraksis er forskjellig fra den medisinske praksis med sitt fokus på årsakssammenhenger, og hvilken behandling som er mest effektiv sammenliknet med en annen behandling (5,6). På spørsmålet om hvilke kunnskapskilder sykepleierne anvendte for å gi en pasientsentrert omsorg som var evidensbasert, svarte de at de anvendte kunnskap fra forskning, klinisk erfaring, pasientens erfaring og informasjon fra kolleger og rutiner på avdelingen (7). Dette viser at sykepleiere har en bred forståelse av begrepet evidens. I Norge har det Nasjonale kunnskapssenter for helsetjenesten definert evidensbasert som synonymt med kunnskapsbasert (8). Kim (4) slår fast at praksis er pasientsentrert, derfor er det relasjonelle viktig. Praksis må anvende kunnskaper fra flere kilder, og en praksis basert på en reduksjonistisk vitenskap er dogmatisk og begrensende. På bakgrunn av dette foreslår hun en modell av kunnskapsbasert praksis, hvor kunnskapssyntesen og dens anvendelse i praksis er selve kjernen. Begrepet kunnskapsbasert praksis brukes i stedet for evidensbasert praksis for å slå fast at praksis i sykepleie må baseres på kunnskap tuftet på et bredere begrep enn evidens (4, s. 26). Dette er begrunnelsen for at flere høyskoler i Norge har valgt begrepet kunnskapsbasert praksis, og vår høyskole benytter seg av Kims modell med fire ulike kunnskapsområder som sin teoretiske overbygning (se figur 1).

Kunnskapsområder

Når jeg sto overfor denne døende pasienten, hans fortvilte pårørende og en usikker sykepleier, ble noe tydelig for meg. For å tolke denne situasjonen, handle adekvat og til det beste for alle parter, må jeg benytte meg av kunnskap fra flere ulike områder. Både naturvitenskapelig, hermeneutisk, kritisk-hermeneutisk og etisk/estetisk kunnskap er viktig for at jeg ikke skal overse data som jeg vil trenge for å kunne gi individualisert sykepleie til Jørgen og hans pårørende. For å vurdere hva jeg skulle gjøre i den situasjonen jeg sto overfor, trenger jeg naturvitenskapelig kunnskap. Dette er generaliserbar kunnskap, bygd på fakta, som kan gi oss forklaringer og forutsigbarhet. Denne kunnskapen kan gi helsepersonell mulighet til kontroll og intervensjoner. En av sykepleierens oppgaver er å assistere medisinsk behandling, og vi trenger derfor solid medisinsk kunnskap for at en behandling skal bli vellykket. Naturvitenskapelig kunnskap er, og vil fortsette å være, nyttige for våre kliniske vurderinger.

Naturvitenskap

Eksempler på naturvitenskapelig kunnskap er kunnskap knyttet til kroppen. Smerter kan forklares empirisk ut fra vevsskade, nervebaner og påvirkning av sentralnervesystemet. Vi kan identifisere mønstre og tendenser. Jørgen var sterkt preget av kroppslig forfall. Ut fra anatomi og fysiologi vet jeg at når Jørgen har abdomen full av metastaser og tumormasser og minimal tarmfunksjon, vil tarmen komme på strekk og den store leveren og væsken han har i abdomen presser på oppover mot diafragma. Dette kan føre til store viscerale og nociseptive smerter, men også pustebesvær, kvalme og brekninger. Det er

FIGUR 1.

også viktig for meg å ha kunnskap om virkning, bivirkning og interaksjonen av de medikamentene pasienten sto på. For å kontrollere at Jørgen fikk det som var forordnet, sjekket vi at alle pumper fungerte, at det ikke var noe knekk på slanger, og det ikke var infiltrater ved innstikkstedene. Samtidig visste vi at på grunn av dårlig sirkulasjon var det usikkert hvor mye kroppen hans absorberte av medikamentene.

Hermeneutikk

Det er viktig for meg som sykepleier å få kjennskap til pasientens tidligere erfaringer med sykdommen, hans reaksjon på diagnosen og prognosen, hvordan liker han å ligge og hvor i kroppen har han spesielt mye smerter. Jeg ønsket å forstå litt av Jørgens subjektive erfaring med det å være så alvorlig syk. Ved hjelp av en dialog med pårørende og sykepleier på post fikk jeg et innblikk i dette. Her fokuserer man på smerte som erfaring, som smertefullhet, det vonde der og da og hvordan det oppleves av pasienten. Jeg bruker mine erfaringer fra lignende situasjoner for å prøve å tolke den uklare situasjonen jeg sto overfor. Mine tidligere erfaringer med døende kreftpasienter og deres pårørende har gitt meg mye kunnskap. Likeså refleksjoner alene eller sammen med kolleger. Denne subjektive og personlige erfaringen bruker jeg så i den nye situasjonen jeg står overfor for å individualisere pleien. Blant annet så har jeg erfart at døendes ynking og uro ikke nødvendigvis er et uttrykk for smerter. Både pårørende, sykepleieren på post og jeg brukte våre sanser inne hos pasienten. Vi så, hørte, luktet og kjente for å skape mening i opplevelsen, men måten vi tolker situasjonen på er avhengig av våre erfaringer og kunnskaper. Sykepleieren fortalte meg at Jørgen hadde hatt behov for store doser smertestillende etter operasjonen, og av pårørende fikk jeg vite at han var engstelig for sykehus og hadde angst for smerter. Dette kaller Kim for hermeneutisk kunnskap, og dette er kunnskap på bakgrunn av at man forstår og beskriver pasientens, pårørendes og sykepleierens opplevelse av situasjonen. Altså en beskrivende og meningsfokusert kunnskap, hvor det individuelle og unike er i fokus.

Kritisk hermeneutikk

Den kritisk hermeneutiske kunnskapen setter spørsmål ved eksisterende systemer og kontekster, og har et fortolkende og endringsbasert fokus bygget på samhandling og kommunikasjon.

Sykepleieren på den aktuelle posten hvor Jørgen var pasient hadde veldig mye å gjøre den aktuelle natta. Hun hadde ansvar for 30 pasienter sammen med en hjelpepleier, og mange av disse pasientene var nyopererte og trengte tett oppfølging. Tiden strakk ikke til for henne. Blondal og Halldorsdottir (9) fant i sin studie at sykepleierne mente at tidspress, mangel på kontinuitet i pleien, vanskeligheter med å få legen i tale, uklarhet rundt fordeling av oppgaver og at legene forordnet for lite smertestillende, var faktorer som påvirket deres muligheter til å lindre pasientens smerte. Alt dette er faktorer som kan være organisatoriske barrierer for å ivareta pasienten på en god måte, men som sykepleierne kan gjøre noe med hvis hun eller han besitter og anvender kritisk hermeneutisk kunnskap.

Overfor Jørgen og hans pårørende prøvde vi å få klarlagt de sosiale relasjonene; hvordan sykdommen hans hadde virket inn på dem som var de nærmeste pårørende. Hvordan hadde han levd tidligere? Videre prøvde vi å bli enige med pårørende om i hvilken grad Jørgen hadde fysiske smerter eller om det var drømmer han slet med. Kunne han ha dødsangst? I den kritiske hermeneutikken prøver vi også å forstå hvorfor Jørgen reagerte som han gjorde ut fra hans erfaringsbakgrunn, hans situasjon og ikke minst samtid. Vi lever i en tid hvor det å være produktiv, effektiv, selvhjulpen og kunne bestemme selv, er faktorer som mange verdsetter. Forskning viser at noe av det døende frykter aller mest er å være til byrde for andre (10). Jørgen var en person med stor autoritet, og han hadde alltid vært opptatt av helse, og hadde ifølge kona lenge benektet at han kunne være alvorlig syk. Han hadde en smerte som var vanskelig å lindre, og uansett hva han fikk av smertestillende medikamenter fortalte han at han hadde uutholdelige smerter. Dette var også bakgrunnen for at han fikk medikamenter som skulle gjøre ham mer eller mindre bevisstløs siste tiden. Når man skal ta slike beslutninger er det viktig at sykepleier er med på diskusjonen, og stiller seg kritisk til at vi ikke klare å lindre pasientens lidelse uten å måtte gi pasienten medikamenter som frarøver ham muligheten til kommunikasjon med pårørende. Var det noen som hadde spurt etter pasientens åndelige og eksistensielle behov? Sykepleierne må være kritiske til hva de får beskjed om, hva de har lest og hva de observerer i praksis. Det er viktig at vi setter spørsmålstegn ved den praksisen som utøves, og særlig hvis vi ikke riktig forstår på hvilket grunnlag avgjørelsen er tatt på.

Etikk/estetikk

Den etiske/estetiske kunnskapen handler om å gjøre det rette for pasienten basert på hans behov. For oss var det viktig å gjøre det gode overfor pasient og pårørende. Vi ønsket inderlig å lindre Jørgens lidelse, verdsette hans menneskelighet ved å være til stede, ta på ham og ta pårørendes bekymringer på alvor. Vi ønsket alle at Jørgen skulle få en verdig død. Nå var det vanskelig for meg å vite hva Jørgen så på som verdifullt i livet sitt siden jeg hadde så liten kjennskap til ham. De pårørende kom med en del opplysninger. Kona fortalte at han ikke ville snakke om døden, derfor oppfordret vi dem til å snakke om tiden som hadde vært. I tillegg konsentrerte vi oss om å lindre plagene hans her og nå, og pratet ikke om døden inne på pasientens rom. Dette av respekt for pasientens autonomi selv om pårørende kanskje hadde et behov for å snakke om døden. Det er smertefullt å dø, både for den som skal dø, men også for dem som blir igjen. Disse samtalene med pårørende måtte vi gjennomføre et annet egnet sted. Vi registrerte ved vår berøring når vi snudde Jørgen, og sjekket innstikkstedet for epiduralkateteret på ryggen, at kroppen virket avslappet. Vi registrerte heller ingen forandringer i ansiktsuttrykket. Dette tolket vi som at han ikke hadde noen smerter. Samtidig var vi veldig varsomme når vi snudde pasienten, slik at vi skulle påføre ham minst mulig ubehag. Og vi passet nøye på ikke å blotte ham for å ivareta verdigheten hans. Sykepleieren var engstelig for å gi pasienten så mye medisiner at han ville dø av det. Hva er det viktigste? Er det å lindre pasientens lidelse selv om det kanskje ville forkorte livet hans? Skal vi gi smertestillende til pasienten for å tilfredsstille pårørende? Hadde Jørgen smerter eller var dette hans naturlige måte å dø på? Den etiske/estetiske kunnskapen er hele tiden å prøve å gjøre det rette for pasienten. Jeg mener pasientens behov alltid skal være i fokus og at man skal legge mest vekt på disse, selv om vi må prøve å finne balansen mellom pårørendes behov, pasientens behov og våre egne behov.

Kunnskapssyntesen

Modellen knytter de fire kunnskapsområdene sammen i et sentralt område som Kim enkelte ganger omtaler som kunnskapssyntesen (4,11), andre ganger som sykepleiens kunnskapsgrunnlag (12). Kim (4) sier at selve kunnskapssyntesen foregår i praksis og at den er en totrinns prosess. Først må man vurdere den nye kunnskapen i forhold til om den er verdifull, essensiell, meningsfull og viktig for praksis. For det andre må kunnskapen integreres inn i den allerede eksisterende personlige kunnskapen. Kunnskapsutviklingen i sykepleie er dynamisk. Kunnskapsområdene er avhengig av hverandre og på visse områder er de sammenfallende (13).

Kommunikasjon

Kunnskap innenfor de ulike områdene er av liten verdi hvis den ikke anvendes i praksis overfor den enkelte pasient og pårørende. Dette krever også at sykepleierne har kommunikasjonsferdigheter og relasjonsferdigheter. Det er først når jeg bruker de ulike kunnskapsområdene i praksis, og reflekterer over den praksis jeg utøver, at jeg kan få en økt forståelse og ny kunnskap som mange beskriver som personlig kunnskap (2,14). Samtidig erfarte jeg når jeg sto overfor Jørgen at det var mye jeg ikke kunne. På bakgrunn av våre observasjoner av pasienten og samtaler med pårørende, valgte vi der og da ikke å gi Jørgen mer smertestillende. Kanskje var den beslutningen feil. Sykepleiens praksis er feilbarlig og preges av usikkerhet rundt eventuelle konsekvenser av handlingene vi utfører. Mine kunnskaper og ferdigheter er ufullstendige, og selv om jeg hadde aldri så gode hensikter og ønsker om å handle til pasientens beste, så er det ikke sikkert at konsekvensene av mine handlinger hjalp Jørgen. Jeg følte i alle fall at vi hjalp pårørende noe ved å ta deres bekymringer på alvor. Selv om vi ikke gjorde så mye, la vi vekt på å være til stede, og var lydhøre for pårørendes bekymringer og følelser. I noen situasjoner er fortvilelsen hos pårørende så stor at ord ikke strekker til, men da kan vi vise god omsorg og trøst ved vår tilstedeværelse og væremåte.

Avslutning

Jeg mener at for å kunne beskrive for andre hva sykepleie er, og få oss selv og andre til å forstå kompleksiteten i den kliniske hverdagen vi står overfor, så trenger vi å forstå hvilken kunnskap vi besitter. På den måten kan vi ikke bare anvende denne kunnskapen i kliniske situasjoner, men også avdekke områder hvor vi trenger mer kunnskap. Å tydeliggjøre kunnskapsområdene i sykepleie vil kunne gi sykepleierne en identitet, og jeg mener det er viktig at det er sykepleierne som definerer innholdet i egen profesjon. Hvis ikke står vi i fare for at det er andre profesjoner som bestemmer hva sykepleiernes rolle i helsevesenet skal bli i fremtiden, og da kan det hende den får en retning verken vi eller pasientene ønsker. ||||

LITTERATUR

1. Berragan L. Nursing practice draws upon several different ways of knowing. Journal of Clinical Nursing 1998; 7: 209–217.
2. Carper BA. Fundamental patterns of knowing innursing. Advances in Nursing Science 1978; 1(1): 13–23.
3. Chinn PL, Kramer MK. Integrated Knowledge Developement in Nursing. St. Louis, MO: Mosby, 2007.
4. Kim HS. Knowledge synthesis and use in practice – debunking «evidence-based». Klinisk sykepleje 2006; 20(2): 24–34.
5. Mantzoukas S. A review of evidence-based practice, nursing research and reflection: levelling the hierarchy. Journal of Clinical Nursing 2007; 17:214- 23.
6. Pedersen KL. Evidensbasert praksis i møte med pasientens livsverden. Vård i Norden 2009; 93(3): 53–55.
7. Rycroft – Malone J, Harvey G, Seers K, Kitson A, McCormack B, Titchen A. An exploration of the factors that influence the implementation of evidence into practice. Journal of clinical nursing 2004; 13: 913–24.
8. Nortvedt MW, Jamtvedt G, Graverholt B, Reinar LM. Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere. Oslo: Norsk Sykepleierforbund, 2007.
9. Blondal K, Halldorsdottir S. The challenge of caring for patients in pain: from the nurse`s perspective. Journal of clinical nursing 2009; 18: 2897–2906.
10. Belanger SI. The Family`s Experience of a Loved One`s Death on a Medical Surgical Hospital Unit. Dissertation. The Catholic University of America, Washington DC. 2008. http://proquest.umi.com/pqdweb?index=17&did=1536734821&SrchMode=1&sid=2&Fmt=6&VInst=PROD&VType=PQD&RQT=309&VName=PQD&TS=1297324480&clientId=32094 (lest 7. februar 2011)
11. Kim HS. The Nature of Theoretical Thinking in Nursing. New York: Springer Publishing Company, 2000.
12. Kim HS. Sykepleieutøvelsen. I: Mekki TE, red. Sykepleieboken 1, grunnleggende sykepleie. 3 utgave, Oslo: Akribe, 2007: 89–94
13. Bonis SA. Knowing in nursing: a concept analysis. Journal of advanced nursing, 2009; 65(6): 1328–1341.
14. Benner P. Fra novise til ekspert: dyktighet og styrke i klinisk sykepleiepraksis. Oslo: Tano, 1995.

Medalje nr. 200 000 til sykepleier

Medaljen for lang og tro tjeneste nr. 200 000 er tildelt sykepleier Jorunn Homme 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!

Foto: Jan T. Espedal

NORGESVEL
DET KONGELIGE SELSKAP FOR NORGES VEL

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

EGET FAGBLAD: Geriatrisk sykepleie er medlemsbladet til Norsk Sykepleierforbunds faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens.

Kor gir bedre helse

Eldre kan synge seg til færre legebesøk.

Tekst **Nina Hernæs** Illustrasjonsfoto **Colourbox**

SUNT: Sang og det sosiale med kor gir eldre bedre helse. Det vet mange som synger, men nå er det også forsket på.

Eldre har mye igjen for å synge i kor, ifølge flere utenlandske studier. Sangen gir blant annet glede og velvære, men også færre legebesøk og fallulykker.

Aud Berit Fossøy og Solveig Hauge ville finne ut hvordan norske eldre opplever å delta i seniorkor. De tok for seg Førde seniorkor, som har holdt på siden 2008. Koret er åpent for alle over 60 og øver på det lokale sykehjemmet.

Skaper rytme

I siste nummer av Geriatrisk sykepleie, skriver de to forskerne om studien av Førde seniorkor. De observerte koret, både på øving og under framføring, og intervjuet kordeltakere og dirigent.

De som ble intervjuet framhevet at koret var med å skape rytme i hverdagen. De var også opptatt av at koret var åpent for alle, men det ble forventet at man stilte til øvingene. En fast og professjonell dirigent ble også ansett som viktig.

Også utfordrende

Å være med i kor, ble også opplevd som utfordrende. Enkelte sanger ble i overkant vanskelige. Det viktige var balansen mellom repetisjon av kjent stoff og nye sanger.

De to forskerne påpeker at noe av det mest framtredende, var at koret ga en opplevelse av fellesskap. Ikke på den måten at alle må kjenne alle, men om å være trygge sammen.

Noen så på koret som en mulighet til å dyrke en hobby de ikke hadde hatt tid til da de jobbet. For enkelte var ikke sang hovedgrunnen til å være med, men muligheten for å være sosial.

Helsebringende

Denne norske studien støtter funn gjort i tidligere studier, mener Aud Berit Fossøy og Solveig Hauge. Seniorkor fremmer helse.

Hvorfor skal en sykepleier betale mer enn en student?

Vanligvis betaler bedrifter langt mer enn privatpersoner for sine mobilabonnementer.

Mobiloperatører i bedriftsmarkedet fokuserer på ekstra service og kompliserte tjenester. Dette for å kamuflere et høyt prisnivå, og for å gjøre sammenligning med andre operatører vanskeligere. Gjør du en prissammenligning for din bedrift vil du raskt oppdage at du betaler mer enn hva som er tilfelle for privatmarkedet.

Hos Talkmore gir vi like god service og lave priser til alle! Med Talkmore Bedrift kan du velge mellom en rekke abonnementer som passer svært godt for små, kostnadsbevisste bedrifter – til markedets beste priser, uten bindingstid!

Les mer på Talkmore.no

3000 ringeminutter, **2000** SMS og **1000** MB for **279,-** pr. måned.

* 0,- for samtaler til andre Talkmore-abonnenter

talkmore.no/bedrift

Uheldig forskrivingspraksis

Det er uheldig at pasienter bruker ulike beroligende midler samtidig, og det er heller ingen terapeutisk gevinst å hente. Likevel forekommer det ofte at pasienter får slike preparater til samtidig bruk. I de fleste tilfeller gjøres dette av en og samme lege.

Det har forskere ved Folkehelseinstituttet funnet ut, etter å ha undersøkt andelen samtidige brukere av benzodiazepiner, samt mengden foreskrevet i løpet av 2008.

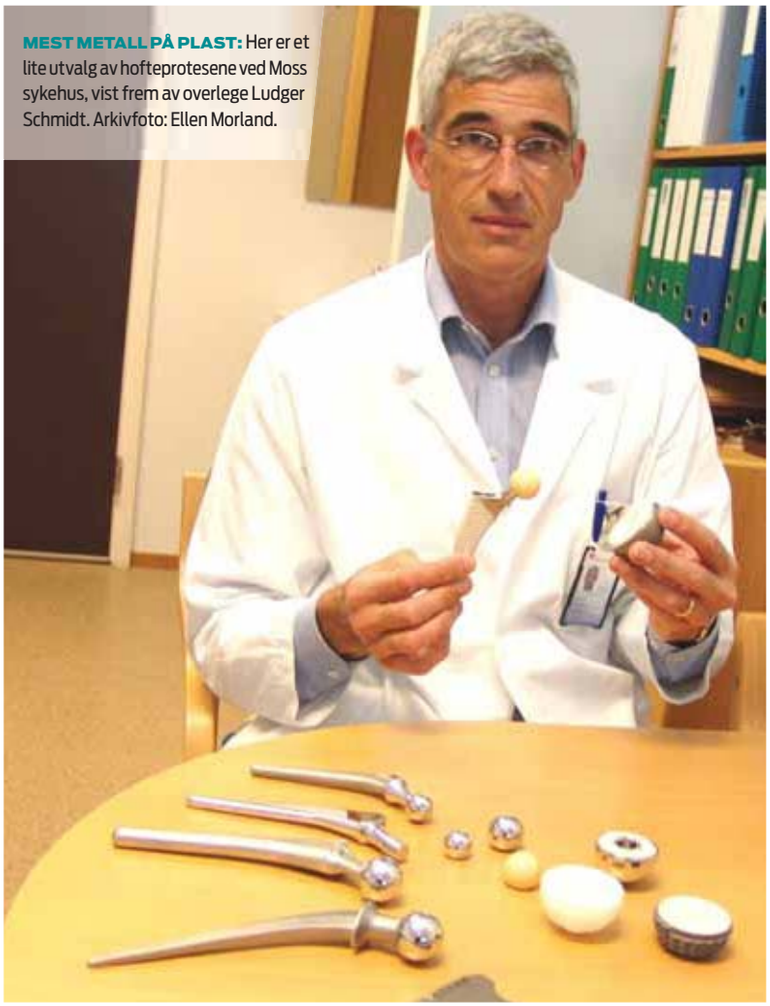
Totalt var det 190 932 personer som fikk minst to benzodiazepinordinasjoner ekspedert i 2008.

15 prosent av dem som fikk ekspedert minst to benzodiazepinordinasjoner, brukte med høy sannsynlighet to benzodiazepiner samtidig. Bare 3230 av disse pasientene fikk medisinen foreskrevet fra mer enn en lege.

Flest kvinner fikk foreskrevet medikamentene samtidig, men andelen samtidig bruk var høyere hos menn enn hos kvinner, og hyppigst i aldersgruppen 18-49 år. Samtidig bruk synes ellers å korrelere med høyt årlig forbruk, og etter alt å dømme betydelig feilbruk, skriver forskerne.

Kilde: Tidsskrift for den norske legeforening

Foto: Colourbox



MEST METALL PÅ PLAST: Her er et lite utvalg av hofteprotesene ved Moss sykehus, vist frem av overlege Ludger Schmidt. Arkivfoto: Ellen Morland.

Forebygger lungebetennelse

Å bruke klorheksidin munnskyllevæske hos intuberte pasienter, kan redusere risikoen for lungebetennelse. Dette er kjent fra før, men nå bekrefter to nye studier funnet. Nye data antyder at konsentrasjonen av klorheksidin bør være høyere enn det som er vanlig å bruke.

Kilde: Tidsskrift for Den norske legeforening

Metall-hofter mislykkes oftere

De fleste kunstige hofteledd er laget av et hoftebein av metall med en kule øverst som møter sin «makker» i plast. Men noen hofteproteser har begge deler av metall. Nå har verdens største register over hofteproteseoperasjoner vist at de som består av metall på metall oftere mislykkes enn de som består av metall på plast.

– De av metall på metall burde ikke implanteres, sier forskerne i en studie publisert i Lancet.

Kilde: BBC

Eldre vil være aktive

Sykehjemsbeboere foretrekker aktiviteter der de selv er aktive, fremfor å bli underholdt.

Tekst **Susanne Dietrichson**

Hvilke former for aktiviteter ønsker beboere på sykehjem å delta i? Og hva slags aktiviteter tror de ansatte at beboerne har interesse av? Dette er utgangspunktet for forskningsartikkelen «Meningsfulle aktiviteter på sykehjem» i Sykepleien Forskning nr. 1-2012, av Britt Øvrebø Haugland.

Individuelle behov

89 sykehjemsbeboere og 51 ansatte deltok i undersøkelsen. Haugland fant at beboerne i stor grad ønsket aktiviteter der de selv var aktive, mens de ansattes svar indikerer at de trodde beboerne foretrakk aktiviteter der de ansatte var mest aktive.

– Undersøkelsen min viser at sykehjemsbeboere opplever aktiviteter som meningsfulle hvis de selv kan delta. I tillegg ønsker de individuelt tilpassete aktiviteter som hagearbeid, spaserturer eller handleturer. Derimot var det ikke så mange som ønsket å delta i aktiviteter hvor det er tilstrekkelig bare å være til stede, sier Haugland.

– Utgangspunktet for undersøkelsen var egentlig et oppdrag fra Undervisningssykehjemmet Løvåsen. Men jeg ble veldig interessert i dette temaet mens jeg jobbet med det. Det har rett og slett blitt et hjertebarn, forteller Haugland.

Cirka 80 prosent av beboere på norske sykehjem har en demensdiagnose. Haugland frykter at disse blir undervurdert.

– Jeg er opptatt av at vi som sykepleiere skal konsentrere oss om menneskets ressurser, om det friske i mennesket.

Glimter til

Haugland er sykepleier med hovedfag i sykepleievitenskap og arbeider som høyskolelektor på Haraldsplass diakonale høgskole. Med sitt neste prosjekt får hun også sjansen til å teste forskningen sin i praksis. I samarbeid med Domkirkehjemmet får studenter i praksis jobbe med individbaserte aktiviteter.

– Målet er minst en halvtime ute i frisk luft per beboer en gang i uken, sier Haugland, som følger opp med fokusgruppeintervjuer av studentene.

– Mennesker med demens har mange ressurser og studentene forteller at beboerne glimter til når de deltar i aktiviteter. Mange av de eldre sykehjemsbeboerne har ikke vært ute i frisk luft på flere år, forteller hun.

– Selv om beboernes interesser til en viss grad begrenses av hva de fysisk og kognitivt er i stand til er jeg redd de største hindringene for aktiviteter blant sykehjemsbeboere er holdninger blant de ansatte.

Haugland har vært opptatt av Antonovskys helsefremmende perspektiv siden hun tok hovedfag og har brukt teorien som utgangspunkt i mange forskjellige sammenhenger.

– Jeg har alltid vært opptatt av mestringsperspektivet og er opptatt av å tenke muligheter fremfor begrensninger, sier Haugland.

Les artikkelen i *Sykepleien Forskning* nr. 1-2012, s. 42.

sykepleien Forskning

SOKKER som IKKE strammer

CONFIDENCE IN TEXTILES
Testet for helsefarlige stoffer i tekstil
Öko-Tex Standard 100
No. 2000AN0557 AITEX
Trygge tekstiler

ametrine
Postboks 333 - 7301 ORKANGER
Organisasjonsnr. 878684702

Bestill gjerne på nett:
www.ametrine.no

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

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

Ordretelefon 72 48 16 67 – Ordrefax 72 48 19 45

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

<< Klipp ut

For én pakke med 5 par: Art.nr 111
Tynn elastisk bomullsokk
169,-
tillsvarer kun 33,80 pr par
Lett og behagelig - slitesterk
80% bomull, 15% polyamid, 5% Lycra®

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

For én pakke med 5 par: Art.nr 113
Tynn ullsokk
229,-
tillsvarer kun 45,80 pr par
Kløfri merinoull - svært slitesterk
60% merinoull, 35% polyamid, 5% Lycra®

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

For én pakke med 2 par: Art.nr 115
UllXtra Ullsokk
149,-
tillsvarer kun 74,50 pr par
Kløfri merinoull
80% merinoull, 15% polyamid, 5% Lycra®

Ypperlig også for personer med diabetes

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

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

Vent litt, jeg vil gjerne ha en prøvesokk før jeg bestiller, send prøve på
❑ Bomullsokk
❑ Tynn ullsokk
❑ UllXtra sokk

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

VARENE SKAL SENDES TIL:
Navn:
Adresse:
Postnr/sted:
Telefonnr:
e-post:

Sykepleien 2012-04

AMETRINE AS
Svarsending 9086
0098 Oslo

Adressaten betaler for sending i Norge
Distribueres av Posten Norge

Klipp ut >>

– Vær litt Askeladden

Kåre Hagen vil ha praktisk forskning og ville ideer av sykepleierne. Tekst og foto **Marit Fonn**

Forskningen som foregår i omsorgssektoren er latterlig liten sammenliknet med alle andre sektorer, sier Kåre Hagen.

Statsviteren er ny i jobben som direktør på Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (Nova). Men den sørgelige tilstanden i omsorgssektoren fant han ut av i fjor. Som utvalgsleder leverte han NOU-en «Innovasjon i omsorg» til regjeringen.

Befolkningen eldes. Omsorgssektoren må bli større. Utfordringen er kjent, likevel forskes det tjue ganger mer i sykehusene enn i kommunehelsetjenesten.

Hagen vet hvorfor:

– Politikere og folk tenker at bare vi får mer penger til omsorg og nok sykehjemsplasser, så blir det bra. Men slik tenkning er lik: Vi trenger ikke forske, vi vet jo hva vi gjør. Ifølge NOU-en er dette fundamentalt feil.

– Få fram mangfoldet

Folk assosierer omsorgssektoren med eldreomsorg. Men over halvparten av dem som trenger omsorg, er under 65 år.

– Mangfoldet i alder og helseproblemer må fram. Ellers vet vi ikke hvordan vi skal utvikle oss.

«Florence ville tenkt: Hva ser vi?»

Pårørende og frivillige må brukes klokere.

– I dag sier alle at helsetjenesten er et offentlig ansvar, og at det er fint hvis pårørende og frivillige stiller opp. Men mange pårørende sliter seg ut. Som barn av gamle foreldre er det lite støtte å hente.

Hagen mener sykepleierne er ryggraden.

– Det er viktig at sykepleierne er lederne i sektoren. Mange leder enheter som er like store som mellomstore norske bedrifter. Før jobbet jeg på BI, og vi snakket ofte om antall ansatte. Hvor er bedriftslederopplæring av sykepleiere?

Å samhandle med pårørende blir essensielt.

– Sykepleierne vil si: «Det er vi flinke til.» Ja, men pårørende blir også behandlet som hår i suppa. Pårørende er dessuten også mangfoldige. De er barn av foreldre som skal dø, partnere til unge demente, foreldre til funksjonshemmete.

Byggsykepleiere

Hagen etterlyser innovativt samarbeid om boliger.

– Hvilke tjenester vil bli attraktive for min generasjon? Jo, en kombinasjon av sykepleiefaget og byggfagene. De fleste ulykker blant eldre, skjer i boligen.

Hagen har hørt mange historier om fall og lårbeinsbrudd.

– Det aller tristeste er at det skjer fordi fargen på dusjforhenget og veggen er lik. Den gamle, svaksynte damen støtter seg til forhenget i stedet for veggen. Og hvilket materiale er det på golvet? Det hardeste som fins. Fliser.

Han synes det er altfor lite nysgjerrighet i omsorgssektoren.

– Alle vet at fall er et kjempeproblem. Men fall er lett å forebygge. Likevel er det lite systematisk forskning om fallforebygging.

Hagen påpeker at vi kan ikke kreve mer penger og mer personal i omsorgssektoren i all framtid.

– Det er like nødvendig der som alle andre steder å forske for å løse problemer.

Savner Florence

Han savner de gamle sykepleierne som stilte provoserende spørsmål og tok utgangspunkt i det de erfarte.

– Florence Nightingale sa til generalene: «Soldatene dør ikke på grunn av krigen, men på grunn av dårlig hygiene.» Hun ville tenkt: «Hva ser vi? Jo, folk faller og brekker lårhalsen på porselensgolvet.» Løsningen er ikke å skaffe flere sykepleiere som kan passe på. Det er å finne trygge måter å bo på. Hvem skal ta ansvar? Sykepleiere i samarbeid med andre profesjoner.

Ensomhet fører til svekket helse.

– Altså må vi reorganisere hvordan vi lever. Her trengs det sosialt entreprenørskap. Og da peker flasketuten igjen på sykepleierne.

Forskning i spagaten

Hagen tror at sykepleieforskningen ofte faller mellom to stoler.

– Den er ikke akademisk nok for de akademiske miljøene. Og ikke kommersiell nok for innovatørene. Sykepleierne kommer i spagaten. Her har de et samfunnsoppdrag: De må utvikle faget med praksisnær kunnskap.

– Mange vil si at de har prøvd?

– De prøver for mye å være akademiske. De tror det automatisk vil gi dem status. Men det leder ikke til dynamiske tjenester.

Han ser for seg nye typer etterutdanninger for sykepleiere: Pårørendearbeid. Boligløsninger. Interiør og farge.

– I Bergen kan man nå ta mastergrad i velferdsteknologi. Kjempefint!

– For mange er innovasjon synonymt med teknologi?

– Man snakker om 10 prosent teknologi og 90 prosent organisering. Innovasjon er en vellykket oppfinnelse. Trygghetsalarmen er nyttig fordi noen svarer med å rykke ut. Ellers ville jo alarmen vært meningsløs.

– Gi oppgaver til politiet

Ofte klarer man ikke å komme fra oppfinnelse til innovasjon:

– For innovasjon betyr nye former for tjenester, for eksempel en organisering som svarer kjapt på alarmen.

Hagen forteller at i Edinburgh er det politiet som registrerer trygghetsalarmene til alle døgnets tider.

– Vi må spørre her også: Kan vi organisere oss på en ny måte? Sykepleierne må ikke være

Innovasjon

Innovasjon kommer fra det latinske ordet innovare, som betyr å fornye eller å lage noe nytt.

Kilde Wikipedia

TENK NYTT: Kåre Hagen er ny i direktørjobb. Nå ser han for seg sykepleiere som vil lede, eksperimentere og vise fram mangfoldet i omsorgssektoren.

redde for å gi fra seg ansvar til andre. Er de klare til å samarbeide med politiet? Politiet må også spørre seg: Hva kan vi gjøre for omsorgssektoren?

Nå drømmer han om teknisk interesserte sykepleiere.

– De trenger ikke bli teknofreaks, altså. Men de kan prøve ut ny teknologi og se om det er et nyttig hjelpemiddel. Hvis ikke, skrot den. Yrket *må bli* mer attraktivt, insisterer han.

Spesialisering på boliger, fallsensorer og andre harde ting vil tiltrekke seg gutter, mener han. En kilde til status er å gjøre sektoren til en sydende arena av nye ideer.

Når etterkrigskullene nærmer seg 90 år, øker trykket. Vi har nå 15 år på oss til å prøve ut ville ideer. Være litt Askeladden.

– Sykehusene = storebror

Å snakke om full sykehjemsdekning mener han er meningsløst.

– Det er som å si at alle vil bli syke.

Han trekker fram et ark med kols- og diabetesgrafer. De peker som kjent oppover.

– Men dette er noe av det mest usikre som fins. Derfor blir det vanskelig å gi presise råd om framtiden. Samfunnet vil ikke ha råd til ti spesialteam. Jeg vil heller ha ett team som kan ti diagnoser.

Storebror spesialisthelsetjeneste må samarbeide med lillesøster kommunehelsetjeneste.

– Men storebror vil prøve å trøkke på lillesøster det han ikke har lyst til å gjøre selv.

– *For eksempel?*

– Ta begrepet ferdigbehandlet. Hvem bestemmer hva det er? Her må det være en felles forståelse. Slik er det ikke i dag.

Han viser til Danmark der de snakker om at velferd er å mestre hverdagen så lenge som mulig. De har tjenester som kalles hverdagshabilitering.

– *Slik er det der, men ikke her?*

– Mye spennende gjøres i Norge også. Men mest som ildsjelers enkeltprosjekter.

Kåre (80) ominnreder

Når Kåre Hagen selv blir 80 år, ser han for seg at han ringer kommunens omsorgstjeneste. Et team kommer hjem til ham. De studerer boligen: «Hm, den døren må vi gjøre noe med. Fargekontrasten blir for dårlig, du kommer til å kollidere.» Toalettet sjekkes. Er det lett tilgjengelig fra soverommet?

Det spiller ingen rolle om det er en sykepleier eller bygningsarbeider som gir ham råd, bare de kan det de skal, nemlig lage en faglig godkjent ombyggingsplan.

«Vi anbefaler boligsparing med skattefradrag for eldre.»

– *Hvem skal betale for ominnredningen din?*

– Vi anbefaler boligsparing med skattefradrag for eldre. Det er meningsløst at ikke de også skal bygge seg opp kapital. Det er jo billigere å bo hjemme.

Christine Rødal,
sykepleier på kar/thorax kirurgisk avd. på Ahus

Sykepleiere trenger flerkulturell kompetanse

Som sykepleiere møter vi hver dag etiske utfordringer i møte med pasienter med annen kulturell bakgrunn enn oss selv.

På alle områder i helsevesenet møter vi pasienter og pårørende med en annen kulturell bakgrunn enn oss selv og som dermed stiller andre krav til sykepleie enn den vi lærte på øvingspost eller i lærebøkene. Respekt, verdighet, omsorg og kunnskap er sentrale verdier i sykepleie (1). I møtet med pasienter er helhetlig sykepleie et nøkkelbegrep. Men hvordan kan vi yte helhetlig sykepleie uten tilstrekkelig kunnskap om pasientens kulturelle bakgrunn? I denne artikkelen vil jeg begrunne hvorfor kulturell kunnskap og kompetanse hos sykepleiere er essensielt for å gi omsorg til pasienter med en annen kulturell bakgrunn, altså kulturelt tilpasset omsorg.

Praksis i Afrika

Jeg hadde min siste fordypningspraksis som sykepleierstudent ved Buffelshoek Clinic i Limpopo Provinsen i Sør-Afrika. Klinikken utgjør primærhelsetjenesten i dette landlige området som er omkranset av vakre fjell, men der fattigdom, arbeidsløshet, alkoholisme og HIV øker. Tilbudet ved klinikken består av en fødeavdeling, samt oppfølging av gravide, spedbarnskontroll og vaksinering. I tillegg er det 24-timers akuttberedskap, sykepleiekonsultasjoner, utdeling av medisiner, hivtesting, rådgivning og TB-screening med mer. Det er få ansatte, begrensete ressurser og arbeidsområdet mitt var å gjøre litt av alt.

Kulturell omsorg

Kultur er språk, tradisjoner, kunnskaper, verdier, holdninger og handlingsmønstre (2). Møter med pasienter med en annen kulturell bakgrunn gir sykepleier en ekstra og utfordrende dimensjon i arbeidet og stiller krav til økt kunnskap om kultur og evnen til å bruke denne kunnskapen – kulturell kompetanse (2,3,4,5,6). Sykdom betyr forskjellige ting i ulike kulturer. Det kan derfor være vanskelig for sykepleiere å forstå og å behandle pasienter fra en annen kultur fordi pasientens oppfatning av sykdom, helse og behandling kan være svært annerledes (3). Begrepet kulturelt tilpasset omsorg er hentet fra teoretikeren Leininger, som beskriver omsorg som essensen i sykepleie. Omsorg er kulturelt betinget og må derfor baseres på forskningsbasert kulturkunnskap for å gi tilpasset omsorg til mennesker fra ulike kulturer (5).

Høflighet og respekt

Kunnskap om høflighet og respekt er et viktig eksempel på kulturell kompetanse. Følgende sitat er hentet fra en gammel protokoll på en helse- og misjonsstasjon i Etiopia; «Det kom en rosa mann fra Norge til oss i går. Han gikk rundt og fornærmet oss alle» (7). Sannsynligvis var ikke intensjonen til denne mannen å fornærme befolkningen han møtte. Men han hilste kanskje på kvinner før menn og på barn før voksne og med håndtrykk, blikk og berøringer som ble sett på som totalt respektløse i deres øyne. Hvordan man viser høflighet og respekt for andre mennesker er kulturavhengig (8). Dette er like viktig å huske på i en norsk sykepleiehverdag i møte med pasienter og pårørende med en annen kulturell bakgrunn. I tillegg til måten vi hilser på, gir mange innvandrere også uttrykk for hvor forvirrende det er med den flate arbeidsstrukturen i Norge og det at man verken med klesdrakt, tiltaleform eller titler skiller mellom ulik rang (7).

Kommunikasjon

Kunnskap om kommunikasjon er et annet eksempel på kulturell kompetanse. Pasientene jeg møtte i Sør-Afrika snakket som regel ikke engelsk, og jeg trengte derfor grunnleggende kunnskaper i det lokale språket se-Pedi. Jeg måtte vite at det uavhengig av pasientens tilstand var viktig å hilse på pasienten og eventuelle pårørende. Var pasienten et barn, var det viktig først å hilse på de voksne i rommet. Var disse eldre, burde jeg i tillegg til den typiske afrikanske trepunkts håndhilsningen også legge venstre arm på høyre albue for å vise ytterligere respekt. Jeg tiltalte alltid mine oversykepleiere med sister foran etternavnet med mindre de sa jeg kunne kalle dem ved fornavn. Jeg aner ikke hvor ofte jeg på mitt nordiske vis har brast inn i en samtale for å komme til saken, for deretter å forstå at dit kommer jeg ikke med mindre jeg tar den innledende samtalen. Dette kan virke utrolig frustrerende fordi man føler man kaster bort

Hovedbudskap

Pasienter med en annen kulturell bakgrunn er en økende pasientgruppe som har andre behov for kulturelt tilpasset omsorg enn den etniske majoritetsbefolkningen i Norge. Artikkelforfatteren fokuserer på det hun mener er sykepleierens glemte kulturelle kompetanse, en kompetanse som er helt sentral i sykepleiens etiske grunnlag og krav til helhetlig omsorg.

Søkeord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.
› Etikk › Kultur › Utdanning › Sykepleie

DOI-nummer:
10.4220/Sykepleiens.2012.0028

Å HA SYKEPLEIEPRAKSIS I ANDRE LAND kan by på etiske utfordringer. For Søster Sejeng på Buffelshoek Clinic i Limpopo Provinsen i Sør-Afrika er effektivitet viktig. Foto: Christine Rødal

tiden, men både egne erfaringer og litteratur (9) viser at det innledende møtet og hilsningen må gå sin gang for at det du ønsker skal skje. Eksempelet nedenfor er hentet fra en akuttsituasjon på klinikken der en bevisstløs, dehydrert og hivpositiv jente på seks år skal hentes av ambulansepersonell.

Utdrag fra logg fredag (uke 2): «Den lille jenta gikk inn og ut av bevissthet og endelig kom ambulansen. 45 minutter etter at jeg ringte (sykehuset ligger kun 20 minutters kjøring unna). Det første den ene sjåføren måtte gjøre da han kom var å bytte batterier på saturasjonsmåleren. Jeg ville gi rapport så fort som mulig for å få jenta på sykehus, men ble avbrutt med ambulansearbeidernes spørsmål om hvem jeg var, hvor jeg var fra og hva i all verden jeg gjorde her. Videre tullet og tøyset de om Valentines Day med de andre sykepleierne og hvor mye øl de skulle drikke da. Alt dette mens den stakkars moren satt der og så på det syke barnet sitt.»

Hverdagskunnskap

I tillegg til kunnskap om respekt og kommunikasjon er det en styrke å ha hverdagskunnskap om den kulturen du arbeider i eller med (8). Før jeg begynte min praksis på klinikken hadde jeg tidligere jobbet seks måneder som lærer i området, samt at jeg har hatt jevnlig kontakt med og vært tilbake på besøk i landsbyen flere ganger. Under fordypningspraksisen bodde jeg hos vertsfamilien jeg har kjent gjennom 11 år. Jeg har vært med på hverdagslige aktiviteter som å hente vann og ved, vaske klær, lage mat og jobbe på åkeren. Jeg har kjent på kroppen hvor slitsom en vanlig dag på landsbygda kan være, og jeg vet hva kostholdet deres består av. På bakgrunn av dette kunne jeg blant annet tilpasse helseundervisningen på klinikken, om fysisk aktivitet og kosthold, individuelt til de pasientene jeg hadde foran meg hver morgen. Denne hverdagskulturkunnskapen mener også Leininger (5) vil skape grunnlag for å gi best mulig kulturelt tilpasset omsorg. Kunnskap om kostholdet og hverdagslivet til pasienter med en annen kulturell bakgrunn er like viktig i det norske helsevesenet.

Selverkjennelse

I møtet med mennesker fra ulike kulturer og i møtet med min egen utilstrekkelighet har jeg følt behovet for mer kunnskap om «den andre kulturen» og å bli bevisst mine egne (kulturelle) verdier og holdninger (2). Noe av det viktigste ved forskning og læring er evnen til selverkjennelse, ydmykhet, undring og kritisk tenkning (10). I sykepleien vil vi stadig møte vanskelige oppgaver som kan være en kilde til personlig utvikling. For å kunne møte mennesker i en vanskelig situasjon må vi bli bevisst vår egen rolle i slike møter (11).

I løpet av en vanlig dag på klinikken kunne jeg gjennomgå et enormt følelsesspekter fra gleden over et nytt liv, allsang og bønn hver morgen, en ny hivpositiv test for en ung jente eller tragiske ubehandlete kreftsår hos utstøtte

eldre. I tillegg til frustrasjonen over begrenset ressurstilgang, selv når det gjaldt å gjennomføre grunnleggende håndhygiene og infeksjonsspredningstiltak, førte dette til at mine daglige logger ble viktigere enn noensinne. I tillegg ble loggene en viktig kilde til selverkjennelse, kritisk tenkning og refleksjon. Etter seks uker hadde jeg skrevet 30 tettskrevne A4-sider.

Torsdag (uke 3): «Det var flere underernærte kvinner som svaiet rundt med veldig lavt blodtrykk på klinikkområdet. Jeg prøvde å holde oversikten, men det var vanskelig når jeg samtidig hadde flere pasienter på det ene akuttrommet. Hvem trengte å ligge på benken? Hvor skulle jeg ta det illeluktende sårstellet av en ubehandlet brystkreftpasient? Hva med kvinnen som ligger alene på fødestua? Hvor skulle pasienten som fikk væske i venekateter sitte? Hva med taushetsplikt og integritet og alle de andre fine ordene? Akkurat da kom det i annen rekke. Dessuten kan jeg ikke lage kaos og rokere rundt på alle kontorer og rom. Det går utenfor både min rolle og mitt ansvar. Hva er egentlig mitt ansvar? Som sykepleierstudent har jeg mange etiske retningslinjer å forholde meg til, men det er virkelig ikke alltid mulig under de rådende forhold.»

«Mener vi som sykepleiere at det er den «norske» formen for høflighet vi skal møte pasienten med?»

Gjennom loggen stiller jeg flere spørsmål ved min egen rolle og handlinger. Jeg gjorde ikke nødvendigvis de beste prioriteringene når jeg tenker tilbake, men jeg ser at refleksjonen og selverkjennelse førte til at jeg ble mer bevisst mine egne verdier, holdninger og kunnskapsmangel. Bare slik kunne jeg utvikle min kompetanse.

Utdanningen

Et forskningsprosjekt ved en sykepleiehøyskole i Sverige (4) presenterer et utvalg sykepleiestudenters erfaringer fra fem ukers praksis i en fremmed kultur. Resultatene viser at studentenes egen kultur var en viktig referanse for dem og at praksis ga en dypere innsikt i andre mennesker selv om den var krevende. Konklusjonen var at praksis i andre kulturer er en metode som styrker sykepleierstudentenes kulturelle sensitivitet og kompetanse. Funnene i et finsk forskningsprosjekt (8) understreker også at en solid kunnskapsplattform om både kultur, språk, mennesker samt evnen til selvrefleksjon er avgjørende verktøy for å skape tillitsrelasjoner i en annen kultur. Teoretikeren Leininger stilte allerede på 1950-tallet spørsmål ved mangelen på vektlegging av kulturell kunnskap i sykepleierutdannelsen (5,6). Nesten 60 år senere stiller man fortsatt det samme spørsmålet (4,12,13).

Etisk grunnlag

«Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert» (1). Noen nordmenn mener at innvandrere til Norge må tilpasse seg «vår» kultur. Ifølge yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere skal vi behandle alle mennesker med respekt og verdighet. Mener vi som sykepleiere at det er den «norske» formen for høflighet vi skal møte pasienten med? Yrkesetiske retningslinjer er internasjonale og fordrer at vi møter alle pasienter med respekt og verdighet.

I Sør-Afrika opplevde jeg mer enn tidligere dilemmaer i forhold til yrkesetiske retningslinjer. Skulle jeg overvåke og være til stede for den fødende kvinnen på fødestua i den ene enden av klinikken, eller skulle jeg gå fram og tilbake og prioritere pasienter for behandling, som jeg også hadde ansvar for denne dagen? Jeg valgte ofte en kombinasjon, og jeg måtte skjerpe mitt utrenede kliniske blikk i ekstrem grad. På grunn av min rolle som student kunne jeg ikke alltid stille spørsmål der jeg opplevde at mine overordnede sykepleiers atferd og holdninger stred imot min tolkning av yrkesetiske retningslinjer. Situasjonen fra undersøkelsen av to gravide, unge jenter nedenfor er et hederlig unntak.

Fredag (uke 4): «Da vi skulle ta den obligatoriske hivtesten av kvinnene sa jeg at jeg tok med meg den ene pasienten til et annet rom. Sister S. lurte på hva i all verden jeg skulle, og jeg sa at det var for kvinnens «confidentiality». «Why?! We must work together and be efficient!!» Jeg gjorde det nå likevel. Det er ikke alltid jeg gjør som jeg får beskjed om.»

Etiske dilemmaer

I en moderne norsk sykehushverdag opplever jeg som sykepleier daglige kulturrelaterte dilemmaer. Det kan være situasjoner der pårørende til pasienter med en annen kulturell bakgrunn kommer på besøk i grupper på 10–15 personer. Hvis pasienten bor på dobbeltrom vil dette skape uro for den andre pasienten. Om pårørende oppholder seg i fellesarealer vil det påvirke resten av pasientene på avdelingen. Mange opplever dette som en utfordring og det kan skape misnøye både blant andre pasienter og personalet. Jeg ser at å innføre strenge visittider kan være vanskelig og ramme dem som kommer i fåtall og er til støtte for pasienten. På den annen siden vil pasienter med en annen kulturell bakgrunn føle seg utrygge uten familien sin rundt seg. I mange land er det pårørende som har ansvar for stell og pleie av pasienten (4). Ved å se på denne situasjonen med et etnosentrisk synspunkt (14) vil jeg kun vurdere den ut fra min egen kultur, som tilsier at vi nå er i Norge og må følge normer og regler for atferd her. Det motsatte av etnosentrisme er et kulturrelativistisk synspunkt. Da er alle kulturer relative og kan bare forstås ut fra seg selv. Ved å bruke den synsvinkelen kunne jeg ha forsvart pårørende med; «Slik er deres kultur, og da må jeg respektere det». Det beste er å finne et synspunkt midt imellom de to begrepene (14). Vi skal heller ikke være dumsnille (2). Jeg ser, hører og forstår de ulike behovene og synes det er vanskelig å formidle til pårørende at de «tar for mye plass». Under arbeidet med denne artikkelen parallelt med arbeidspraksis har jeg blitt tvunget til å reflektere over teorien versus mine egne erfaringer. Det finnes ingen enkle løsninger. For å utvikle sin egen kulturelle kompetanse opplever jeg at det enkleste verktøyet for å nærme seg den andre er å være åpen om sin uvitenhet og å stille spørsmål. Vi skal ikke godta alt, men kunne begrunne våre valg både faglig og etisk. Denne vurderingen innebærer også en kulturell dimensjon.

Veien videre

Vi trenger mer undervisning i kulturell kompetanse og kulturelt tilpasset omsorg i sykepleierutdanningen. Dette er nødvendig som en forberedelse både til sykepleieryrket og eventuell praksis i utlandet. Underveis i studiet tilbyr de fleste sykepleierutdanninger et semester eller en praksisperiode i utlandet. Min erfaring er at studentene i liten grad er forberedt på de kulturelle utfordringene de vil møte. Det finnes allerede mye litteratur om verdien av kulturell kompetanse (2,3,4,5,6,7,8,9, 12,13, 14), også på tvers av fagområder som sykepleie, sosialantropologi og sosiologi. Det som gjenstår er å skape debatt og forståelse for at kulturkunnskap i sykepleien er et forsømt område, slik at den kulturelle kompetansen blant sykepleiere kan øke.

Konklusjon

Det var min kunnskap og tidligere erfaringer i møte med andre kulturer som var hovedgrunnen til at praksisen i Sør-Afrika ble så flott og lærerik. Jeg slapp den utfordringen det er å bli kjent med nye hilsemåter, uvant mat, et fremmed språk, nye lyder og lukter, utrygghet og hjemlengsel. Derfor kunne jeg fullt og helt fokusere på å utvikle min sykepleiefaglige kompetanse. Samtidig kunne jeg møte mine pasienter med bena trygt plantet i sykepleiens yrkesetiske grunnlag. Bevisstgjøring via loggføring og refleksjon har gjort meg i stand til å ta med meg denne kompetansen hjem.

Som sykepleiere møter vi hver dag nye etiske utfordringer. I møte med pasienter med annen kulturell bakgrunn enn oss selv kan kulturdimensjonen gjøre avstanden til pasienten enda større. Det er viktig med solid kunnskap om kultur, men i tillegg må sykepleier ha evnen til å bruke denne kunnskapen; kulturell kompetanse. Slik kompetanse krever selverkjennelse og refleksjon. På denne måten kan sykepleier bli i stand til å gi den kulturelt tilpassete omsorgen pasienter med en annen kulturell bakgrunn trenger. Egne erfaringer fra fordypningspraksis i Sør-Afrika understøttes av forskning og litteratur på området, men jeg ser at det ikke finnes entydige svar og enkle løsninger i praksis.

I denne artikkelen peker jeg på to årsaker til det jeg mener er et glemt sykepleiefaglig område. Det ene er mangel på undervisning om kulturell kompetanse i sykepleierutdanningen. Det andre er behovet for økt kulturell kompetanse blant sykepleiere. Mennesker med en annen kulturell bakgrunn er en voksende pasientgruppe som fortjener like mye oppmerksomhet i sykepleien som enhver annen pasientgruppe vi møter. ||||

LITTERATUR

1. Norsk Sykepleierforbund. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere – ICN`s etiske regler. Oslo: Norsk Sykepleierforbund, 2007.
2. Magelssen R. Kultursensitivitet – om å finne likheter i forskjellen. Oslo: Akribe, 2008.
3. Hanssen I. Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2005.
4. Sandin I, Grahn K. Forvåningar, overraskningar och kulturkrockar – sjukskoterskestudenters erfarenheter av faltstudier. Vård i Norden 2/2004; 2: 36–38.
5. Leininger M, McFarland MR. Culture Care Diversity and Universality – a worldwide nursing theory. Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers, 2004.
6. Leininger M, McFarland MR. Transcultural nursing – concepts, theories, research and practice. McGraw-Hill Medical Publishing Division, 2002.
7. Aambø R. Typisk norsk å være uhøflig? Innvandrere har ordet. Oslo: Kulturbro Forlag AS, 2005.
8. Tervo H, Nikkonen M, Muller-Wille L. At the interface between two cultures – an analysis of the preparation for fieldwork and data collection in ethnographic research. Vård i Norden 2005; 3: 24–28.
9. Dahl Ø. Møter mellom mennesker – Interkulturell kommunikasjon. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, 2001.
10. Garsjø O. Sosiologisk tenkemåte. En introduksjon for helse- sosialarbeidere. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2001.
11. Kalfoss M. Å kjenne seg selv. Omsorg – Norsk Tidsskrift for Palliativ medisin 2001; 3: 42–46.
12. Seland KG. Studiepraksis i en fremmed kultur. Sykepleien 2003; 10: 40–42.
13. Bryde IC, Viken B. Sykepleie og kulturell trygghet. Sykepleien 2004; 07: 40–43.
14. Eriksen TH, Sajjad TA. Kulturforskjeller i praksis. Perspektiver på det flerkulturelle Norge. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2011.

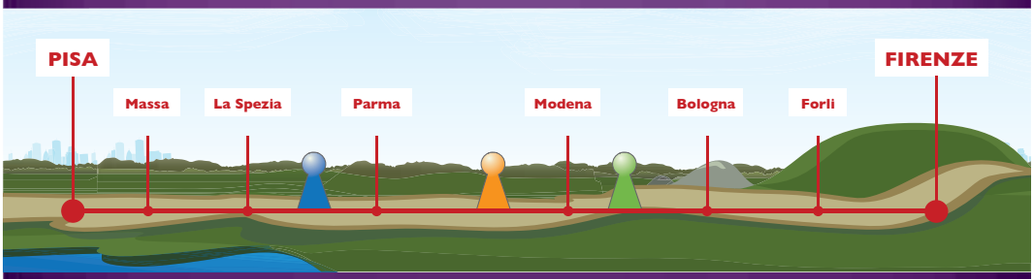
Vårens store Aktivitetskonkurranse!

Pisa til Firenze på 60 dager!

26. april — 25. juni

Ansatte fra helsesektoren i Norge inviteres med på en morsom og engasjerende aktivitetskonkurranse som passer for alle, uansett fysisk form! Nå Firenze på 60 dager — bli med i trekningen av delmålspremier og reisegavekort. **Få med deg dine medarbeidere, konkurrer mot andre fra den norske helsesektoren!**

Pris kun 299 kr per deltaker inkl. skritteller. Prisen er eks. mva. Meld dere på her: **www.dytt.no/var**, eller tlf: **22 33 59 00**. **Påmelding innen 23. april.**



SKAP SAMHOLD OG AKTIVITET PÅ ARBEIDSPLASSEN!

Ibuprofen fremfor paracetamol

Feberen faller raskere hos barn hvis de får ibuprofen enn hvis de får paracetamol.

Begge preparater brukes til å senke temperatur og lindre smerter hos barn når diagnose er stilt og antibiotikabehandling iverksatt eller ikke er relevant. Men i det danske legetidsskriftet Ugeskrift for læger, anbefales ibuprofen fremfor paracetemol til barn med feberrelatert ubehag.

En kombinert behandling gir en mer konstant febernedsettelse, men det anbefales ikke uten å konsultere lege først.

Foto: Colourbox

Fuglekvitter reduserer angst

Etter åtte timer med fuglekvitter, fossefall og rollespill, ble den sosiale angsten halvert. Det viser et forsøk fra NTNU.

Professor i psykologi, Patrick A. Vogel, som ledet forsøket, sier til forskning.no at han er overrasket over resultatene.

I forsøket fikk pasientene en cd med naturlige lyder som fuglekvitter. Den skulle de høre på i en time fire ganger. Så ble de behandlet med fire timers rollespill. De dramatiserte den situasjonen de fryktet mest.

Vogel forteller at målet var pasientene skulle konsentrere seg om noe annet enn seg selv. Behandlingen virket best på dem som hadde hatt sosial angst i kort tid.

Han mener forsøket viser at tidlig og enkel hjelp kan være veldig effektivt.

Kilde: Forskning.no

Gener kan gi prematur fødsel

Forandringer i genene kan være årsak til at noen gravide føder for tidlig. Det viser en delstudie i den norske Mor- og barnundersøkelsen.

Studien omfattet 54 000 fødsler. I 203 fødsler som spontant startet for tidlig og 215 fødsler som startet til termin, ble det gjort genundersøkelser av mor, far og barn. Det viste seg at genmutasjoner hos barnet kan gi økt risiko for fødsel til termin.

Kilde: Folkehelsa

“Det viser seg at kroppens evne til å reparere seg selv går fortere ved å bruke Daniel’s Muskler og Ledd gel...”

Prøv du også! Du betaler kun hvis du blir fornøyd!

Frank og Irene Grude, Kunnskapsformidling i Grimstad. www.kunnskapsformidling.no
Telefon: 46 80 53 77

Bestill varm og mild M&L gel for raskere bedring og få 2 små på kjøpet!

Garantert virkning eller pengene tilbake!

Vi har over lengre tid anbefalt våre klienter Daniel’s Muskler og Ledd gel i tillegg til behandling, for reumatiske plager, og ømme muskler og ledd.

Det viser seg at kroppens evne til å reparere seg selv går fortere ved å bruke Daniel’s Muskler & Ledd gel. Alle våre tilbakemeldinger har til nå vært særdeles gode. Flere opplever at Daniel’s varmende Muskler & ledd gel virker i opptil tre dager etter at den er påsmurt.

Klinikken Kunnskapsformidling behandler bl.a vonde rygger og ben, stive nakker, vonde skuldre og armer m.m, og formidler mye av den kunnskapen vi har til klientene. Noen har sågar ikke trengt behandling, de trengte bare å vite hva de kunne gjøre selv.

Muskler & Ledd gel

- Behandler hevelse
- Hjelper mot lettere kramper
- Forkorter skadetiden
- Forsinker aldringsprosessen
- Godt for ømme muskler og ledd
- Renser blodårer
- Forbedrer blodsirkulasjonen
- Lindrer ved åreknuter
- Lindrer ved kløe
- Enkel i bruk

55,- pr stk. 30 ml

275,- pr stk. 250 ml

UNIVERSAL HELSEPRODUKTER AS

For mer informasjon og bestilling
ring på tlf: 22 69 24 12
Epost: uni-helse@c2i.net
www.universalhelseprodukter.no

Kombinasjonen av varm og mild M & L gel gir raskere og bedre effekt.

Garantert virkning eller pengene tilbake!

Lukten av bøker

«LILLELORD» AV JOHAN BORGEN hadde en særdeles god lukt.

Det er vanskelig å beskrive lukten fra bøker. Vanskeligere å beskrive aromaen fra en bok enn fra en vin. Der vinkjenneren bruker ord som treverk, krydder og blomster, har bokkjenneren et mer begrenset utvalg.

«Lillelord» luktet nok mest av lim, syre og trykksverte. Arbeiderklassens lukter. Om lukten skulle knyttes til innholdet, burde det nok være lukten fra borgerlig overklasse på Oslo vest.

Når jeg anmelder bøker, lukter jeg meg sjelden fram til bokens kvaliteter. En god lukt er imidlertid ikke å forakte.

Da mine barn var små fikk vi en barnebok fra USA. På den var det skrapebilder. Å skrape på bildene framkalte lukter. Der det var bilde av en ost, kunne vi skrape fram lukten av en cheddarost. Boken pirret både luktesans og leselyst.

Det er noe annet med e-bøker. «Lillelord» ligger nå ute som gratis e-bok. Den har ingen lukt. På internett lukter alle bøker likt. Her mister boken sin individualitet og dermed sitt særpreg. Teksten står igjen alene. Det er ikke noe å holde i som er «min bok». Alt som ikke er tekst eller bilde er borte. Bokens individuelle historie er fraværende; de brettete sidene, de forbannete eselørene som min fetter laget da han lånte boken. Syltetøymerkene fra sommeren 1979 og merkene etter sølt vin – rød – husker ikke navnet – da et glass veltet. Irriterende, men samtidig minner.

Luktesansen min er ikke så god lenger. Jeg snuser heller ikke lenger mellom bøkenes sider, men jeg kjenner lukten av en god bok når den er der.

– Etikk er mer enn

Per Nortvedt har lenge hatt lyst. Nå serverer han to hundre sider etikk.

Tekst **Marit Fonn** Foto **Stig Weston**

I 20 år har Per Nortvedt undervist om sykepleieetikk. Som anestesisykepleier har han pleiet kritisk syke pasienter. Miksen av erfaringer har blitt til boken Omtanke.

Forfatteren er professor og leder ved Senter for medisinsk etikk på Universitetet i Oslo.

– Trengs det enda en bok om etikk?

– For meg har ikke det vært så viktig. Men jeg har lenge hatt lyst til å skrive den.

– En personlig bok?

– Den har selvopplevde eksempler. Og jeg synes studenten skal ha en god lærebok som gir innblikk i faget, samfunnet og helsetjenesten.

– Hvorfor ble du så opptatt av etikk?

– Jeg tror ikke man kan la være hvis man skal være helsearbeider.

Sykepleie er moralsk og etisk virksomhet, skriver han i boken, der han beveger seg i fortid og nåtid, mellom det abstrakte og konkrete. Han bruker ord som sinnelag og berørthet. Nennsom hånd og andreorientert.

Ordet klinisk er gammelgresk, og betyr ved sengen. Eksemplene fra sengekanten er mange.

– Har du ett som rører deg ekstra?

– Ja, ja. Det om Tor Halvor.

Nortvedt traff Tor Halvor på nevrokirurgen på 1980-tallet. Som ung gutt ble han lam fra halsen og ned etter en fallskjermulykke. I 18 år var han lenket til seng og rullestol. Nortvedt traff ham også to uker før han døde.

– Jeg spurte hva som hadde vært verst alle disse årene. Jeg trodde han ville si at det var funksjonssvikten. Men det var ikke det. Det var smertene. Han hadde ikke en dag, knapt en time, uten smerter. Men vi visste ikke at det var så ille når vi pleiet ham. Det var ingen som spurte. Det gjør det enda verre. Dette illustrerer hvor viktig det er å lytte til pasientens egen historie.

– Hvordan er den etiske standarden blant sykepleiere?

– I hovedsak bra. Om den er bedre enn for 40–50 år siden, er jeg usikker på. Refleksjonsnivået er kanskje høyere. De kan nok mer om prinsipper, rettigheter og selvbestemmelse.

Dårlige holdninger, mangel på empati og informasjon er fortsatt et stort problem.

– Ikke bare blant leger, men også blant sykepleiere. Det er et tankekors.

Nortvedt påpeker at når pasienter og pårørende blir behandlet dårlig, tør ofte ikke sykepleierne å si fra.

– Det gjelder også studenter. De kan se pasienter bli trakassert, likevel sier de ikke fra. Autoritetsskrekk og lydighet er fortsatt utbredt.

En kjepphest handler om informasjonsrutiner:

– Hvorfor blir noen fortsatt informert om sin kreftprognose via brev, og ikke hos legen? Vi vet også at leger kan fortelle til pasienten at «her er det alvorlig kreft, ikke mer å gjøre». Pasienten går fra legen i sjokk. Det er barnelærdom blant sykepleiere at etter slik informasjon så kommer spørsmålene. Da er sykepleieren ofte der – men ikke alltid. Systemene for å fange opp pasienters reaksjoner mangler. Jeg hører mye sånt når jeg er rundt omkring.

– I forrige utgave av Sykepleien fortalte din tvillingbror Finn om den gode sykepleien han fikk som kritisk syk. Selv klagde du på sykepleierne etter et prostatainngrep?

– Jeg reagerte på at den grunnleggende sykepleien ikke var god nok.

Sykepleierne spurte ikke «hvordan har du det?» etter operasjonen. Han fikk smertestillende først når det egentlig var for sent. Og informasjonen ved utreise var mangelfull.

– Er det blitt vanskeligere å utøve etisk sykepleie?

– Jeg kan ikke si det. Men ett problem er det enorme tidspresset. Nedskjæringer fører til mindre tid til kommunikasjon. Det viser forskning om prioriteringers virkning på etikken.

«Lydighet er fortsatt utbredt.»

– Du skriver om moralsk sensitivitet. Født sånn eller blitt sånn?

– Her er det ikke enten eller. Dette er en evne som vokser fram i løpet av livet. Blir du møtt med omsorg, har du bedre grunnlag for å utvikle sensitivitet. Samtidig er det en genetisk komponent i evnen til empati.

– Er det noen som mer enn andre burde lese boken?

– Jeg tar jo for meg sykepleiere som deltar i folkemord. Sykepleiere har med den beste samvittighet tatt livet av barn og psykisk utviklingshemmete. Trøstet dem på fanget før de har blitt henrettet. Deltakelse i umoralske handlinger er en viktig del av historien.

synsing

Per Nortvedt

Aktuell med: Omtanke. En innføring i sykepleiens etikk

Den typiske leser blir å finne i både grunn- og videreutdanningen, tror han. Men også erfarne sykepleiere og annet helsepersonell bør lese om etikk.

– Men boken har noen mangler.

– *Oj?*

– Psykisk helsevern er så komplekst at det krever en egen bok. Forskningsetikk er et stort felt som er godt behandlet i andre lærebøker.

– *Hva er den største trusselen mot at sykepleiere kan oppføre seg?*

– Det er lett å si nedskjæringer, men jeg vil ikke si det. Sykepleieetikk dreier seg ikke bare om holdninger og empati. Det er ikke bare et synsefag. Sykepleiere må også sette seg inn i etikkfagets diskusjoner og forskning. Om palliasjon og livsavslutning. Om prioritering.

Etikken har mange navn. Som pliktetikk. Eller konsekvensetikk. Nortvedt har mest sans for omsorgsetikk. Eller nærhetsetikk.

– Men jeg synes alle etiske perspektiver har noe å si. Teori er viktig for å forstå de etiske prinsippene og verdiene.

– *Har du hatt et vendepunkt i yrkeslivet?*

– Hmm. Egentlig da jeg begynte på hovedfag i sykepleievitenskap. Da så jeg betydningen av forskning. Vi pleiet pasienter med livstruende skader. Men vi leste ikke sykepleielitteratur om hvordan vi skulle utføre pleien. Det er et etisk anliggende å holde seg oppdatert faglig.

Han legger til:

– For pasienter og pårørende er ofte de små ting viktigere enn vi tenker over.

Medregning versjon 1.0.0

Av Lars André Olsen
Cappelen Damm Akademisk
Anmelder: Sturle J Monstad, sykepleier, M.Phil. Health Promotion

Enda en nyttig app

ANMELDELSE: Flere og flere bruker apper på mobil og nettbrett. Disse små dataprogrammene er både til glede og nytte. En nytteverdi er å oppøve kunnskap og ferdigheter i medikamentregning.

Appen «Medregning» er basert på Lars André Olsens bok Praktisk medikamentregning og tilbyr både forklaringer, formelsamlinger og ikke minst øvelser i utregninger av rett legemiddelmengde. Resultater av oppgavene kan deles på Facebook. For noen kan jo dette være en liten ekstra motivasjon.

I historikkdelen vises utviklingen i de ulike regneområder med et godt overblikk over tema som mestres og hvilke områder som trenger mer øvelse. Det finnes også en god formeloversikt og en kort innføring i bruk av trekantmetoden for medikamentregning.

Appen henviser til ulike kapitler i boken, men den kan fint brukes uavhengig av boken. Appen er lett å bruke.

Gyldendal Akademisk tilbyr også en slik app (anmeldt i Sykepleien 8 /2011). «Legemiddelregning» har mange av de samme funksjonene, men det er noen ulikheter mellom de to.

Begge har kalkulatorfunksjon, slik at en kan gjøre mellomregningen. Jeg likte bedre oppsettet på Legemiddelregning-appen. Mens Medregning har prøveemner med 20 spørsmål som må besvares før en får vite hva som er rett, har Legemiddelregning virkelige eksamensoppgaver som er estimert å ta tre timer å gjennomgå.

Begge gir statistikk over hvor mye en har gjort og antall rette, men jeg foretrekker Medregning sin oversikt.

På begge savner jeg mer utnyttelse av teknologien i smarttelefon/nettbrett. Apple sin iBooksatsning har som visjon at iPaden skal erstatte undervisningsbøker. Boken blir en app med tekst, video, animasjoner og notatfunksjoner. Medikamentregning er et emne der boken med fordel kan være integrert i en nettbrett-app.

For dem som skal pugge til eksamen, tror jeg begge appene vil gjøre nytten. Jeg vil anbefale Medregning til de som har den tilhørende boken og til sykepleiere som ønsker å friske opp kunnskapen uten at en har en bok for hånden. Medregning har mer forklarende tekst og mer oppdelte emner i prøvedelen. Legemiddelregninger skaper en eksamensmodus med tre tilgjengelige timer for å fullføre, og noen vil kanskje foretrekke dette.

Bruker du Android er den ditt eneste valg, mens begge finnes for iPhone/iPad. De som liker treningsformatet i en app vil kanskje kjøpe begge.

Far vel – å pleie døende og stelle døde

Av Eivind Berthelsen
185 sider
Høyskoleforlaget, 2011
ISBN 9788276349504
Anmeldter: Liv Wergeland Sørbye

Nye perspektiver på stell av døde

ANMELDELSE: Eivind Berthelsen er teolog og har i flere år arbeidet som sykehusprest. Under datasamlingen til sitt doktorgradsarbeid skulle han være forsker og ikke prest. Han observerte og intervjuet pleiere ved to avdelinger på Hammerfest sykehus om deres erfaringer med stell av døde. De fortalte om hvordan de skjønte at en pasient var døende: Da satte de ned tempoet når de stelte, pasienten sov mer, pårørende begynte å ta med seg pasientens eiendeler fra sykehuset. For pleierne var det lettere å møte familien til pasienter som døde gamle og «mett av dag». Når det var yngre pasienter var det vanskelig å godta døden.

I bearbeiding av dataene har Berthelsen fortolket pleiernes fortellinger og ulike handlinger. Hermeneutisk fenomenologi er ofte benyttet i kvalitative studier. Her blir teologiske begreper en naturlig del av det teoretiske rammeverk. Det er kanskje nettopp i møte med døden at pleierne ubevisst praktiserer begrepene som livets hellighet, respekt, verdighet og åndelighet.

En verdig død blir forbundet med at den døende skal ha sitt eget rom. Det skal være høytid i rommet. Pleierne snakker dempet, går varsom ut og inn av døra. Pårørende får støtte og hjelp. Når døden er inntrådt blir vinduet åpnet. «Det er liksom å slippe sjelen fri». Den avdøde blir stelt med ærbødighet. Her gjelder det ikke å skynde seg, en får ta den tiden det trenger, faste ritualer skal følges.

Pleierne forteller hvordan rommet blir ryddet, hvordan sykerommet gradvis endrer karakter. Forfatteren mener at et tent stearinlys, nattbord med hvit duk og et morslaken med en lilla pyntebord ikke bare er symboler i seg selv. Det som gir opplevelsen av at rommet endres er pleierne som erfarer disse og anvender dem som hellige.

Å gjennomføre en siste helsetjeneste til et menneske må skje i verdige former. Når stellet er gjennomført påser pleieren at hendene ligger slik de skal over teppet og stryker forsiktig den avdøde på kinnet. Hun går noen skritt vekk fra senga, bøyer hodet og ber en stille bønn.

Pleierne som har blir observert i denne studien må ha hatt gode rollemodeller. I møte med det uunngåelige bli den enkelte ydmyk ovenfor det store Skaperverket. Bokens tittel Far vel signaliserer et ønske fra pleierne om at den avdøde må få god bør på sin siste seilas. Boken er en påminnelse om at i omsorg for døende aktiveres noe av de beste verdiene sykepleieyrket innehar.

«Og jeg vil hevde at mens enkelte fremragende moderne forfattere kan være utviklende, så vil moderne litteratur som helhet virke nedbrytende.»

T. S. Eliot

Når spørsmålet er viktigere enn svaret

ANMELDELSE: Filosofen Richard David Precht har lenge toppet bestselgerlistene i Tyskland med denne boken. I likhet med norske Jostein Gaarder, som med Sofies Verden fikk unge til bli opptatt av filosofiens historie, har Precht blitt en filosof som blir lest av et bredt publikum. Han oppfordrer leseren til å reflektere over noen av de spørsmålene som gjennom historien har utfordret menneskene.

Boken er delt inn i tre deler: Hva kan jeg vite? Hva skal jeg gjøre? Og hva kan jeg håpe? Det handler altså om kunnskap, etikk og synet på framtiden, livet og døden.

Det er en filosofisk reise Precht tar oss med på. Hvert kapitel knyttes til en by. Denne originale måten å strukturere boken på starter på den greske øya Naxos. Det var her den unge Precht første gang fikk vekket interessen for filosofi. Som så mange andre unge undret han seg over livet og sammenhengene mennesket står i.

Richard David Precht ønsker å vekke leserens evne til å tenke og reflektere over de mange motsetningene og utfordringene vi møter i livet. Spørsmålene han reiser i kapitteloverskriftene har han hentet fra Immanuel Kant. Kant hadde også et annet spørsmål: Hva er et menneske? Det ligger implisitt i de tre første spørsmålene og behandles derfor ikke selvstendig.

Precht trekker inn både naturvitenskap og filosofi i boken. Han presenterer gode eksempler som han problematiserer ut fra sitt filosofiske ståsted. Han viser innledningsvis til at han har konvertert fra protestantisme til katolisisme. Dette kommer imidlertid sjelden fram i teksten. Analysene og diskusjonen er saklige og ikke minst aktuelle.

De kunnskapsteoretiske problemstillingene som presenteres i den første delen, bærer jeg med meg som et viktig bakteppe når jeg leser resten av boken. Precht trekker inn viktige erfaringer og resultater fra forskning. Det er ikke lenger filosofien, men naturvitenskapen og hjerneforskningen som forklarer fundamentet for vår erkjennelse og mulighetene til å skaffe oss kunnskap om oss selv og verden, mener han. Filosofien blir her først og fremst en rådgiver slik at forskningen kan forstå seg selv bedre både når det gjelder muligheter og begrensninger.

Alle bokens deler har fokus på etikk, men det er særlig i den andre delen at etiske dilemma konsentreres. Her er blant annet abort, genteknologi, reproduksjonsmedisin og dødshjelp tema som diskuteres godt og med gode eksempler. Jeg har også stor glede av å lese om den kunnskap vi i dag har om menneskets evne til å føle empati og altruisme på et biologisk grunnlag. Som dyreart er vi ikke så verst når alt kommer til alt. Det er håp i vår biologi.

Mange av de utfordringene menneskeheten står overfor, har i dag bakgrunn i de enorme framskrittene vitenskapen har gjort. Men hva som er rett og galt, er ikke gitt eller noe man kan forske seg fram til. Her er det vår evne til å reflektere og føle som kan peke ut hva som er verdig og uverdig i forhold til de verdier vi mener at samfunnet skal bygge på. Å stille de kritiske spørsmålene er en evne vi aldri må miste. Precht formulerer det så fint når han skriver at «Å lære uten å føle nytelse gjør en forgremmet, å nyte uten å lære gjør en sløv.»

Gjennom denne boken har den unge tyske filosofen gitt et viktig bidrag til å vekke til live en kritisk bevissthet om mange av de store utfordringene vi i dag står overfor. Det gjelder ikke minst i Tyskland, der både historie og nåtid bærer i seg elementer som vi håper vi slipper å se mer av. For å motarbeide politisk ekstremisme både fra høyre og venstre, og å løse den systemkrisen som Europa og verden står overfor, trengs det kunnskap ut over den reine naturvitenskap. En slik kunnskap mener jeg Precht gjennom den suksessen boken har hatt, har bidratt til.

Jeg håper boken blir lest og diskutert av mange. Dilemma og eksemplene som tas opp er aktuelle for sykepleiere. Boken er godt skrevet. Den krever ingen kunnskap om filosofi og bærer i seg en sterk appell til leseren om selv å svare på spørsmålene den reiser. Den bærer i seg en etisk appell til vår tid. En slik type bok blir jeg sjelden grepet av, men dette var en rein «pageturner» – altså en bok det var vanskelig å legge fra seg.

Hvem er jeg – og i så fall hvor mange?
En filosofisk reise

Av Richard David Precht
326 sider
Cappelen Damm, 2011
ISBN: 978-82-02-33716-2
Anmelder: Karl-Henrik Nygaard, rådgiver

Hva leser du nå?

Liker ikke å bli redd

– Akkurat nå leser jeg ikke bøker, men en stortingsmelding, sier **Anna Mohn Sneve**, leder i NSF Student.

– Det høres kanskje kjedelig ut, men er det ikke. Den handler om velferdsutdanningenes framtid.

Hun går med stortingsmeldingen i vesken og tar den med på sengekanten.

– Det blir en setning her og en setning der. Når hun har tid til bøker, er Sneve fryktelig glad i Liza Marklund. Hun skriver om krimjournalisten Annika Bengtsson, som ofte havner midt i mysteriene.

Best liker hun bøkene «Sprengeren» og «Prime time».

Men hun har egentlig aldri likt krim.

– Jeg liker ikke å bli redd. Jeg trenger ikke ligge og grøsse når jeg skal sove. Men mamma sa dette var god krim man ikke ble redd av. Det stemmer.

Sneve, som er fra Narvik, bor i Oslo det året hun er studentleder. Når hun er hos kjæresten i Trondheim låner hun bøkene han leser.

– Da handler det om Scott og Amundsen, forteller hun.

Hva kjæresten synes om låningen, vites ikke.

– Jeg smugleser bøkene, sier hun.

Tekst **Nina Hernæs** Foto **Marit Fonn**

Trude Løkhaug Jensen,
høyskolelektor, ved Høgskolen i Oslo og Akershus.

Filmkvelder reduserte symptomer på demens

Reminisensprosjekt med bevisst bruk av gamle filmer fremkalte positive minner, fellesskap og trivsel blant sykehjemsbeboere.

Reminisens eller tilbakeblikk, beskrives som en allmenn, normativ prosess som gjerne aktiveres spontant hos eldre, men som noen ganger må hjelpes frem innenfor en terapeutisk ramme (1). Alle mennesker kommuniserer ved hjelp av minner, det er en del av det å leve og viser at man har levd. Med utgangspunkt i dette, og med støtte fra ledelsen, spurte vi seks beboere i alderen 75–95 år, fire kvinner og to menn, om å delta i et fagprosjekt under prosjekt «frie midler» ved Undervisningssykehjemmet i Tromsø. Hovedfunn viste at små reminisensgrupper og en bevisst bruk av film fra «gamle dager» kan fremme kommunikasjon, skape en trygg og kjent atmosfære, og bidra til en følelse av egenverd, fellesskap og trivsel. I tillegg observerte vi at deltakernes symptomer på demens som vandring, aggresjon, engstelse og så videre, ble redusert under filmframvisningen, mens vitaliteten økte.

Hensikt og metode

Hensikten med fagprosjektet var å teste bruk av norske filmklassikere som et verktøy i reminisensarbeid. Studien hadde et ikke-randomisert utvalg. Seks beboere som vi anså ville ha glede av å delta i et slikt filmprosjekt, samt deres nærmeste pårørende, fikk utdelt et informasjonsskriv hvorpå de sammen skrev under på informert samtykke. Deltakerne hadde moderat til alvorlig grad av demens. Av hensyn til målgruppen valgte vi å gjennomføre en observasjonsstudie, med føring av feltnotater og logg. I analysen så vi etter ulike mønstre i teksten ved hjelp av flere grundige gjennomlesninger, samt at vi skrev ned og systematiserte nøkkelord og beskrivende utsagn. Vi søkte her etter mønstre og tema på tvers av personlige erfaringer (2,3,4).

Trygg ramme

Da målet var å fremme reminisens- og minnearbeid valgte vi åtte kjente klassikere med norsk tale, og filmstuen ble tidsriktig innredet. Vi gjennomførte en reminisensfilmkveld i uken, i åtte uker. Det første kvarteret serverte vi kaffe og kaker, og snakket litt om filmen, om tema og skuespillerne. Etter filmen satte vi av tid til en oppsummering, samt fulgte opp deltakernes initiativ til samtale. Den ene av de to prosjektansvarlige styrte aktiviteten, den andre observerte og noterte. Vi ønsket å skape en trygg ramme med vekt på respekt og likeverdighet, hvor prosjektansvarlige hadde som mål å hjelpe pasientene med å mestre framfor å utfordre kognitiv svikt. Deltakerne var premissleverandører for samtalen. Ingen ble presset til å snakke eller svare, og det var lov å snakke triste minner. Ingen ble korrigert hvis de sa eller gjorde noe «feil». Vi ville med dette unngå å påføre deltakerne ubehag, eller å utløse selvforsvarsmekanismer.

Resultater

Man kan ikke generalisere på bakgrunn av funn fra dette fagprosjektet, men i og med at funnene var svært like for de åtte deltakerne tror vi dette kan ha nytteverdi også for andre. Vi ønsker derfor å gi en oppsummering av prosjektet. Ved hjelp av datareduksjon kan man se mønstre som tyder på at bruk av film som tilrettelagt gruppeaktivitet kan redusere symptomer på demens, samt bidra til økt vitalitet. Å møtes i filmens verden og utveksle minner som dukket opp underveis, så ut til å gi deltakerne følelse av kontroll. Dette beskrives også i litteraturen hvor alderdom ofte knyttes til tap og savn, for eksempel tap av nære personer, hjemmet, roller, nytteverdi, autonomi, og selvbestemmelse (5). Opplevelsen av tap, av for eksempel autonomi og verdi, kan medføre fortvilelse og frykt og forvitring av integritet (6). Det ser ut til at eldre mennesker har behov for å nøste og formidle sine erindringer, og slik få bekreftet seg selv via sin egen fortid (7).

Latter og glede

Flere av de journalførte symptomene hos deltakerne før prosjektstart som rastløshet, uro, roping, tungsinn og så videre, ble helt eller

Hovedbudskap

Bevisst bruk av film kan bidra til å fremme kommunikasjon i små reminisensgrupper, samt i den daglige kommunikasjonen med eldre sykehjemsbeboere med demens, og slik bidra til å styrke identitet, integritet, fellesskap og trivsel.

Søkeord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.
› Demens › Alder › Sykehjem

DOI-nummer:
10.4220/Sykepleiens.2012.0026

FILM SOM MEDISIN? Filmer fra gamle dager, som «Fjolls til fjells» med Leif Juster medførte latter og glede hos beboere på sykehjem. Foto: Scanpix.

delvis redusert under filmframvisningene. Deltakerne fulgte oppmerksomt med, og det var mye latter, glede, diskret flørting, samt initiativ til samtale. De viste også økt mestring av sosiale ferdigheter. Deltakerne satte størst pris på familiefilmene fra gamle dager, som var svært gjenkjennbare, og uten sex og vold. De historiske dokumentarene vekket også stor interesse, og virket sterkt identitetsfremmende. Å hjelpe dem til å huske tilbake i tid så ut til å fremme konsentrasjon, engasjement, og en følelse av integritet. Fellesnevnere i oppvekstvilkår og livshistorie så ut til å gi en følelse av gruppetilhørighet, samt at de fikk anerkjennelse for levd liv. En av de prosjektansvarlige kunne mye lokalhistorie, samt at begge satte pris på de eldre og deres historie. Dette så ut til å skape et smittende engasjement begge veier. Latteren satt løst under humorfilmenes høydepunkter, og deltakerne kjente igjen skuespillerne og filmene. Til tross for dette virket det som om humorfilmene ble noe voldsomme og slitsomme, og etter en stund oppfattet som støy. Dette resulterte i at deltakerne ble mer opptatt av interiøret og hverandre. Vi anbefaler at disse filmene derfor vises i mindre bruddstykker, som en introduksjon til videre samtale.

Positiv respons

Perioden på avdelingen etter filmframvisningen er dårlig dokumentert. Hvor varig effekten av tiltaket var vet vi derfor ikke. Fire av deltakerne har på sin side i tilfeldige møter med de prosjektansvarlige lyst opp og gitt kommentarer på hvor hyggelig det er når vi er sammen: «Det var hyggelig forrige uke også … vi lo mye … det var en morsom film». En av mennene med alvorlig grad av demens fortalte på avdelingen samme kveld etter en humorfilm at han «Satte pris på å være sammen med andre som ser film og ler». Ektefellen var positiv overrasket over at han ville delta, samt at han klarte å «roe seg ned» i en sosial setting uten henne. To av deltakerne spurte også, seks måneder etter prosjektslutt, om når neste hyggestund skulle være. Det virker som det ikke er filmene i seg selv det siktes til, men en forventning om noe bra. En slik positiv grunnstemning gir sterke indikasjoner for betydningen av kultur og aktivitet uansett alder og helsetilstand. Til tross for at de ikke husker så mye av selve aktiviteten. En av kvinnene med alvorlig grad av demens utrykte en kveld hun ble hentet til prosjektet: «… vil svært gjerne bli med å se», «nydelig», «ingen har det så godt som meg … har det så godt her». Etter filmkveldene utrykte hun blant annet: «… setter sånn pris på deg … du satte en piff på kvelden … det er så koselig her at man ikke har lyst å gå hjem». Hagen håper at de som arbeider ved aldersinstitusjoner i dag forstår at det er en gave å bli fortalt om det som har vært. Samtidig som det er med på å balansere maktforholdet mellom personalet og pasienter (8).

Konklusjon

Funn fra prosjektet indikerer at kombinasjonen film og reminisensgruppe kan fremkalle positive minner, fremme fellesskap og trivsel, samt redusere deltakernes symptomer på demens under filmframvisningene. Aktiviteten gjorde det mulig for prosjektdeltakerne å møte de eldre med aksept, forståelse, interesse, imøtekommenhet, verdighet og respekt. I lys av dette erfarte vi aktiviteten som meningsfull, også med tanke på å opprettholde de eldres identitet og integritet. Vi anbefaler derfor visning av gamle filmer som en fast aktivitet som fremmer kommunikasjon med de eldre i den daglige omsorgen. ||||

LITTERATUR

1. Krüger RME. Det går an. Muligheter i miljøterapi. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse, 2007.
2. Yin RK. Case Study Research. Design and methods. 2.ed. USA: Sage publications, 1994.
3. Miles MB, Huberman B. Qualitative Data Analysis. 2. ed. USA: Sage Publications, 1994.
4. Patton MQ. Qualitative research & evaluation methods. 3 ed. USA: Sage publications, 2002.
5. Eitungjerde Å. Alderdom og livskvalitet. Miljøsjukepleie i teori og praksis. Gjøvik: Det Norske Samlaget, 1998.
6. Heap K. Samtalen i eldreomsorgen. Kommunikasjon, minner, kriser, sorg. Oslo: Kommuneforlaget AS, 1990.
7. Heap K. Snakk med meg! Å samtale med eldre. Oslo: Kommuneforlaget AS, 2000.
8. Hagen K. Minnegrupper – noen erfaringer. USP-rapport: Frie midler, nr. 1. Undervisningssykehjemmet i Tromsø, 2001.

Per Nortvedt,
professor ved seksjon for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo.

Skal kona ha beskjed om eksens besøk?

Hva er sykepleierollens oppgave og mandat?
Hvor personlig bør en sykepleier bli i møte med en pasient?

En mann er døende, men han er klar og orientert. Hans fraskilte kone ønsker en siste gang å besøke ham på sykehuset for å ta farvel. Nåværende ektefelle motsetter seg imidlertid at dette skal skje. Hun mener at hennes mann bare blir oppskaket og i følelsesmessig ubalanse av et slikt besøk.

Hva er riktig å gjøre i et slikt tilfelle? Hvordan forholder man seg som profesjonell sykepleier til konflikter som er resultat av sammensatte og kompliserte familiekonstellasjoner?

«Pasienten kan selv velge hvem som skal regnes som nærmeste pårørende.»

La meg belyse spørsmålene ved å benytte refleksjonsmodellen som landets kliniske etikkomiteer (KEK) bruker (dette gjelder også de refleksjonsgrupper som etter hvert er startet ved flere av landets sykehjem). I denne modellen identifiserer man etiske problem og fakta, berørte parter og verdier, samt relevant lovverk som grunnlag for valg av handlinger. Plasshensyn gjør det bare mulig med en kort illustrasjon av modellen her.

Fakta i saken

Fakta i denne saken er at pasienten kun har kort tid igjen å leve og et tidligere nært familiemedlem ønsker å besøke ham for siste gang. Når vi sier at en pasient er døende, så er pasienten i dødsprosessen og har kun kort forventet levetid, vanligvis 1–2 uker. Det betyr imidlertid ikke at pasienter ikke kan være våkne, klare og orienterte hel til det aller siste.

Berørte parter

Det viser seg at ønsket om besøk er viktig for pasienten selv. Et slikt besøk medfører ingen mulig helseskade verken for ham selv eller berørte parter, og med sannsynlighet heller ikke hans nåværende kone. Spørsmålet om «følelsesmessig ubalanse» blir heller ikke bekreftet av pasienten selv. Andre berørte parter (enn ektefeller og pasient) er pasientens barn som heller ikke motsetter seg et slikt besøk.

Verdier og lovverk

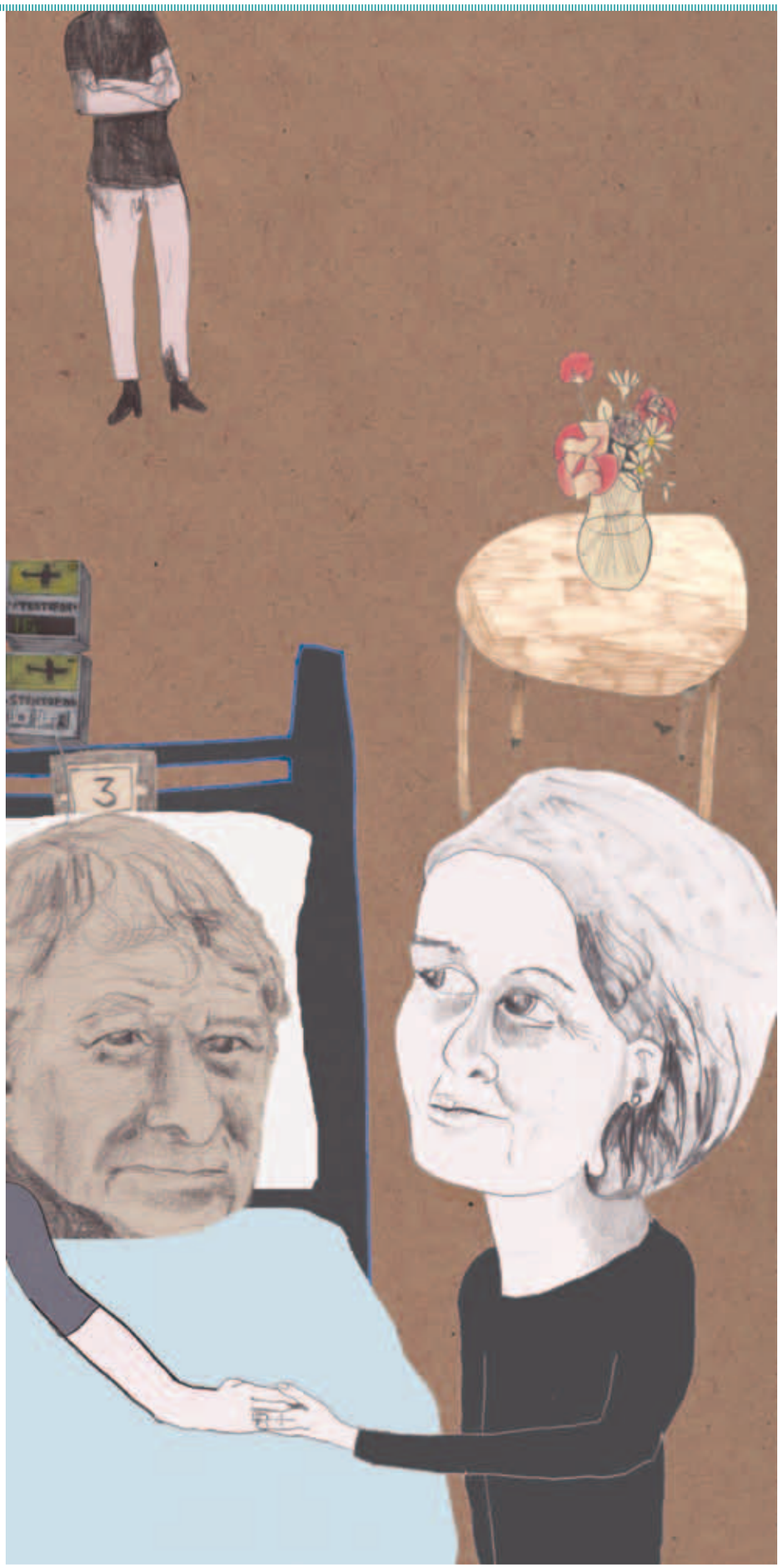
Viktige verdier er pasientens selvbestemmelse, tidligere kones rett til å få realisert sitt siste ønske og respekt for nåværende kones grunner til å motsette seg besøk. Man vi i dette tilfellet antakelig si at pasientens rett til selv å velge hvem han vil ha besøk av er en overordnet, såkalt prima facie verdi fordi den er uttrykk for pasientens egen kompetente vurdering. I tillegg er det pasienten ønske helt på slutten av livet, noe som må tillegges særlig vekt.

«Juridisk» er det pasienten selv som «eier» informasjon om egne helseforhold, og det er pasienten selv som bestemmer hvem som skal informeres og hva det skal informeres om (jf. lov om pasientrettigheter § 3-3). Saken setter også søkelyset på et annet vesentlig spørsmål, nemlig hvem pasientens nærmeste pårørende er, noe som er særlig viktig når pasienten mangler beslutningsevne/kompetanse (det er ikke tilfelle i denne saken). Her er pasientrettighetsloven helt klar: Nærmeste pårørende er den person som pasienten selv bestemmer.

Pasienten kan altså selv velge hvem som skal regnes som nærmeste pårørende. Hvis pasienten ikke har uttalt noe i denne forbindelse, følger man i nedadstigende rekkefølge: ektefelle, samboer, myndige barn, foreldre, myndige søsken og så videre (lov om pasientrettigheter § 3-3). For personer som er barn, eller som av andre grunner ikke er myndige, er det særegen lovgivning. Hvilke handlingsalternativer man hadde og hva som var riktig å gjøre i denne saken kan man vurdere i lys av følgende handlingsforløp: Sykepleieren spør i dette tilfellet mannen selv om han ønsker besøk av sin tidligere kone, noe han absolutt gjør. Vedkommende blir ringt til og kommer på besøk. De får en fin siste stund sammen. Nåværende kone får aldri vite om dette besøket.

Vurdering

Etter mitt syn gjør sykepleieren det eneste



Illustrasjon: Kathrine Kristiansen

riktige når hun spør pasienten selv om hva han ønsker. Det er pasienten selv som «eier» en avgjørelse i denne saken, og det er pasientens beslutning sykepleieren må forholde seg til. Vi kan anta at sykepleieren ikke fortalte pasienten hvor sterkt nåværende kone motsetter seg et slikt ønske fra tidligere ektefelle, kanskje for å skåne pasienten. Er det så helsepersonells oppgave på denne måten å tilbakeholde informasjon både for pasienten og pasientens nåværende kone? Fører hun ikke da begge bak lyset, og er det hennes oppgave å blande seg inn i interne familieforhold på denne måten? Følgende momenter kan belyse denne problemstillingen: Hvilke konsekvenser ville det ha å spille med åpne kort, og ville det bety en ubehagelig konflikt og belastning for pasienten på hans dødsleie? På den annen side, hvis tilbakeholdelse av informasjon ville bli oppdaget, hva ville det ha å si for tillitsforholdet mellom sykepleieren og familien? Problemstillingen berører også sykepleierollen: Hva skal være oppgaven for sykepleieren og hvor mye skal hun blande seg inn i interne, personlige forhold som angår en pasients livssituasjon? ||||

Artikkelen baserer seg på et eksempel fra boken Omtanke – en innføring i sykepleiens etikk Gyldendal Akademisk 2012 av Per Nortvedt.

Quiz

Er du en kompetent sykepleier?

Test kunnskapene med vår aktuelle og nådeløse quiz!

1 Hvem beskrev for første gang leprabakterien Myccobacterium leprae?
A Gilbertus Anglicus
B Daniel Cornelius Danielssen
C Gerhard Henrik Armauer Hansen

2 Hvilken sykdom er forårsaket av leprabakterien?
A Radesyken
B Tuberkulose
C Spedalskhet

3 Når ble leprabakterien oppdaget?
A 1852
B 1873
C 1895

4 Hvor mange var med på Norsk Sykepleierskeforbunds stiftelsesmøte 24. september 1912?
A 12
B 22
C 44

5 Hva er Addisons sykdom?
A En sykdom i binyrene
B En hudsykdom
C En blodsykdom

6 Hvilken sykdom skyldes D-vitaminmangel?
A Engelsk syke (rakitt)
B Struma
C Cushings syndrom

7 Hvor mye avføring er det normalt å produsere i døgnet?
A 150–200 gram
B 350–400 gram
C 500–550 gram

8 Hva er den medisinske termen for avføring?
A Fetisj
B Feces
C Ferment

9 Nanopartikler brukes blant annet i klær og medisiner. Hva har Folkehelseinstituttet vist at slike partikler (særlig de av sølv) kan føre til?
A Avhengighet
B Skade på testikkelceller
C Allergi

10 Hva er kirospasmus?
A Spasmer som kan oppstå ved kiropraktorbehandling
B Musearm
C Skrivekrampe

SKRIVER: Kan dette gi kirospasmus?
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: 1C Gerhard Henrik Armauer Hansen, 2C Spedalskhet, 3B 1873, 4C 44, 5A En sykdom i binyrene, 6A Engelsk syke (rakitt), 7A 150–200 gram, 8B Feces, 9B Skade på testikkelceller, 10C Skrivekrampe

Nei til smykker i Helse Sør-Øst

5. mai skal ringer, klokker og armbånd vekk.

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

MEN RINGEN MIN FÅR DU ALDRI: I Sykepleien 1–2012 handlet det om gull og glitter på hendene til norske helsearbeidere.

Veldig bra, sier Kirsti Hildur Nielsen, ledende spesialsykepleier ved ortopedisk operasjonsavdeling på Ullevål.

Hun har tatt opp kampen mot smykkene i sin divisjon gjennom en antismykkekampanje.

Mer bakterier

Nå skal ringer, klokker og armbånd forbys i hele Helse Sør-Øst. Forbudet trer i kraft 5. mai, som er verdens håndhygienedag. Da skal de som jobber der pasienter undersøkes eller behandles, ha smykkefrie hender.

Forbudet begrunnes med at det er godt dokumentert at de med smykker har flere bakterier på hendene enn de uten.

St. Olavs Hospital i Trondheim har allerede innført et slikt forbud.

Ut å telle

Kirsti Nielsen på Ullevål har vært med å telle smykker på sin divisjon. Sist telling viste at fire av ti bruker smykker på jobb. Det stemmer overens med tellinger gjort på St. Olav.

Nå har ledelsen gitt klarsignal til flere tellinger i 2012.

– Vi starter i mai, forteller hun.

Sykepleien på 1940-tallet. Side 104

Hva er rettferdig lønn? Side 98

Eli Gunhild By om arbeidslivet Side 92

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
LIV SIGNE NAVARSETE

«Sykepleiere må si fra hvis kvaliteten ikke holder mål.»

100

KRONIKK JAN HAAVIK

«Diagnoser endrer seg over tid, i takt med ny erkjennelse og nye behov.»

96

NSF HAR ORDET

Forbundsleder Eli Gunhild By

Stilling: **Forbundsleder i NSF**
E-post: **eli.gunhild.by@sykepleierforbundet.no**

Arbeidshelse på alvor

Til tross for at kvinner deltar i arbeidslivet nesten på linje med menn, er det påfallende hvor lite vi snakker om kvinners arbeidshelse.

Kvinnehelse er et tema som diskuteres og settes på dagsorden, både av politikere, forskere og helsepersonell. Det er all grunn til å problematisere kjønnsperspektivet når vi snakker om helse. Selv om det er lenge siden Simone de Beauvoir omtalte kvinnen som «det annet kjønn», ser vi fortsatt at kunnskapsgrunnlag, regelverk og praksis i samfunnet bygger på en uuttalt mannlig norm.

Samtidig som norske kvinner er i verdenstoppen når det gjelder yrkesdeltakelse, har vi klart å opprettholde et relativt høyt fødselstall. Hemmeligheten er rett og slett å utforme et samfunn der man kan velge både yrkesaktivitet og familie. Men til tross for utdanningsrevolusjon, p-pillen og kvinnenes inntog i arbeidslivet, forblir noen mønstre slående stabile: det kjønnsdelte arbeidsmarkedet og den kjønnsmessige arbeidsdelingen i hjemmet.

Velferdsstaten er avhengig både av kvinners arbeidskraft og kompetanse, og av de skatteinntekter som vårt arbeid gir. Og lønnsarbeid er en viktig forutsetning for kvinners økonomiske selvstendighet.

Men det ser ut til at «samfunnet» sliter litt med å ta kvinners arbeid på alvor. Vi er utsatt for det som kalles verdsettingsdiskriminering. Det er kanskje et vanskelig ord, men det er et ord som brukes både av Teknisk Beregningsutvalg og av Likelønnskommisjonen for å forklare lønnsforskjellene mellom kvinner og menn. Men verdsettingsdiskrimineringen kommer ikke bare til uttrykk i manglende likelønn – den går som en rød tråd gjennom hele norsk arbeidsliv. Kvinners arbeid synes å kreve mindre kompetanse – jfr for eksempel krav om profesjonsnøytralitet i de nye helselovene.

I deler av arbeidsmarkedet, der kvinneandelen er høy, er arbeidet organisert rundt deltidsstillinger. Kvinner befinner seg gjennomgående i de nederste delene av arbeidsorganisasjonen og har mindre grad av selvbestemmelse i arbeidet sitt, og de arbeider i større grad enn menn i helsebelastende arbeidstidsordninger. Mens det harde fysiske arbeidet er blitt nesten borte fra de typiske mannsyrkene, har mange kvinner fortsatt et fysisk krevende arbeidsmiljø. Kvinner arbeider dessuten ofte med mennesker, noe som innebærer særlige arbeidsmiljøutfordringer.

Det som dessverre også kjennetegner typiske kvinnearbeidsplasser, er at det ofte er lite ressurser; det er ofte tidspress og for få arbeidstakere i forhold til det arbeid som skal utføres. I tillegg synes kvinners arbeid å oppfattes som mindre belastende: yrkessykdommer og yrkesskader som er typiske for tradisjonelle kvinneyrker anerkjennes fortsatt ikke. Eksisterende yrkessykdomsliste har ikke blitt vesentlig revidert på 50 år og bærer sterkt preg av å være knyttet opp mot eksponeringsforhold i mannsdominerte yrker. Den framstår som svært kjønnsskjev: ni av ti som får godkjent yrkessykdommer i dag er menn. Dette er problematisk når vi samtidig vet at flest kvinner blir uføretrygdet.

Kjønnsnøytralitet tilslører virkeligheten. Tar vi ikke det kjønnsdelte arbeidsmarkedet på alvor, bidrar vi til privatisering av kvinners arbeidshelse. Norsk Sykepleierforbund skal fortsette å hamre inn dette budskapet overfor myndigheter og de som lager lovene, og overfor våre arbeidsgivermotparter. Men det er også viktig at NSF – vårt organisasjonsapparat, tillitsvalgte og medlemmer – har en sterk bevissthet om de helsemessige konsekvensene av det kjønnsdelte arbeidsmarkedet.

I 1999 skrev Kvinnehelseutvalget i en NOU at kjønnsspesifikk kunnskap om arbeidshelse og arbeidsmiljø må legges til grunn i overvåkningssystemer, utforming av hms-arbeid og planlegging og organisering av arbeidet, samt at ingen sykdom må per definisjon utelukkes fra godkjenning som yrkessykdom. Dette er like relevant i dag.

Eli Gunhild By

Mange kvinner har fortsatt et fysisk krevende arbeidsmiljø.

KVINNEJOBB: Lite ressurser og høyt arbeidspress kjennetegner ofte typiske kvinnearbeidsplasser, skriver By. Arkivfoto fra Mandal sykehjem: Erik M. Sundt.

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

Heltid, grunnbemanning og helgebelastning

Å øke grunnbemanninga får betydning for sykefraværet. Bergan sykehjem i Kristiansund har prøvd dette. Sykefraværet gikk betraktelig ned, opptil 50 prosent. Norsk Sykepleierforbund anbefaler at flere prøver det samme, også Bodø kommune. Hvis man har tilstrekkelig og kvalifisert bemanning, får man også gode fagmiljø og arbeidsmiljø.

Alle avdelingssykepleiere, fagledere, og fagutviklingssykepleiere vet hvor mange vi trenger å ha på jobb for å kunne ivareta pasienten. Vi vet at pasientene er sykere og med langt mer sammensatte diagnoser og hjelpebehov enn tidligere, samt at tilgangen på kvalifisert personale er blitt vesentlig vanskeligere. Da må vi sikre at det er planlagt en bemanning ut fra dette. Slik det er i dag er grunnbemanningen enkelte steder på et nivå som ikke tåler fravær. Til enhver tid er det cirka 10 prosent fravær av ulik art i pleie- og omsorgssektoren. Å øke grunnbemanninga vil bety at det blir flere å dele de ugunstige arbeidstidene på. Det vil også frigjøre tid for ledere som de bruker til å skaffe vikarer. Først og fremst bør deltidstilsatte får økt sin stillingsbrøk.

Slik kan man også reaktivere dem som jobber frivillig deltid fordi de er slitne av en for arbeidsbelastende hverdag. Men da må de ikke presses til å arbeide enda flere helger.

Hele og faste stillinger er rekrutteringsattraktivt! Telemarksforskning viser at kompetanse er billigere enn ufaglært, fordi de faglærte (for eksempel sykepleiere) er mer effektive. Penger å spare for kommuner, med andre ord.

I påskeuken, 17. mai, pinsedagene, julen og nyttårsaften er det behov for sykepleiere på jobb. Dette er allerede etter unntaksbestemmelsene i arbeidsmiljøloven. Mange av våre medlemmer mener at de har en for høy andel ubekvem arbeidstid. Dette må kompenseres. Innsatsområder for NSF 2012–2015 er blant annet at retten til full stilling skal styrkes.

- Arbeidstidsordninger skal ivareta hensynet til helse, velferd, likestilling og faglig forsvarlighet.
- En bemanning og kompetansesammensetning som ivaretar balanse mellom oppgaver og ressurser skal sikres.
- Tredje-hver-helg-prinsippet skal tariffestes.

Kampen for hele og faste stillinger må stå høyt på dagsorden også i 2012. Viktig er også økning av helgetillegg/kveld/natt samt sentral minstelønnsheving for de ulike sykepleiere.

I en undersøkelse utført av Sykepleierforbundet kommer det frem at bare en av fem nyutdannete får full fast stilling. 4000 sykepleiere går hvert år fra skolebenken og ut i arbeidslivet.

I en undersøkelse fra TNS Gallup gjennomført i 2006 viste det seg at kun 2 prosent av sykepleierne ønsket seg hyppigere helgearbeid. Signalene fra sykepleiere i Bodø er klare: Vi bidrar allerede mye med helgearbeid, og mener det er nok!

Norsk Sykepleierforbund vil når dette er lagt til grunn, åpne for frivillige løsninger vedrørende økt helgehyppighet, men som selvfølgelig kompenseres økonomisk eller med erstatningsfri. Hvis man øker med 2–5 helger ekstra per år betyr dette i praksis at med et utgangspunkt på tredje hver helg (det vi har i dag, som tilsvarer 17 helger per år) at vi får hele 22 uker med arbeid annenhver helg. Og dette er ofte helt uavhengig av om vedkommende arbeider heltid eller deltid. Dette vil våre medlemmer ikke gå med på.

Fem ekstra arbeidshelger vil heller ikke isolert sett utgjøre noen stor andel økning i stillingsbrøk for den enkelte. Vi våger oss på et anslag om at fem helger tilsvarer om lag en femprosentstilling.

Statistisk slutter arbeidstakere som jobber skift/turnus innen helsevesen gjennomsnittlig når de er 53 år, fordi de er utslitt. Disse pasifiseres over på ordninger som trygd, førtidspensjonering etc. Dette er arbeidstakere som man kunne forvente skulle stå i jobb til de er 70 år.

(Innlegget er forkortet. Red.)

Tor Erlend Nordhuus, hovedtillitsvalgt Norsk Sykepleierforbund, Bodø kommune

Sykepleien retter

I forrige nummer av Sykepleien trykket vi en tabell som viste forskjell på stråledoser mellom CT og røntgen i saken «Må ta grep om røntgenkø».

Artikkelen omhandlet forskjeller mellom MR og CT, og tabellen hadde derfor ikke noe med innholdet i saken å gjøre.

Avskaff reservasjonsretten!

I det siste leser jeg artikler i forskjellige aviser om reservasjonsretten som leger og annet helsepersonell (sykepleiere) har tatt i bruk, og enkelte vil gjerne fortsette med en slik praksis.

Jeg håper at Sykepleierforbundet tar avstand, og vil ta avstand fra sykepleiere som tar i bruk den retten. Sykepleierforbundet må og skal jobbe for at sykepleiere jobber for pasientene uansett sykepleierens egen samvittighet.

Vi sykepleiere ble utdannet til å hjelpe pasienten, støtte pasienten i vanskelige situasjoner og dilemmaer. Pasienten kommer fram til en beslutning for seg selv etter mye overveielse. Da er det riktig at sykepleiere støtter opp om pasientens beslutning så vedkommende klarer å leve med den.

Det er helt feil når en pasient ikke får hjelp av en sykepleier som skulle være nøytral i utøvelse av sitt yrke på grunn av sykepleierens egen samvittighet.

Når en pasient tar en avgjørelse som for eksempel abort, må sykepleieren bearbeide sine samvittighetskvaler andre steder, men først og fremst skal vedkommende hjelpe pasienten.

Ved å reservere seg blir ikke pasienten møtt med en nøytral holdning. I tillegg må noen andre gjøre jobben.

Helsevesenet favner bred nok til at sykepleiere kan jobbe mange steder uten å få samvittighetskvaler.

Norsk Sykepleierforbund må jobbe for å avskaffe reservasjonsretten. Et slikt privilegium er ikke i overensstemmelse med etiske retningslinjer, som sier at en sykepleier skal respektere og verdsette pasienters iboende verdighet.

Hugo de Ridder

www.sykepleien.no

Du kan si din mening om aktuelle saker på sykepleien.no

Lederne er forbundet for deg som har ledende stilling i helsesektoren!

Lederne har tariffavtaler med de fleste arbeidsgiverorganisasjoner, og kan blant annet tilby: individuell service, juridisk bistand, attraktive kompetansetilbud innen ledelsesfag, omfattende støtte til kurs og etterutdanning, konkurransedyktige forsikringsordninger og økonomisk støtte ved arbeidsledighet.

Vi er stor nok til reell innflytelse, liten nok til personlig service, og har enkeltmedlemmets individuelle behov i sentrum!

Lederne ble stiftet i 1910 og er en selvstendig, partipolitisk uavhengig arbeidstaker- og interesseorganisasjon med ca. 16.000 ledere og merkantile ansatte i offentlig og privat sektor.

lederne
Gir deg trygghet

VAKTROMMET.NO

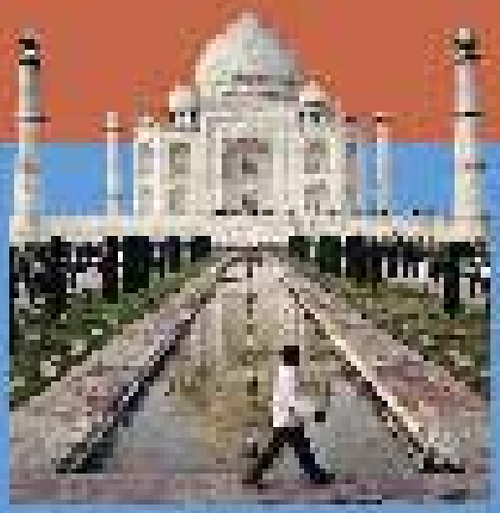
Kjøp en PenHygienic
for det nye året.

forebygging.no

Kunnskapsbase for rusforebyggende og helsefremmende arbeid

Helsedirektoratet

Eventyrlige India med Sykepleien



Tusenårig historie, fargerike farger og livsfylte mennesker. Taj Mahal, Agra Fort og Gangens hellige by, Varanasi. Vill, bedøvende!

Med Albatros reiseledere.
8 dager

Bli med på et historisk og fargerikt eventyr når du reiser til Nordvest-Indias turkiske trekant med hovedstaden Delhi, Agra og Varanasi. I Delhi venter det tempel- og moskébesøk, og fra balkonet av en rykksikkelsen oppleve du den hellige basaren. I Agra kan du la dag kortvile av det imponerende, sandsteinsrøde Agra Fort og kjøretøyet som omsluttet over alle – Skattkamrets hvite Taj Mahal.

I Varanasi får du opplevelse hellige Ganges, og vår birmanske fargerike reisl, og konsertlegen over Ganges vender vende nye dag, vender du et på vårt mens bendes fylles av tempelpyramider, hellige sadhuer, utrende bål og ydmyke, hindukiske pilgrimer. I Sarnath venter kontrasten til Varanasi med et livsfylt buddhistisk seremoni, hvor kan du bidde opp på buddhistiske stupaer og en levende multietnisk buddhistisk munker utfiler en av hellige diversenes med avbeslighet. En sant eventyr av en reise – bli med!

Priser inkluderer:
- Lunsjsk el. middagsreiseledere
- Fly Oslo – Delhi t/r
- Utflukter og aktiver ifølge program
- 5 netter på gode hoteller i dett dobbeltrom (tillegg for enkeltrom kr. 1.990,-)
- 1 overnatting på togt mellom Agra – Varanasi
- Halvpensjon
- Skatter og avgifter

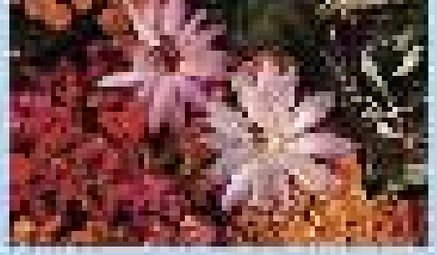
Avreise
10.990,-

DAGSPROGRAM

Dag 1 Avreise fra Oslo
Dag 2 Ankomst til Delhi. Lokalt med Bangla-tempelet, Presidentpalasset, India Gate, Jama-moskeen og rickshawtur gjennom Chandni Chowk-basaren
Dag 3 Delhi – Agra. Agra Fort
Dag 4 Agra. Taj Mahal, fatehpur Sikri og togtur til Varanasi
Dag 5 Varanasi. Rickshawtur, basar og Ganges-elva
Dag 6 Varanasi. Pilgrimer med Gangesvelse og utflukt til Sarnath
Dag 7 Fly Varanasi – Delhi. Sykehuskonsert. Avskjedsmiddag
Dag 8 Hjemreise og ankomst til Oslo

Informasjon og påmelding
Les mer på www.albatros-travel.no/sykepleien
Albatros Travel, tlf. 800 58 186,
e-mail info@albatros-travel.no
Vennligst oppgi reisekode LR-519

Albatros travel



Jan Haavik, professor dr. med, spesialist i psykiatri, Universitetet i Bergen.

Hva er en diagnose?

Hvordan oppstår diagnoser, hvorfor er det nødvendig å diagnostisere og hvilke begrensninger har psykiatrisk diagnostikk?

Det er «godt stoff» når fagfolk offentlig forfekter diametralt motsatte synspunkter. Da forsvinner spørsmålet om hvilke premisser diagnostiseringen bygger på, hvilken metode som ble brukt og hvor presis diagnosen kan være.

I kjølvannet av terrorhandlingene 22. juli i fjor og i påvente av rettssaken mot gjerningsmannen er det skrevet mye rart om psykiatrisk diagnostikk.

Morgenbladet fastslår på førstesiden 6. januar at rettssaken «kan ikke tåle at tvilen murrer». På den annen side hevder Simen Andersen Øyen i en kronikk i Bergens Tidende 10. desember 2011 at psykiatri er «en tvilsom vitenskap». Slike utsagn viser at det er behov for en oppklaring. Hvordan oppstår diagnoser, hvorfor er det nødvendig å diagnostisere og hvilke begrensninger har psykiatrisk diagnostikk?

Menneskeskapt

For å forstå verden vi lever i og for å kunne kommunisere med andre mennesker, har vi utviklet et felles språk der vi navngir og klassifiserer opplevelser og fenomener. Enten det gjelder inndeling av levende organismer i arter og familier, eller beskrivelser av menneskelig atferd, er alle diagnosesystemer menneskeskapte, som et resultat av kunnskap, tradisjoner, ideologier og andre forhold. Det betyr at diagnoser endrer seg over tid, i takt med ny erkjennelse og nye behov.

> Det er «godt stoff» når fagfolk forfekter diametralt motsatte synspunkter.

Medisinske diagnoser utmerker seg ved at de har mange ulike funksjoner. Klinikeren må stille diagnose for å kunne fastslå pasientens prognose og gi riktig behandling.

Praktisk fag

Entydig definerte og internasjonalt aksepterte diagnoser er nødvendig for forskning og fagutvikling. I vårt helsevesen er diagnostikk lovpålagt, utløser pasientrettigheter og resultatmidler. I rettstater tar man hensyn til tiltaltes mentale tilstand når en skal vurdere spørsmål om skyld og straff. Mindreårige, psykisk utviklingshemmete og andre personer med nedsatt vurderingsevne blir ikke dømt eller straffet på samme måte som fullt ut «tilregnelige» mennesker.

Rettspsykiatrien er et praktisk viktig fag som har oppstått i grenselandet mellom medisin, psykologi og jus. Ikke minst strafferetten har behov for sakkyndige uttalelser med tydelige og velfunderte konklusjoner. Selv om vi forstår at skyldspørsmål og tilregnelighet fordeler seg på en skala mellom 0 og 100 prosent, må retten kategorisk konkludere om tiltalte er skyldig eller uskyldig, eventuelt strafferettslig tilregnelig eller ikke tilregnelig. Det er enighet om at, med unntak av bevisstløse mennesker, er ingen 100 prosent utilregnelige og ingen psykiatriske pasienter er bare psykotiske. Retten må derfor konkludere basert på sitt beste skjønn, ofte basert på motstridende informasjon. Slik er det også med medisinske diagnoser. Dersom sannsynligheten er tilstrekkelig stor for å fylle en diagnostisk kategori, får en diagnosen (100 prosent).

Grensetilfeller

Diagnosesystemene tar sjelden hensyn til at det kan foreligge grensetilfeller, der symptomene fyller kriteriene bare i en kort periode, eller er i en gråsone mellom ulike kategorier. Derfor kan patologer med god grunn være uenige i om en vevsprøve inneholder kreftceller, kirurger kan diskutere om funnene på et røntgenbilde bør klassifiseres som et beinbrudd, og psykiatere konkludere med ulike diagnoser basert på de samme observasjonene.

Usikkerheten ved de fleste vanlige diagnoser og diagnostiske verktøy blir systematisk målt og publisert (validitet og reliabilitetsindikatorer). En metode med høy inter-rater reliabilitet vil innebære at ulike sakkyndige med stor sannsynlighet vil konkludere med samme diagnose (Inter-rater reliabilitet betyr reliabilitet/pålitelighet av bedømmelse gjort av flere observatører). Ettersom sikkerheten ved diagnostikken kan variere fra nær 100 prosent til under 50 prosent, kan det være like viktig å formidle den diagnostiske usikkerheten som selve konklusjonen av undersøkelsen.

Alle diagnoser oppstår i en sosial kontekst. Dersom ingen leser bøker eller bedriver nærarbeid, er det lite relevant å diagnostisere eller behandle langsynte. I samfunn der det stilles høye krav til sosiale ferdigheter og selvdisiplin gjennom barnehage, skole og arbeidsliv, kan atferdsvansker resultere i funksjonssvikt og psykiatriske diagnoser.

Diagnosen ADHD (hyperkinetisk forstyrrelse) er blitt foreslått som et eksempel på et nymotens påfunn som «sykeliggjør» normal atferd hos barn og voksne. Framveksten av det moderne

PSYK? Den moderne, industrialiserte verden krevde noe nytt av av menneskene hva gjelder atferd og konsentrasjon. Tiden vi lever i påvirker oppfatningen av hva som kan kvalifisere til en psykiatrisk diagnose. Bildet er fra Charlie Chaplins kjente film «Moderne tider» fra 1936. Foto: akg-images/Scanpix

industrisamfunnet var muligens medvirkende til at den skotske legen Sir Alexander Crichton i 1798 beskrev problemer med sviktende konsentrasjon og oppmerksomhet. I de påfølgende 200 år har dette syndromet (ADHD) vært kjent under flere navn og blitt behandlet på ulike vis, i tråd med skiftende tidsånd og oppfatninger.

Blir revidert

Norsk spesialisthelsetjeneste er pålagt å diagnostisere i henhold til «Den internasjonale klassifikasjon av sykdommer og beslektede helseproblemer», som kom i sin 10. utgave (ICD-10) i 1992 (se faktaboks).

I tillegg til ICD-diagnosene eksisterer det flere andre diagnosesystemer, hvorav DSM er viktig innenfor psykiatrisk forskning og praksis. Prosessen fram til de nye diagnoselistene kan følges og kommenteres på nettstedet DSM5.org, der det allerede har kommet inn over 10 000 innspill til den nye diagnoselisten.

Genetisk sårbarhet

Moderne genetikk og nevrobiologi har i store trekk bekreftet at det finnes et biologisk korrelat til de vanligste psykiatriske diagnoser. Innenfor en diagnosegruppe finnes en opphopning av sårbarhetsgener og en kan påvise funksjonelle endringer i hjernen ved psykiske lidelser. Forskning viser også at det er store forskjeller innenfor pasientgruppene, at det er en diffus overgang fra normalitet til sykdom og at de genetiske og funksjonelle funnene bare delvis korresponderer med offisielle diagnoser.

En ytterligere begrensning ved psykiatriske diagnoser er at de i liten grad fanger opp subjektive aspekter ved lidelsene. Diagnosekoder er dessuten ikke utviklet for å besvare eksistensielle spørsmål som skyld, ondskap, eller fravær av den frie vilje.

Premissene?

Selv om det er «godt stoff» når fagfolk offentlig forfekter diametralt motsatte synspunkter, medfører denne journalistiske vinklingen at en går glipp et viktig aspekt, nemlig diagnosenes «usikkerhetsprinsipp». Neste gang overskriftene griner mot oss om at noen er blitt «stemplet som syk», «erklært frisk» eller at det er en «skandale» når pasienten har fått ulike diagnoser for samme tilstand, må vi umiddelbart etterspørre:

Hva var premissene for diagnostiseringen, hvilken metode ble anvendt og hvilken presisjon kan forventes av disse instrumentene?

Fakta/ ICD og DSM:

- ICD, «Den internasjonale klassifikasjon av sykdommer og beslektede helseproblemer», har vært benyttet fra 1893, siden 1948 administrert av Verdens helseorganisasjon (WHO). I Norge ble 5. revisjon av ICD-10 publisert i januar 2011.
- DSM, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, som er utgitt av den amerikanske psykiatriforeningen, har fra 1980-tallet hatt stor innflytelse på psykiatrisk klassifikasjon innenfor ICD.
- ICD-10 omfatter 15-16.000 ulike diagnoser innenfor alle menneskets organsystemer, mens DSM-IV fra 1994 teller ca. 365 psykiatriske diagnosekoder. Det pågår for tiden en omfattende revisjon av psykiatriske diagnoser. De nye diagnoselistene vil bli publisert som DSM -5 i 2013 og ICD-11 to år senere.

Arne Johannessen, forbundsleiar Politiets Fellesforbund og forhandlingsleiar Unio stat

Kva er rettferdig løn?

Er det meir rettferdig at alle har dårleg løn enn at me klarar å heva løna til 50 prosent av dei tilsette?

Eg er sjølvsagt einig i at det er for mange lønsforskjellar som ikkje har noko god eller fornuftig forklaring. Forskjellane mellom privat og offentleg sektor for arbeidstakarar med 3-4 års utdanning er svært store. Det er eit døme på «ufornuftige» lønsforskjellar. Eit anna døme er dei store likelønsforskjellane i fleire tariffområder, som også er heilt uakseptable.

Ein ser gjennomgåande at å jobba med menneskjer vert dårlegare verdsatt frå samfunnet, enn å flytta pengar eller teikna nye bruer. Jobben med menneskjer er ofte den mest krevjande, og svært viktige for at den private verdiskapinga skal fungera. Då er sjølvsagt dei store lønsforskjellane svært urimelege og urettferdige.

Kva er så rettferdig løn? Svaret vil truleg vera avhengige av kven som får definisjonsmakta. Mange vil akseptera og forstå lønsforskjellar mellom privat og offentleg sektor, og mellom ulike yrkesgrupper.

Men normalt vil ein hevda at «lik løn for likt arbeid» er eit ufråvikeleg prinsipp.

Kan ein tenka seg at om ein dyrkar prinsippet om lik løn for likt arbeid fullt ut, vil det føra til samla sett dårlegare lønsutvikling enn om ein aksepterar lønsforskjellar?

Etter mitt syn er det betre at 50 prosent av ei gruppe medlemmar får betre lønsutvikling, enn att alle står stille. Det er sjølvsagt krevjande for ein fagforeining og alle tillitsvalte å forsvara lønsforskjellar. Det vil alltid koma kritikk frå dei som «står i ro».

> Lønsforskjellar kan vera eit verkemiddel for betre lønsutvikling for store grupper.

Skal ein bruka «det å skapa lønsforskjellar» aktivt i lønspolitikken, for å få til betre lønsgliding for store grupper, krev det at ein har forankra denne politikken i organisasjonane. Og det tek lang tid.

Landsmøte til Politiets Fellesforbund vedtok i Harstad i 2000 ein ny langsiktig lønsstrategi. Hovudfokuset var å få til betre lønsgliding, meir lønsvekst utanom dei ordinære tariffoppgjera. Tillitsvalte såg fort at skal ein få det til, må ein skapa aksept for større lønsforskjellar innad i dei ulike gruppene. Det må gjelda både på leiarsida og for førstelinjepersonellet.

Ein har mange arena å driva lønsarbeid på, om ein set det i system og er villige til å ta alle i bruk. Kanskje den viktigaste, men også mest krevjande, er lønsarbeidet ved tilsetting.

I mange verksemder og bransjar er det liten aksept eller kultur for å drøfta løn ved tilsetting, i andre områder ser ein at det er heilt vanleg. Kva politikk organisasjonane har på dette området er viktig. Er det akseptert å stilla lønskrav ved tilsetting? Er det akseptert å «setta ein prislapp» på eigen kompetanse?

Kva skjer når det kjem ein nytilsett som, via lønskrav ved tilsetting, startar på ny arbeidsplass med 30 000 kroner betre årsløn enn kollegar som har jobba der i mange år? I ein krevjande men offensiv lønsstrategi, vil ein då sjå at nytilsette med høgare løn, skapar rom for lønsvekst for andre via lokale lønsforhandlingar.

Ein offensiv lønsstrategi må ha fokus på alle arena og alle forhandlingsbestemmelsar som kan skapa lønsvekst.

Hovudtariffoppgjer er Unio sitt ansvar i lag med forbunda. Kvart forbund i Unio har sitt sjølvstendige ansvar for lønsstrategi, og sine arena for å forhandla løn lokalt og sentralt. Og sjølvsagt har medlemmane eit ansvar (helst som ein del av forbundet sin strategi) for eige løn ved skifte av jobb, når ein får tilleggskompetanse, nye utfordringar og oppgåver. Svært mange nyttar ikkje denne arenaen for lønsfokus.

Når Politiet vart kåra til lønsvinnar i 2010, så var det samansett og resultat av ulike faktorar. Samla lønsvekst i staten 2005-2010 var 29,3 prosent, dårlegaste var høgskulelektor 22,3 prosent og best politibetjent 1 med 47,3 prosent. I det gode resultatet for politiet ligg også arbeidstidsavtalen frå juli 2009, der me avtalte meir arbeidstid per veke og store unntak frå arbeidsmiljølova mot ein økonomisk kompensasjon. Men det ligg også differensieringar, der grupper ikkje har hatt lika god lønsutvikling. Og framleis er grunnløna for gruppa låg.

Lønsforskjellar er sjølvsagt ikkje noko mål, tvert om, men det kan vera eit godt verkemiddel for betre lønsutvikling for store grupper.

For å slutta der eg starta – kva er rettferdig løn? Er det meir rettferdig at alle har dårleg løn enn at me klarar å heva løna til 50 prosent av dei tilsette?

Eg har sjølvsagt ikkje noko fasit, men har erfaring frå ulike strategiar. Men når det meste er prøvd og drøfta, så kan ein kanskje vurdera nye ting!

Nye **Nutrison** hjelper til med å **redusere** komplikasjoner i både **øvre** og **nedre** del av mage-tarmkanalen

Nye **Nutrison** inneholder:

Ny myse-dominant proteinsammensetning for bedre toleranse og ventrikkeltømming[1*]

- Fiskeolje (DHA & EPA) for å redusere inflammatoriske komplikasjoner[2*]
- Karotenoider for reduksjon av oksidativt stress[3]
- Multi Fibre-blanding MF6™ for bedre toleranse i nedre del av mage-tarmkanalen[4]

Referanser: 1. Mahé S *et al.* Nitrogen movements in the upper jejunum lumen in humans fed low amounts of casein or β-lactoglobulin. *Gastroenterol Clin Biol* 1995;19:20–6. **2.** Calder PC. Long-chain n-3 fatty acids and inflammation: potential application in surgical and trauma patients. *Braz J Med Biol Res* 2003;36(4):433–446. **3.** Vaisman N *et al.* Enteral feeding enriched with carotenoids normalizes the carotenoid status and reduces oxidative stress in long-term enterally fed patients. *Clin Nutr* 2006;25:897–905. **4.** Wierdsma NJ *et al.* Comparison of two tube feeding formulas enriched with guar gum or mixed dietary fibres. *Ned Tijdschr Dietisten* 2001;56:243–7.
* Gjelder Nutrison MF, Nutrison, Nutrison Energy MF, Nutrison Energy og Nutrison 1200 Complete MF.

Nutricia Norge AS | Holbergsgt. 21 | N-0166 Oslo
Tlf. +47 23 00 21 00 | Fax +47 23 00 21 01
e-post nutricia@nutricia.no | www.nutricia.no

NUTRICIA Nutrison

TETT PÅ

Liv Signe Navarsete

Hvorfor: **Fordi hun gjerne vil endevende den norske velferdsstaten etter dansk modell**
Stilling: **Kommunal- og regionalminister**
Alder: **53 år**

Vår-løsningen

Er det opp til Liv Signe Navarsete, byr velferdsstaten snart opp til en helt ny dans.

Tekst **Barth Tholens** Foto **Erik M. Sundt**

Fra toppen av departementet i Akersgata stiger latteren opp. I statsrådsseksjonen henger bildene av Liv Signe Navarsetes forgjengere på rekke og rad: Helge Seip (V), Gunnar Berge (A) og Erna Solberg (H), alle stirrer de stramt framfor seg. Men nå er det latterkuler som bobler opp fra statsrådens kontor. Liv Signe klukker som en frodig vestlandsk elv om våren.

Jeg har nettopp spurt kommunalministeren om hun er redd for å lide samme skjebne som Oddvar Brå. Han som bare vil bli husket for å ha brukket staven. Frykter hun at hun vil gå inn i historien som statsråden som ble forbannet på et stakkars kvinnfolk fra Nordfjord?

For vi husker Navarsete fra bildene som rullet over tv-skjermen, igjen og igjen. Der planter den ellers så blide ministeren et sylskarpt blikk i en stakkers kvinne som følte seg sviktet av Senterpartilederen. Men Navarsete vil ha seg frabedt kritikk for ikke å ha gjort nok for å forhindre at sykehuset i Nordfjord skulle framstå som en strippet sengepost. «Du veit ikkje ka du snakkar om!!», smeller hun til for åpen kamera.

– Akkurat der og da følte jeg at jeg bare var engasjert. Men da jeg så innslaget på tv om kvelden, skjønte jeg at … ja, jeg virket jo ganske sint, da, hahahaaaa, ler Navarsete høyt.

Hun er nok enig i at det ikke var lurt å virke så sint den gangen.

– Nå håper jeg at jeg sitter så lenge i denne jobben at folk vil huske meg for andre ting. At jeg virkelig brenner for at folk skal få et godt tilbud i sitt nærmiljø.

– *Så du føler ikke at du har sviktet dine velgere da du lovet at lokalsykehusene skulle bestå?*

– Nei. Vi har vunnet viktige kamper i regjeringen og fått til gode kompromisser. Men jeg ser jo at det lokale sykehustilbudet mange steder er blitt uthulet. Det er en skremmende utvikling.

ETTER FIRE ÅR som samferdselsminister i den rødgrønne regjeringen, ble Liv Signe Navarsete i 2009 minister for kommunene. Den jobben handler ikke bare om å opprettholde alle de 429 rådhusene som finnes fra Lindesnes til Nordkapp. Det ble vi minnet om da hun i februar klemte til med et friskt utspill om velferdsstatens framtid. Hun hadde nettopp kommet tilbake fra Danmark. Der hadde hun sett på den såkalte Fredericia-modellen.

Med «one size fixes it all»-modellen får du ikke den skreddersømmen som vi trenger.

Ved hjemkomst fyrte hun av en sjelden rakett mot vår manglende satsing på forebygging i eldreomsorgen.

«Vi har vært for opptatt av å bygge institusjonsplasser, i stedet for å hjelpe eldre til å leve gode liv i eget hjem så lenge som mulig», slo Navarsete fast i et oppslag i Aftenposten. Hun konstaterte at det er helt urealistisk å forvente at en tredel av ungdommene i framtiden skal velge helsefag som yrkesvei. Derfor må vi lære av danskenes storsatsing på forebygging og hjelp til selvhjelp, framfor prioritering av medisinsk behandling og bygging av institusjonsplasser for eldre.

Hun vil gjerne utdype sitt utspill.

– Vi har tenkt for mye på reparasjon og altfor lite på forebygging. Vi må se på eldre som enkeltmennesker, ikke som en gruppe. Selvfølgelig skal vi bygge sykehjemsplasser for dem som trenger det. Regjeringens plan står ved lag. Men institusjonsplass skal først komme på toppen av en trapp med tiltak. Vi må se på hele trappen og da må vi komme inn med tiltak før – og ikke bare etter at eldre er blitt syke. Der har vi mye å lære av Fredricia-modellen. I Danmark snakker man ikke lenger om eldre som brukere, men konsekvent om borgere som trenger individuelle opplegg for å holde seg friske. Om nødvendig med personlige trenere som kan hjelpe til å mestre hverdagslige oppgaver i hjemmet.

– *Men du mener vel ikke at mange mennesker i Norge havner unødvendig på sykehjem?*

– Nei, nei. Jeg mente ikke at det offentlige springer etter folk med sykehjemsplasser. Det var ikke sånn ment. Men ofte tenker vi først på tiltak når folk blir syke, mens vi heller burde jobbe mer for å forebygge og slik kanskje hindre at folk i det hele tatt blir hjelpetrengende.

– Økonomisk sett er det en vinn-vinn-situasjon for kommunene. Men det viktigste er at forebygging gir økt livskvalitet hos den enkelte. De fleste vil jo helst bo hjemme, med sosiale møteplasser og fysisk aktivitet. Jeg er nettopp blitt invitert til Hamar til noe de kaller for seniordansen, hahaha …. Det blir en stor fest i juni, jeg vet ikke om det passer, men det er sånne ting som gjør at folk kanskje kan leve lenger.

TANKEN ER IKKE NY. Mens andre politikere etter Navarsetes egen mening «gikk kappgang» i valgkampen med løfter om flere sykehjemsplasser, har hun selv preket om forebygging helt siden hun kom på fylkestinget i Sogn og Fjordane i 1995. Der lærte hun mye av Gloppen, en av foregangskommunene når det gjelder oppbygging av den såkalte halvannenlinjetjenesten. Tankene ble for alvor satt ut i livet med den såkalte Samhandlingsreformen. Den skal få kommunene til å føle det på kommunekassen om de ikke tar forebygging på alvor.

Men Navarsetes ønske om å konsentrere seg mer om det friske mennesket, og mindre om det syke, har også en annen, mer personlig bakgrunn. Hun er født med en kranglete rygg. Da hun gikk på videregående, senket ryggen Navarsetes ambisjoner om å bli sykepleier, akkurat som hennes bestemor hadde vært.

I stedet ble hun pasient selv. På nittitallet var hun «nesten konstant» sykmeldt i to år. Hun var innlagt på sykehuset og gikk rundene mellom fysioterapeut og kiropraktor. Til slutt fikk hun et tøft råd fra sine behandlere: Du bør være mer i bevegelse, jenta mi!

– Så jeg begynte å trene. Og bank i bordet, hahaha, dunkdunkdunk, jeg har ikke vært syk én dag på grunn av ryggen siden. Når jeg nå kjenner at jeg begynner å bli stiv igjen, vet jeg at jeg har sittet for mye. Da må jeg komme i gang med treningen.

– … *og da går du i treningsstudio?*

Navarsete peker nedover, mot gulvet.

– Vi har et treningsstudio i kjelleren. Men hvis jeg ikke har tid, for eksempel når jeg er ute og reiser, har jeg alltid et hoppetau i kofferten …

Hvis jeg ikke har tid til trening, har jeg alltid **et hoppetau** *i kofferten.*

– Et hoppetau?

– Hahaha, ja, å hoppe tau hjelper. Sammen med rygge- og mageøvelsene kan det være nok til å holde ryggen intakt. Det krever ikke all verden altså …

DET JOBBER CIRKA 30 000 sykepleiere i kommunehelsetjenesten. Liv Signe Navarsete føler at hun har et ansvar for dem. Helseministeren har det faglige ansvaret. Men en kommunalminister skal legge forholdene til rette. Det ansvaret er hun seg bevisst. Hun har så stor respekt for yrkesgruppen at hun senker stemmen når hun ytrer seg i rosende vendinger.

– Sykepleiere velger ofte bort eldreomsorgen fordi det er stor mangel på ressurser og svake fagmiljøer. Kan du gjøre noe med det?

– Ja, det kan jeg. Jeg ønsker å sørge for at kommunene har en økonomi som gjør at sykepleiere ikke må springe enda fortere enn de allerede gjør. Det må være tilstrekkelig bemanning. Når det gjelder rekrutteringen er Samhandlingsreformen den viktigste nøkkelen. Kommunene får nå flere interessante og spesialiserte oppgaver. Det er stor søkning til nye prosjekter i forbindelse med reformen. Reformen vil gi nye muligheter til sykepleiere som vil bruke sin kompetanse gjennom innovative tiltak, mener Navarsete.

Spørsmålet er nå hvordan kommunene kommer til å utvikle seg. KS la nylig fram tre scenarioer. Vil kommunene i framtiden bare fungere som tildelere av tjenester som produseres av private aktører? Eller blir mange tjenester rettighetsbaserte, med en stat som styrer kommunene stramt for å hindre lokale ulikheter?

Navarsete tror ikke på noen av scenarioene. Hun vil gjerne at velferdstjenestene i all hovedsak skal drives av fellesskapet. Med litt hjelp fra pårørende og frivillige organisasjoner. En utvikling mot å gi brukerne stadig flere rettigheter, er heller ikke veien å gå.

– Nei, hvis vi gir noen rettigheter, må alle andre kjempe om resten. Det blir veldig trangt og vil gjøre det vanskeligere å satse over hele spekteret. Jeg tror heller at det går mot lokalt tilpassete tjenester. Kommunene er så forskjellige. Med «one size fixes it all»-modellen får du ikke den skreddersømmen vi trenger.

– Da må innbyggere bare akseptere at tilbudet i egen kommune kanskje er forskjellig fra det i nabokommunen?

– Ja. Du skal ha rett til likeverdige helsetjenester, men ikke nødvendigvis like. Innenfor kvalitetsstandarder som staten må bestemme, må det være rom for lokale tilpasninger.

DET VIRKER SOM OM INGENTING kan forstyrre Navarsetes gode humør denne dagen. Noen minutter forsinket til intervjuet ankom hun tydelig fornøyd med to store handleposer under armene. Disse står etter hvert trygt plassert bak pulten, med en kjapp henvisning til den travle hverdagen. Når fotografen, senere, vil følge henne langs det grønnmalte gjerdet som skiller hennes departement fra de ødelagte restene av regjeringskontoret, er hun ikke vond å be. Ordene renner ut av henne i en ufattelig strøm. Et tilsynelatende raust menneske, også når vi spør henne om hun oppfatter Sykepleierforbundet som en «god samarbeidspartner» i arbeidet med å få kommunene i tipp topp shape.

– Ja, absolutt. NSF ser bedre enn noen andre hvor skoen trykker. De føler det direkte på kroppen.

– Men de vil ikke at sykepleiere skal jobbe mer enn hver tredje helg. Har du forståelse for det?

– Ja. Men når jeg snakker med sykepleiere rundt omkring virker det som de ikke alltid er helt på linje med det ledelsen mener. Uansett er det nødvendig at vi skaffer heltidsstillinger til sykepleiere som ønsker det. Det må vi få til hvis vi skal gjøre det attraktivt å jobbe i kommunene.

– En undersøkelse viste nylig at mange lokalpolitikere ikke vet nok om det tilbudet som gis til befolkningen? Da må noe være feil med styringen?

– Det har vært en tendens at politikere bare skal styre på overordnet nivå. Men uansett styringsmodell har lokalpolitikere en plikt til å engasjere seg og se hvordan pengene blir brukt og hva man har oppnådd. I hvert fall en gang i året. Om man for eksempel ser at tilbudet til barn og unge på helsestasjonen blir redusert, så må politikerne forholde seg til det og ikke bare vise til rammene. Det forutsetter at sykepleiere sier fra hvis kvaliteten ikke holder mål.

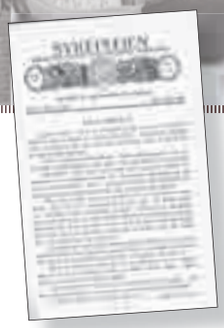
I DET HELE TATT har Navarsete tro på at velferdsstatens kan fornye seg selv. Ikke bare har Norge den økonomien som trengs. Hun har også mer tillit til at lokalsamfunnene kan finne på smarte tilbud enn at staten på død og liv må dytte glupe standardløsninger på dem.

– Men forlanger du ikke litt mye av både brukere og ansatte? Vel og bra at de eldre skal trimme og danse, og at de ansatte skal stortrives. Men mange vil dessverre verken lykkes med det ene eller det andre?

– Selvfølgelig er det ikke noe enkelt, sier hun plutselig strengt.

– Selv om vi setter inn masse forebyggende tiltak etter Fredriciamodellen vil det likevel bli en bratt kurve på innfasingen av sykepleiere i kommunene!

For Navarsete er lite lysten på å dele Oddvar Bråts skjebne. Hun nekter å gå inn i historien som statsråden som brakk velferdssta …



FRED: Sykepleiens utgave fra mai-juni 1945.

JENTEHIRDEN: Sykepleierforbundet var nazifisert under krigen. Her arrangerer Jentehirden kurs i spedbarnsstell i 1942. Foto: Reichskommissariat Bildarchiv, Riksarkivet, RAFA-3309.

Sykepleie i krig og fred

NS-sykepleiere og et nazifisert forbund var en del av virkeligheten i de dramatiske krigsårene.

Krigen startet i 1939, og da man entret det nye tiåret, var det i frykt for at en verdenskrig sto for døren.

Dette preget hele samfunnet. Norsk Sykepleierforbund ble satt under kommissarisk ledelse i krigsårene 1941 til 1945. I den perioden ble Sykepleierforbundets lover satt til side. Nazistene overtok organisasjonen sommeren 1941, og Signe Kahrs Budde ble satt inn som leder. Utnevnelsen var politisk og foretatt av utenriksdepartementet, ifølge boka Kall og kamp av Kari Melby.

Budde ble avsatt som leder i 1944. Dette tyder ifølge Melby på at de nazistiske styresmaktene ikke var fornøyd med hennes innsats.

Sykepleiens spalter var også preget av nazi-styret. I 1942 trykket bladet en artikkel om rasehygiene, som sluttet på denne måten: «Hitlers Tyskland rystet folkene sammen, heldte samfund i smeltedigelen og støpte et nytt Europa. Og i pakt med disse germanske ideer skal også Quislings Norge bli et samfund av en ny, levedyktig, raseren slekt.»

Det kom også leserbrev til Sykepleien fra NS-søstre som ønsket støtte fra andre sykepleiere: «Nu skjønner jeg at også sykepleiersker må ta et politisk standpunkt for å støtte de oppbyggende krefter i vårt samfund. Det gjør jeg ved å tone flagg for Nasjonal Samling,» skrev en NS-sykepleier.

Medlemsgrunnlaget ble utvidet i perioden, og det er sannsynligvis årsaken til at forbundet i krigsperioden sto oppført med mellom 1500 og 2000 medlemmer. Både barnepleiersker og studenter kunne melde seg inn. Jentehirden holdt blant annet kurs i spedbarnsstell.

Allerede 9. mai 1945 ble det holdt konstituerende møte i NSF, med det gamle styret. Det ble nedsatt en granskningskomité for å renske ut de som hadde vært NS-søstre. Vel 30 NSF-medlemmer som også hadde vært NS-medlemmer ble ekskludert, og bedt om å sende inn nål og emblem «per omgående». I tillegg ble like mange ekskludert fra Sykepleierforbundet i ett eller to år, ifølge Kall og kamp. 43 medlemmer ble ekskludert fordi de ikke hadde full sykepleierutdanning.

I 1946 var medlemstallet oppe i 4700. Det var 1000 flere enn før krigen startet. Kontingenten var på 20 kroner.

Tiåret ble dominert av krigen, og årene mellom 1945 og 1949 var preget av opprydningsarbeid. Blant annet hadde selve sykepleierfaget blitt lidende under krigssituasjonen. Det var mangel på medisinsk utstyr og materiell, og fagutviklingen ble mange steder redusert til et absolutt minimum. Utdanningene ble derfor viktige for at faget igjen skulle komme i posisjon. Tråden fra slutten av 30-tallet ble tatt opp igjen i siste del av 40-tallet. NSF jobbet for en klarere fagpolitisk profil – kallstanken måtte vike til fordel for saker om lønn og arbeidstid. I tiden som skulle komme ble yrket mer spesialisert, sykepleierne ville ikke lenger «bære bekken».

Tekst **Ann-Kristin Bloch Helmers**

Miljøfyrtårn®

SABO

- når du vil merkes!

Nakkelykt og klokker

Nakkelykt
Ledlys med
justerbar lysstyrke

kr 150,-

kr 275,-

NYHET!

kr 250,-

NYHET!

kr 300,-

kr 185,-

Flere produkter og bestilling på **www.sabo.no** tel. 73 83 48 50

Avsender
Sykepleien
Postboks 456 Sentrum
NO-0104 Oslo

B

NORGE P.P. PORTO BETALT

DISTRIBUERT AV POSTEN NORGE

posten

MSD

- Månedlig prevensjon, ingen piller å huske
- Lavere østrogendose (etinyløstradiol) enn kombinasjons p-piller[1]
- Bedre blødningskontroll enn kombinasjons p-piller[2,3]

NUVARING®
(etonogestrel/etinyløstradiol)

Før forskrivning av Nuvaring®, se preparatomtalen

C **NuvaRing "Organon"**

Antikonsepsjonsmiddel

ATC-nr.: G02B B01

VAGINALRING 120 µg/15 µg: *Hver vaginalring inneh.:* Etonogestrel 11,7 mg, etinyløstradiol 2,7 mg, hjelpestoffer. **Indikasjoner:** Antikonsepsjon. NuvaRing er beregnet til kvinner i fruktbar alder. Sikkerhet og effekt er etablert hos kvinner 18-40 år. **Dosering:** Den første vaginalringen settes inn i skjeden den 1. dagen i menstruasjonssyklus og brukes i 3 sammenhengende uker. Start på dag 2-5 i syklus er mulig, men da bør mekanisk tilleggsprevensjon brukes de første 7 dagene. Etter 1 ukes ringfri pause, der en menstruasjonslignende blødning inntreffer, settes en ny ring inn i skjeden på samme ukedag og til omtrent samme tid. Ved bytte fra annen hormonell prevensjon, se pakningsvedlegg. **Kontraindikasjoner:** Dyp venetrombose, nåværende eller tidligere, med eller uten medfølgende lungeemboli. Arteriell trombose, nåværende eller tidligere (f.eks. cerebrovaskulær hendelse, hjerteinfarkt) eller forstadium til trombose (f.eks. angina pectoris eller forbigående iskemiske anfall.) Kjent disposisjon for venøs eller arteriell trombose, med eller uten arvelig tilbøyelighet slik som aktivert protein C (APC) resistens, mangel på antitrombin III, mangel på protein C, mangel på protein S, hyperhomocysteinemi og antifosfolipid antistoffer (antikardiolipin antistoffer, lupus antikoagulanter). Migrene med aura i anamnesen. Diabetes mellitus med vaskulære komplikasjoner. Alvorlige eller multiple risikofaktorer for venøs eller arteriell trombose. Pankreatitt eller slik i anamnesen hvis assosiert med alvorlig hypertriglyseridemi. Nåværende eller tidligere alvorlig leversykdom så lenge leverfunksjonsverdier ikke er normalisert. Nåværende eller tidligere levertumorer (benigne eller maligne). Kjente eller mistenkte maligne tilstander i genitalia eller brystene, hvis de er påvirkelige av kjønnshormoner. Udiagnostisert vaginalblødning. Hypersensitivitet for virkestoffene eller noen av hjelpestoffene. **Forsiktighetsregler:** Før behandlingen starter, foretas en grundig medisinsk undersøkelse, inkl. familieanamnese og blodtrykksmåling. Graviditet utelukkes. Hyppighet av senere undersøkelser baseres på etablert klinisk praksis og tilpasses den enkelte kvinne. Hormonelle prevensjonsmetoder har vært assosiert med forekomst av venøse og arterielle tromboser. Bruk av kombinasjons-p-pille innebærer økt risiko for venøs tromboemboli (VTE) sammenlignet med ingen bruk. Risikoen er mindre enn den som er assosiert med graviditet og som er estimert til 60 pr. 100 000 svangerskap. VTE er fatal i 1-2% av tilfellene. Det er ukjent hvordan NuvaRing influerer på risikoen sammenlignet med andre hormonelle prevensjonsmetoder av kombinasjonstypen. Risikoen for venøs tromboemboli (VTE) øker med: Økende alder, positiv familieanamnese (venøs tromboemboli hos søsken eller foreldre i relativt ung alder), fedme (og muligens også overflatiske tromboflebitter og åreknuter), langvarig immobilisering, større operasjoner, ethvert kirurgisk inngrep i bena eller alvorlig traume. I disse situasjonene er det tilrådelig å avbryte bruk (i tilfelle av planlagt kirurgi minst 4 uker i forveien) og ikke fortsette før 2 uker etter fullstendig remobilisering. Risikoen for arterielle tromboemboliske komplikasjoner øker med: Økende alder, røyking, dyslipoproteinemi, fedme, hypertensjon, migrene, hjerteklaffefeil, hjerteflimmer, positiv familieanamnese (arteriell tromboemboli hos søsken eller foreldre i relativt ung alder). Ved mistanke om en arvelig disposisjon skal kvinnen henvises til en spesialist for rådgivning før det tas en avgjørelse vedrørende bruk av hormonell antikonsepsjon. Biokjemiske faktorer som kan indikere arvelig eller ervervet disposisjon for venøs eller arteriell trombose inkluderer aktivert protein C (APC) resistens, hyperhomocysteinemi, mangel på antitrombin-III, mangel på protein C, mangel på protein S og antifosfolipid antistoffer (antikardiolipin antistoffer, lupus antikoagulanter). Ved mistenkt eller bekreftet trombose skal bruk av preparatet avbrytes. Symptomer på venøs eller arteriell trombose kan innbefatte: Unilateral smerte og/eller hevelse i bena, plutselig kraftig smerte i brystet, enten den stråler ut i venstre arm eller ikke, plutselig tungpustethet, hosteanfall, uvanlig kraftig hodepine, plutselig synstap, dobbeltsyn, utydelig tale eller afasi, svimmelhet, kollaps med eller uten fokale anfall, svakhet eller nummenhet som påvirker en side eller en del av kroppen, motoriske forstyrrelser, akutt abdomen. Andre medisinske tilstander som har vært assosiert med sirkulatoriske bivirkninger omfatter diabetes mellitus, systemisk lupus erythematosus, hemolytisk uremisk syndrom, kronisk inflammatorisk tarmsykdom (f.eks. Crohns sykdom eller ulcerøs colitt). En økning i frekvens eller styrke av migrene (som kan være forløper for en kardiovaskulær hendelse) kan være grunnlag for å avbryte bruken av NuvaRing umiddelbart. Noe økt risiko for brystkreft. Den økte risikoen forsvinner gradvis i løpet av 10 år etter avsluttet bruk. Levertumor må anses som en differensialdiagnose ved sterk smerte i øvre del av buken, forstørrelse av leveren eller tegn på indre blødninger i abdomen. Kvinner med hypertriglyseridemi eller slik i familieanamnesen kan ha en økt risiko for pankreatitt. Hvis vedvarende klinisk signifikant hypertensjon utvikler seg, bør bruk av preparatet avsluttes og hypertensjonen behandles. Bruken kan gjenopptas hvis normotensive verdier oppnås ved behandling med antihypertensiver. Følgende tilstander kan forekomme eller forverres ved svangerskap eller ved bruk av hormonell prevensjon: Gulsott og/eller kløe relatert til kolestase, dannelse av gallesten, porfyri, systemisk lupus erythematosus, hemolytisk uremisk syndrom. Sydenhams chorea, herpes gestationis, otoskleroserelatert hørselstap, (arvelig) angionevrotisk ødem. Ved akutte eller kroniske forstyrrelser av leverfunksjon seponeres preparatet inntil markørene for leverfunksjon går tilbake til normalen. Kan nedsette perifer insulinresistens og glukosetoleranse og kvinner med diabetes bør monitoreres nøye spesielt de første månedene. En forverring av Crohns sykdom og ulcerøs kolitt har vært assosiert med hormonell antikonsepsjon. Kvinner med tendens til kloasma bør unngå å utsette seg for sollys eller ultrafiolette stråler. Hvis en av følgende tilstander foreligger kan kvinnen ha problemer med å sette ringen riktig på plass eller ringen kan falle ut: Livmorhalsprolaps, fremfall av fremre eller bakre skjedevegg, kraftig eller kronisk forstoppelse. Svært sjelden er det rapportert at preparatet utilsiktet er satt inn i urinrøret og kan havne i urinblæren. Feilplassering bør derfor overveies som differensialdiagnose ved symptomer på cystitt. Svært sjelden er det rapportert at ringen har festet seg i vevet i vagina og måtte fjernes av helsepersonell. Vaginitt kan forekomme. Det er ingen indikasjoner på at effekten av NuvaRing påvirkes av behandling for vaginitt eller at selve ringen påvirkes av slik behandling. **Interaksjoner:** Interaksjoner kan forekomme med legemidler som induserer mikrosomale enzymer, noe som kan resultere i økt clearance av kjønnshormoner f.eks. fenytoin, fenobarbital, primidon, karbamazepin hydantoiner, rifampicin og muligens også okskarbazepin, topiramat, felbamat, ritonavir, griseofulvin og preparater som inneholder johannesurt. Noen kliniske rapporter antyder at den enterohepatiske sirkulasjonen av østrogener kan avta når visse typer antibiotika gis, f.eks. penicilliner og tetracykliner, noe som kan redusere konsentrasjonene av etinyløstradiol. Sikkerhet og effekt påvirkes ikke av behandling med antimykotika eller spermiedrepende midler. Andre legemidlers metabolisme kan påvirkes, ved at plasma- og vevskonsentrasjoner øker (f.eks. ciklosporin) eller reduseres (f.eks. lamotrigin). **Graviditet/Amming:** *Overgang i placenta:* Hvis graviditet oppstår, skal ringen tas ut. Effekten ved bruk av preparatet under graviditet, er ukjent. Til tross for intravaginal administrering er intrauterine konsentrasjoner av prevensjonshormoner lik de nivåene som er observert hos p-pillebrukere. *Overgang i morsmelk:* Østrogener kan redusere mengden og endre sammensetningen av brystmelken. Bør ikke brukes under amming. **Bivirkninger:** *Vanlige (≥1/100 til <1/10):* Gastrointestinale: Magesmerter, kvalme. Hud: Akne. Infeksiøse: Vaginale infeksjoner. Kjønnsorganer/bryst: Smerter i bekkenet, ømme bryster, genital kløe, dysmenoré, vaginal utflod. Nevrologiske: Hodepine, migrene. Psykiske: Depresjon, nedsatt libido. Undersøkelser: Vektøkning. Øvrige: Ubehag i forbindelse med ringen, utstøting. *Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):* Gastrointestinale: Diaré, oppkast, oppblåst mage, forstoppelse. Hjerte/kar: Hetetokter. Hud: Alopesi, eksem, kløe, utslett. Immunsystemet: Hypersensitivitet. Infeksiøse: Cervisitt, cystitt, urinveisinfeksjon. Kjønnsorganer/bryst: Amenoré, ubehag i brystene, forstørrede bryster, brystspreng, cervixpolypper, blødning under samleie, dyspareuni, cervix-ektopi, fibrocystisk brystsykdom, menoragi, metroragi, ubehag i bekkenet, premenstruelt syndrom, kramper i uterus, brennende følelse i skjeden, vond lukt fra skjeden, smerter i skjeden, vulvovaginalt ubehag, vulvovaginal tørrhet. Muskel-skjelettsystemet: Ryggsmerter, muskelkramper, smerter i ekstremitetene. Nevrologiske: Svimmelhet, hypoestesi. Nyre/urinveier: Dysuri, sykelig trang til vannlating, hyppig vannlating. Psykiske: Følelsesmessig labilitet, humørsvingninger. Stoffskifte/ernæring: Økt appetitt. Undersøkelser: Forhøyet blodtrykk. Øye: Synsforstyrrelse. Øvrige: Tretthet, irritabilitet, utilpasshet, ødemer, følelse av fremmedlegeme. *Svært sjeldne (<1/10 000), ukjent:* Hud: Urticaria. **Egenskaper:** *Klassifisering:* Lavdosert østrogen/gestagen monofasisk kombinasjonspreparat. Ringen frigir gjennomsnittlig 120 µg etonogestrel og 15 µg etinyløstradiol per 24 timer. *Virkningsmekanisme:* Undertrykkelse av ovulasjonen. *Absorpsjon:* Rask absorpsjon fra vaginalslimhinnen. Maks. serumkonsentrasjon: Etonogestrel ca. 1 uke, etinyløstradiol ca. 3 dager. Absolutt biotilgjengelighet: Etonogestrel ca. 100%, etinyløstradiol ca. 56%. *Fordeling:* Distribusjonsvolum: Etonogestrel ca. 2,3 liter/kg, etinyløstradiol ca. 15 liter/kg. *Halveringstid:* Etonogestrel: Ca. 29 timer, plasmaclearance ca. 3,5 liter/time. Halveringstid for metabolittutskillelsen ca. 6 dager. Etinyløstradiol: Ca. 34 timer. Plasmaclearance ca. 35 liter/time. Halveringstid for metabolittene ca. 1,5 dag. *Utskillelse:* Via urin og galle. **Oppbevaring og holdbarhet:** Grossist og apotek: Kaldt (2-8°C). Hos bruker: Romtemperatur (<30°C), ikke over 4 måneder. **Pakninger og priser:** 1 stk. kr 125,90. 3 stk. kr 321,80.

Sist endret: 08.11.2011

Referanser:

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

Tryggere bruk av p-piller

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

Statens legemiddelverk

MSD

MSD (Norge) AS, Pb. 458 Brakerøya, 3002 Drammen, telefon 32 20 73 00, telefaks 32 20 73 10, www.msd.no.

Copyright © 2011 Merck Sharp & Dohme Corp., et datterselskap av Merck & Co., Inc. All rights reserved. 10-2012-NUV-2010-SCAN(NO)-4987-J