



Lilly

Styrt av lyst – ikke av tid.

Med Cialis® har pasienten mulighet til å ha sex innen en halvtime – men varigheten er hele 36 timer.¹ Det betyr at paret kan ha sex om kvelden, og så om morgenen, eller neste kveld og til og med morgenen deretter – hvis de vil.

Studier viser at flere pasienter foretrekker Cialis® fremfor Viagra®; dels på grunn av den lange varigheten, og dels på grunn av ereksjonens hardhet.²

Forskriv Cialis® til din neste pasient med ereksjonsproblemer, og la paret oppleve friheten ved å kunne ha sex når de selv vil. Det gjør virkelig en forskjell.



JA - DET ER FORSKJELL!

Referanser: **1.** Godkjent preparatomtale. **2.** Eardly et al, Open label, multicenter, randomized crossover study to assess patient preference, efficacy and safety of sildenafil and tadalafil (Tadalafil 10 mg–20 mg vs sildenafil 25 mg, 50 mg, 100 mg, 12 weeks, n=291). BJU Int 2005; 96; (9); 1323–1332.

Se preparatomtale side 80

Nysgjerrig på om noen har funnet opp hjulet på nytt?



Smartprisen 2008 er i gang – og vi har mottatt mange bidrag. I hele desember kan du stemme på din favorittidé. Da ønsker vi å høre hvilket forslag du synes fortjener å vinne hovedprisen på 100.000 kroner. Følg med på www.sykepleien.no og i neste nummer av Sykepleien.

Sykepleien arrangerer nå Smartprisen for tredje år på rad. Prisen er en kåring av den beste ideen eller oppfinnelsen som kan lette hverdagen for både pasienter og ansatte innen helsevesenet.

Smartprisen 2008 arrangeres i samarbeid med Innovasjon Norge og KS. Hele 4 priser deles ut. [Les mer om Smartprisen og årets forslag på www.sykepleien.no.](http://www.sykepleien.no)



Bjørn Arild Østby om etikk

Stilling: Konstituert redaktør i Sykepleien

E-post: bjorn.arild.ostby@sykepleien.no

Er det noe du er irritert på? Skriv til aksjonisten@sykepleien.no

En etisk varsellampe

Skal ... skal ikke ... Det er bare å slå opp i de etiske retningslinjene, eller ...

«Å være smiskete eller opptre som nikkedukke er noe man lærer allerede på sykepleierskolen. Jeg har erkjent at det er det man må bli for å overleve i en studie hvor hver enkelt veileder opphøyer seg selv og sin kunnskap som det eneste korrekte.»

Våren og høsten for to år tilbake var debattspaltene i Sykepleien fylt med denne type utsagn om uforsvarlig yrkesutøvelse. Nå er debatten stilnet. Og det er ikke bra. Jeg tror nemlig ikke at tausheten er tegn på at situasjonen er blitt bedre. Jeg frykter snarere at etikk i arbeidslivet er blitt skjøvet nedover på dagsorden. Det må vi ikke akseptere.

«Stol på meg,» sier profesjonsutøveren og viser til sin autorisasjon og sin avlagte ed. Hvorfor skal vi gjøre det? Hvilken garanti har vi for at han eller hun holder løftet sitt?

Utviklingen i helsevesenet gjør at vi ikke lenger tar for gitt at legen eller sykepleieren kjenner til og godtar normene for god oppførsel som er nedfelt i profesjonen.

Vi bør igjen få etikk øverst på dagsorden i arbeidslivet. Vi trenger etikken når vi står fast og lurer på hva som bør gjøres. Den gir oss et språk og prinsipper for å avklare hvilke beslutningshensyn som gjelder i situasjonen. I arbeidslivet støter vi ofte på dilemmaer, valgsituasjoner hvor vi må velge mellom det rette og det rette, og la ett eller flere viktige hensyn vike. Det er i slike situasjoner vi trenger etikken, et verktøy som gjør at vi kan foreta beslutningen på en ryddig måte.

I denne sammenheng tror jeg vi kan lære en del av Sokrates, filosofen som levde for to tusen fire hundre år siden. Nemlig at vi med jevne mellomrom stopper opp og tenker igjennom hva vi holder på med, om handlingene våre er i over-

ensstemmelse med det vi tror på. Både for enkeltindivider og organisasjoner er det god grunn til å sette av tid til sokratisk refleksjon, til å ta et skritt tilbake og betrakte det vi holder på med til daglig fra en annen synsvinkel. Det neste er å ha mot til å gå videre og forfølge et standpunkt i praksis.

Det er ingen lett øvelse. På den ene siden blir vi oppfordret til å varsle, samtidig som vi vet at varslere ofte blir behandlet dårlig.

Også brukere av profesjonstjenester bør bli flinkere til å stille spørsmål for å finne ut hva utøveren har å by på. Å ta til motmæle i forhold til en overordnet betraktes som uforskammet. Her er det ikke snakk om tradisjonell varsling, men om å gi en mektig person en ubehagelig opplevelse som gjør at vedkommende kan komme til å lagre deg i hukommelsen. Som en plageånd.

Helsepersonell er underlagt mer eller mindre selvpålagte etiske retningslinjer som har til hensikt å bidra til moralsk akseptabel atferd fra utøveren. Den som setter sin egeninteresse foran brukernes interesse, kan møtes med sanksjoner som er forankret i retningslinjene. Ved å underlegge seg disse retningslinjene har utøveren også god tatt at det er rett og rimelig med straff ved overtramp.

Profesjonsetiske retningslinjer er utvilsomt innført med de beste hensikter, men jeg tror de har en skyggeside som ofte blir undervurdert. Viljen til å ta personlig ansvar og anvende skjønn har lett for å bli svekket. Det som ikke eksplisitt er identifisert og nedskrevet som galt, er tillatt.

Fremdeles vil det være behov for å trekke opp grenser for akseptabel profesjonsatferd, men ansvaret for å ta stilling og begrunne valgene sine



Foto: Stig Weston

ligger i fanget til den enkelte yrkesutøveren.

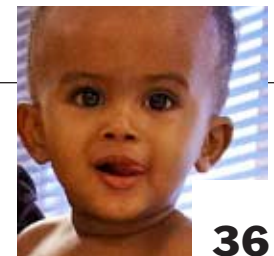
Vi må ikke bli som personaldirektøren filosofen Øyvind Kvalnes siterer i boka «Se gorillaen!»:

«Tror du etikk er kommet for å bli?». Det lå et håp i stemmen, et ønske om at svaret skulle være nei. Han var plaget av alt etikkpratet, og ønsket at det skal gå over. Det må ikke skje.

Bjørn Arild Østby



06



36



Forsidefoto: Marit Fonn

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

Fungerende ansvarlig redaktør

Bjørn Arild Østby
tlf. 22 04 33 59 / 92 03 09 05
bjorn.arild.ostby@sykepleien.no

Markedssjef

Ingunn Roald
tlf. 22 04 33 70 / 91 60 38 12
ingunn.roald@sykepleien.no

E-post:

redaksjonen@sykepleien.no
interaktivt@sykepleien.no

Repro og trykk

Stibo Graphic AS



Sykepleiens formålsparagraf:

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

- 6 – Sykepleiere på sykehjem mangler akuttkunnskap
- 9 **Vi bare spør:** Astrid Grydeland Ersvik
- 10 Folk
- 13 15 brudd i KS
- 14 Varsler ikke om farlige sjåførere
- 16 Antiløft-metoden
 - Lettere hverdag, men får ikke brukt alt
- 19 – Jenters underliv bør undersøkes
- 20 **Dokumentar:** Scener fra et yrkesliv. Historiene er innsendt til nettkonkurransen Øyeblikk 2008 på sykepleien.no
- 28 Sløv organisering truer pasientsikkerhet
- 30 **Tett på:** Janne Sonerud
- 34 **Hør her:** Vaksinerer eller ikke?
- 42 **Bøker:**
 - Forfatterintervju: Nina Palmer
 - Anmeldelser
 - Månedens bok
 - Omtaler
 - 9 spørsmål til Ann Merete Otterstad
- 48 Stafett i bistand
 - Mer ansvar enn hjemme
 - – Så behovet for system
- 53 – Rammeplan må bestå
- 54 Sarpsborg bestod
- 56 Nordisk bekymring
- 58 Kuttet 41 tonn ftalater
- 60 Notiser
- 62 **Tema:** Helsekampanjer gjennom tidene
 - Fornuft og følelser
 - Jo verre, jo bedre
 - – Stigmatiser mer
 - Politikk bak melkeflaska
 - – Litt som døgnfluer
- 77 Minneord
- 78 **Dilemma:** Hjemmesykehelvete?
- 81 **Refleks:** Jon Hustad
- 82 Siden sist
- 83 Meninger
- 86 Quiz
- 87 Før

Illustrasjon fra boken «Reisen til Helseland», Fagbokforlaget.
Korrekt vektkontroll – bevar ungdomstypen (1934)

Fag i utvikling:

- 36 Fagtema: Forebygging ikke gratis
 - Ikke bare et storbyfenomen
- 68 – Kunnskapsløs debatt
- 72 – I samme båt
- 76 Fagnotiser

- 88 Sykepleien JOBB – ledige stillinger
- 100 Meldinger, skoler og kurs
- 104 **NSF:**
 - Gravide sykepleiere diskrimineres
 - Magnet – fremtidens sykehus
 - Tvangsbruken må ned
- 106 **Lisbeth Normann** om faggrupper

Fornuft og følelser

Helsekampanjer har velmenende skremt vannet av folk, veiledet eller oppmuntret til et sunt liv. De har også sendt tydelige signaler om idealene i tiden.



62

– Sykepleiere på sykehjem mangler akuttkunnskap

Da sykepleier Siobhan Brazill begynte å jobbe på sykehjem, lurte hun på hvorfor sykepleierne ikke brukte stetoskop.

Det er 13 år siden irske Siobhan Brazill kom til Norge. Hun hadde erfaring fra intensivavdeling og hadde jobbet i Irland, USA og Saudi-Arabia. Her i landet fikk hun først jobb i hjemmesykepleien, så på Svelvik sykehjem i Vestfold.

Hun opplevde etter hvert at kollegene var utrygge i akutsituasjoner. De kliniske vurderingene ble ikke gjort systematisk. Med sin intensivbakgrunn var Brazill vant til å vurdere slike pasienter, blant annet ved å bruke stetoskop.

Frustrerte

Temaet har hun forfulgt i sin masteroppgave «Hva kjennetegner kliniske vurderinger i sykehjem?». Mastergraden har hun tatt i klinisk sykepleie ved Høgskolen i Buskerud. Blant annet har hun intervjuet fire sykepleiere og hjelpepleiere på et sykehjem om hvordan de takler akutt pasienter.

– Jeg fikk bekreftet at de mangler nødvendig kunnskap for å ta medisinske vurderinger i akutte situasjoner. Dette gjør det vanskelig for sykepleierne å gi nøyaktig og relevant informasjon når de kon-

takter legevakt og sykehus. Derfor blir de frustrerte, sier Brazill.

Kaos

Pasienter på sykehjem får stadig mer komplekse sykdommer.

– Antallet akutte og subakutte situasjoner øker. Dette utfordrer sykepleiernes tradisjonelle metoder.

Pasientene får for eksempel lungeødem, infarkt og slag.

– Sykepleierne opplever situasjonen som kaotisk. De sier at rutinene ikke blir fulgt på grunn av manglende opplæring. De finner ikke papirene. De lytter ikke på hjerte og lunger.

Som studenter har de lært mange typer teknikker. Men ute i sykehjemmene bruker de ikke denne kunnskapen. Brazill snakker om å bruke stetoskopet. Lytte til tarmlyder. Palpere.

– Mange sier at det er tidskrevende og stressende. Jeg tror det er fordi de mangler systematikk, opplæring og erfaring.

Utvannet språk

Sykepleierne har lite tillit til egne evner. Frustrasjonen skyldes blant

annet at de har utvannet fagspråket sitt.

– Det har de blitt nødt til fordi de over mange år har snakket så mye med ufaglærte. De har brukt et enklere språk og er ikke lenger vant til å bruke faguttrykk, sier Brazill.

Da kan de ikke bruke ord som «lungeødem».

– De jeg har intervjuet, sier at de ikke får opplæring i å vurdere akutt pasienter.

– *Er det slik over alt?*

– Ja, jeg antar dette er overførbart til sykehjem i hele landet.

– *Hva kan gjøres?*

– Sykepleiernes daglige vurderinger er basert på erfaring og at de kjenner pasientene. De ser de små variasjonene som skjer over tid. Utfordringen er mangelen på medisinsk kunnskap når pasientene får stadig mer komplekse sykdommer. Ifølge våre etiske retningslinjer har sykepleierne et selvstendig ansvar for å holde seg faglig oppdatert. Jeg mener at avdelings- og institusjonslederne må dele på dette ansvaret.

– Må definere ansvar

Brazill anbefaler at autorisasjo-

nen som sykepleier er basert på kontinuerlig kompetanseheving innen geriatrisk sykepleie, gjerne i nasjonal regi. Dette krever et bedre samarbeid mellom sykehjem og høyskoler.

– Et sykehjem er ikke lenger bare et sted å bo, men også et behandlingssted. Vi må redefinere hvilken kompetanse sykepleierne trenger for både å gi omsorgsfull pleie og gjøre gode kliniske vurderinger. Vårt ansvar må tydeligere defineres.

I flere europeiske land må sykepleierne jevnlig vise til at de deltar i nasjonale utdanningsprogram for å beholde autorisasjonen. Noe tilsvarende kunne Brazill ønske seg i Norge.

– *Hva gjør dere med dette der du jobber?*

– Vi skal lage et kursprogram neste år om geriatriske vurderinger. Da vil vi bruke evidensbasert forskning.

Unødvendig til sykehus

– *Går liv tapt fordi sykepleierne mangler akuttkunnskap?*

– Det tror jeg ikke, men det



STETOSKOP: Siobhan Brazill var vant til å bruke stetoskopet på intensivavdelinger. Det har hun fortsatt med på sykehjemmet.

fører til unødvendige innleggelser, som er en påkjenning for pasienten.

Brazill mener at slike innleggelser lett kan unngås. For eksempel kan en sykepleier godt skifte en peg på en pasient på sykehjemmet eller gi intravenøs behandling i en kort periode.

– Det er ikke nødvendig å sende

en pasient akutt til sykehus når pegen detter ut. Når pasienten blir sendt fra sykehuset, må de ansatte på sykehjemmet få opplæring i å bruke utstyr de ikke kjenner.

Sykepleierne må også definere mer nøyaktig hva som krever innleggelse.

– Nå opplever de ofte ikke å bli hørt. Notatene deres blir ikke

lest av legene. På sykehuset gjøres nye vurderinger. Og sykepleierne forstår ikke hvorfor pasienten sendes så fort tilbake til sykehjemmet. For fort, etter deres mening, sier Brazill.

Sykepleierne opplever situasjonen som kaotisk.

Siobhan Brazill

– Ute av trening

– Det stemmer med våre opplysninger at sykepleiere på sykehjem har for lite kunnskap om akuttsituasjoner. De sier de er ute av trening.

Det sier Hilde Fryberg Eilertsen, leder i Norsk Sykepleierforbunds faggruppe av sykepleiere i geriatri og demens.

Hun viser til at gjennomsnittspasienten på sykehjem er gammel og har kroniske lidelser.

– Det blir en utfordring når pasientene har kortere liggetid og skrives raskere ut fra sykehuset. De har mange sammensatte sykdommer, og sykehjemmet fungerer som et mini-sykehus.

– Vi ser en økning i avansert behandling i sykehjemmet, og risikoen for akuttsituasjoner blir mye større. Sykepleierne er ofte alene med ansvaret på kveld og natt. De føler seg usikre på egne evner når de må ta akuttmedisinske avgjørelser. Dette kan føre til unødvendige innleggelser for lidelser som kunne vært behandlet i sykehjemmet.

– *Hva kan man gjøre?*

– Øke opplæringen om akuttmedisin. Sørge for flere øvelser og drilling i akuttsituasjoner. Sykepleierne kan hospitere på sykehus for å bli tryggere i aktuelle prosedyrer og behandlingsoalternativer.

Dessverre, malariamyggen tar aldri ferie!



MALARONE®

atovakvon/proguanil

gir effektiv beskyttelse (95-100 %)¹ mot *P. falciparum*-malaria for hele familien*

Effektiv mot *P. falciparum*-stammer som er resistente overfor andre antimalaria¹
Kryssresistens mellom andre antimalaria og MALARONE er ikke observert¹

C Malarone «GlaxoSmithKline»
C Malarone Junior «GlaxoSmithKline»
Antimalariamiddel.

ATC-nr.: P01B B51

TABLETTER: Malarone: Hver tablett inneholder: Atovakvon 250 mg, proguanilhydroklorid 100 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Rødt jernoksid (E 172), titandioksid (E171).

TABLETTER: Malarone Junior: Hver tablett inneholder: Atovakvon 62,5 mg, proguanilhydroklorid 25 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Rødt jernoksid (E 172), titandioksid (E 171).

Indikasjoner: Malarone: Profylakse mot Plasmodium falciparum-malaria. Behandling av akutt, ukomplisert malaria forårsaket av *P. falciparum*.

Malarone Junior: Profylakse mot *P. falciparum*-malaria hos personer som veier 11-40 kg. Behandling av akutt, ukomplisert *P. falciparum*-malaria hos barn ≥ 5 kg og <11 kg. Siden Malarone og Malarone Junior kan være effektive mot stammer av *P. falciparum* som er resistente mot eller flere antimalariamidler, kan disse preparatene være spesielt godt egnet som profylakse og behandling mot *P. falciparum*-malaria i områder hvor det er vanlig at denne arten er resistent overfor andre antimalariamidler. Offentlige retningslinjer og lokal informasjon om prevalens av resistens overfor antimalariamidler skal tas med i vurderingen. Offentlige retningslinjer vil normalt inkludere retningslinjer fra WHO og helsemyndigheter.

Dosering: Malarone: Profylakse: 1 tablett daglig til personer >40 kg. **Behandling: Voksne:** 4 tabletter 1 gang daglig i 3 dager. **Barn: 11-20 kg:** 1 tablett 1 gang daglig i 3 dager. **21-30 kg:** 2 tabletter 1 gang daglig i 3 dager. **31-40 kg:** 3 tabletter 1 gang daglig i 3 dager. **>40 kg:** Dosering som for voksne. **Malarone Junior:** Profylakse: **Barn: 11-20 kg:** 1 tablett daglig. **21-30 kg:** 2 tabletter daglig. **31-40 kg:** 3 tabletter daglig. **Behandling: Barn:** 5-8 kg: 2 tabletter 1 gang daglig i 3 dager. **9-10 kg:** 3 tabletter 1 gang daglig i 3 dager. Bør tas sammen med mat eller melk og til samme tid hver dag. Ved oppkast den første timen etter inntak, bør ny dose tas. Ved diaré bør normal dosering fortsette. Profylakse skal påbegynnes 24-48 timer før innreise i endemisk område med malaria, tas under hele oppholdet og i 7 dager etter utreise fra området. Profylakse i malariaendemisk område bør ikke overskride 28 dager. For innbyggere (semi-immune personer) i endemiske områder er sikkerhet og effekt av preparatene fastslått i studier på inntil 12 uker. Tablettene bør svelges hele. Kan også knuses og blandes i mat eller melk.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for atovakvon, proguanilhydroklorid eller øvrige innholdsstoffer. Kontraindisert som profylakse mot *P. falciparum*-malaria hos pasienter med alvorlig nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance <30 ml/minutt).

Forsiktighetsregler: Sikkerhet og effekt av Malarone Junior som profylakse hos barn <11 kg er ikke klarlagt. Absorpsjon av atovakvon kan være redusert hos pasienter med diaré eller oppkast, men dette har ikke vært assosiert med nedsatt profylaktisk effekt. Dersom pasienter med akutt malaria har diaré eller oppkast, bør alternativ behandling vurderes. Dersom Malarone brukes til behandling av malaria hos disse pasientene, bør parasittmengden i blodet følges nøye. Ikke undersøkt for behandling av cerebral malaria eller andre alvorlige manifestasjoner av komplisert malaria som hyperparasitemi, lungeødem eller nyresvikt. Residiv oppstår ofte når *P. vivax*-malaria kun blir behandlet med Malarone. Reisende som blir betydelig eksponert for *P. vivax* eller *P. ovale*, og som utvikler malaria forårsaket av en av disse parasittene trenger tilleggsbehandling med et legemiddel som er aktivt overfor hypnozoider. Ved residiv etter infeksjon med *P. falciparum* etter behandling med Malarone eller ved behandlingssvikt, bør pasienten behandles med et annet middel med drepende virkning på schizontene i blodet. Parasittforekomst i blodet bør overvåkes hos pasienter som samtidig behandles med metoklopramid eller tetrazyklin. Samtidig behandling med Malarone og rifampicin eller rifabutin anbefales ikke. Alternativer til Malarone bør anbefales for behandling av akutt *P. falciparum*-malaria hos pasienter med alvorlig nedsatt nyrefunksjon (Cl_{CR} <30 ml/minutt). Svimelhet er rapportert ved bruk av Malarone. Pasienter bør ikke kjøre bil, bruke maskiner eller ta del i aktiviteter som setter dem selv eller andre i fare dersom de er svimle.

Interaksjoner: Proguanil kan øke den antikoagulerende effekten av warfarin og andre beslektede kumarinbaserte antikoagulasjonsmidler. Ved samtidig bruk må forsiktighet utvises ved oppstart eller

Doseres etter vekt

Tablettstyrke	Vekt kg	Før avreise 1 dag	Under oppholdet daglig	Etter utreise 7 dager
Malarone 250/100	> 40	●	●	●
Malarone Junior 62,5/25	31-40	● ● ● ●	● ● ● ●	● ● ● ●
Malarone Junior 62,5/25	21-30	● ●	● ●	● ●
Malarone Junior 62,5/25	11-20	●	●	●

Den daglige dosen bør tas sammen med mat eller melk (for å oppnå maksimal absorpsjon).

seponering av malariprofylakse eller behandling. Samtidig behandling med metoklopramid og tetrazykliner har vært forbundet med betydelig reduksjon i plasmaproteinkonsentrasjonen av atovakvon. Forsiktighet ved kombinasjon med indinavir pga. reduksjon av C_{min} for indinavir. Samtidig behandling med rifampicin eller rifabutin nedsatter atovakvon-nivået med hhv. ca. 50 % og 34 % og bør derfor unngås. **Graviditet/Amning: Overgang i placenta:** Sikkerheten ved samtidig bruk av atovakvon og proguanilhydroklorid hos gravide er ikke klarlagt og potensiell risiko er ukjent. Bruk under graviditet bør kun overveies dersom forventede fordeler for moren oppveier mulig risiko for fosteret. Proguanil hemmer parasittens dihydrofolatreduktase. Ingen kliniske data indikerer at folatsupplement reduserer legemidlets effekt. Kvinner i fertil alder som behandles med folattilskudd skal fortsette med slik behandling mens de tar preparatene. **Overgang i morsmelk:** Det er ikke kjent om atovakvon skilles ut i morsmelk. Proguanil utskilles i morsmelk i små mengder. Preparatene bør ikke brukes under amning. **Bivirkninger:** Vanligvis milde og av begrenset varighet. Hyppigst rapportert ved bruk av Malarone som profylakse mot malaria: Hodepine, magesmerter, diaré, kvalme og feber. Hyppigst rapportert ved bruk av Malarone eller Malarone Junior til behandling av malaria: Magesmerter, hodepine, anoreksi, kvalme, oppkast, diaré og hoste. Uventede hendelser assosiert med Malarone, Malarone Junior, atovakvon eller proguanilhydroklorid: Blod: Anemi, nøytrofeni, pancytopeni hos pasienter med alvorlig nedsatt nyrefunksjon. **Endokrine:** Anoreksi, hyponatremi. **Gastrointestinale:** Magesmerter, kvalme, oppkast, diaré, magintoleranse, sår i munnen, stomatitt. **Lever:** Forhøyede leverenzymverdier og amylasenivåer. Unormale leverfunksjonstester er reversible og ikke forbundet med uønskede kliniske hendelser. **Lutveier:** Hoste. **Neurologiske:** Hodepine, søvnløst, svimmelhet. **Øvrige:** Feber, hårtapp, allergiske reaksjoner inkl. utslett (urticaria), klee, angioødem og isolerte tilfeller av anafylaksi. **Overdosering/Forgiftning:** Ved mistanke om overdosering, bør symptomatisk støttebehandling gis. **Egenskaper: Klassifisering:** Kombinasjonspreparat med atovakvon og proguanilhydroklorid som virker drepende på schizonten i blodet og som også er aktive overfor hepatiske schizonten av *P. falciparum*. **Virkningsmekanisme:** Kombinasjon av atovakvon og proguanil gir synergetisk effekt. Virkestoffene griper inn i ulike synteseveier for pyrimidin, som er nødvendig for replikasjon av nukleinsyrer. Atovakvon hemmer elektrontransportkjeden i parasittens mitokondrier og medfører kollaps av

mitokondrienes membranpotensiale. Proguanil, via metabolitten cykloguanil, hemmer dihydrofolatreduktase og forhindrer deoksytymidylatsyntesen. Proguanil kan også forsterke atovakvons evne til å bryte mitokondriens membranpotensiale hos malariparasitter. **Absorpsjon:** Atovakvon er svært lipofilt med lav vannoppløselighet. Fettholdig mat inntatt samtidig med atovakvon øker absorpsjonsgrad og -hastighet, og øker AUC 2-3 ganger og C_{max} 5 ganger i forhold til ved faste. Proguanilhydroklorid absorberes raskt og fullstendig, uavhengig av samtidig matinntak. **Fordeling:** Atovakvon har høy proteinbindingsgrad (>99 %), men fortrenger ikke andre legemidler med høy proteinbindingsgrad in vitro. Proguanil er 75 % proteinbundet. **Halveringstid:** Atovakvon: Ca. 2-3 dager hos voksne og 1-2 dager hos barn. Proguanil og cykloguanil: Ca. 12-15 timer hos både voksne og barn. **Metabolisme:** Proguanilhydroklorid blir delvis metabolisert av CYP 2C19. **Utskillelse:** Atovakvon: Ubetydelig utskillelse i urin. Det meste (>90 %) utskilles uforandret i fæces. Proguanilhydroklorid: <40 % utskilles uforandret i urin. Metabolittene cykloguanil og 4-klorofenylbiguanid utskilles også i urin. **Pakninger og priser: Malarone:** 12 stk. kr 371,20. **Malarone Junior:** 12 stk. kr 141,10. Sist endret: 20.05.2008

* Personer > 11 kg

Referanse:

¹ McKeage K, Scott LJ. Atovaquone/Proguanil. Drugs 2003;63(6):597-623



GlaxoSmithKline AS, Postboks 180 Vinderen, 0319 Oslo.
Telefon: 22 70 20 00. Telefaks: 22 70 20 04. www.gsk.no

Astrid Grydeland Ersvik

Alder: 47 år

Aktuell som: Leder for helsesøstrenes landsgruppe i Norsk Sykepleierforbund. Den faggrupelederen som er mest synlig i mediene.

BAKGRUNN:

Helsesøstrene er kjekke å ha. I høst har de fått høre at de bør avsløre alkoholisme hos foreldre, avverge kjønnslemlestelse og hvp-vaksinere tolvåringer. Og de er blitt anklaget for ikke å informere unge p-pillebrukere om faren for blodpropp.

Dere helsesøstre er veldig populære?

– Ja, vi skal løse mange oppgaver for helsemyndighetene. Og så er vi populære blant ungdom. I Bergens Tidende sto det nettopp: «Gi oss i dag vår daglige helsestasjon.»

Hvordan opplever du å få tildelt oppgaver via mediene?

– Ganske frustrerende. Fordi de ofte har for lite bakgrunnskunnskap. Vi driver ikke ad-hoc. Vi jobber etter en plan.

Hvorfor informerer dere ikke om blodproppsfaren ved p-piller?

– Vi informerer. Det der var en feilopplysning i Aftenposten.

Hva er det viktigste dere ikke får nok tid til?

– Den ordinære oppfølgingen av barn og foreldre.

Hvordan er forståelsen av helsesøstrenes arbeid blant folk flest?

– Mange tror at vi vaksinerer, veier og måler. Men brukerne ser at vi har et mye større spekter.

Hva med politikerne?

– De har for lite kunnskap om det vi faktisk gjør.

Og mediene?

– Mye av det samme. Samtidig er en del flinke til å vise alt det andre vi gjør.

Liker du å forholde deg til mediene?

– Det er å overdrive. Det er utfordrende, noe vi ikke har kompetanse i. Så vi må lære det og. Det er viktig.

Kan dere noen gang komme à jour?

– Tvilstomt. Travelt vil det alltid være, men det er noe med graden. Tidsnøden går ut over kvaliteten, og det er bekymringsfullt.

Burde helsesøstre spesialisere seg i ulike retninger?

– Vi er i utgangspunktet spesialister. Og mange har andre videreutdanninger. Flere er eneste helsesøster i kommunen. Da må de ta hele feltet. I større kommuner er det større mulighet for å fordype seg.

Hva med deg?

– Jeg har valgt ledelse. Jeg var sjefhelsesøster i Kristiansund, men er nå faggrupeleder på full tid.

Er dere for snille? Klarer ikke si nei?

– Ja, er nok det i noen tilfeller.

Forebygging – et evig stebarn?

– Det er et satsingsområde på papir og i ord. Men ikke i økonomi.

Blir du sint?

– Av og til. Kan bli skikkelig forbannet når vi blir anklaget for å gjøre en dårlig jobb når problemet er rammebetingelsene. Det er som om å skyte på pianisten.

Hva uroer helsesøstre mest?

– Omorganisering i kommunene. Fjerning av lederstillinger for helsesøstre. Nye oppgaver uten flere ressurser.

Hva gjør dere?

– Argumenterer inn mot sentrale helsemyndigheter. Prøver å sikre lovverk som ivaretar tjenesten. Belyser kompetansen vi faktisk har.

Hva irriterer mest?

– Når de sier de vil satse på forebygging og ikke gjør det.



tekst og foto Marit Fonn



KONSERT: Elin Furubotn forbereder seg til konsert med Ole Paus. Foto: Barbro Steinde

Syngende sykepleier

Elin Furubotn er psykiatrisk sykepleier fra Stavanger. Hun er også en kjent sanger, gitarist og låtskriver. Hennes tredje cd «Det som er nå» ble kåret blant de fem beste album i 2008 i NRK P1, «Norsk på norsk». Etter 19 år som sykepleier tok hun i februar en pause fra jobben på poliklinikken «Enhet for spiseforstyrrelser» i Stavanger.

– Det var en trivelig arbeidsplass. Jeg sluttet som sykepleier da jeg likt meg best. Hvor lenge jeg kan leve av musikken vet jeg ikke, men det er uansett noe jeg må og vil gjøre nå, sier hun til Sykepleien.

For tiden arbeider Furubotn med en ny cd som skal slippes i begynnelsen av 2009. Hun har også vært på turné, og den neste konserten skal hun ha i Stavanger på «Stavangeren» den 23. november sammen med Ole Paus.

– Vi spiller først hvert vårt sett, men noe sammen mot slutten kan vi gjerne love, sier hun.

Vi siterer

Øyvind Staveland

– De som på tross av vanskelige arbeidsforhold og dårlig lønn, fortsatt gleder seg til å gå på jobb i helsevesenet.

Vamp-sjefen svarer på hvem han beundrer i Dagbladets Magasinet.

Fra OL til sykehjem

Det finnes sykepleiere der ute som ikke slutter i yrket, selv om mulighetene er der. Susanne Glesnes har nå bestemt seg for at sandvolleyball-karrieren definitivt er over, og har begynt som sykepleier ved Røde Kors sykehjem i Bergen. Hun har deltatt i OL i 2004 og 2008 og har sølv i EM fra 2004 og EM-bronse i 2008. På bildet spiller hun mot Kina i OL den 13. august i år.

– Jeg har nå jobbet i to uker, og det er kjekt. Et nytt liv, rett og slett, sa hun til Vestnytt den 13. oktober.



I BEIJING: Susanne Glesnes i OL i sommer. Foto: Scanpix

Demens kafé i Bergen

Geriatrisk sykepleier ved Haraldsplass diakonale sykehus i Bergen, Kari Espedal, er ildsjelen bak demenskafeen i Bergen, som nå har holdt på en gang i måneden i fem år. Dette er først og fremst et tilbud til de yngste demente, de som er under 70 år.

– Kafeen er et sted der demenssyke og pårørende kommer sammen. Hver gang er det et foredrag om demenssykdom, deretter snakker vi sammen. Det er ikke en så stor gruppe, sier Espedal.

Hun startet kafeen fordi det er tøft å få en demensdiagnose i så ung alder. Som geriatrisk sykepleier har hun møtt flere av dem.

– Det er ikke noe kjekt for dem å gå på et dagsenter der det bare er



KAFÉVERTINNE: Kari Espedal. Foto: Helge Skodvin, Bergens Tidende

80-90-åring. Derfor er det viktig for både dem og pårørende å vite at det er andre i samme situasjon, sier Espedal.

Fra premature til døde

Narvik har fått et nytt begravningsbyrå. Sykepleier og jordmor Katrin Haugen har startet Lilja AS sammen med Marianne Aam som er daglig leder. Haugen har tidligere erfaring med å ta vare på folk i krise.

– Jeg har blant annet jobbet på prematuravdeling, og vet litt om hva folk står overfor når de opplever noe av det de er mest redd for; å miste et barn. Det handler om å hjelpe til med det praktiske, samtidig som man skal ha forståelse for den situasjonen de pårørende opplever, sier hun.

Kilde: Ofotens Tidende

I DAG KAN VI GJØRE MER



GARDASIL®

Vaksine mot humant papillomavirus
Type 6,11,16,18
Rekombinant, adsorbert

Den firevalente
vaksinen som skal
beskytte mot
livmorhalskreft*
– for bred beskyttelse
og tidlig nytte



Livmorhalskreft*



Premaligne genitale lesjoner

• Livmorhalsen

• Vulva

• Vagina **NY** indikasjon



Eksterne kjønnsvorter

Forårsaket av HPV 6,11,16 og 18**



*Relatert til HPV 16/18
**Norsk SPC 2008

Se preparatomtale side 60



Bayer HealthCare
Diabetes Care

Bayer, Bayerkorsat, CONTOUR, Ingen Koding-teknologi og simplewins er Bayers varemærker.

www.bayerdiabetes.no

tlf. 24 11 18 00

NY

NÅ HAR JEG ENDRET INNSTILLING, DIABETES.



Bayers nye og forbedrede CONTOUR® kan lett tilpasses akkurat din pasients behov, enten de er vanlige eller avanserte. I tillegg har det Bayers Ingen Koding™-teknologi. Fortsatt enkelt og nøyaktig. Kort forklart gjør det blodsuktermåling enkelt.

For i kampen mot diabetes er det det enkle som vinner – simple wins.



Contour®



simplewins™

Lokale forhandlinger:

15 brudd i KS

I sykehusene og i staten har de lokale lønnsforhandlingene foregått uten den store dramatikken. I kommunene har NSF fått rapportert inn 15 brudd.

– 15 brudd er litt over det som har vært vanlig de siste årene, men ingen dramatisk økning, sier spesialrådgiver Johs Bruvik i forhandlingsavdelingen i Norsk Sykepleierforbund (NSF).

Detaljene i grunnlaget for bruddene kjenner ikke Bruvik i detalj.

– Ut ifra kontakten jeg har hatt med fylkene, er det noen punkter som går igjen når det blir brudd i lokale forhandlinger: Dårlig økonomisk uttelling, forhandlingene oppleves ikke som reelle mellom likeverdige parter og mangel på uttelling for kompetanse.

Veien videre

Nå går NSF og arbeidsgiverorganisasjonen KS gjennom papirene de er tilsendt fra kommuner hvor det er brudd. Målet er å finne løsninger som alle kan leve med.

– KS og NSF sender så innspill tilbake til kommunene. Noen steder vil vi muligens råde partene til å sette seg ned rundt forhandlingsbordet igjen, mens andre steder vil enten NSF eller KS anmode om at forhandlingsresultatet godtas. Dersom NSF og KS ikke klarer å bli enige, kan saken ankes til en sentral nemnd som er underlagt Riksmeklingsmannen, sier Bruvik.



SPENT: Johs Bruvik må vente i spenning. Oversikten over hva sykepleierne har fått i lokale forhandlinger kommer først til våren.

Resultat kjent mars

Hvordan forhandlingene totalt sett har gått for sykepleierne, er for tidlig å si nå.

– Det er først når PAI-registeret (KSs Personal Administrative Informasjonssystem) kommer i mars 2009, vi kan si noe om det. I år blir det ekstra spennende ettersom vi fikk protokollført at utdanningsgruppene skulle prioriteres i de lokale forhandlingene, sier han.



Her er det brudd:

Østfold: Askim, Hvaler og Fredrikstad
Buskerud: Nedre Eiker
Rogaland: Time og Haugesund
Hordaland: Sveio, Samnanger og Fjell

Sogn og Fjordane: Fylkeskommunen
Møre og Romsdal: Molde
Sør-Trøndelag: Melhus
Nordland: Værøy
Troms: Lenvik og Nordreisa



Marlene Wikström, sykepleier

Hvorfor bruker du Crocs på jobben?

– Jeg fikk høre om skoene på min yndlingsbutikk. De fortalte at det snart ville komme en helt ny type sko, som var svært lett og behagelig. Siden jeg går hele dagen i jobben min, og trengte gode sko, kjøpte jeg et par.

Hvilke fordeler er det med Crocs i dine øyne?

– Jeg merket forskjellen mellom Crocs og vanlige sandaler med en gang. Nå har jeg aldri vondt i føttene etter endt arbeidsdag, og det hadde jeg så å si bestandig før. I tillegg er det praktisk at skoene er lette å rengjøre. Det er bare å skylle av dem under springen.



Pforce AB, Tel. 400-17-500, www.crocs.no



CROCS



Varsler ikke om farlige sjåførere

HOLDER FAST: Eldre menn tar det tyngre enn kvinner når de må slutte å kjøre bil på grunn av alder og helse. Illustrasjonsfoto: Colourbox

Mange trafikkulykker kunne vært unngått hvis helsepersonell hadde meldt fra til politiet om pasienter som ikke burde ha førerkort.

For første gang har Helsetilsynet i et fylke undersøkt hvordan regelverket rundt meldeplikt om førerkortkrav håndteres.

– Resultatet er nedslående, sier konstituert fylkeslege i Vestfold, Grete Bjørang.

Loverket

Leger og psykologer har ifølge helsepersonellovens paragraf 34, plikt til å melde fra dersom pasienter

ikke er helsemessig skikket til å ha førerkort. Sykepleierne er ikke omfattet av denne plikten, men Bjørang oppfordrer likevel sykepleierne til å ta samfunnsansvar og melde fra.

Sykepleierne kan hjelpe legene

– De fleste av oss har barn eller barnebarn og vil at trafikken skal være så trygg som mulig. Vi har alle et ansvar for å melde fra dersom vi vet at det finnes bilister på veiene som ikke burde hatt sertifikat, sier hun.

Bjørang mener det ville vært til stor hjelp for legene om sykepleiere i hjemmesykepleien meldte fra til fastlege, kommunelege eller pårørende.

– Sykepleierne er i tillegg den gruppen som ofte kan si mest om en pasient er skikket til å ha sertifikat. De ser dem i hverdagen. Leger opplever ofte at pasientene aldri er så nybar-

berte og spreke som når de kommer til legekantoret for å få helseattest for førerkort, sier hun.

Når det gjelder personer som kjører i ruspåvirket tilstand, har alle samfunnsborgere et ansvar for å melde ifra.

Alvorlige avvik

Fylkeslegen er bekymret når hun nå kan dokumentere at mange som ikke fyller kravene til å ha sertifikat, likevel får beholde det. Disse pasientene sliter blant annet med rus- og pillemisbruk, stort forbruk av «trekant»-medikamenter, demens eller alvorlige psykiske lidelser, forteller hun.

Det er en overrepresentasjon av trafikkulykker blant folk som ikke burde hatt sertifikat. Det har Bjørang fått bekreftet av både politiet, Helse- og sosialdepartementet og veimyndigheter.

Vanskelig og uklart

– Hvorfor melder ikke legene ifra?

– De synes det er vanskelig å ta fra folk sertifikatet. Mange blir veldig sinna. I tillegg sier legene at de opplever loverket som uklart og at de har begrensede hjelpemidler til bruk i sin utredning, sier hun.

– Er det først og fremst mennene som blir sinna?

– Av den eldre garde, er det nok slik per i dag. Kvinner er kanskje flinkere til selv å vurdere når de ikke føler seg trygge med å kjøre bil. Men det er ikke sikkert det er slik hos neste generasjon, sier hun.

I undersøkelsen kommer det også frem at selv om helsepersonell vet om pasienters overforbruk av medikamenter, snakker de ikke om hvilke konsekvenser dette bør få for bilkjøringen.



VIRKER PÅ **DET DU SER** OG IKKE SER

Enbrel påvirker livskvaliteten for tusenvis av mennesker hver dag^{1,2}

- Effektivt for å oppnå remisjon³
- Reduserer progresjon av leddskade^{1,3}
- Bedrer fysisk funksjon¹

Kliniske studier viser en veletablert sikkerhetsprofil^{1,4}

Referanser:

1. SPC for Enbrel, pr. 19.11.07
2. IMS data
3. van der Heijde D et al, Arthritis & Rheumatism 2007;56(12):3928-3939
4. Moreland et al, J Rheumatol 2006;33:854-61
FK-tekst se side 52

Wyeth

Telefon: 40 00 23 40.
Telefaks: 40 00 23 41.
www.enbrel.no

Antiløft- metoden

Helsepersonellet i Tydal kommune har fått hjelp fra Tyskland for å lære seg hvordan de skal unngå belastningsskader.

Sykehjemmet i Tydal i Sør-Trøndelag: Tolv kursdeltakere sitter i ring med lukkede øyne og hver sin hånd utstrakt hvilende på kneet. Klokka er litt over åtte en mandag morgen med oktober-ruskevær utenfor vinduene. I tre dager skal sykepleiere, hjelpepleiere, omsorgsarbeidere, fysioterapeuter og en ergoterapeut trene på å forflytte eldre og pleietrengende mennesker på en annerledes måte.

– Kinaesthetics, sier sykepleier Anke Ehrlich (53) på engelsk. Hun har kommet direkte fra Tyskland for å holde det første kurset her til lands.

– Kinaesthetics kan ikke læres gjennom å høre på meg. Dere må gjøre det.

Den myndige damen er leder for et sykehjem med 87 pasienter hjemme i Lübeck. I tillegg har hun

to års utdanning som kinaesthetics-trener.

Sansing

Anke Ehrlich går runden og legger små kuber pakket inn i sølvpapir i de åpne hendene. Hun ber dem kjenne på det hun har lagt der. De får ikke åpne øynene.

– Etter en stund vil dere ikke kjenne at dere har noe i hånden lenger. Beveg den igjen. Åpne pakkene. Ikke se.

En fysioterapeut fra bedriftshelsetjenesten i Selbu sitter med en uåpnet pakke i hånden og får hjelp. – Før den mot nesen. Legg den i munnen. Ikke tygg.

De fleste sitter lydige med buler på kinnene. Noen har bare deler av pakkens innhold mellom tennene.

– Så tygg.

Ehrlich ser spent på deltakerne.

! Kinaesthetics

- «Kinaesthetics» er i slekt med substantivet kinestesi (av gresk: muskelsans) og adjektivet kinestetisk – som brukes om fornemmelser av lemmenes bevegelse og stilling. Anke Ehrlichs definisjon av ordet er «kunsten og vitenskapen om å oppfatte bevegelse».
- Det handler om å bruke ressursene til pasientene ved forflytning og stell. Ikke løfte tungt, men utnytte rotasjonskrefter og riktige beinstillinger. Gevinsten påstås å være færre belastningsskader på personalet og mer selvstendige og bevegelige pasienter.

– Det er vår berømte marsipan fra Lübeck, sier hun og forklarer at det kun er når de puster og tygger at de kan kjenne hva de har i munnen.

– Alt vi gjør i våre liv er bevegelse. Når hjertet ikke banker mer, er det dødt. Vi trenger alle sansene våre samt våre bevegelser for å kunne hjelpe noen, sier hun og lanserer det kinestetiske sansesystemet som en grunnleggende bestanddel av all sansing. Enhver sansing er forbundet med bevegelse.

Bruk god tid

Etter litt høytsevendende teori er det tid for praktiske øvelser. Deltakerne går sammen to og to der en skal være pasient, den andre pleier. Pasienten skal hjelpes opp av en stol. Ehrlich viser hvordan man ikke skal gjøre det: Komme raskt bort til



Bli enige: Anke Ehrlich anbefaler personalet om å bli enige om én metode å hjelpe pasientene på, både ved forflytning, vasking og stell.

pasienten, ikke se vedkommende i øynene, ta tak under armen og heise opp hvorpå det hastes bortover gulvet.

På sykehjemmet i Tydal er det fem pleiere på morgenen og fire på



ANTI-LØFT: Kursholder Anke Ehrlich demonstrerer hvordan pasienten skal roteres ut av sengen, i stedet for å løftes.

kvelden på 17 pasienter. I Lübeck har de kun en og to pleiere på samme antallet pasienter.

– Det er et problem å få tak i sykepleiere til sykehjem i Tyskland. Dere har derfor litt mer tid enn oss. Bruk den! Da blir det lettere både for pasienten og dere, råder Ehrlich.

Opp av stol og seng

Kursholderen viser hvordan pasienten skal hjelpes opp av stolen: Hun får øyekontakt med pasienten og gir beskjed om hva de skal gjøre. Hun «jekker» pasientens rumpe fram på stolsetet ved å bikke kroppen vekselvis fra side til side, plasserer pasientens bein fra hverandre, med knekk i 90 graders vinkel fra knærne. Er de lenger bak, kan pasienten tippe forover når den reiser seg. Så stryker hun med hånden over låret for å stimulere musklene og bøyer

pasientens overkropp framover mot knærne. Hun får pasienten til å holde rundt seg og vedkommende reiser seg selv opp av stolen.

Kursdeltakerne prøver som best de kan. Det blir litt fnising av all intimiteten. Av og til ser det ut som om de prøver ut nye tangosteg.

– Det tar tid å legge om gamle vaner. Det er som å lære å kjøre bil. Etter en stund gjør dere dette automatisk, trøster Ehrlich.

Etter en liten pause er det tid for ny teori og nye utprøvinger. Denne gangen skal deltakerne få hverandre opp av senga uten å løfte. Nøkkelene er å få kroppen godt inn på madrassen, før den bikkes framover på siden, beina strekkes utenfor madrassen og overkroppen bøyes framover 45 grader før den roteres rundt og opp. Foten som står nærmest sengens fotende skal plasseres

i bevegelsesretningen (med tåa mot sengens fotende).

Bruk rotasjonskraften

Fysioterapeut Bjørn Wagnild fra bedriftshelsetjenesten i Selbu deltar på kurset og nikker gjenkjennende. Dette har han vært borti før.

– Det er interessant å se hvordan gamle ting kommer tilbake. Dette er en god påminnelse om hvor viktig det er å bruke rotasjonskraften, sier han.

Wagnild har holdt mange kurs i løfteteknikk for sykepleiere og ser de ofte gjør feilen med å trekke inn skuldrene. Han råder dem til å bevege rumpa mer og ha riktig fotstilling. Føttene skal peke i bevegelsesretningen. Kombinerer man dette med redskaper som skililaken og løfteheis, bør det gå bra.

– Sykepleiere sier det er så tungt å

jobbe med omsorg. Men det er det ikke hvis de lærer seg teknikkene. Sykepleiere er rå gode på sårskift. Tenk om de hadde fokusert like mye på forflytning, sier han og legger til et lite hjertesukk:

– Det er ofte et problem at sykepleiere gjør det ulikt fra pasient til pasient. De bør bli enige om én måte å behandle pasienten på.

– Ja, både ved forflytning, vasking og påkledning, supplerer Anke Ehrlich.

I tysk sykepleierutdanning

Teknikken i dette kinestesi-programmet er ikke ny. Den ble utviklet på 70-tallet av ekteparet dr. Lenny Maietta og dr. Frank Hatch fra New York. Han var tidligere danser som ble filosof. Hva hun var doktor i, er ikke oppgitt på internettssidene til programmet.

MUSKELSTIMULERING: Pleierne anbefales å stryke langs låret før en pasient skal reise seg, for å stimulere musklene og dermed få en lettere forflytning.

I Tyskland, Sveits, Østerrike og Italia har Maietta-Hatch-kinaesthetics sin egen landsorganisasjon. Hvert år holdes rundt 3 000 basiskurs med 40 000 deltakere i Europa. I Norden begynner det å røre på seg. Litt mer i Danmark og Finland enn i Norge og Sverige, foreløpig.

– Mange av sykepleierutdanningene i de større byene i Tyskland har et tredagers kurs for studentene, forteller Ehrlich.

Litteraturen hun deler ut på kurset hevder at denne kinestesi-metoden kan forebygge belastningsskader samtidig som pasientene vil forbli selvstendige og bevegelige til

langt opp i alderen.

– *Har du noen tall som viser det?*

– Ja, det finnes statistikk fra noen sykehus som har registrert dette, sier hun og lover å sende det til Sykepleien.

Hun sendte forespørselen videre til instituttet i Tyskland, men ikke noe kom før dette nummeret gikk i trykken.

Helse- og omsorgssjefen i Tydal kommune, Hilde Bjørngaard, sier de ikke har noen nedfelte mål med kurset.

– Men jeg håper det kan være med å forebygge belastningsskader hos de ansatte, og at pasientene vil få en rehabiliteringsgevinst.



Lettere hverdag, men får ikke brukt alt

Et par uker etter at kurset ble holdt, skryter deltakerne av at det var interessant, lærerikt og inspirerende. Men det har ikke gått helt knirkefritt å implementere den nye teknikken i praksis.

Det som følt enkelt i øvings situasjoner med hverandre, går ikke like glatt i pasientsituasjoner.

– Noe fungerer greit, men noe bør vi trene mer på før vi tar sjansen på å praktisere det. Pasientene er ofte skeptiske det som er nytt og ukjent. De protesterer i første omgang mot at ting blir gjort på en annen måte enn de er vant til, og stritter litt imot, skriver de ansatte på sykehjemmet i Tydal i en e-post til Sykepleien.

Men erfaringen så langt er at dersom de informerer pasientene godt om hva som skal skje og tar det med ro, er de ofte villige til å prøve.

– Vi har også opplevd at det vi

tidligere syntes var veldig tungt i pleiesituasjonen, nå går mye lettere. For eksempel å svinge en pasient opp av senga og fram på sengekanten. Vi utnytter pasientens ressurser på en bedre måte og løfter ikke en pasient som selv klarer å forflytte seg. Når flere på avdelingen blir kjent med metodene og pasientene blir mer vant til våre arbeidsmetoder, tror vi det blir enklere å samarbeide med pasientene. Når alle pleierne forflytter på samme vis, vet pasienten hva som skal skje.

– *Hva var det viktigste dere lærte på kurset?*

– Å bruke kroppens bevegelses-

mønster ved forflytning. Å gjøre muskulaturen bevisst gjennom trykk eller stryking over ekstremitetene for å få pasientene lettere til og fra stol eller seng. Dette er også en mer skånsom forflytningsteknikk for pasienten.

– *Hva kommer dere ikke til å gjøre mer?*

– Vi kommer nok ikke til å løfte eller ta på punktene der pasientens bevegelse blir innskrenket eller hindret, som for eksempel nakke eller armhule.

– *Anbefaler dere kurset til andre sykehjem?*

– Ja, på det varmeste!



Sykepleiere og belastningsskader

- I Tyskland vil cirka 60 prosent av sykepleierne få en belastningsskade i løpet av livet, hevder kursholder Anke Ehrlich.
- I Norge har vi ikke noe tilsvarende tall å vise til, men ifølge levekårsundersøkelsen fra 2006 oppgir over 70 prosent av sykepleierne at de anser risikoen for å bli utsatt for en belastningsskade som middels eller stor. Over 30 prosent synes de må løfte i ubekvemme stillinger en fjerdedel av tiden eller mer på jobb. Det er 339 sykepleiere som har svart på undersøkelsen.

– Jenters underliv bør undersøkes

Å inspisere underlivet til førskolejenter bør være med i en topp-til-tå-undersøkelse, mener helse-søster Kari Gulla.

For en måned siden foreslo SV rutinemessige underlivsundersøkelser for å avdekke kjønnslemlestelse hos jenter. Men det er ikke hovedargumentet til Kari Gulla. Hun er opptatt av å gi jenter et fullverdig helsetilbud.

Vanlig før

Gulla og barnelege Arne K. Myhre skriver i en fagartikkel i dette nummeret av Sykepleien at debatten rundt underlivsundersøkelser av førskolejenter preges av følelser og magre kunnskaper. De kritiserer ti «sannheter» som har festet seg både i media og enkelte fagmiljøer.

– Å undersøke førskolejenters underliv var vanlig fram til 1993, forteller Gulla.

Men stor oppmerksomhet rundt seksuelle overgrep, blant annet på grunn av Bjugn-saken, gjorde at noen foreldre følte seg mistenkelig-gjort. De klaget på praksisen, og Statens helsetilsyn satte ned foten.

– Men hensikten med undersøkelsen var aldri å avdekke seksuelle overgrep, mener Gulla.

– Hensikten var å oppdage plager, skader og sykdommer, akkurat som ved resten av helkroppsundersøkelsen.

Verner bluferdigheten

I Helsetilsynets veileder til helsestasjonene heter det at jenters underliv ikke skal undersøkes rutinemessig etter at de er fylt ett år.

– Holder ikke det?

– Nei. Forskning har vist at ulike problemer i underlivet hos førskolejenter er langt vanligere enn testisretensjon, som guttene undersøkes for.

– Helsetilsynet mener at jentenes bluferdighet må beskyttes. Er du redd for å krenke den?

– Nei. Det er snakk om førskolebarn, og å sjekke underlivet som en naturlig del av en helkroppsundersøkelse. Dette er ikke noe alle på død og liv skal gjennom. Vil ikke barnet, så kan det vente til neste gang. Med mindre det er snakk om

spesifikke mistanker om at noe er galt.

Gulla mener krenkelse er galt uttrykk i denne sammenhengen.

– Jeg har ikke belegg for å si at ingen vil oppleve det ubehagelig. Heller ikke at ingen føler ubehag ved å bli kikket i halsen eller ørene.

– Bør lege eller helsesøster gjøre undersøkelsene?

– Det er ikke det viktige. Den som utfører resten av topp-til-tå-undersøkelsen, vil også ta denne delen. Men det som alltid er viktig, er at det foregår på barnets premisser.

Les om de ti «sannhetene» om underlivsundersøkelse av førskolejenter på side 66.



RING NÅ PÅ
22 33 66 40
OG FÅ DEN FØRSTE
HVERDAGSVAKTEN
GRATIS!

1st Care

Sykepleierstudenter på vei til deg

HAR DU BEHOV FOR EN KVALIFISERT VIKAR HER OG NÅ?

1st Care er et annerledes og mer fleksibelt vikarbyrå. Hos oss er nemlig alle vikarene sykepleierstudenter. Derfor kan vi ta vakter selv på veldig kort varsel og vi kan dekke vaktene når alle andre helst vil ha fri.

Les alt om 1st Care på www.1stcare.no

Husk!
Book 1st Care vikarer til
juleferien allerede i dag.
Ring 22 33 66 40

Scener fra et yrkesliv

I august inviterte sykepleien.no sykepleiere til å skrive om sterke øyeblikk de har opplevd i arbeidet sitt. Det gikk ikke mange dagene før historiene kom.

10. oktober var det sendt inn 95 bidrag. Nesten halvparten av dem handler om døden, men mange handler også om barn og møter med demente. Flere har kommunikasjon som tema; hvordan nå igjennom til den demente eller den psykiatriske pasienten?

Det har kommet like mange historier fra sykehus som fra sykehjem.

Prosatekstene er i flertall, men her er også dikt, både med og uten rim. De fleste har valgt å skrive under pseudonym, men ikke alle.

Noen av de skrivende har levert flere bidrag. Blant de flittigste er sykepleiere som kaller seg Røsslyng, Taus og Åshild.

Sykepleien trykker her noen av bidragene. Alle de 95 innsendte øyeblikkene kan leses på sykepleien.no. Her har leserne stemt over hvilket bidrag de mener fortjener å vinne. Se hvem som vant pc-en på side 27.

(Redaksjonen har språkvasket og gjort enkle redaksjonelle innstramminger i noen av tekstene.)

Å gi tilbake...

Du kom til avdelingen etter at du var blitt kastet ut av en bil i fart. Den lille kroppen din var hardt skadd og livløs.

Vi var mange som tok hånd om deg og forsøkte å gjøre alt som var mulig for å redde deg. Du ble stukket med kanyler og katetre, og stukket igjen og igjen ...

I mange timer svede du mellom liv og død. Vi kjempet en nytteløs kamp, og lenge ville ingen innse at døden hadde inntrådt. Stemmen til ansvarlig kirurg overdøvet med ett all annen lyd: «Hold opp, vi må gi oss!»

Ditt syvårige liv ebbet ut mellom hendene våre, – kyndige, raske, skånsomme, men nådeløse hender. «Kan jeg få være med å stille henne ...» spurte anestesisykepleieren.

I dag vet jeg at vi trengte å gi deg tilbake noe av det vi hadde berøvet deg. I stille gråt over det meningsløse, fikk vi varsomt vist deg og ditt korte liv respekt og ydmykhet.

Av Iros

Uten identitet

Jeg står ved senga hennes. Hun er en eldre dement dame. Hun må vekkes forsiktig!

Hun slår opp øynene og smiler forundret. Så kommer spørsmålene: «Hvem er jeg, hva heter jeg, hvor er jeg?»

Jeg gir henne ett og ett svar slik at hun kan bli fortrolig med dem. Hun er ikke redd. Rart, for før var hun redd for alt. Spørsmålene fortsetter, og hun får svarene. Etter en halv times tid er vi kommet så langt at hun husker noen episoder selv. Hun har fått tilbake tilstrekkelig identitet til å klare en ny dag.

Neste morgen vil være likedan, vi må starte dagen med henne og fylle hennes blanke ark.

Av Taus

Og så med fluer!

Jeg var ferdigutdannet sykepleier i 1983. I min praksisperiode i hjemmetjenesten i 1982 husker jeg et spesielt møte.

Jeg har senere arbeidet i hjemmetjenesten, på sykehjem og har sett hverdagen til mange eldre. Jeg ville nok løst denne oppgaven litt annerledes i dag, men det ble et minne for livet. Jeg hadde et ukuelig pågangsmot. Var stolt av å skulle bli sykepleier og ønsket å få til gode møter med mine pasienter.

Jeg ble bedt om å gå innom en eldre dame i en liten leilighet i Oslo. De andre sa til meg at jeg egentlig kunne gi opp med en gang, for ingen slapp inn til denne damen. Hun hadde mistet mannen sin for tre år siden, og etter det hadde hun isolert seg helt. Jeg gikk opp i andre etasje og ringte på. Ringeklokka virket ikke, og jeg banket på døra. Ingen lukket opp, men jeg kunne høre at det var noen der inne. Jeg presenterte meg, og sa at jeg kom tilbake dagen etter for å se om hun våget å åpne for meg da.

Neste dag gjentok det samme seg. Den tredje dagen var jeg igjen tilbake, og da åpnet hun faktisk døra for meg.

Inne i leiligheten var det fullt av små fluer. Hun kokte lommeterklærne sine på kaffekjelen. Klærne hun hadde på seg var ikke skiftet på lange tider.

Jeg begynte forsiktig. Fikk tatt av henne skoene og måtte delvis skjære av strømpene som satt fast under fotsålene hennes. Bena fikk fotbad og neglene ble klippet. Hun var en bestemt dame. Hun hadde dårlige bademuligheter inne i leiligheten, så jeg foreslo en tur til det nærmeste ildresenteret.

Etter et par uker ble hun faktisk med meg dit. Hun fikk badet og vasket håret. Det var svært lenge siden hun hadde fått stelt seg ordentlig. På vei hjem inviterte hun meg på kaffe for å feire denne store begivenheten. Jeg kunne ikke annet enn å takke ja. Fluene friskt i minne, og kaffekjelen med lommeterklærne i, gjorde at jeg sa til henne at jeg kunne kjøpe en kartong med melk som jeg kunne drikke til bollene vi skulle spise.

Vi avtalte å møtes i leiligheten hennes, og at hun gikk opp til seg først mens jeg var innom butikken. Da jeg kom inn satte jeg fra meg melken for å henge av meg yttertøyet og ta på sko-overtrekk. Damen hadde da dekt på kaffebord. Tørre boller med påsmurt honning og et stort glass sto klart til melken min. Hun tok melken jeg hadde kjøpt og helte opp i glasset. Da jeg satte meg, så jeg at melken var full av små sorte prikker; døde fluer.

Jeg satte meg til bords og tenkte at hvis jeg

ventet litt, ville nok fluene synke ned til bunnen av glasset. Jeg forsynte meg med en bolle og nipet til melken.

Damen var svært fornøyd med besøket og ba meg om å forsyne meg mer. Hun satte øynene i meg og så på melkeglasset og sa: «Du må drikke opp melken din, Åse!»

Jeg ba en liten bønn til Gud om at han måtte beskytte meg og drakk resten av melka på styrtten. Jeg hadde ikke hjerte til å skuffe den gamle damen.

Jeg ble ikke syk, men drakk ikke melk på noen uker etter dette møtet.

Ting tar tid. Vi må ha rom for å bruke hjertet i den jobben vi gjør. Vedtak og skjemaer kan være hjelpemidler, men også frata oss muligheten til å se det hele mennesket. Vi har et ansvar for å formidle håp og innimellom gjøre det ingen andre gjør.

Av Åse Tuffeland



Alzheimers

Eg kan sjå fortvilninga i augene dine når det er noko du ikkje får til.
Du strevar og slit gjennom dagen, men det går ikkje alltid som du vil.

Vi flyttar ringen på kalenderen og seier kva dag det er.

Vi prøvar å legge til rette, vi prøvar å vere nær.

Men vi er redde for varmen – komfyrvakta har vi sett på,
men den vil du berre forbanne – du kan ikkje heilt forstå.

Du seier at plata er lunken – den blir ikkje varm eingong.
So ta med den hersens kontakta eller kom med ein annan ovn.

Men vi ser – du har brannsåar på handa – so vart den vel varm i dag
og gryta er svart i botnen og dama er ikkje i slag.

Kor lenge kan dette vare – kor lenge kan dette gå?
Kor lenge kan DU det klare – kor mykje skal VI passe på?

Av Heimesjukepleier

Tekster fra et sykehjem

Jeg merker uroen og forvirringen hennes når jeg hjelper henne i morgenstellet.

Hun er gammel, dement og strever med å opprettholde sin identitet og verdighet. Øynene hennes er engstelige og blikket søker mitt. «Alle trenger en mamma», sier hun. «Det spiller ingen rolle om en er voksen. Alle trenger en mamma. Vil du være min ... nå?»

Jeg bekrefter at jeg gjerne vil være mammaen hennes og at jeg vil hjelpe henne. En liten stund etterpå leter hun etter kåpen, hatten og støvlettene. Hun er sikker på at mannen venter på henne hjemme, sammen med barna. Da hun husker at virkeligheten er en annen, sier hun trist: «Du skulle prøve du ... hvordan det er å huske bare halvparten, og gjette seg til resten».

Kan definisjonen av sykdommen aldersdemens bli bedre?

Av God årgang

Endelig enerom!

De hadde blitt bestevenner etter noen år på samme rom. Men nå skulle det omorganiseres og oppgraderes. Tidene endret seg, «omsorgen» skulle møte fremtiden. Til og med politikere og «andre berørte» hadde fått uttale seg. Planene var klare, slik skulle det bli. Sett i gang!

De to fikk beskjed om at de skulle flytte. De skulle endelig få et rom for seg selv, det var vel det alle egentlig ønsket? Men nei, de hadde det trygt her. De forstyrret ikke hverandre, de var nesten som søstre nå. Det hadde kanskje vært litt rart den første tiden, men nå skulle det liksom være sånn. Ikke hadde de nær familie heller, de hadde nesten bare hverandre.

Dagen for oppbrudd nærmet seg. Hun som forstod hva dette innebar var svært lei seg. Hun gråt. Og hun fikk «beroligende medisiner» den siste tiden, og personalet forsøkte å trøste etter beste evne. Hun som ikke forstod ville også trøste. Men etter en tid hadde også hun savn ...

Den ene fikk seg nye venner. Den andre hadde ikke evnen til å ta kontakt. De besøkte hverandre noen ganger. Den første tiden. Men det er lenge siden nå. Den ene levde ikke så lenge. Den andre sitter igjen på sitt enerom. Hun ser på veggene. Fire vegger, som hun har helt for seg selv!

Av Åshild

Livet før døden

Halvor var en skogens mann. Den store mannen likte å vandre blant store trær, nyte freden. Når han kom seg ut av lukket avdeling, gikk han ofte til en bestemt furu og holdt seg fast i den. Nå lå han i sin seng og skulle vandre ut i en annen dimensjon. Jeg satt ved sengen, hadde bruket av en kvist fra furuen. Den hadde en kongle på seg. Halvor holdt furukvist i hånden og så på meg.

«Skal vi to gå til denne furuen i hodene våre?» spurte jeg. Han nikket. Jeg beskrev turen for ham. Vi gikk ut av døren, bortover plenen, over kjente stener og stubber langs stien til vi stoppet ved furuen. Der så vi opp og så solstrålene komme gjennom grenene, lysstripene som mykt kom mellom nålene. Vi så på barken som krøllet seg og den gygne farven som i varierende styrke klarte å trenge gjennom treets hud. Vi

luktet på kvaen, og han lukket øynene. Så slo han dem opp, så rolig på meg, strøk meg over kinnet og sa: «Sissel, nå går vi videre.» Han lukket øynene, sukket og gikk fra meg.

Av Heimesjukepleier

Mitt første møte med helsevesenet

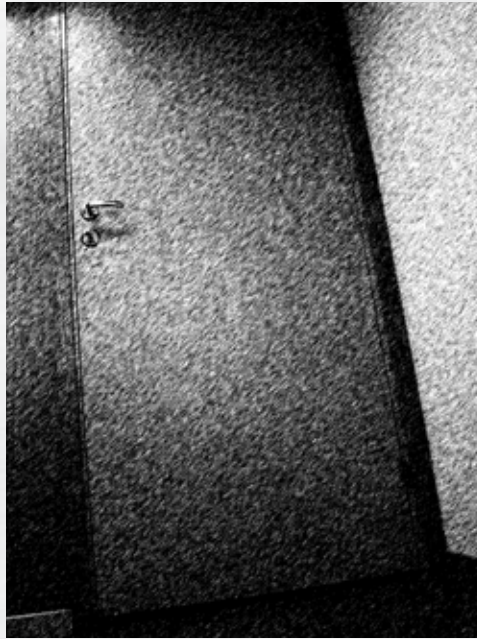
Jeg gruet meg. Skikkelig gruet meg. Ikke slik man gruer seg når man skal reise seg i en forsamling og snakke høyt. Ikke som når man skal møte opp på en ny arbeidsplass første dagen. Jeg gikk hvileløst rundt på vaktrommet, og fortvilelsen omfavnet meg. Jeg var klam, skalv, og oppdaget at stemmen min hadde fått et spesielt skjær, ikke den helt vanlig kontrollerte dype mannsstemmen jeg vanligvis har. Det føltes som om jeg kun utstrålte usikkerhet. Og skyldfølelse.

I enden av korridoren var det en lukket dør. Det var døren inn til dagligstuen på avdelingen. Bak denne døren satt det en datter og hennes ektemann. På rommet ved siden av lå moren hennes. Hun var innlagt på grunn av diffuse smerter. Ingen reell akutt grunn for så vidt. Jeg hadde hatt ansvar for pasienten denne kvelden. Og ut fra informasjon jeg hadde samlet meg fra journaler og samtaler med vakthavende lege var det ingen tilstand som krevde akutt behandling, selv om pasienten selv ga uttrykk for at det var noe som ikke stemte. Jeg hadde likevel kontaktet vakthavende utallige ganger i løpet av kvelden, men han hadde ikke tid til å komme, da han stod opptatt på akuttmottaket.

Nå hadde stansteamet forlatt avdelingen. Hun var blitt konstatert død, og gjenopplivingen avsluttet. Hennes datter og ektemann hadde blitt henvist til dagligstuen og bedt om å være der så de skulle slippe å se alt som foregikk under forsøket på gjenopplivingen. Igjen på rommet lå hun livløs. Alt tenkelig utstyr var fortsatt festet på pasienten. Jeg fikk hjelp av noen andre til å gjøre situasjonen til denne avdøde pasienten litt mer verdig snarest. Takk for gode kolleger. Bemanningen var selvfølgelig dårlig, så andre ting måtte nedprioriteres.

Et kvarter var gått siden stansteamet hadde forlatt avdelingen nå. Et kvarter som for meg føltes som to timer. Jeg VISSTE at bak døren til dagligstuen satt to pårørende som hadde tilbrakt store deler av livet sitt sammen med denne pasienten. Etter hva jeg kunne forstå var hun et fantastisk menneske, dypt elsket. Og jeg visste at det som føltes som to timer for meg, sikkert føltes som to døgn for dem som satt og ventet på svar og forklaring på hva som hadde skjedd med mor og svigermor.

Jeg hadde vært effektiv i løpet av dette kvar-



teret. Man blir gjerne litt effektiv når man blir desperat. Jeg hadde ringt vakthavende kirurg – som er første lege vi skal henvende oss til. Så gikk jeg videre til mellomvakten og bakvakten. Selv om jeg visste det var null sjanse, ringte jeg også til anestesien og nærmest tryglet om at en av legene kunne komme tilbake og snakke med

I enden av korridoren var det en lukket dør.

de pårørende. Ingen leger hadde mulighet. De stod opptatt med andre ting og de kjente ikke pasienten.

JEG hadde mulighet. En sykepleier. Jeg hadde nettopp fått autorisasjonen min, og hadde jobbet der i cirka to uker. Jeg følte meg fersk som en førsteklasing første skoledag. For all del, jeg gikk ut av skolen med gode karakterer. Jeg hadde allerede fått gode tilbakemeldinger fra erfarne sykepleiere på at jeg var selvstendig. Men dog. Nå i dette øyeblikk føltes det absolutt ikke slik. Jeg angret. Angret på at jeg hadde fått meg denne jobben. Jeg angret på det meste. Jeg mannen meg

opp. Gikk de 25 meterne ned mot enden av korridoren. Det føltes som en dagsmarsj. Hva skulle jeg si? Hva skulle åpningsfrasen min være? Tusen spørsmål dukket opp i hodet mitt. Jeg kunne ikke svare på noen av mine egne spørsmål. Hvordan skulle jeg da kunne svare på de pårørendes spørsmål?

Jeg banket forsiktig på, åpnet døren og satt meg rolig ned i stolen tvers overfor de to som satt og så på meg med store øyne. Og åpningsfrasen min ble for så vidt som jeg hadde regnet med: «Jeg vet ikke helt hvordan jeg skal si dette, jeg ...». Vi satt og snakket i en halv time. Jeg svarte etter beste evne. Forklarte etter beste evne. Hele tiden hadde jeg en stemme i bakhodet som backet meg og gav meg det lille ekstra som faktisk gjorde at jeg fremstod som ganske rolig og forståelsesfull, samtidig som jeg visste at min fortvilelse over hele situasjonen lyste igjennom meg. Og det var kanskje bra, tenkte jeg i etterhånd, at de forstod at jeg viste mitt engasjement, min fortvilelse, min maktesløshet. Men om de så alle mine andre tanker vet jeg ikke. Kunne jeg gjort noe annerledes? Kunne jeg vært en bedre sykepleier og forutsett noe slikt? Kunne dette her vært unngått? Det vil jeg aldri få svar på. Men til tross for dette følte jeg at denne samtalen gikk bedre enn forventet.

Det ble overtid på meg den kvelden. Jeg skulle på dagvakt påfølgende dag, og visste at det ikke kom til å bli mye søvn. Var det slik det kom til å bli fremover? Jeg kom meg ned til garderoben ganske sent. Såpass sent at jeg var alene der da. Jeg satt meg ned for å trekke pusten og samle tankene. Og oppdaget at jeg satt og gråt. Virkelig hulket. Men fikk omsider samlet tankene, skiftet og kommet meg ut til bilen min. Satt meg til rette bak rattet, vridde om nøkkelen, men måtte bli stående. Jeg så ikke veien. Tårene bare rant. Jeg håpet ingen så meg der jeg satt. Var det slik det skulle være å være sykepleier?

En halvtimes tid senere så jeg veien igjen og kjørte hjemover. Jeg har ikke snakket med noen om dette siden. To år har gått nå, jeg jobber et annet sted i landet – på et fantastisk sykehus, og stortrives med den jobben jeg gjør. Men denne hendelsen, den kommer jeg aldri til å glemme. Aldri.

Av Mannlig sykepleier

Søster- sorg

Denne harde mannen
mannen av stein
som eide gatene
fram til i dag morges.
Har skutt gift inn i årene sine
for å glemme hvem han er.

Så liten du er
her inne.

Jeg skriver på papirene
bokstaver, tall.

Du har ingen ting med deg.
Bare håpet.
Fortsatt har du det
enda det er femte gangen du er her.

Jeg tar det,
gjemmer det i hendene mine
holder det fast
til du kan se igjen.
Nyser noen på feil tidspunkt nå
kan det være nok
til å snu.

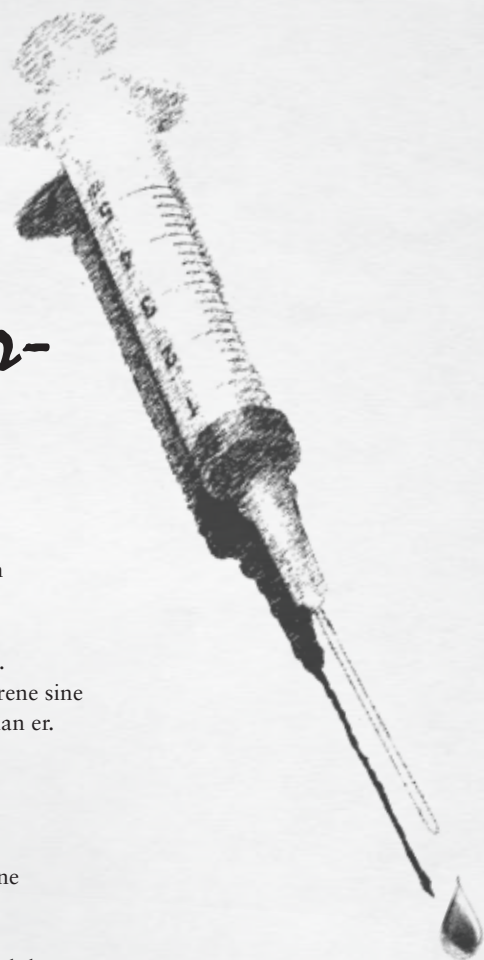
Ennå er du her.
Ennå sitter du ved siden av meg i den brune skinnsofaen,
klamrer deg fast i det svette setet.
Du er fri til å gå når som helst.
Du går ikke.
Det eneste du vil er å spy opp deg selv, sier du.

Du er ingen ting her
uten pillene
uten skuddet.
Hvis du ikke har håpet.

«Jeg tror på deg»
sier jeg
og snur meg vekk.

Du trenger ikke mine tårer.

Av Ellen Fjestad



Kommunikasjon på sykehjem

Det er lørdag ettermiddag. Jeg kommer inn i avdelingen. Nede ved vaktrommet sitter avdelingens eldste dame. Hun er dement, så det er ikke alt hun har kontroll på. Hun sitter og leser et ukeblad, bladet er seks måneder gammelt.

Jeg tenker at jeg skal være hyggelig og setter meg på huk ved siden av stolen, og skal til å spørre: «Er det noe nytt å lese i bladet?» Fruen rynker brynene og ser stygt på meg og sier: «Skal du spørre om jeg skal på do nå?»

Jeg ble helt satt ut, og tenkte, er det kun da vi (personalet) snakker med pasientene?

Av Nyutdannet

Noe kjent gir trygghet

Jeg jobber på en operasjonsavdeling og er operasjonssykepleier. Vi skulle operere en kvinne med brudd i hoften. Hun kom inn til oss, og i rapporten ble det sagt at hun kunne være aggressiv og at hun var senil dement. Da hun skulle flyttes fra sengen og over på operasjonsbordet ble hun sint og slo etter oss. «Vi får ta en sang da», sa jeg til pasienten. Hvorpå hun svarte «jaaa jaaa».

Jeg begynte å synge «dar kjem dampen» for henne. Hun roet seg straks og «nynnet» med på sitt vis samtidig som hun holdt meg i hånden. Anestesisykepleieren gav pasienten smertestillende mens jeg sang. Vi flyttet henne over på operasjonsbordet mens jeg sang. Pasienten ble igjen sint da spinalen skulle settes. Jeg begynte på ny å synge «dar kjem dampen».

Selv om den gamle damen ikke hadde noe språk på grunn av sin sykdom, klarte hun å nynne med på noe av refrenget og var rolig hele tiden mens jeg sang. Denne lille koselige historien viser at Kari Martinsen har rett i at gjenkjennelse gir trygghet. Jeg takker en god kollega og Kari Martinsen som har lært meg mye om omsorg og trygghet til operasjonspasienten.

Av Operasjonssykepleier

Toner fra et isolat

Hun hadde kastet alt ut fra rommet sitt, revet i stykker alle klærne. Fillene hadde hun møysommelig dyttet ut gjennom den smale vindussprekken. Det som engang hadde vært en blå kjole, lå nå spredt nede på bakken, delvis dekket av våt snø. Ved siden av de blå fillene kunne man skimte en pengepung og rester av en sko. Da jeg kom inn til henne, satt hun helt naken innerst i rommet. Hun hadde barbert bort alt håret på hodet, nappet bort øyenvippene og øyenbrynene. Ansiktet hennes hadde store sår. Sårene hadde hun fått da hun hadde forsøkt å barbere bort skjegg som hun mente hun hadde. Hun hadde skjegg fordi hun nå var Konrad og ikke Eva.

De fleste som skulle sitte vakt på Eva, valgte å sitte på en stol rett utenfor rommet hennes. Jeg satte meg på gulvet inne på rommet, men så langt bort fra Eva som jeg kunne komme. Det eneste som var igjen i rommet, var en madrass. Denne

hadde verken sengeklær eller trekk. Hun satt og rev biter av skumplasten som hun kastet mot meg. Hun sa ingenting. Hun rugget fram og tilbake med den tykke nakne kroppen sin og stirret på meg. Jeg turte ikke å møte blikket hennes. Det ble for ubehagelig å se inn i dette sårete ansiktet. Hvordan skulle jeg forholde meg til denne underlige skapningen? Jeg hadde hjertebank. Jeg husker at jeg tenkte at denne vakta kommer til å bli uutholdelig lang.

Jeg vet ikke hvor lenge vi satt slik i hver vår ende av rommet. Men utrolig nok ble det likevel lettere stemning etter hvert. Gradvis ble jeg oppmerksom på at hun satt og hvisket. Jeg flyttet meg nærmere for å høre hva hun sa. Hun begynte da å nynne, bare et par toner, om igjen og om igjen. Jeg kjente ikke igjen melodien, men tok sjansen på å nynne med. Så plutselig hørte jeg hvilken melodi det kunne være: «Når trollmor har lagt sine elleve

små troll». Jeg nynet litt høyere, la på flere toner. Nå hadde vi øyekontakt. Jeg husker at jeg ble så glad. Den nakne såre kroppen hennes forsvant ut av bevisstheten min. Oppmerksomheten min flyttet seg til øynene hennes — intense, brune, store øyne. Eva var jo pen! Hun nynet litt høyere. Så jeg et smil? Stemmen var klar og vakker, usedvanlig vakker! Jeg forsøkte meg på teksten. «Når trollmor har lagt sine elleve små troll og bundet dem fast til halen.» Slik satt vi lenge. Jeg sang og hun nynet. Til slutt sang vi sammen.

Jeg satt hos Eva resten av vakta mi. Jeg gav beskjed til de andre at det ikke var nødvendig med avløsning. Eva tok etter hvert på seg en morgenkåpe. Hun godtok også å få inn sengetøyet sitt. Etter denne vakta var det aldri vanskelig for meg å være sammen med Eva. Vi hadde liksom funnet tonen.

Av Åshild Vangen

Damen med tøydukken

Vi kjente dem så godt. Skrittene hennes. Tassende. Litt slepende. Hun var på vei nedover korridoren. Vi satt på vaktrommet og hadde nettopp unagjort kveldsrapporten. Hun gikk etter lyden av stemmene våre. Hun kunne ikke snakke selv. Alzheimers sykdom gjorde at hun hadde mistet språket sakte, men sikkert i løpet av det siste året. Men selv om hun ikke snakket, ville hun gjerne kommunisere på sitt vis og ha kontakt. Vi reiste oss og gikk ut fra vaktrommet ut i korridoren. Hun stoppet opp da hun så oss. Blikket hennes var granskende. Ansiktet var rynkete og preget etter mange år med hardt og strabasiøst arbeid. Ryggen var lutet. Munnen manglet tenner. Vi så på henne og spurte: «Hei, hvordan går det med deg?» Ingen svar tilbake. Bare et spørrende, undrende blikk.

Tenk om hun kunne fortalt hvordan hun hadde det! Hvordan middagen smakte, hvordan blomstene hun plukket i dag luktet! Men nei – hukommelsen gjorde at hun levde i nuet. Hun konsentrerte seg om øyeblikkene, kun der og da. Intet mer – og heller intet mindre. Hun var så nydelig der hun sto og så på oss. Mon tro hva hun tenkte? Hun likte å bære på gjenstander. Hun vandret og tok med

seg ting på veien. Denne kvelden hadde hun tatt stålampen fra stuen med seg under armen. I hånden på samme side hadde hun gamle ukeblader; «Familien» og «Hjemmet». I motsatt hånd hadde hun tøydukken sin. Den hadde hvit lue med stor blondekant rundt. Vi ble stående og se på henne en stund. Denne gamle krokryggete damen med alle de dype rynkene i ansiktet. «Kom, nå går vi og setter på plass lampen», sa vi med vennlig stemme. «Den skal stå her borte i dagligstuen». Hun ble med. Tassende. Litt slepende.

Litt etter var det tid for å hjelpe henne med kveldsstellet. Hun ble med oss inn på badet ved rom 112, der hun bodde på skjermet enhet. Hun var oppgående fysisk, men husket eksempelvis ikke lenger hvordan man tar av og på seg klær. Vi fant frem den hvite nattkjolen med de blå blomstene på. Den skulle hun ha på seg for natten. Hun sto ved vasken, og vi pleiere sto på hver vår side av henne for å hjelpe. Idet vi forsiktig tok av strømpebukse og skjørt grep hun hardt, virkelig hardt, tak i tøyet sitt og ropte høyt og skjærende: «Nei, pappa! Jeg vil ikke, pappa!»

Hun var stiv i hele kroppen og angsten sto

i øynene hennes. Stumme og forskrekket ble vi stående der. Ordene gjentok seg i hodene våre. Vi slapp straks taket vi hadde i tøyet hennes og kikket spørrende på hverandre. Uten å veksle ord, tenkte vi det samme. Vi tok på henne strømpebukse og skjørt igjen. Lot henne sove med klærne på den natten. Da vi kom inn for å se til henne ti minutter senere lå hun fint i sengen sin og sov. Tøydukken hun hadde båret på hele dagen lå i armkroken hennes. Den var en trygghet for henne.

Tilbake på vaktrommet kunne vi ikke klare å glemme denne situasjonen. Hun hadde ikke sagt noe på flere måneder. Men nå, spontant og uventet, ropte hun forskrekket; «Nei, pappa! Jeg vil ikke, pappa!» Ordene ble hengende igjen i luften. Lenge. Og vi sto tilbake undrende og vel vitende om at dagen etter, ja, da ville ikke damen med tøydukken minnes denne episoden på baderommet.

Av Sykepleieren på skjermet enhet



Under skjer!

Det var min første påske som ferdig sykepleier, og jeg kommer aldri til å glemme den! Jeg jobbet på den største av de to kirurgiske avdelingene på lokalsykehuset.

På mandagen i påskeuka hørte jeg at en mann var kommet inn på overvåkingsstua. Han var alvorlig skada. Han hadde mange brudd, men var ved bevissthet. Jeg visste at et rom var klart på min avdeling dersom vi måtte ta imot noen dårlige i påsken. Overvåkingsstua stengte i påsken. Tirsdagen var fridag siden jeg skulle jobbe hele helga.

Onsdag morgen møtte en nattevakt fra overvåkingsstua på min avdeling. Hun virket skremt. Hun skulle ha en vakt senere i uka, og ville ha den alene på denne pasienten. Så kom legevisitten med oversøster og overlege i spissen. De var alvorlige! Jeg fikk beskjed om at pasienten var for

dårlig til å bli flytta inn på min avdeling. Jeg måtte skaffe to pleiere til hvert skift påsken igjennom på overvåkingsstua. Hvordan i all verden skulle jeg klare det? Personalet var dratt på påskeferie!

Gjorde vi rett i å redde ham?

På en eller annen utrolig måte klarte jeg det likevel. Jeg gikk nok langt mer selv enn full stilling, men jeg hadde ikke noen familie å ta hensyn til så jeg kunne gjøre det. Pasienten hadde over 20 brudd, og han hadde slutta å puste. Han lå på respirator, og med strekk her og der. Vi måtte være seks personer for å skifte under han. Anestesilegen, som hadde fri, kom

På en eller annen utrolig måte klarte jeg det likevel. Jeg gikk nok langt mer selv

to ganger i døgnet og regulerte syre/base. Han var nok nøkkelen til at det gikk bra. Det var en krevende påske, men vi fikk gjort jobben som måtte gjøres.

Etter påske ble noen av bruddene operert, og han våknet. Da kom spørsmålet: Gjorde vi rett i å redde han? Han var på toårsstadiet. Var dette noe liv for ham, og hva med pårørende? Han ble lenge på sykehuset, rusla rundt i korridorene uten mål. En dag i august stoppa han foran meg. «I dag gikk rullgardina opp», sa han. HAN VAR TILBAKE! HAN VAR HELT NORMAL IGJEN!

For oss var det et under! Medisinsk var et fettemboli sugd opp og trykket på hjernen borte. For meg en påminnelse om aldri å tro at noe er umulig — undere skjer om vi kan forklare dem eller ikke!

Av Taus

Den lysende engel

Den nye, unge pasienten kom trillende inn og ble lagt i korridoren. Han var meldt til oss som tung narkoman med en infeksjon. Vi har en del narkomane på avdelingen, og av erfaring er det kanskje ikke de som skryter mest av oss.

Jeg satt ved siden av ham og tok innkomstsamtalen. Etter en stund spør han meg hvor lenge jeg har jobbet som sykepleier. «I 14 år», sier jeg. Han ser på meg med overraskende øyne og bryter ut: «Og ennå «lyser» du så sterkt!»

Dette stakk meg rett i hjertet og tårene sprengte på. Jeg ble igjen påminnet hvor utrolig viktig vår væremåte er overfor hver enkelt pasient.

Av Torhild



Pc-vinneren

Torhild Bjørge (40) fra Trondheim har skrevet historien «Den lysende engel». For den fikk hun 57 stemmer – nok til å vinne skrivekonkurransen.

– *Hvordan klarte du å få stemmene?*

– Jeg kjenner mange, og oppfordret dem til å gå på nettet og stemme. Og jeg har sagt det på jobben. Men de skulle ikke stemme hvis de ikke likte historien, forteller Bjørge, som jobber på avdeling for infeksjonssykdommer ved St. Olavs Hospital.

Hun er svært fornøyd med å få seg en ny pc.

– Jeg trenger den. Jeg kranbler med døtrene mine på 9 og 12 om den ene vi har. Først ved midnatt får jeg slippe til.

Bjørge er klinisk spesialist og tar for tiden en 15-studiepoengs videreutdanning i smertelindring.

– *Hvordan fant du på hva du skulle skrive?*

– Jeg så et kort om konkurransen i Sykepleien. Historien datt inn i hodet. Den vil jeg skrive, tenkte jeg. Det er noe med de narkomane. De gir ofte så lite. Sikkert derfor jeg ble så rørt. Episoden skjedde for to år siden.

– *Hvor lang tid brukte du på å skrive den?*

– En liten time, tror jeg.

– *Lettjent pc?*

– Ja. Men litt kampanjearbeid ble det jo, som tok tid.

– *Skal du skrive mer?*

– Da jeg drev med spesialistutdanningen, skrev jeg historier en gang i uken. Derfor faller det meg nå lett å skrive. Det er artig å formidle sånne episoder. Får se om det blir mer. Nå skal jeg skrive oppgave om smerte. Da får jeg i hvert fall god bruk for maskinen.

Bjørge har vært sykepleier i 14 år og jobber samme sted hun var student.

– Her er utrolig variert, fra det mest uskyldige til det alvorlige, som tuberkulose.

Den nye pc-en er i hus, og Bjørge forteller om stor jubel fra barna.

– De så at det var innebygget kamera. Men denne skal jeg ha for meg sjøl.

– *Tror du det?*

– Vel, vel. Må sikkert dele litt.

tekst **Marit Fonn** foto **Lena Knutti**



NYTTIG: Pc-en blir god å ha når Torhild Bjørge skal skrive oppgave om smertelindring.

Flere vinnere

Nummer to ble Lilly Anne Blindheim Rødal (Molde) for «Englevakt» (15 stemmer). Hun har fått gavesjekk på 3 000 kroner. På delt tredje plass (8 stemmer hver) kom Emilia E. Sæter (Oslo) for «Den vesle sjefen» og Tone Bjørnson Anderaa (Oslo) for «Et kappløp med tiden». Disse har fått gavesjekker på 1 000 kroner. Bidragene kan leses på www.sykepleien.no.

Blant dem som har stemt, er disse trukket ut som vinnere av hver sin gavesjekk på 1 000 kroner: Karen Hogstad Lund, Marianne Rønning og Åshild Rønning Hamborg.

Vant Gullkornet

Skrivekonkurransen Øyeblikket 2008 har vunnet Gullkornet. 6. november delte bransjeforeningen NIR (Norske Informasjonsrådgivere) for andre gang ut prisen for godt pr-arbeid. Sykepleien og kommunikasjonsbyrået Nucleus ble vinnere av åpen klasse.

Helsetilsynet slakter kommuner:

Sløv organisering truer på

Mange sykehjem bryter loven. Problemet gjelder sannsynligvis også hjemmetjenesten.

I høst har flere kommuner i Norge fått pepper når lokale helsetilsyn har sjekket hvordan legemiddelbehandlingen er organisert på utvalgte kommuners sykehjem. Kommunene bryter lov og forskrifter på flere punkter. Foreløpige rapporter er kommet for Trondheim, Melhus og Årfjord i Sør-Trøndelag, samt

Sokndal kommune i Rogaland. Nå har også Fredrikstad kommet på listen over kommuner som mangler et system som sikrer at de eldre pasientene får nødvendig og riktig legemiddelbehandling. Glemmen sykehjem og Rolvsøy velferdssenter var de to institusjonene som fikk strykarakter i slutten av oktober.

Lang avviksliste

I Fredrikstad gjelder avvikene først og fremst styring og organisering. Legetjenesten er ikke integrert i tjenestetilbudet på sykehjemmet. Legene og de øvrige ansatte ved

pleietjenesten er administrativt plassert i ulike etater, og det finnes ingen felles møteplasser der de kan evaluere og forbedre tjenestene. Uklar organisering gjør at de ansatte ikke vet hvem som har det overordnede ansvaret, verken for legemiddelbehandling eller legetjenesten. Det mangler også systematisk oppfølging av legemiddelbehandlingen, og sykehjemmenes papirbaserte journalsystem får kraftig kritikk.

– Det mest alvorlige er at kommunen ikke har oversikt over om pasientene får tjenestene de har

behov for. Konsekvensen kan bli at pasientene ikke får de medisinene de trenger. Risikoen for at feil skjer blir uakseptabel stor, sier Morten Slettmyr hos Helsetilsynet i Østfold.

Reagerer sterkt

Virksomhetsleder ved Glemmen sykehjem, Birgitte Kopperud Skauen, hevder at flere av påstandene i tilsynsrapporten ikke stemmer med det som er blitt sagt av de som er intervjuet.

– Kommunen har fått tre uker på å komme med tilbakemeldinger. Det skal vi gjøre. Vi reagerer sterkt

ANNONSE

I ettertid ser jeg at jeg burde oppsøkt hjelp tidligere.

Rigmor Galtung, komiker.

sientsikkerhet

Les også om Sarpsborg som bestod på side 54

på konklusjonene. Mer kan jeg ikke si før jeg har lest hele rapporten og vurdert den sammen med de som er intervjuet, sier hun.

Omsorgssjef Kirsten Piil og kommuneoverlege Bjørn Størsund sier kommunen allerede jobber med å endre organiseringen av denne. Kommunen ser også på hvordan den kan forbedre journalsystemet. Men at eldreomsorgen i kommunen er ute av styring og har uforsvarlig drift, vil de sterkt tilbakebevise.

– Verre i hjemmetjenesten

Hilde Ranum tror tilsynsrappor-

ten avdekker et økonomisk og et organisatorisk problem, snarere enn et ledelsesproblem. Hun er hovedtillitsvalgt for Norsk Sykepleierforbund (NSF) i Fredrikstad kommune, og er ikke så bekymret for at ikke alle ansatte kjenner til hvem som har det øverste ansvaret. Ranum mener at det er viktigere at det finnes nok kvalifisert personale til å gjøre de oppgavene som trengs, og at alle vet hva deres oppgaver er.

– Min hovedbekymring er legemiddelhåndteringen i hjemmetjenesten, hvor ansatte uten kurs i legemiddelhåndtering og uten myn-

dighet blir satt til å ha ansvaret for legemiddelutdeling. Det dreier seg ikke bare om å gi riktig medisin til riktig pasient til riktig tid, men også å observere pasienten og vurdere virkning og bivirkning, sier hun.

De ansatte har ført avvik og sagt fra over lang tid, uten at politikerne gir rammer som setter lederne i stand til å gjøre ting på en bedre måte. Snarere tvert imot: I forslaget til kommunebudsjett for 2009 skal 40 årsverk i helse- og omsorgssektoren kuttes.

– Vi er veldig lavt bemannet i kommunen i forhold til de

oppgavene vi skal gjøre og mange nye oppgaver og krav til tjenesten kommer stadig til. Bemanningsfaktoren som sier noe om hvor mange stillinger som kreves innen de ulike områdene i helse- og omsorgssektoren, har ikke vært vurdert på mange år i Fredrikstad kommune, sier hun.

Morten Slettmyr hos Helsetilsynet i Østfold sier de tar med seg Rannums informasjon i planleggingen av fremtidig tilsynsvirksomhet. Hos Statens helsetilsyn sier Merete Steen at de i løpet av året vil vurdere om de skal ha lignende tilsyn også i landets hjemmetjeneste.

Veien fra depresjon til psykose var som en lang og nedadgående spiral.

– I begynnelsen var det bare en følelse av å ikke være bra nok. Etter hvert ble redselen og tankene mine til en murrende følelse som bredte seg til hele kroppen min. Til slutt var jeg tappet for energi, forteller Rigmor Galtung.

På det verste satt moren og tanten ved sengen hennes. De måtte begge klappe henne på armen med jevne mellomrom, for at hun selv skulle forstå at hun fortsatt levde.

På sykehuset ble Rigmor utfordret til å beskrive sin drømmeterapeut. I dag blir hun fortsatt fulgt opp av den samme drømmeterapeuten.

– Min åpenhet har vært nyttig både for meg selv, og for mange som ikke kunne sette ord på sin egen situasjon, sier Rigmor.

Rigmor er ikke alene. Halvparten av oss vil få alvorlige psykiske problemer i løpet av livet. Tidlig hjelp kan forhindre utvikling av psykiske lidelser. Denne hjelpen må finnes i kommunen.

Derfor har kommunene gjennom Opptappingsplanen for psykisk helse de siste ti årene ansatt 5000 personer i psykisk helsearbeid. I tillegg har kommunene styrket tjenestene med 5000 egne årsverk. Sammen med landets fastleger utgjør dette kommunenes psykiske helsearbeid.

Denne satsingen begynner vi nå å se resultatene av. Flere får nå et bedre tilbud tidligere – særlig har tilbudet til barn og unge blitt styrket.

Pengene til psykisk helse videreføres, men er ikke øremerket etter 2008. Nå er det opp til kommunenes politikere å sørge for at innbyggerne får det nødvendige tilbudet.

Se flere historier på www.psykisk.no

Alle kan få psykiske problemer

Er din kommune forberedt?

 Helsedirektoratet



Alt for Ahus

Janne Sonerud er motoren bak landets eneste divisjon for sykepleie. Det blir ennå en stund til hun kan gire ned.

Hvem: Janne Sonerud

Alder: 40 år

Hvorfor: Fordi hun leder landets eneste sykepleiedivisjon på nye Ahus, som åpnet offisielt 6. november.

I enden av en lang glassgang kommer ei lita dame i ekspressfart. Det lyse håret flagrer over den hvite kappen, og et skilt som henger i en snor rundt halsen kommer til syne: « Janne Sonerud, divisjonsdirektør, Divisjonen for sykepleie, Akershus universitetssykehus».

– Unnskyld at jeg er forsinket, starter hun, men blir avbrutt av mobiltelefonen som durer i lomma. Det er datteren. Hun har mistet bussen og vil sitte på hjem til Lørenskog. Sonerud unnskylder seg nok en gang, og løper tilbake den veien hun kom. Datteren får klar beskjed om å gjøre lekser på kontoret mens hun venter. Og det kan bli en stund til.

Over en måned har gått siden nye Ahus ble tatt i bruk. Endelig begynner ting å roe seg slik at Sonerud kan ta fatt på de praktiske utfordringene for sitt store prosjekt: Divisjonen for sykepleie.

Den nye divisjonen er en ny måte å organisere sykepleien på ved norske sykehus. Den samler sykepleiere, hjelpepleiere, jordmødre, barnepleiere og merkantilt personell. Til sammen mer enn 900 ansatte som jobber ved somatiske sengeposter, poliklinikker, føde, barsel, hjerteovervåking, dialyse og

akuttmedisinsk avdeling. En felles enhet har ansvaret for bemanningen ved tolv ulike sengeposter, tolv ulike poliklinikker, i fem ulike avdelinger. I tillegg er det en felles enhet som sørger for pasientlogistikk.

Sonerud guider oss gjennom lange lyse korridorer. Vi møter de nye selvgående robotene som kjører rundt i bygget og frakter sengetøy, søppel og mat. Vi går opp trapper, og vi går ned trapper. Sonerud stadig like ivrig i fortropp.

Å danne fortropp er egentlig noe Sonerud har gjort siden hun var ung. På grunnskolen i Arendal og i Valdres var hun klassens elevrådsrepresentant. Hjemme fikk hun sine to yngre søstre til å gjøre som hun ville, og på sykepleierskolen

Noen ganger er det bra man ikke vet hva man går til.

Janne Sonerud

var hun studentrepresentant. Men likevel har hun aldri hatt noe ønske om å bli leder. Det har liksom bare blitt sånn.

Da hun var liten tenkte hun heller aldri på å bli sykepleier. Av

opposisjon til sine foreldre, som helst så henne i deres fotspor innen finans, valgte hun heller språklinja på Fagernes videregående skole. Etterpå reiste hun til Oslo for å finne seg en jobb. Hun var heldig, og fikk napp på Radiumhospitalet. Det som kun skulle være en vei til kroner i lommeboka, ga mersmak. Hun utdannet seg til sykepleier ved Høgskolen i Akershus, og fikk sin første jobb på Ahus i 1992. Da jobbet hun på sengepost for lungepasienter. Sonerud er også klinisk spesialist i sykepleie.

Etter å ha vist oss noe av det hun synes er flottest i det nye sykehuset, nemlig et stort lekeområde utenfor Barne- og ungdomsklinikken, ser vi en mann som står og vinker gjennom en glassdør. Han

kommer seg ikke ut. Sonerud trykker på en stor grå knapp, og døra åpnes automatisk.

– Kan jeg hjelpe deg med noe?

– Jeg finner ikke igjen kona mi, sier han.

– Vet du hvor hun ligger? Sonerud tar et godt grep i mannens overarm, og støtter han forsiktig nedover gangen.

– Vi har vært i akuttmottaket, men så skulle jeg bare finne et klosett. Men nå vet jeg ikke hvor jeg er. Jeg er så skamfull, sier den gamle mannen og ser ned.

– Nei da, det er ikke så lett å finne frem her når alle korridorene er så like. Vent her så skal jeg finne ut hvor du hører til.

Sonerud savner å jobbe direkte med pasienter. Etter å ha vært på lungeposten i nesten seks år, tok hun det første steget på veien inn til toppledelsen. Først som avdelingssykepleier ved lungepoliklinikken, deretter som avdelings- sykepleier og oppstart av studentposten, så deltakelse i lederteamet og stillingen som assisterende avdelingssjef ved Medisinsk avdeling før hun ble prosjektleder for «Sengeområdet nytt sykehus». Det var gjennom arbeidet med dette prosjektet at hun fikk inspirasjon til å planlegge en ny måte å organisere sykepleien på. Da divisjonen for sykepleie ble startet i fjor sommer, fikk hun stillingen som direktør.

Veien til direktørstolen har gått relativt fort, men det har ikke



Noe må jeg jo bruke all energien min til.

Janne Sonerud



UNG: Stadig blant de yngste som leder.

alltid vært like enkelt. De siste årene har livet bestått mest av jobb, familie og litt søvn. Men aller mest jobb.

– Noen ganger er det bra man ikke vet hva man går til, sier Sonerud idet hun tripper ned trappene for å vise oss personalinngangen. Her er det et 400 kvadratmeter stort steingulv som er utsmykket med figurer og symboler. Store fredsduer og firkløvere danner sirkler sammen med bokstaver og tall.

Hun legger ikke skjul på at det er krevende å jobbe så mye, og at hun ofte får dårlig samvittighet for sine tre barn og mann.

– Men, jeg elsker å få være kreativ, og å kunne være med å skape noe nytt. Noe må jeg jo bruke all energien min til, sier hun og flirer.

Det var mange som var skeptiske til ideen om den nye divisjonen. Ideen rokker ved hele beslutnings-systemet, og det krever en kultur- endring i måten å organisere på. Avdelingene som tidligere ble styrt av legene, skal nå ledes av sykepleiere. Det var særlig en del av de rutinerte overlegene som var skeptiske.

I 2007 reiste de derfor på studietur til USA. Med i troppen var både medspillere og motspillere. Etter en omvisning ved Mayo-klinikken i Minnesota og Lehigh Valley Hospital i Pennsylvania, hvor de organiserer sykepleien på en liknende måte, var det en av Soneruds største skeptikere som sa: «Først nå skjønner jeg hva det er du har stått og hoppet så energisk for i over ett år, dette er jo veldig bra.»

Piiiiip, piiiip. En høy skjærende lyd kommer over høyttaleranlegget på en av sengepostene, og avbryter Sonerud mens hun forklarer hvordan det nye systemet for legemiddel- håndtering skal fungere.

Som første sykehus i Skandinavia vil en maskin overta sykepleiernes jobb med å finne medikamenter til pasientene. Dette systemet er et av Soneruds favoritter blant sykehusets nye teknologiske virkemidler, og hun forteller ivrig hvordan det vil redusere feilmedisinering.

Piiiiip, piiiip. Det er fremdeles en del startproblemer på det som skal være Europas mest moderne sykehus. Akkurat som høyttaleranlegget, fungerer heller ikke den helautomatiske legemiddelforsyningen.

Det har også vært en turbulent tid for personalet. Ansatte ved ulike poster forteller om en stressende hverdag med mye nytt og usikkert. Noen få har også valgt å si opp, og sykefraværet har blitt noe høyere. Dette kommer ikke helt overraskende på Sonerud, men hun er likevel bekymret for at stressnivået skal bli så stort at stadig flere vil bli sykmeldt.

– *Hvordan er det å være direktør for et prosjekt du selv har utarbeidet. Klarer du å være tilstrekkelig kritisk?*

Det blir stille noen sekunder. For første gang i intervjuet legger hun hodet på skakke og tenker seg om før hun svarer:

– Det er ganske krevende. Hver dag minner jeg meg selv om at det er viktig at jeg både gir og tar, og at

jeg må svelge noen kameler. Det er lett å komme i forsvarsposisjon når man får kritikk.

For å få best mulig oversikt over stemningen som rører seg blant personalet, prøver hun å lytte så mye som mulig til hva de har å si. På sikt håper hun også å kunne ta noen vakter ved ulike poster. Hun har allerede erfart at veien fra powerpoint til praksis kan være ganske kronglete.

– Jeg har faktisk allerede vært oppe hos Erik (*direktør Erik K. Normann, red.anm.*) og gitt beskjed om at jeg ikke kommer til å nå alle målene jeg har satt. Ikke ennå, sier Sonerud mens hun legger armene i kors.

I ulike lederstillinger har Sonerud alltid vært blant de yngste, og med sine 40 år er hun også blant de yngste i sykehusledelsen. Hun innrømmer at den unge alderen gjør at hun stiller med færre erfaringer. Men det gir henne enda en god grunn til å jobbe mer systematisk. Til å være enda mer kreativ. Og hun tror alderen snarere er en fordel for det høye arbeidstempoet. For at maskineriet i divisjonen skal gå rundt, jobber hun minst halve døgnet. Men hun prøver å komme hjem så hun får spist middag med familien, som regel i sju-åtte tiden.

– Jeg husker den yngste sønnen min kom til meg en kveld i fjor og spurte: «Mamma, når sykehuset er ferdig, skal du bytte jobb da?». Da spurte jeg hvorfor han lurte på det, og han svarte: «For enten så er du på jobb, eller så sitter du foran pc-

en din her hjemme». Slike situasjoner får meg til å tenke gjennom hva det er jeg driver med, sier hun med en liten dragnig i munnvikene.

Omvisningen er ferdig, og det blir en kaffekopp i kontorlandskapet ved hennes kontor. Her kan hun lukke døra når hun har behov for en pause. En pause fra unntakstilstandene utenfor døren.

Nå ser hun frem til å ta fatt på en del av målene hun har for den nye divisjonen. I tillegg til en mer effektiv organisering av både personale og pasienter, vil hun blant annet satse på å øke kompetansen blant de ansatte slik at de både får spiss- og breddekompetanse. Selv har hun planer om å toppe lederutdanningen, som hun har tatt parallelt med jobben, med en master.

Men først vil hun prøve å få mer tid til familien.

– I denne perioden har jeg levd med jobben 24 timer i døgnet. Selv om jeg prøver å prioritere familien, er det ikke alltid like lett. Denne jobben er jo livsstil, sier hun og ser ut mot glassgangen.

– *Er det verdt det?*
Sonerud trekker pusten dypt, tar en slurk av kaffekoppen og kaster et blick på datteren som sitter foran kontorpulten og gjør lekser, før hun svarer:

– For en begrenset periode.

RISIKO FOR SYRESKADER

HJELPER TIL Å MOTVIRKE SYRESKADER



Syreskader på tennene er et voksende problem. Spesielt på grunn av drikkevarer med lav pH-verdi - f.eks. brus og juice - som kan forstyrre balansen i munnen din. I løpet av dagen anbefaler vi vanlig vann fra springen som et godt middel mot syreangrep, fordi det nøytraliserer syren i munnen din.

Morgen og kveld har vi enda en anbefaling. Den heter zendium Syreforsvar, og inneholder beskyttende proteiner, som hjelper til å motvirke syreskader.

zendium anbefales av norske tannleger*

STYRKER MUNNENSEGET FORSVAR



zendium anbefales av Norsk Tannpleierforening



Navn: Karen Sundøy

Verv: Leder av Vaksineopplyste foreldre. Det har hun vært siden oppstarten i 1998.

Ellers: Vaksineopplyste foreldre er en privat og uavhengig organisasjon. Er prinsipielt verken for eller mot vaksiner.

Jeg har to døtre, og aldri i livet om de får vaksinen.

Karen Sundøy

Vaksinere

Astrid Grydeland Ersvik er klar for å vaksinere tolv år gamle jenter mot **hpv**. Det mener Karen Sundøy er et overtramp.

Regjeringen foreslår å hpv-vaksinere jenter på tolv år. **Karen Sundøy** i Vaksineopplyste foreldre mener det er for mye usikkerhet knyttet til vaksinen.

– Vi vet ikke hvor lenge vaksinen virker, sier hun.

– Produsentene sier minst seks år. Hvis en jente på tolv år får den, og ikke er seksuelt aktiv før hun er 19, risikerer hun at vaksinen ikke lenger gir beskyttelse når hun trenger det.

Sundøy peker på at vaksinen er ung og at mulige skadevirkninger ikke er kjent. Hun mener det heller ikke er bevist at vaksinen beskytter mot kreft.

– Det tar 20-30 år å utvikle livmorhalskreft. I markedsføringen av vaksinen opplyses det at 300 norske kvinner hvert år får denne kreftformen. 80 dør. Det som ikke nevnes, er at de som rammes i gjennomsnitt er 50 år. Her skal tolvåringer vaksineres, og effekten er kanskje forsvunnet før de er 20.

Hun viser til at vaksinen ikke er testet ut på tolvåringer. Dessuten synes hun det er betenkelig å vaksinere unge, friske jenter fordi man antar at de senere vil ha mange seksualpartnere.

– Vet vi nok? Kanskje kan vaksinen føre til kreft. Eller barnløshet. Jeg har to døtre, og aldri i livet om de får vaksinen.

– *Men livmorhalskreft er et alvorlig helseproblem?*

– Ikke i Norge, men i utviklingsland. Der har de ikke samme tilbud om screening og behandling som i Norge.

– *Hva er alternativet til vaksine?*

– Norge har et godt screeningprogram for å avdekke begynnende livmorhalskreft. Jeg frykter at vaksinen kan gi falsk trygghet, slik at mange vil droppe anbefalte celleprøver fordi de er vaksinert. Hva hvis vaksinen ikke virker? Da utsettes kvinner for å gå med celleforandringer som utvikler seg.

– *Kvinner som må fjerne en del av livmorhalsen etter celleforandringer har økt risiko for å føde for tidlig. Er ikke det et argument for å vaksinere?*

– Kanskje. Men igjen: Virkningen av vaksinen er ikke godt nok dokumentert.

For å oppnå full effekt, må hpv-vaksinen settes tre ganger i løpet av et år. Det får Sundøy til å frykte at reaksjoner ikke blir fanget opp.

– Sett at en reaksjon kommer en

Jeg ville ikke bekymret meg for bivirkninger.

Astrid Grydeland Ersvik

eller ikke?

måned etterpå, og ikke blir satt i sammenheng med vaksinen. Når jenta skal revaksineres, risikerer hun en enda større reaksjon. Det kan i verste fall ta livet av henne.

– Har du fått mange henvendelser om vaksinen?

– Ikke ennå. Noen. Men det kommer flere.

Sundøy er opptatt av at Folkehelseinstituttet unnlater å fortelle hele sannheten om vaksinene de anbefaler:

– Derfor er min oppgave å informere foreldre om hva vaksinasjon kan føre til. Så må de bestemme selv.

Astrid Grydeland Ersvik og landsgruppen for helsesøstre støtter forslaget i statsbudsjettet.

– Underveis har vi hatt motforestillinger, og det er nok fortsatt delt syn blant helsesøstrene.

Det viktigste argumentet er at livmorhalskreft er et alvorlig kvinnehelseproblem.

– 80 dødsfall i året er ikke lite. Dessuten vil vaksinen føre til at færre får celledforandringer. Det betyr færre operasjoner og dermed færre senaborter og premature fødsler.

Ersvik har selv en datter på 23.

– Hvis hun var yngre, ville du kvidd deg for å vaksinere henne?

– Nei. Jeg ville ikke bekymret meg for bivirkninger. Jeg vet hvor strenge krav som stilles før en vaksine blir godkjent. Alle vaksiner har bivirkninger, men de fleste er ufarlige og raskt forbigående.

Ingenting tilsier at denne vaksinen har mer alvorlige bivirkninger enn andre.

Ersviks erfaring er at det er to typer vaksinemotstandere: De som er ideologisk mot og som ikke lar seg overbevise om noe annet. Og de som er i tvil og vil ha framlagt fakta.

– Det er greit å være på leit og i tvil. Fakta er viktig for oss helsesøstre, for vi skal gi korrekt informasjon, så foreldrene kan velge. Heldigvis er vaksinen frivillig.

– Men du vil anbefale den?

– Ja, hvis Helsedepartementet får gjennomslag og vaksinen blir en del av barnevaksinasjonsprogrammet, er vi iverksettere av vedtaket. Denne vaksinen skaper mye debatt, fordi den av mange knyttes til seksualitet. Vi må bruke mye tid på å informere foreldre.

Hun er enig i at livmorhalskreft er et mye større problem i den fattige verden.

– I verden er det den nest hyppigste kreftformen for kvinner. 270 000 dør hvert år. Norge er privilegert som har råd til å innføre en sånn vaksine.

Regjeringen vil bevilge 57 millioner kroner til selve vaksinen.

– Men ressursene til dem som skal vaksinere, er så å si ikke styrket. Det er vår største innvending nå, sier Ersvik.



Navn: Astrid Grydeland Ersvik

Verv: Leder av landsgruppen av helsesøstre i Norsk Sykepleierforbund

Ellers: Faggruppen har vært representert i Folkehelseinstituttets gruppe som har vurdert innføringen av hvp-vaksinen.

Vigdís Malt Marøy,

Leder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten i Østnesbygd bydel, Oslo kommune

Kirsten Berge,

Helsesøster/spesialkonsulent, Helse- og velferdsetaten, Oslo kommune

Signe Myklebust,

Helsesøster/spesialkonsulent, Helse- og velferdsetaten, Oslo kommune

Forebygging er lønnsomt

– men ikke gratis

Helsestasjonsvirksomhetens oppgaver har blitt flere og mer krevende de senere år uten at ressursene har økt tilsvarende.

Tjenesten skal ha karakter av et lavterskeltilbud.

En generell vekst i befolkningen i hovedstaden, med rekordhøye fødselstall, har ført til økt press på en rekke tjenester, deriblant helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Bemanningen i tjenesten har ikke økt i takt med utviklingen i barne- og ungdomsbefolkningen. Hvordan innvirker dette på tilbudet til brukerne?

Generelt om tjenesten

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er en del av kommunehelsetjenesten og omfatter kommunens tilbud om forebyggende helse-tjeneste til barn og unge 0–20 år og gravide. Barn og unge har en lovbestemt rett til «nødvendig helsehjelp», også i form av helsekontroller (1,2).

Helsepersonellgruppene som utgjør grunnbemanningen i helsestasjons- og skolehelsetjenesten i Oslo er helsesøster, lege, jordmor og hjelpepersonell. I tillegg kan andre med helse- og sosialfaglig bakgrunn, være tilknyttet tjenesten på ulike måter.

Ifølge «Forskrift om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten» (3) er formålet med tjenesten å fremme psykisk og fysisk helse, fremme gode sosiale og

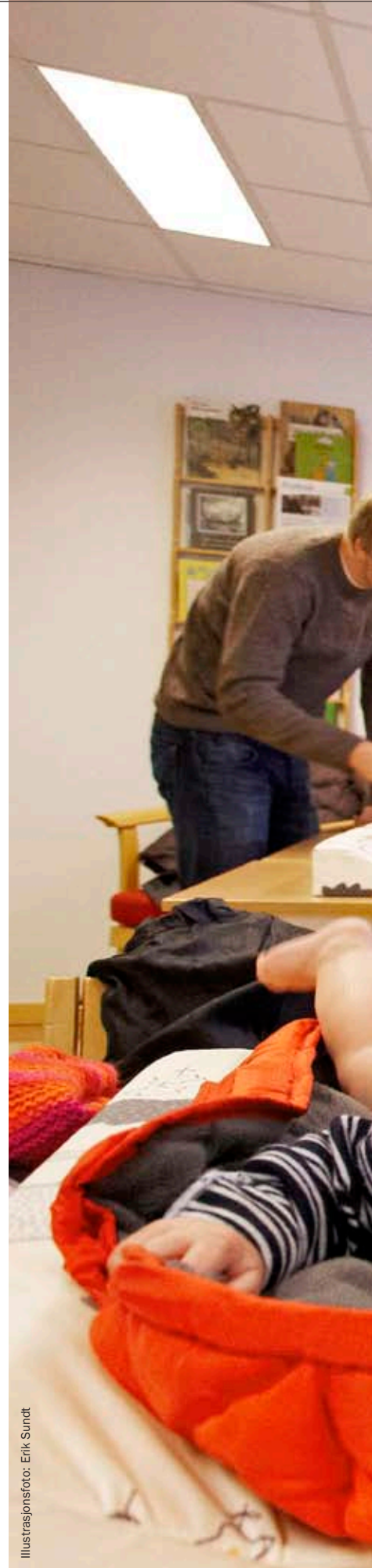
miljømessige forhold og forebygge sykdom og skade. Tjenesten består av følgende virksomhetsområder:

- Helsestasjon 0–5 år inkludert svangerskapskontroll
- Skolehelsetjeneste i grunn- og videregående skole
- Helsestasjon for ungdom

Det legges i veiledende merknader til forskriften opp til at tjenesten skal fremstå som et helhetlig og samordnet tilbud til barn og unge mellom 0 og 20 år i kommunen.

Tjenestens rolle og posisjon

I Oslo har det vært faglig og politisk enighet om at helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal sentral i det forebyggende og helsefremmende arbeidet for barn og unge. Tjenesten skal ha karakter av et lavterskeltilbud. Det innebærer at den skal være lett tilgjengelig for målgruppen, med kort ventetid på timeavtale og brukervennlig lokalisering og åpningstid. Det skal være kontinuitet i tilbudet, og tjenesten skal være oppsøkende, gratis og frivillig å bruke. Videre skal kommunen sørge for at adekvat fagpersonell er tilgjengelig i tjenesten. Tilbudet er basert på taushetsplikt, tillit og respekt, og tjenesten for-



Illustrasjonsfoto: Erik Sundt

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på www.sykepleien.no

Søkeord:

Helsestasjon
Helsesøster
Forebygging
Barn/ungdom



FOR ALLE: Helsestasjonen skal være brukervennlig, lett tilgjengelig, gratis og frivillig, ha kort ventetid og plausible åpningstider.

valter ingen sanksjonstiltak overfor barn eller foreldre.

Gjennom regelverks- og programfestede konsultasjoner har tjenesten gode muligheter for kontakt med hele barne- og ungdomsbefolkningen og deres familier. Den er dermed i en unik posisjon som helsefremmende og forebyggende aktør. Den har mulighet til å nå barn og familier både for problemer oppstår og fester seg, og til å avdekke og intervensere overfor oppståtte problemer/sykdom og skjevutvikling på et tidlig stadium. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal, i tillegg til oppgaver knyttet til hvert enkelt barn og hver enkelt ungdom, utføre samfunns- miljø- og grupperettede tiltak. For å kunne oppfylle regelverkskravene er det avgjørende at tjenesten dimensjoneres i samsvar med utviklingen i barne- og ungdomsbefolkningen samt innehar relevant og kunnskapsbasert kompetanse.

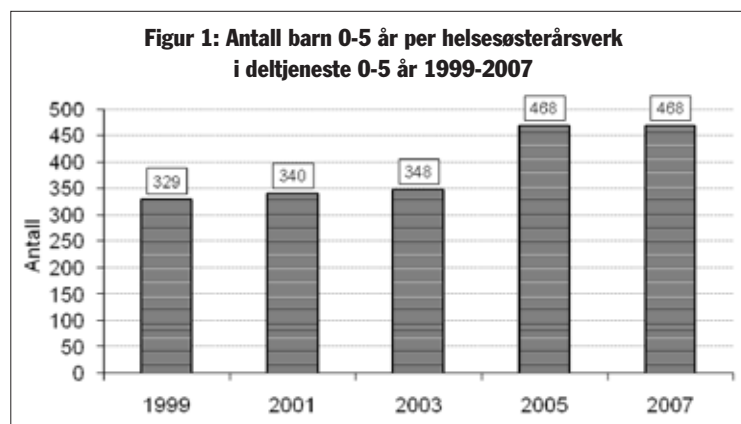
Helsestasjonsvirksomhet og svangerskapsomsorg

Til tross for at det er frivillig, bruker nesten alle sped- og små-

barnfamilier helsestasjonens tilbud om helsekontroller i henhold til det nasjonale, anbefalte programmet. Tallet på bosatte barn 0–5 år har vært økende de siste seks årene og lå i 2007 på rundt 44.500 (4).

De siste årene har det vært en kraftig økning i fødselstallet i Oslo. I 2006 og 2007 ble det født henholdsvis 9 410 og 9 444 barn. Dette er de høyest registrerte fødselstallene i byens historie (4).

Det er imidlertid ikke mulig å påvise en bemanningsøkning i helsestasjonene i takt med veksten i fødselstall. Som følge av de høye fødselstallene har det siden 1999 tvert i mot vært en økning i antall barn per helsesøsterårsverk (figur 1). I Opptrappingsplan for psykisk helse (OP) fra 1999 til 2008 legger staten føringer for en bemanningsøkning i perioden, tilsvarende 80 årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten 0–20 år i Oslo (800 årsverk på landsbasis). Ved utgangen av 2007 var noe under 40 årsverk finansiert med midler fra OP. Den registrerte realøkningen for hele tjenesten er imidlertid på bare 21,5 årsverk. Det-



te påpekes i brev av 29.1.2008 fra Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester til bydelene om styrking av helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Tilbud til gravide

I tråd med faglige retningslinjer for svangerskapsomsorg ønsker mange gravide i Oslo kombinert oppfølging hos sin fastlege og jordmor på helsestasjonen (5). Det er en særlig utfordring i Oslo at et begrenset antall jordmødre i små stillingsbrøker (cirka 25 årsverk fordelt på 45 personer) har en forskriftsfestet plikt til å samarbeide med kommunens 400–500 fastleger om cirka 9500 gravide. Bydelens jordmorressurser er ikke tilstrekkelig til at den gravide fritt kan velge hvor hun vil følges opp, og av hvem.

En god svangerskapsomsorg har alltid blitt sett på som viktig for den gravides helse. Nyere forskning viser at mødres fysiske og psykiske helse i svangerskapet også er av stor betydning for det nyfødte barnets helse og tidlige tilknytning. Dette illustrerer ytterligere behovet for en velfungerende svangerskapsomsorg.

Svangerskapsomsorgen skal bidra til å identifisere gravide som på ulike vis trenger spesiell oppfølging, for eksempel fra sosialtjenesten og/eller spesialisthelsetjenesten. Det er blant annet svært viktig å avdekke tilstander som diabetes, rusmisbruk og psykisk sykdom. Kvinner som er omskåret, bør fanges opp og tilbys adekvat hjelp før fødselen. Nyankomne flyktninger og innvandrere har oftest et særlig omsorgsbehov. Det er følgelig et høyt antall gravide

i Oslo som har behov for tett oppfølging i svangerskapet. Den viktigste forutsetningen for at helsestasjonene skal kunne gi en forsvarlig og kvalitetsmessig god omsorg til denne gruppen, er en kompetent og tilstrekkelig bemannet jordmortjeneste. Fødselstallet i kommunen har økt betydelig de siste årene uten tilsvarende økning i jordmorressursene.

Tilbud til barn 0–5 år Hjemmebesøk/opsøkende virksomhet

Forskrift for helsestasjons- og skolehelsetjenesten (3) slår fast at tjenestens tilbud blant annet skal omfatte hjemmebesøk/opsøkende virksomhet. I programmet for tjenesten anbefales det hjemmebesøk til *alle* nyfødte innen to uker etter hjemkomst. Det kan også foretas hjemmebesøk utover besøket til nyfødte når det er hensiktsmessig. Av kapasitetsmessige grunner utføres dette i liten grad.

Vaksinasjonsprogram

Alle barn har etter Lov om vern mot smittsomme sykdommer rett til å bli vaksinert og få den beskyttelse dette gir (6). Helsepersonell har en forskriftsfestet plikt til å informere om og tilby programmet i regi av helsestasjons- og skolehelsetjenesten og gjennomføre vaksiner. I Oslo innebærer dette at det årlig blir satt cirka 70 000 vaksiner i de to første leveårene. I tillegg får innflyttede barn fra andre land tilbud om ettervaksiner om de ikke har dokumentasjon på at de er vaksinert



Illustrasjonsfoto: Erik Sundt

EKSTRA STØTTE: Mange familier med innvandrerbakgrunn trenger ekstra oppfølging med hensyn til språk, vaksinasjon, ernæring og tannhelse.

tidligere. Vaksinasjonsprogrammet gjennomføres i det alt vesentligste i tilknytning til de anbefalte konsultasjonene på helsestasjonen.

Konsultasjonsprogram

I programmet for tjenesten anbefaler Helsedirektoratet ti konsultasjoner til alle barn i løpet av første leveår (7). Deretter anbefales fire konsultasjoner i småbarnsalder opptil fire år. For Oslos del, med rundt 44.500 barn i alderen 0–5 år, innebærer dette cirka 130 000 kontakter i året. Innholdet i de anbefalte konsultasjonene er unikt for helsestasjonstilbudet og tar opp aspekter ved barne- og familiehelse som ikke systematisk blir berørt i andre sammenhenger. Temaene som tas opp spenner over et vidt spekter, fra barnets generelle trivsel og utvikling til foreldrenes helse og familiens sosiale nettverk.

I tillegg skal helsestasjonen gi et utvidet tilbud til barn med behov for ekstra oppfølging, eventuelt i samarbeid med andre involverte instanser og tjenester. Dette kan bidra til å øke antall konsultasjoner betydelig.

Statistisk har cirka 20 prosent av barna behov for spesiell oppfølging og iverksettelse av forebyggende hjelpetiltak. For mange av barna er dette i utgangspunktet uavklarte vansker som helsestasjonspersonalet skal avdekke gjennom samtaler med familien, egne observasjoner og undersøkelser og i samarbeid med andre yrkesgrupper. En forutsetning for at dette kan skje, er at personalet har tid og anledning til grundige og ofte tidkrevende samtaler med foreldrene og kunnskapsbaserte observasjoner av barna.

Utfordringer og nye oppgaver

Utjevning av sosiale helseforskjeller

Helse er ulikt fordelt på sosiale grupper og det må erkjennes at vi har et lagdelt samfunn. Dette understrekes i St.meld.nr.20 (2006–2007) «Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller» (8). Et av helsestasjonstjenestens fortrinn er at den som eneste virksomhetsområde treffer så godt som alle barn de første leveårene, uavhengig av

foreldrenes sosioøkonomiske status. Hovedmålet for «Folkehelseplan for Oslo 2005–2008» er å redusere helseforskjellene i kommunen gjennom å forbedre helsen til utsatte grupper (9). Den brede kontakthelsetjenesten har mot barnefamilieene gir en unik og verdifull posisjon i arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller.

Vekst i fødselstallet

Når fødselstallet øker i det omfanget som i Oslo de siste årene, er det en utfordring å gi tjenester til hele barnebefolkningen, og særlig til barn i første leveår, uten en tilsvarende økning i bemanningen. Lang erfaring fra praksis viser at det bør være en øvre grense på cirka 75 nyfødte per helsesøsterårsverk. Dette gir et oppfølgingsansvar for cirka 375 barn i alderen 0–5 år per helsesøsterårsverk. Som figur 1 viser, har et helsesøsterårsverk i Oslo årlig ansvar for oppfølging av nær 500 barn i denne aldersgruppen.

Kortere liggetid i fødeinstitusjoner

Helsestasjonstjenesten fikk en utvidelse av ansvarsområde og arbeidsoppgaver på midten av 1990-tallet i forbindelse med redusert liggetid i fødeinstitusjonene. Fra 15. april 2008 ble liggetiden ytterligere redusert. Ved Ullevål Universitets-sykehus er liggetiden for friske flegangsfødende endret fra tre til to døgn. Friske førstegangsfødende tilbys fortsatt maksimalt opphold på tre døgn.

Barselkvinnene som utskrives så tidlig etter fødsel, har stort behov for råd og veiledning når det gjelder egen tilstand, og foreldrene kan ofte være usikre og ha mange spørsmål knyttet til det nyfødte barnet. Helsestasjonene erfarer at dette fører til økt behov for råd- og veiledningstid til en gruppe som tidligere var innlagt på sykehus. Endringen har ikke ført til overføring av ressurser fra spesialisthelsetjenesten til kommunens helsestasjonstjeneste.

Oppfølging av for tidlig fødte barn

Premature har høyere risiko for sykdommer og skader med betydning

for helse og utvikling enn barn født til termin. Helsestasjonstjenesten har alltid hatt en sentral rolle i oppfølgingen av disse barna.

Sommeren 2007 la Sosial- og helsedirektoratet fram «Faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn» (10). Retningslinjene understreker primærhelsetjenestens hovedansvar for oppfølgingen av denne gruppen barn og deres familier. Helsestasjonstjenesten er pålagt ansvar for rutinemessig og hyppig kontakt med familiene, der barnets og familiens funksjon på mange områder skal vurderes. Oppfølging av de nye retningslinjene bidrar til økt press i helsestasjonstjenesten.

Fødselsdepresjon

Kvinner med depresjon eller andre psykiske vansker knyttet til svangerskap, fødsel og barseltid, skal tilbys adekvat hjelp og oppfølging i helsestasjonstjenesten. Et godt samspill mellom mor og barn er av helt avgjørende betydning for barnets følelsesmessige og kognitive utvikling. Et kort og brukervennlig screeninginstrument, «The Edinburgh Postnatal Depression scale» (EPDS), er utviklet for å finne kvinner som trenger hjelp slik at forebyggende samtaletilbud kan gis. Helsestasjonene er en naturlig arena for dette viktige forebyggende arbeidet. Tid og oppdatert kompetanse for jordmødre, helsesøstre og leger er nødvendig for at denne velprøvde og anbefalte metoden kan iverksettes også i Oslo.

Tidlig intervensjon

Nyere forskning slår fast at problemer som inntreffer tidlig i et barns liv har sterk sammenheng med vansker på senere alderstrinn. Tidlig intervensjon er helt sentralt for å kunne redusere negative kjedeefekter av sosial arv, biomedisinske svakheter hos barn og motvirke mulige virkninger hos barn av psykisk syke foreldre. Det er ingen grunn til å tro at sped- og småbarn har mindre psykososiale problemer enn ungdommer. En av årsakene til underrapportering kan være at det råder en «vente-og-se-holdning» i

hjelpeapparatet. Dette gir helsestasjonstjenesten et ansvar for å bidra til implementering av anbefalte kartleggingsverktøy og forebyggingsmetoder.

Foreldreveiledning

Foreldreveiledning har vært en sentral metode i helsestasjonsarbeidet i mange år, men mangel på et godt verktøy og tid har ført til tilfeldig og usystematisk gjennomføring. Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet introduserte våren 2008, i samarbeid med Helsedirektoratet, nytt veiledningsmaterieell for helsestasjonstjenesten. Materiellet er nyttig i det forebyggende arbeidet, men systematisk bruk og god tid til samtalene med foreldrene, er avgjørende for nytten av verktøyet.

Språk 4

I det vedtatte budsjettet for Oslo for 2005 ble det vist til helsestasjonens sentrale rolle i å kartlegge alle barns språkforståelse og evne til språklig kommunikasjon ved fireårskonsultasjonene ved hjelp av kartleggingsverktøyet SPRÅK 4. Siden 2006 har Oslo, som en av 12 kommuner, deltatt i et forsøksprosjekt i regi av Integrerings- og mangfoldsdirektoratet. Gjennom prosjektet prøves SPRÅK 4 ut som verktøy for kartlegging av barns språkutvikling med spesiell vekt på flerspråklige barn.

Alle de vel 30 helsestasjonene i Oslo bruker dette kartleggingsverktøyet, og det utføres årlig 5 000 – 6 000 språkkartlegginger. Målet er å finne fram til barn som trenger språkstimulering og kunne gi dem tilpassede tilbud i bostedsbydelen slik at de får bedre forutsetninger for å følge undervisningen ved skolestart. Dette har krevd ekstra ressurser på bekostning av andre arbeidsoppgaver.

Overvekt og fedme

I de senere årene har overvekt og fedme blitt en stor helseutfordring, også i barnebefolkningen. Forebygging av overvekt og fedme hos barn er viktig, ikke minst på grunn av psykiske vansker knyttet til tilstanden. På sikt er også utvikling av

lidelser som diabetes, muskel-/skjelettplager og hjerte-/karsykdommer alvorlige trusler for helsen. Dette er sammensatte og kompliserte problemstillinger der tiltakene, i tillegg til individuell oppfølging, bør rette seg mot ulike samfunnsmessige forhold. Det knytter seg store faglige, metodiske og pedagogiske utfordringer til veiledningen av og hjelpetiltakene for enkeltbarna og familiene deres. Helsestasjonstjenesten er en selvskreven aktør i tiltakskjeden og må regne med krav om økt innsats når nye retningslinjer på området, som er under utarbeidelse i Helsedirektoratet, foreligger.

Kvinnelig kjønnslemlestelse

Helsestasjonstjenesten har et helt spesielt ansvar for forebygging av kvinnelig kjønnslemlestelse. Svangerskapsomsorgen treffer kvinner med ettervirkninger og medisinske komplikasjoner som følge av omskjæring og som trenger behandling og annen oppfølging. For øvrig skal helsestasjonstjenesten iverksette forebyggende tiltak rettet mot jenter 0–5 år fra befolkningsgrupper som praktiserer kjønnslemlestelse. Oslo er den kommunen i landet som har den største andelen innflyttere fra aktuelle befolkningsgrupper.

Det er en utfordring for bydelene når Helsedirektoratet i «Handlingsplan mot kjønnslemlestelse 2008–2011», tiltak 23, oppfordrer helsestasjonene til å opprette foreldregrupper med videre i berørte miljøer (11). Gruppevirksomhet på dette området er en ressurskrevende arbeidsmetode som krever høy faglig kompetanse, tid, lokaler og tolk.

Familier med innvandrerbakgrunn

Antallet innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre er stort i Oslo, og ulikt fordelt i bydelene. Mange snakker godt norsk, har god utdanning og deltar i arbeids- og samfunnslivet. Sosioøkonomiske oversikter viser imidlertid at det også er mange med avbrutt skolegang, uten jobb og med dårlige norsksferdigheter, både muntlig og skriftlig. For mange familier er det helt nødvendig med særlig opp-

følging på områder som språkutvikling, vaksinasjon, ernæring og tannhelse.

I alt helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid står dialogen som metode sentralt. For å få en god dialog mellom helsepersonell og brukere med innvandrerbakgrunn og svake norsksferdigheter, kan bruk av tolk være et viktig tiltak. Ifølge «Pasientrettighetsloven» § 3-5 skal helsepersonell blant annet sikre seg at brukeren forstår innholdet i samtalen, og at informasjon er tilpasset brukerens kultur- og språkbakgrunn (12). Bruk av tolk kan være avgjørende for at brukeren får oppfylt denne rettigheten. Kapasitetssituasjonen i helsestasjonene fører imidlertid svært ofte til at dette tilbudet ikke gis.

Muligheter og dilemma

Et av Oslo kommunes vedtatte mål er å sikre at barn som har særskilt behov for helsehjelp får et tilbud så tidlig som mulig og at helsestasjonen har rutiner for tverrfaglig samarbeid for oppfølgingen av barna. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal organiseres og drives slik at det oppnås et nært samarbeid med både bydelens øvrige tjenester og med spesialisthelsetjenester som pediatri og psykisk helsevern for barn og ungdom. Samarbeidet skal baseres på brukernes behov og medvirkning.

Mye av grunnlaget for senere helse og helsevaner legges tidlig i livet. Barn og gravide er derfor en svært viktig målgruppe for det forebyggende helsearbeidet i kommunen. En velfungerende og tilstrekkelig dimensjonert helsestasjonstjeneste er således mulighetenes tjeneste med et stort potensial for å:

- avverge omsorgssvikt, overgrep og mishandling
- redusere sosialt betingede helseforskjeller
- avverge og avdekke risikofaktorer og uheldig og skadelig helseatferd, familievansker, skjevutvikling og psykisk og fysisk sykdom

Tidlig forebyggende innsats gir store gevinster.

Dette kan oppnås ved å:

- nå fram til gravide og tilnærmet alle barn og deres familier de første leveårene, uavhengig av sosial og økonomisk situasjon og status
- gjennomføre psykiske og somatiske helseundersøkelser, vaksiner, veiledning, rådgivning og opplysning
- legge til grunn brukernes mestring, ressurser, behov og medvirkning på individ- og samfunnsnivå
- gi støtte og veiledning i foreldre-rolle- og funksjon

Veksten i befolkningsgruppen 0–5 år og andre vesentlige helse- og samfunnsmessige utviklingstrekk, sammen med lokale og nasjonale myndigheters krav og forventninger til helsestasjonstjenesten som sentral aktør på forebyggingsområdet, gir store prioriteringsutfordringer og legger et betydelig press på tjenesten. Det har gjennom flere år vært satset på kompetanseheving i tjenesten, og personellet er godt kvalifisert. Det er imidlertid et dilemma at det med dagens ressursituasjon kan knyttes stor usikkerhet til om tjenesten har mulighet til å utføre de mange pålagte oppgavene på en faglig forsvarlig og kvalitetsmessig god måte og dermed oppfylle kommunens vedtatte mål.

Vi har i dag kunnskap om hvordan det er mulig å forhindre en rekke helseproblemer. I tillegg kjenner vi til gode metoder for å avdekke risiko og sykdom på et tidlig tidspunkt. Tidlig forebyggende innsats gir store gevinster, både samfunnsøkonomisk og i form av sparte menneskelige lidelser, sammenlignet med omkostningene som er forbundet med å behandle og reparere når sykdom og problemer er et faktum. Forebygging er likevel ikke kostnadsfritt.

LITTERATUR

1. Norges offentlige utredninger. Lov om helsetjenesten i kommunene (kommunehelsetjenesteloven). NOU 1982:66. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 1982.
2. Norges offentlige utredninger. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). NOU 1999:64. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 1999.
3. Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten 3.april 2003 nr.450
4. Befolkningsstatistikk fra Utviklings- og kompetanseetaten (basert på materiale fra Statistisk sentralbyrå), sektorstatistikk fra Helse- og velferdsetaten, Statistisk årbok for Oslo, 2007.
5. Retningslinjer for svangerskapsomsorgen, Oslo: Helsedirektoratet, 2005.
6. Lov om vern mot smittsomme sykdommer(smittevernloven) 5.august 1994 nr. 55 <http://www.lovdatab.no/all/hl-19940805-055.html>
7. Veileder til forskrift av 3.april 2003 nr. 450 om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Oslo: Sosial og helsedirektoratet, 2004.
8. St. meld nr. 20 (2006 – 2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller.
9. Folkehelseplan for Oslo 2005 – 2008 http://helse-og-velferdsetaten.oslo.kommune.no/folkehelse/samfunns-helse/folkehelseplan_2/
10. Faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2007.
11. Regjeringens handlingsplan mot kjønnslemlestelse (2008 – 2011). Oslo: Barne- og likestillingsdepartementet, 2008.
12. Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven). 7. februar 1999. <http://www.jur.uib.no/Ansatte/jprsl/h01/Lovlinker/Pasientrettighetsloven.htm>

Helsesøstrenes ressursmangel:

Ikke bare et storbyfenomen

Kragerø kommune har bare 11 000 innbyggere. Likevel sliter helsesøstre der med mange av de samme problemene som Oslo.

I Oslo har helsesøstrene 500 barn i alderen 0-5 år per årsverk. I Kragerø har de bare 130, men der har de samme helsesøstrene også ansvaret for skolehelsetjeneste i grunn- og videregående skole, helsestasjon for ungdom og mange andre oppgaver. Totalt har de 5,1 prosent helsesøsterstillinger, inkludert ledende helsesøster.

Dokumentere mer

Ledende helsesøster i Kragerø, Irene Tangen, kan skrive under på at det de siste årene har blitt mer å gjøre uten at ressursene har økt tilsvarende. Noen av de nye lovpålagte oppgavene gjør at de får mindre tid til kontakt med folk.

– Vi må lage og evaluere nye prosedyrer. Vi skal dokumentere mer. Før kunne vi for eksempel ta en telefon og legge på røret. Nå må det skrives opp hvem vi har snakket med og hvilke råd og anbefalinger vi har gitt. Det er selvfølgelig viktig og riktig, men det tar tid, sier hun.

Flerkulturelle utfordringer

Norge er et flerkulturelt samfunn også utenfor storbyene. Kragerø får 35 asylsøkere neste år, noen flere enn i år, uten at det vises på budsjettet for helsestasjonen.

– Innvandrere og asylsøkere trenger ekstra oppfølging både i skolehelsetjenesten, svangerskapsomsorgen og helsestasjonen. Ofte må vi sette opp flere timer før de møter opp. Når tolken vi har bestilt kommer, må denne betales selv om det ikke dukker opp noen til timen, sier Tangen.

Helsesøstrene har samarbeidsmøter med flyktningtjenesten og er med i flere tverrfaglige prosjekt i kommunen, blant annet om språkutvikling, også hos fremmedspråklige barn. Noen har nylig vært på et todagers kurs for å lære seg et nytt språkverktoy.

– Kompetanseutvikling er viktig. Kurset er gratis, men helsesøstrene er jo borte fra jobb og det blir mindre tid til annet arbeid. Det gis ikke anledning til overtidsbetaling, så all overtid må tas ut i avspasering, noe som kan være problematisk å få tid til, sier Tangen.

Er som poteter

Av andre nye oppgaver nevner Tangen at jordmor har vært med i voldsforebyggende arbeid, der målet er å avdekke vold mot gravide via spørreskjemaer og skaffe nødvendig hjelp. Det foregår også diverse gruppevirksomhet. Blant annet ble det forsøkt å ha barsel-



FRUSTRETT: Ledende helsesøster i Kragerø, Irene Tangen, synes økte oppgaver skaper frustrasjon når de i utgangspunktet er presset på tid og oppgaver.

grupper for fremmedspråklige, noe som ikke var så vellykket fordi få møtte opp. Økt oppmerksomhet mot fedme og overvekt har ført til oppstart av en aktivitetsgruppe for barn med kroppsmasseindeks fra 25 og oppover.

Individuell plan er nok en lovpålagt og tidkrevende oppgave som kommer på toppen av alt annet.

– Helsesøstre er som poteter. Vi kan brukes til alt fordi vi er trent til å se helheten rundt personer. Men økte oppgaver uten at ressursene følger med, skaper frustrasjon når vi er presset på tid og oppgaver i utgangspunktet, mener Tangen.

Frykter nedskjæringer

Opptrappingsplanen i psykisk helse krever økt innsats, men herfra har det også dryppet noen ekstra lønnsmidler, selv om det ikke har vært nok til å dekke alt planen legger opp til i Kragerø. 1,7 av helsesøsterstillingene er finansiert av

disse øremerka psykiatrimidlene. Tangen frykter at noe av dette vil forsvinne ved neste nedskjæringsmøte i kommunen.

– Innsparingsspøkelset henger over oss en gang i året, hvis ikke oftere. Hver gang kommuneøkonomien legges fram skal man helst gi fra seg ressurser. Det er så leit at vi på grunn av ressursmangel ikke med entusiasme kan gå inn i nye oppgaver, for mange av dem er jo viktige, synes Tangen.

Hun lurer på hva myndighetene egentlig tenker om helsesøstertjenesten når de bare kan gi den nye oppgaver uten å øke midlene.

– Tror de ikke vi har nok å gjøre fra før? Hadde de enda latt ressursene følge med, kunne vi sett positivt på det: Da kunne vi tolket det dit hen at myndighetene synes vår yrkesgruppe er viktig og nettopp av den grunn tillegges nye oppgaver. Det ville også være et signal om vilje til å satse på forebygging.



Hvorfor skal alle kvinner ligne Pippi? Jeg er mer interessert i Annika.

Gunnhild Øyehaug

Legen fra helvete

Han er egentlig ikke min type lege, men hver onsdag forlyster jeg meg med dr. House og hans noe ukonvensjonelle omgang med pasienter (og kolleger). Konstant høy på reseptbelagt medisin, ubehøvlet og løgnaktig. Direkte menneskefiendtlig.

Men alt tilgis selvfølgelig når han onsdag etter onsdag løser det ene medisinske mysteriet etter det andre. Fryktløs beordrer han behandling for antatt lidelse, og går uanfektet videre når behandlingen ikke bare er uvirksom, men potensielt skadelig. Og hver gang (i hvert fall så langt) finner han løsningen til slutt.

På nettbokhandelen Amazon.com finnes fire (uautoriserte) bøker om den fiktive legen. En av dem har den talende tittelen «House Unauthorized: Vasculitis, Clinic Duty, and Bad Bedside Manner». En annen, «House and Philosophy: Everybody lies» kommer faktisk ut i en serie bøker om filosofi og popkultur på et etablert forlag(!). En tredje, og den har jeg kjøpt, heter «The Medical Science of House, M.D.».

Tanken bak kjøpet var å ta House i minst en feilslutning. Men jeg får meg ikke til å begynne. Avkles han sitt diagnostiske geni, blir det som er igjen bare ufordragelig. Så jeg blir i fiksjonen.



Nina Hemæs

Forfatterintervjuet:

Spist av følelser

Boka «Sulten på livet. En historie om spiseforstyrrelser» bygger på Nina Palmers egne erfaringer.



Skriveprosessen har vært krevende; å fortelle om sykdommen innebar at hun måtte gjenoppleve noen svært tunge perioder av livet sitt. Likevel er hun glad for at hun gjennomførte bokprosjektet.

– Målet med boka var å gi innsikt i hvordan det oppleves å ha en spiseforstyrrelse. Vise hvordan mat kan brukes for å holde ut med egne følelser.

Palmer var fremdeles syk da hun begynte å skrive, men mesteparten av arbeidet med boken er gjort etter at hun fikk bukt med de verste problemene.

– Jeg fremstår nok kanskje som mer bevisst enn jeg egentlig var. Refleksjoner jeg har hatt i ettertid er lagt inn i beskrivelsen av meg selv mens jeg var på mitt aller dårligste, forklarer hun.

Boka tar utgangspunkt i de absolutt tyngste stundene hun opplevde som vekselvis anorektiker og bulimiker. Hun beskriver hvordan hun stengte seg inne i leiligheten sin for å spise kolossale mengder med mat, for så å henge over doskålen til magen var tømt og kroppen verket. Suget etter mat styrte i perioder alle hennes handlinger samtidig som selvfølelsen minsket i takt med det ukontrollerte inntaket og hva det medførte.

Skam

Palmer forteller at hun skammet seg voldsomt over sin egen oppførsel, enten det handlet om å overspise og kaste opp eller å spise altfor lite. Stemmen er lav og språket velartikulert:

– Jeg følte at ingen forsto hvordan jeg hadde det og ønsket å bringe mening inn i handlingene mine for dem rundt meg. I boken forsøker jeg å beskrive det indre suget, trykket, på en måte som gjør det forståelig for andre.

«Sulten på livet» retter seg mot pårørende til mennesker med alvorlige spiseforstyrrelser, men også mot behandlere. Palmer tror lesningen kan skape innsikt og forståelse for en lidelse som er svært skambelagt, både for den syke selv og omgivelsene. Hun håper boken kan bidra til større åpenhet om spiseforstyrrelser, et tema hun tror mange kvier seg for å snakke om. Da hun hadde bulimi opplevde hun selv å bli diskriminert i behandlingsapparatet.

– Har man langt fremskreden anoreksi kommer man rett til behandling, men med alvorlig bulimi er det ikke uvanlig å måtte vente et år i kø på innleggelse ved spesialavdeling. – Hvis man i det hele tatt blir tatt på alvor. Palmer medgir at alvorlig anoreksi nok er en mer akutt tilstand, men tror samtidig at det er store mørketall for selvmord blant bulimikere.

Møte med helsevesenet

– Det er viktig å møte hver pasient med spiseforstyrrelser med åpenhet og ta inn over seg muligheten av at hvert enkelt tilfelle av bulimi og anoreksi er unikt, mener Palmer.

Hennes erfaring er at pasienter med spiseforstyrrelser lett blir satt i bås og at behandlerne tror at det som hjelper for en også hjelper for andre. En vanlig oppfatning er for eksempel at spiseforstyrrelse er en måte å straffe seg selv på. Palmer identifiserer seg ikke med denne merkelappen og følte ofte at hun ikke passet inn i noe behandlingsopplegg.

– Det er viktig å lytte til den enkelte pasient og finne ut hvor skoen trykker for akkurat denne personen, hevder hun.

For Palmer var kjernen i problemet angsten for de sterke følelsene. I perioder med mye følelser og uro mistet hun kontroll over matinntaket, noe som igjen førte til at hun ble redd for å spise altfor mye og gikk over til den motsatte ytterligheten; nemlig pinlig kontroll av hvert gram hun spiste.

3 om geriatri

Anbefalt av Hilde Fryberg Eilertsen, leder i NSF's faggruppe av sykepleiere i geriatri og demens



Marit Kirkevold, Kari Brodtkorb og Anette Høyen Ranhoff:

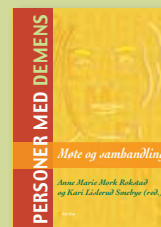
Geriatrisk sykepleie
Endelig et helhetlig oppslagsverk om sykepleie til den gamle pasienten, et «must» for alle som jobber i eldreomsorgen.



Knut Engedal:

Alderspsykiatri i praksis

En nødvendig referansebok om sykdommer innen alderspsykiatrien. Tidligere utgitt under tittelen «Urunde hjul».



Anne Marie Mork Rokstad og Kari Lislerud Smebye (red.):

Personer med demens, møte og samhandling

En klok bok om å leve med demens, tar også opp yngre med demens og demens ved utviklingshemming. Strålende ny bok som favner store deler av tema.

Kjernen i problemet var angsten for de sterke følelsene.

Spiseforstyrrelser bunner ofte i en grunnleggende usikkerhet. Det å bruke mat som følelsesflukt er et utbredt problem. Mennesker med spiseforstyrrelser trenger omsorg og aksept for at de er verdt å elske på tross av sine problemer.

– Jeg kan bare snakke på egne vegne, men jeg stiller nok spesielt store krav til egne prestasjoner. Enkelte sider ved meg selv har jeg problemer med å takle, innrømmer hun.

Sin egen stemme

– Hva var det som fikk deg til å bli bedre?

– Jeg innså at hvis jeg ikke tok grep om livet mitt så kom jeg til å ha en spiseforstyrrelse resten av livet. Jeg fikk rett og slett en dypere erkjennelse av at det bare er meg selv som kunne løse problemene mine.

Hun opplevde at behandlingsapparatet var veldig problemorientert og savnet et mer positivt fokus.

– Når man har så store proble-

mer som det å ha anoreksi og bulimi innebærer, er det viktig å holde motet oppe, tror Palmer. Hun synes stemningen på institusjoner ofte er altfor tung og dystre.

– Det gjør godt å få snakke om problemene sine i trygge omgivelser, men det må også være rom for det lyse og lette, som humor og det som tross alt fungerer. Selv har hun alltid vært åpen om vanskelighetene sine og søkt hjelp og trøst hos venner og familie.

Vendepunktet kom da hun begynte å lytte mer til sin egen stemme.

– Jeg lærte meg å bli mer trygg på mine egne følelser. På et punkt forsto jeg at mine følelser og meninger er like viktige som andres. Dette innebar at jeg sluttet å spørre alle og enhver til råds, og begynte å lytte mer til hva jeg selv opplevde som riktig.

tekst **Susanne Dietrichson**
foto **Erik Sundt**



Nina Palmer

Aktuell med: *Sulten på livet*. En historie om spiseforstyrrelser.

Utdanning: Mastergrad fra London School of Economics and Political Science

Yrke: Jobber i NAV

Bosted: Oslo

Alder: 39



Klar for rumpebok

Sykepleier og familierapeut Torill Beate Enget var i august på rumpejakt. Hensikten var å ta bilder av ulike rumper, både av- og påklede, og la dem være en hyllest til alle verdens rumper. Enget studerer sexologi ved Universitetet i Agder og rum-

pene skal brukes i en oppgave, som hun senere håper kan bli bok. Til Brønnøysunds Avis presiserer hun at prosjektet både har en humoristisk og en faglig side. Som en motvekt til kroppsfikseringen, skal en eventuell bok oppfordre til å være glad i den rumpa man har.

Grundig om klatresamfunnet

Anmeldelse: Vi lever i et samfunn preget av konkurranse – et trekk som har forsterket seg de siste tjue årene.

Konkurranse dreier seg om sosiale prosesser og rangering av mennesker ut fra resultatene som oppnås. Troen på konkurranse som et fremmede tiltak både når det gjelder effektivisering, kostnadsreduksjon og vekst er også blitt en del av diskusjonen om bedre skole og helsevesen.

Ifølge nyklassisistisk og liberalistisk økonomisk teori vil konkurranse fremme både kvalitet, velstand og lykke. Konkurransesamfunnet medfører et klatresamfunn og karrieresamfunn. Vinnerne belønnes og taperne settes gjerne på sidelinjen. Den som ikke vil konkurrere oppfattes lett som svak, taper eller lite attraktiv i dagens arbeidsmarked. Eller, som nevnt i denne boken, u-amerikansk.

Boken gir grundige analyser av

konkurranse på mange nivåer, som generelt fenomen, innen økonomi og sett i antropologisk sammenheng. Problemstillinger knyttet til både ideologi, livssyn og etikk tas opp. Svein Olaf Thorbjørnsen skriver interessant om hvilket menneskesyn som ligger til grunn for tanken om at egeninteresse er den beste motivasjon for å oppnå det maksimale. Diskusjonen om hvordan vårt syn på våre medmennesker preges av om de oppfattes som konkurrenter og om konkurranse medfører at de blir midler for å oppnå noe, er også viktig.

Boken er grundig og omfattende både i analyser, referanser og struktur. Det gode saks- og personregisteret gjør den velegnet for studier og forskning. Språket oppleves til tider som tungt, men det bør ikke være til hinder for den som søker mer kun-

skap om fenomenet konkurranse.

Thorbjørnsen fravelger seg å peke på andre bedre systemer å organisere samfunnet på. Men det mest konkurransepregete samfunn av alle – det nordamerikanske – fremstår på ingen måte som noe ideal. Det blir dermed også en utfordring når mye av tenkningen innen økonomi og samfunnsplanlegging, også i Norge, preges av konkurranseideologi mer enn samarbeid.

Denne boken er særlig aktuell nå når konkurransesamfunnets mørke side – ekskluderingen av dem som ikke klarer å henge med i svingene – synes å øke. At Thorbjørnsen ikke refererer til filosofen Harald Ofstad, som har vist hvordan den konkurransepregete økonomien bærer i seg en «forakt for svakhet», er i denne sammenheng også et savn.



Vinn eller forsvinn!

Mennesket i konkurransesamfunnet
Av Svein Olaf Thorbjørnsen
358 sider
Fagbokforlaget, 2008
ISBN: 978-82-450-0688-9

Anmelder: Karl-Henrik Nygaard, rådgiver

Morsom bok til ettertanke

Anmeldelse: Nokpunktet er et samfunnspolitisk debattinnlegg fra Per Fugelli, og føyer seg godt inn i en serie av bøker fra hans hånd. Fugelli har lenge hatt en rolle som enfant terrible – en refser av den rådende tenkning og det politisk korrekte her i landet. Det fortsetter han med.

Boken fokuserer på nok-begrepet, delvis hentet fra Aristoteles, som ser den gylne middelvei som et samfunnsmessig ideal. Fugelli skriver om det han kaller helsekildene, helsetyvene, helsismen og den norske folkesjelen. Kildene til god helse, er ifølge han, familien, kolleger, nærmiljøet, nasjonen, menneskeheten, naturen og det religiøse. Han kritiserer venstresiden for å ha undergravd både familie og nærmiljø. Nettopp i disse to sosiale nivåene blir mennesker tydelige for hverandre som individer. Her dannes tilknytningsformer

som er nødvendige for et godt liv – en livets grunnmur.

Han roser venstresidens satsing på velferdsstaten og fellesskapet, men peker også på de begrensninger som bør ligge på statens inngripen i de private sfærer. Fugelli er tilhenger av individets frihet og mener at venstresiden har overlatt frihetsbegrepet til høyresiden i norsk politikk.

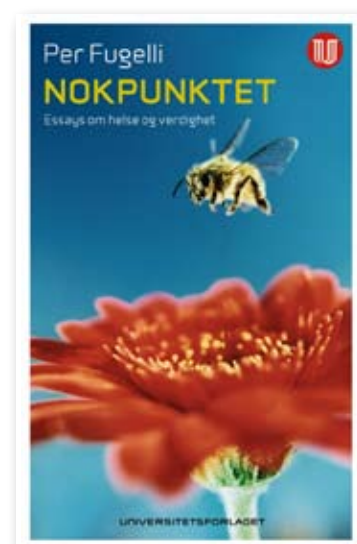
Et gjennomgående trekk hos Fugelli er forsvaret for dem som er annerledes, de som faller utenfor det resultatorienterte samfunnet, produksjonen, arbeidslinjen. Og de som vil glede seg over andre gleder enn det helsebyråkrater og andre «forståsegpåere» mener gir god helse. Fugelli formidler en forakt for det fullkomne. Det er ikke det vi skal søke. Det er ikke det som gir et godt liv. Det gode livet finnes i Nokpunktet. Som mennesker må vi akseptere det ufullkomne. Vi blir

verken friskere, sunnere eller lever bedre om vi slavisk følger helsepropagandistenes evige gnål om hva som er sunt og deres religion; helsismen. Dette vies mye plass for Fugelli avslutter med en grundig beskrivelse av mentaliteten som rå i den norske Frp-jammerdalen, det han kaller misnøyens patologi.

Det er en god, morsom, provoserende og tankevekkende bok. De fleste politiske grupper får gjennomgå, særlig Fremskrittspartiet, som fremstår som det rene Dyret i den Fugelliske åpenbaring. Saklighetsnivået er passe høyt. Her males et bilde av Norge med bred pensel.

De fleste essayene har vært publisert eller holdt som foredrag tidligere. Boken repeterer mye av det vi allerede før har lest. Men det gjør ikke så mye.

Per Fugelli er en rikssynser med et viktig budskap. Slik er det også i denne boken.



Nokpunktet

Essays om helse og verdighet
Av Per Fugelli
196 sider
Universitetsforlaget, 2008
ISBN 978-82-15-01347-3

Anmelder: Karl-Henrik Nygaard, rådgiver

Månedens bok

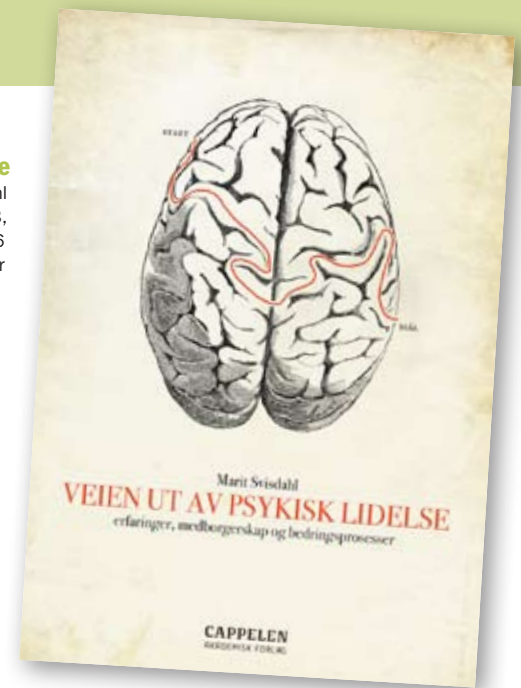
Veien ut av psykisk lidelse

Av Marit Svisdahl

122 sider, Cappelen akademisk, 2008,

ISBN 978-82-02-28305-6

Anmelder: Inger Frogg Jørgensen, psykiatrisk sykepleier



Kart som stemmer med terrenget

Boken viser vei ut av psykisk lidelse, men bør leses før man blir syk.

Anmeldelse: Vi får ikke kart og kompass over veien ut av psykisk lidelse, men ergoterapeut Marit Svisdahl har veivisere å by på. Hun drøfter utfordringene alvorlig psykisk syke møter, og ikke minst hva som skjer med rollen som samfunnsdeltaker.

Pårørende som står oppradd i et vanskelig terreng vil kunne ha stort utbytte av denne boken. Her fins informasjon om rettigheter og paragrafer, som også kan være nyttig for helsepersonell i disse reformtider.

Faktaopplysningene er kombinert med en rekke egenopplevelser fra dem som har mistet fotfestet, og som derfor må tilegne seg pasientrollen. Stoffet presenteres henholdsvis med saklighet og varme. Det er en vellykket kombinasjon.

Men dette bør leses før man blir syk. Det er ingen bok for den som står i kaos. Innholdet er både kritisk og veiledende, positivt og refsende. Refsende, ikke overfor enkeltindivider, men overfor syste-

met og styresmaktene. Slik sett er det politisk lesning.

Daglig skriver pressen om hvordan de lærer strides om viktigheten av diagnoser. Svisdahl tar til orde for fordelene ved å få en diagnose, fordi den kan være avgjørende for videre behandlingstilbud og rettigheter.

Et hovedanliggende er at psykisk syke skal beholde et deltakende medborgerskap, noe Marit Svisdahl mener de i for liten grad får. Men jeg er ikke enig i at mennesker med psykiske lidelser ikke ytrer seg i det offentlige rom. Vi har mange eksempler på bøker og til dels glitrende kronikker som informerer om forholdene. Disse er oftest forfattet i gode perioder, men like fullt gyldige.

Viktigheten av å ha et tillitsforhold til fastlegen blir gjennomgående lagt stor vekt på. Her ble det mange selvfølgheter, tenkte jeg. Men ved nærmere ettertanke, må jeg spørre: Hvem har ork til å skifte fastlege på vei inn i en

psykisk krise? Hvem har da krefter til å si hans eller hennes vurderinger imot? Slik jeg leser det: Dette er forhold som må i havn før man opplever å være i ferd med å gå i stykker.

Svisdahl stiller et betimelig spørsmål. Hva er årsaken til at tilbudene til tilsynelatende like alvorlig syke mennesker er så forskjellige? Dette er et tema hun belyser godt, og det er bare å henviser til boken.

Også foreldrerollen blir heldigvis grundig drøftet. Hva gjør gjentatte innleggelses med barna? Og ikke minst, hva gjør kjærligheten og omsorgen for barna med den som er psykisk syk? Konklusjonen bidrar ikke til å ta motet fra noen.

Noe som forstyrret meg som leser er de utallige henvisningene Svisdahl har til seg selv. De er å finne opptil flere ganger på hver side, og bryter således flyten i teksten. Jeg blir fristet til å gå direkte til masteroppgaven i «samfunnsplanlegging og leing», for det er

Det er ingen bok for den som står i kaos.

den det henvises til. Jeg reagerer også på følgende utsagn: Det å vise empati og respekt er ofte viktigere enn en mer faglig og intellektuell tilnærming i en terapeutisk relasjon. Faglighet og respekt er heldigvis ikke motsetninger.

Forfatteren er stor tilhenger av at man som psykisk syk skriver blogg på nettet for å beholde kontakt med omgivelsene. Her ville jeg manet til forsiktighet. Det er ikke gitt at man i ettertid ønsker å stå for alt man ytret i en psykisk krise.

Det beste ved boken er at den fungerer som en veiviser for alle som må orientere seg i det innflokke systemet som utgjør psykisk helsevern.



Hva heter Johann Wolfgang von Goethes bok som handler om selvmord?

Svar: Den unge Werthers lidelser



Gynekologi
Kort og godt
Av Hilde Beate Gudim og Kari Hilde Juvkam

Gynekologisk oversikt

Omtale: Denne boken skal være en systematisk og praktisk fremstilling av gynekologi. Den er beregnet på medisinstudenter og turnuskandidater, men kan også være nyttig for helsesøstre og jordmødre. Den starter med den gynekologiske undersøkelsen, og tar for seg ulike problemstillinger med veiledning til hvordan utrede, behandle og eventuelt henvise.



Ulike tekster om smerte
Fra nocisepsjon til livskvalitet
Av Tone Rustøen og Astrid Klopstad Wahl (red.)

Smerte fra flere vinkler

Omtale: Her gis ingen uttømmende oversikt over smerte, men hva tittelen antyder: Ulike tekster om ulike områder innenfor fagfeltet smerte. Fra smerter i hud til å leve med fantomsmerter. Hensikten er å belyse områder som tradisjonelt ikke behandles i smertelitteratur. Boken er spesielt rettet mot sykepleiere.



Utredning og diagnostisering
Utviklingshemning, psykiske lidelser og atferdsvansker
Av Jarle Eknes, Trine Lise Bakken, Jon Arne Løkke og Ivar Mæhle

Hjelp til å kartlegge

Omtale: Denne boken skal være en oversikt over utredning og diagnostisering som kan være aktuelt ved utviklingshemning. Symptombilder og diagnostiske kriterier for blant annet psykoser, stemningslidelser og spiseforstyrrelser gjennomgås. Målgruppen er studenter i helsefag og fagfolk.



Aldring som provokasjon
Tekster om aldring og samfunn
Av Svein Olav Daatland

Det som ikke kan endres

Omtale: Mennesker bestiger fjell og reiser til månen. Men alderen er ikke beseiret. Alderdommen fremstår som en fornærmelse mot det moderne mennesket. Svein Olav Daatland er sosialpsykolog og har i 25 år vært redaktør for tidsskriftet Aldring og livsløp. I denne boken er flere av hans artikler fra disse årene samlet.



Estetisk veiledning
Dialog gjennom kunstuttrykk
Av Annette Juell Ødegaard og Melinda Ashley Meyer DeMott

Støtter leken

Omtale: Denne boken tar for seg både teori og praksis. Det henvises til konkrete veiledningssituasjoner fra blant annet psykisk helsearbeid og pleie- og omsorgsarbeid. Veiledningsgruppene består hovedsakelig av profesjonelle og studenter som bruker estetisk veiledning for å utvikle seg som fagpersoner og bearbeide opplevelser de har hatt på jobb.



Sykepleie og oral helse
Guide til godt munnstell hos pasienter med funksjonssvikt
Av Tiril Willumsen, Marianne Wenaasen, Zahra Armingohar og Jenny Ferreira Roman

Om tenner

Omtale: I tillegg til oversikt over vanlige tannrestaureringer og protesetyper, gis det råd om hvordan planlegge munnstell i en travel hverdag. Det beskrives også hvordan vanlige sykdommer hos mennesker med funksjonssvikt kan påvirke tannhelsen. Boken er rikt illustrert. Egner seg særlig for sykepleiere og hjelpepleiere under utdanning, men også som oppslagsbok.



Hva leser du nå?

– Jeg er nettopp ferdig med «Mengele Zoo» av Gert Nygårdshaug, forteller **Torill Sæterstrand**, psykiatrisk sykepleier og førstelektor ved Høgskolen i Bodø.

– Den var helt fantastisk. Jeg ble tatt inn i et univers av regnskog og urettferdighet, som jeg ikke ville ut av. Jeg er jo kjent med problematikken rundt regnskogen, men her handlet det om mennesker som gjorde noe

med den. For et engasjement. Jeg ville se hva hovedpersonene fikk til videre.

Nylig kjøpte Sæterstrand «Vinter i Madrid» av C. J. Sansom, men den la hun bort.

– Jeg bare måtte lese oppfølgeren til «Mengele Zoo» først. Den heter «Himmelblomstret», og jeg er noen sider på vei.

Mangfoldig bok

Ann Merete Otterstad vil at leseren skal flytte blikket. Derfor er hun redaktør for boken «Profesjonsutøvelse og kulturelt mangfold».

1 Hvorfor har du vært redaktør for denne boken?

I fjor vår var jeg med på å arrangere en konferanse på Høgskolen i Oslo, der vi hadde en idé om at innleggene kunne skrives om til artikler. Nå, ett år senere, er det blitt bok.

Vi som har skrevet er fra ulike fag, og jeg tror temaet er gjenkjennbart for alle profesjoner.

2 Hvorfor bør den leses?

Fordi den introduserer nyere perspektiver på kulturelt mangfold eller flerkulturalitet. Jeg vet ikke helt hvilket begrep jeg skal bruke. I boken plukkes de også fra hverandre. Vi er opptatt av begreper. For eksempel skriver Jonas Debesay, som er sykepleier og doktorgradstipendiat, om «transcultural nursing». Han gir innsikt i begrepet og problematiserer konstruksjonen av det. Selv er han skeptisk. Noe av hensikten med boken er å se kritisk på etablerte teorier som brukes i utdanningen.

3 Hvem bør lese boken?

De som er interessert i teorier, og nysgjerrige på nyere teori. Først og fremst kanskje lærere i profesjonsutdanningene. Men også praksisfeltet. Blant annet er det et kapittel om etikk i møte med den



spørsmål til Ann Merete Otterstad

«fremmede» pasienten. Det tror jeg er aktuelt for sykepleiere.

4 Hva liker du selv best ved boken?

Det faglige mangfoldet. Den har bredde og ulike nivåer. Blant dem som har skrevet, er det både en professor og flere høyskolelektorer. Men det er også fem som holder på med doktorgrader. Dermed reflekterer boken også hva som ligger i tiden.

5 Hva synes du boken mangler?

En god venninne av meg hadde en klar tilbakemelding: Det

samiske er ikke med. Hun har helt rett. Det er pinlig.

6 Hva er den siste fagboken du har lest?

Mm. Jeg leser stort sett artikler. Men i våres leste jeg «Getting Lost» av den poststrukturelle feministen Patty Lather. Den hadde jeg stor glede av.

7 Og siste skjønnlitterære?

«Den lukkede bok» av Jette A. Kaarsbøl. Sterk og engasjerende. Ellers hører jeg stort sett på lydbok i bil. Nå for tiden er det «Bly» av Lars Saabye Christensen.

8 Hva inspirerer deg til å skrive?

Jeg vil tilføre nye fortellinger. Historiene fra det flerkulturelle feltet presenteres alltid som tunge og vanskelige. Og begrunnelsene finnes alltid hos dem som skal integreres. Jeg mener det er altfor lite oppmerksomhet på dem som er integrert, med det mener jeg alle oss som regnes som «nordmenn». Blikket må ikke bare være på minoriteten, de som skal integreres, men også på majoriteten, de integrerte.

9 Hvilken bok drømmer du om å skrive?

Kan jeg være egoistisk? Da drømmer jeg om å bli ferdig med doktorgradsavhandlingen min. Den handler om kulturelt mangfold.

Stafett i bistand

Helse Bergen sender helsearbeidere til bistandsarbeid i Afrika. Uten å bruke en helsekrone.



Mange blir bitt av basillen og vil gjerne ut på nye oppdrag.

Jon Wigum Dahl

OVERSKUDD: Underskudd betyr kroken på døren for Jon Wigum Dahl. Fortsatt har avdelingen overskudd.

Til enhver tid har Helse Bergen rundt 25 helsearbeidere i afrikanske land på kortere eller lengre oppdrag.

– Vårt helsepersonell får en unik sjanse i yrkeskarrieren. Og mottakerne får topp kompetanse, sier Jon Wigum Dahl, leder på avdeling for internasjonalt samarbeid i Helse Bergen.

Avdelingen ble opprettet for fem år siden som en egen enhet under sykehusdirektøren. Det var behov for å koordinere bistandsprosjektene som da eksisterte ved ulike avdelinger.

Selvfinansiert

Bistandsprosjektene blir stadig flere. Det unike er at de er selvfinansiert – Helse Bergen bevilger ikke egne penger. All virksomhet er eksternt finansiert med ulike bistandsmidler. Også private aktører bidrar. Bergenseren og næringslivet Trond Mohn har gitt 7,5 millioner kroner.

I 2007 hadde avdelingen 26,3 millioner kroner i omsetning. Dette finansierte over tjue prosjekter. Cirka 10 prosent av midlene går til administrasjonsutgifter som lønn og husleie.

Motiverer

– *Hvorfor skal sykehus drive med bistand?*

– Det kan virke unaturlig. Men for mottakerne i Afrika kan det noen ganger være bedre å ha store, statlige sykehus som partnere enn mindre frivillige organisasjoner.

Sykehus kan ofte bedre enn andre skaffe den beste faglige kompetansen, mener Dahl.

– Til gjengjeld lærer våre folk om medisinske forhold i andre land. Og vi får motiverte medarbeidere med et nytt perspektiv på arbeidet her hjemme. Mange blir bitt av basillen og vil gjerne ut på nye oppdrag.

Han understreker at alle prosjektene er forankret hos ledelsen på samarbeidsinstitusjonene.

– Vi har også samarbeidsavtaler med helsemyndighetene i mange land. Det forplikter oss over tid.

Stein i putevar

Eksempler på prosjekter:

- Blodbank i Tanzania.
- Rehabilitering av funksjonshemmede barn i Uganda.
- Brannskadebehandling i Etiopia.
- Barnekirurgi og fødselsomsorg i Malawi.
- Traumeopplæring i Botswana.
- Nytt sykehus i Sør-Sudan.



NYFØDT1: Ny bergenser, Andreas 3 timer, hos jordmor Anne-Gro Nordseth mellom Malawi-reisene.

Dahl har vært på mange reiser, og inntrykkene er mange. For eksempel synet av barna med bruddskader i Malawi.

– For å holde beinet i strekk, binder de det med et tau til et putevar med en stein inni. Slik ligger de i flere måneder. Dette er brudd på menneskerettighetene.

Men nå opererer norske ortopedier slike barn på løpende bånd, og hever kompetansen hos sine malawiske kolleger, så de kan operere i framtiden.

Personellstafett

Helse Bergen samarbeider med

Ullevål universitetssykehus og Universitetssykehuset Nord-Norge i Malawi-programmene. Poenget er å bygge opp kompetanse og bidra med en slags personellstafett.

Dahls avdeling er et mellomledd mellom fagmiljø, giverorganisasjoner og myndigheter i samarbeidsland.

– Jeg er aldri prosjektleder. Fagavdelingene skal selv eie prosjektene. Det kliniske perspektivet og langsiktighet er viktig.

Prosjekter avsluttes, nye kommer til. Og kravet om selvfinansiering henger over avdelingen.

Mer ansvar enn hjemme

Anne-Gro Nordseth var først i jordmorstafetten. Hun dro til Malawi.

Hun jobber på Storken, som er en lavrisikofødeavdeling på Kvinneklinikken, og har alltid hatt lyst til å reise ut. Da hun fikk høre om stillingen som jordmor i Malawi, slo hun til. 1. november i fjor dro hun til fødesykehuset Bwaila i hovedstaden Lilongwe. Der ble hun til 1. mai i år.

– Stillingen var perfekt, for jeg ville jobbe sammen med de lokale jordmødrene på golvet. Ikke administrere.

– *Ble det som du trodde?*

– Det er umulig å forestille seg hvordan det blir. Det ble beintøft. Mye tragisk. Uverdigheten mange av disse kvinnene opplevde var vanskelig å takle.

Målet er å få ned mødre- og barnedødeligheten.

– Det er ikke nok å heve standarden på ett enkelt sykehus. Hele landet må på fote.

Eklamsi

Nordseth forteller om hiv og syke

mødre. Svangerskapsforgiftning var utbredt. Kvinnene kom i en slags epileptisk tilstand med gjentatte kramper.

– De fleste overlevde. Vi stabiliserte mor og forløste barnet, som ofte døde på grunn av oksygenmangel.

Mange kom med store blødninger etter hjemmefødsler.

De så at det nyttet å lytte på fosterlyden, observere moren og kjempe for barnets liv.

Anne-Gro Nordseth

– De døde ofte fordi de var så utblødd. De hadde lang reisevei, og det var ikke mulig å redde dem. Mange døde i barseltiden.

Sykehuset hadde 12 000 fødsler i året.



NYFØDT 2: Helt ny baby fra Malawi tatt imot av Anne-Gro Nordseth. Foto: Eli Gunnvor Grønnsdal

– Her i Bergen har vi 5 000. Der var det 30-40 fødsler i døgnet, og vi var ofte på jobb ti-tolv timer i døgnet.

– Så hva jeg gjorde

Nordseth fant fort ut at det ikke nyttet å si «nå skal jeg lære deg».

– Men de så at det nyttet å lytte på fosterlyden, observere moren og kjempe for barnets liv. Det inspirerte. De så at jeg jobbet effektivt samtidig som jeg ga omsorg. «Dette er mine damer i dag», kunne jeg si.

Men av og til måtte omsorgen vike.

– Vi kunne være to jordmødre på 14 fødende. Da tok vi kun imot barnet.

Ett til to barn dør i døgnet.

– De sa at i snitt dør en mor i uken, men det var ikke så mange da jeg var der.

Det viktigste redskapet Nordseth hadde med seg, var henne selv; hender, ører og øyne. Og jordmorstetoskopet. Avdelingen hadde ikke

nok fødesett til å avnavle barna. Da avnavlet de ved å bruke tråd og skalpell. Sakser var mangelvare. Men veldig få hadde behov for episiotomi.

– Vi prøvde også å unngå det, på grunn av faren for hivsmitte etter blødninger. Riftfrekvensen var betydelig lavere enn her hjemme.

Personalet brukte alltid doble hansker. Hvis mor var hiv-positiv, fikk barnet antiviral medisin etter fødselen. Cirka 20 prosent av befolkning er smittet av hiv.

Modige tårer

En jordmor fra Ullevål overtok stafettspinnen etter Nordseth. Men i februar skal hun ned igjen for å

Det var ikke alltid noen å rope på. Vi måtte selv ta avgjørelsen.

Anne-Gro Nordseth

jobbe i tre måneder.

Nordseth kjenner mer enn før at jordmoryrket er meningsfullt. Hun fikk også større ansvar enn det hun har lov til her hjemme.

– Vi la vakuum, og vi tok imot ved setefødsler. Og tvillingfødsler, som det er mange av der. Det var ikke alltid noen å rope på. Vi måtte selv ta avgjørelsen.

– *Hvordan taklet du det?*

– Det var kjempetøft. Første gangen jeg måtte si nok er nok, gren jeg mine modige tårer. Ungen klarte ikke puste alene. Jeg hadde prøvd en time å restituere barnet. God hjertefrekvens, ingen respirasjon og ingen respirator.

Etter hvert fant hun ut at uten

hertefrekvens, var det liten hensikt å holde på for lenge. Hjerneskadde barn har ikke noe liv der.

Mødrene ga lite uttrykk for følelser, både når det gikk bra og dårlig. De virket apatiske, både under og etter fødselen. Nordseth tror det er en form for beskyttelse i det.

– De er så vant til at barnet kan dø, at de ikke vil knytte seg til det for tidlig.

– *Var de slitne?*

– Ja. Det er kvinnene som bærer byrdene. ▶



VARM: – Det som gjør størst inntrykk er at Malawi er «the warm heart of Africa», sier Anne Mette Koch.

– Så behovet for system

Det er ikke bare å sende ting til Afrika uten å vite hva som trengs, sier operasjonssykepleier Anne Mette Koch, som også dro til Malawi.

I april dro hun og mannen, som er kirurg, fra Haukeland sykehus i Bergen til sykehuset i Lilongwe i Malawi. Der startet de opp prosjektet på kirurgisk avdelingen. Målet er bedre behandling av ortopediske og kirurgiske pasienter.

Hun oppdaget mye utstyr sendt fra Europa. Personalet visste ikke hva de skulle bruke det til.

– Å sende kreti og pleti uten lokal kunnskap har liten hensikt. Vi kan tro noe om behovene. Men vi tror som oftest feil. Vi må vite hva de ønsker, og at noen tar imot det.

Et eksempel er lyskasser de hadde fått.

– Men de trenger jo pærer. Slike pærer har de ikke. Så står kassen der til ingen nytte.

Vasket for hånd

Koch hjalp dem med å organisere og lage systemer på operasjonsavdelingen. Det meste av tiden var hun i klinikken.

– Det er ikke bare å komme som

konsulent og bygge opp. For det første må man skaffe seg innsikt. Og få god kontakt med personalet. De var utrolig interesserte og lærevillige.

Koch har arbeidet som hygienesykepleier. En nyttig bakgrunn, synes hun.

– Det var ikke enkelt for dem å rengjøre og desinfisere utstyr. Alt ble vasket for hånd.

Mens Koch var der, fikk de bygget om skyllerommet til dagens norske standard. Der skal det snart installeres vaskemaskin og bekkenspyler.

– Men det har vært vanskeligere enn jeg trodde på grunn av vann- og strømforholdene.

Selv om Malawi er et fattig land, var noe forbausende bra.

– På sykehuset var det for eksempel tilstrekkelig med engangshansker. Det er både vilje og muligheter til å forbedre forholdene.

Våte frakker

Koch så behovet for å lage systemer og tenke framover.

– Mangler noe, kan en operasjon stoppe opp. Lite kirurgisk utstyr førte til mye venting. Ikke minst kunne alt stoppe opp fordi det ikke var tørt tøy. Særlig i regntiden var det et problem å få tørket vasken. Ikke sjelden var frakken våt når kirurgen fikk den på.

Kollegenes nære forhold til religion var uvant for henne. De ba gjerne for pasientene og for at de selv skulle gjøre en god jobb. De startet dagen med bønn.

– Jeg ble ganske overrasket da de en morgen sa: «Sister Ann, can you pray for us?» forteller Koch.

Mangler utdanning

Det er bare fire utdannede operasjonssykepleiere i hele Malawi. De ble utdannet i Sør-Afrika for mange år siden.

– Det fins heller ingen kirurger fra Malawi på dette sykehuset. Kirurgene der er blant annet fra Cuba, Egypt og Russland. Utdanning av alle grupper er svært viktig. Det er

vel det vi kan bidra mest, mener hun.

Sammen med kollegene fra Malawi har hun laget fagplan for et åtteukers kurs for sykepleierne ved operasjonsavdelingen. Meningen er å starte opp neste år.

Koch kom hjem 29. juli. Men i januar skal hun ned igjen i en kort periode. I mellomtiden holder hun kontakt med sine malawiske kolleger. Hun får stadig hyggelige e-poster fra dem.

– På samme måte som jordmødrene skal operasjonssykepleierne jobbe i stafett.

Koch er opptatt av prosjektene må være langsiktige.

– Målet er at de blir selvstendige over tid. En stor del av Malawis bruttonasjonalprodukt består av bistand.

Den gjennomsnittlige levealderen er under 40 år.

– Sykehuset har et opptaksområde på 4,5 millioner mennesker, like mange som Norges befolkning. De har tre operasjonsstuer.

INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning i ferdigfylt sprøyte 25 mg og 50 mg: Hver ferdigfylt sprøyte inneholder: Etanercept 25 mg, resp 50 mg, sakkarose, natriumklorid, L-argininhydroklorid, natriumdihydrogenfosfatdihydrat, dinatriumhydrogenfosfatdihydrat, vann til injeksjonsvæsker. **PULVER OG VÆSKE TIL INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning 25 mg:** Hvert sett inneholder: I) Hetteglass: Etanercept 25 mg, mannitol, sakkarose, trometamol. II) Ferdigfylt sprøyte: Vann til injeksjonsvæsker. **PULVER OG VÆSKE TIL INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning 25 mg/ml til barn:** Hvert sett inneholder: I) Hetteglass: Etanercept 25 mg, sakkarose, trometamol. II) Ferdigfylt sprøyte: Vann til injeksjonsvæsker, benzyalkohol. **Indikasjoner:** 25 mg: Behandling av aktiv polyartikulær juvenil idiopatisk artritt hos barn og ungdom 4-17 år som har en inadekvat respons på eller er intolerant for metotreksat. Preparatet er ikke undersøkt hos barn <4 år. Behandling av aktiv og progressiv psoriasisartritt hos voksne når respons på tidligere sykdomsmodifiserende antireumatiskbehandling ikke har vært tilstrekkelig. Behandling av voksne med alvorlig aktiv Bekhterevs sykdom (ankyloserende spondylitt) som ikke har respondert på konvensjonell terapi. **25 mg og 50 mg:** Etanercept i kombinasjon med metotreksat er indisert for behandling av moderat til alvorlig, aktiv reumatoid artritt hos voksne når responsen på sykdomsmodifiserende antireumatiske legemidler, inkl. metotreksat (hvis ikke kontraindisert), har vært inadekvat. Etanercept kan gis som monoterapi ved metotreksatintoleranse eller når fortsatt behandling med metotreksat er uhensiktsmessig. Etanercept er også indisert for behandling av alvorlig, aktiv og progredierende reumatoid artritt hos voksne som ikke tidligere er behandlet med metotreksat. Etanercept gitt alene eller i kombinasjon med metotreksat er vist å redusere progresjonshastighet av leddskade målt ved røntgen og bedrer fysisk funksjon. Behandling av voksne med moderat til alvorlig plaque psoriasis, som ikke har respondert på eller er intolerant overfor annen systemisk behandling, inkl. ciklosporin, metotreksat eller PUVA, eller hvor slik behandling er kontraindisert. **Dosering:** Hvert hetteglass skal rekonstitueres med vann til injeksjonsvæsker 1 ml før bruk. Ferdigfylt sprøyte er til engangsbruk til pasienter som veier >62,5 kg. Hetteglass 25 mg er tilgjengelig for administrering av doser <25 mg. **Voksne:** Anbefalt dose er 25 mg ved reumatoid artritt, administrert 2 ganger pr. uke som s.c. injeksjon. Alternativt er det vist at 50 mg administrert 1 gang pr. uke er sikkert og effektivt ved reumatoid artritt. Ved plaque psoriasis er anbefalt dose 25 mg administrert 2 ganger pr. uke. Alternativt kan 50 mg gis 2 ganger pr. uke. Alternativt kan 50 mg gis 2 ganger pr. uke i opptil 12 uker, om nødvendig etterfulgt av en dose på 25 mg 2 ganger pr. uke. Behandling bør fortsette til remisjon oppnås, i opptil 24 uker. Behandlingen bør seponeres hos pasienter som ikke responderer etter 12 uker. Dersom gjentatt behandling er indisert, bør ovennevnte retningslinjer med hensyn til behandlingsvarighet følges. Dosen bør være 25 mg 2 ganger pr. uke. Ved psoriasisartritt og Bekhterevs sykdom (ankyloserende spondylitt) er anbefalt dose 25 mg administrert 2 ganger pr. uke eller 50 mg administrert 1 gang pr. uke. **Eldre (≥65 år):** Dosetilpasning er ikke nødvendig. **Barn og ungdom: 4-18 år:** 0,4 mg/kg (maks. 25 mg pr. dose), gitt 2 ganger pr. uke som en s.c. injeksjon med et 3-4 dagers intervall mellom dosene. **Nedsatt lever- og nyrefunksjon:** Dosetilpasning er ikke nødvendig. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for noen av innholdstoffene. Sepsis eller risiko for utvikling av sepsis. Behandling skal ikke initieres hos pasienter med aktive infeksjoner inkl. kroniske eller lokaliserte infeksjoner. Pulver og væske til injeksjonsvæske 25 mg/ml til barn, må ikke gis til for tidlig fødte barn eller nyfødte, da oppløsningsvæsken inneholder benzyalkohol, som kan forårsake forgiftninger og anafylaktoide reaksjoner hos spedbarn og barn opp til 3 år. **Forsiktighetsregler:** Pasienter skal utredes for infeksjoner før, under og etter behandling med etanercept, tatt i betraktning at gjennomsnittlig eliminasjonshalveringstid er ca. 70 timer (7-300 timer). Alvorlige infeksjoner, sepsis, tuberkulose og andre opportunistiske infeksjoner er rapportert, og noen av disse har vært dødelige. Pasienter som utvikler en ny infeksjon under behandling må overvåkes nøye. Dersom pasienten utvikler en alvorlig infeksjon, bør behandlingen avsluttes. Forsiktighet bør utvises ved tidligere gjentatte eller kroniske infeksjoner eller underliggende tilstander som kan disponere for infeksjoner, f.eks. fremskreden eller dårlig kontrollert diabetes. Tilfeller av aktiv tuberkulose, inkl. miliærtuberkulose og tuberkulose med ekstrapulmonal lokalisering er rapportert. For oppstart med etanercept skal alle pasienter utredes for både aktiv og inaktiv (latent) tuberkulose. Utredningen skal inkl. en detaljert anamnese med tidligere tuberkulose eller mulig tidligere kontakt med tuberkulose og tidligere og/eller nåværende immunsuppressiv behandling. Passende «screening»-tester, f.eks. tuberkulintest og røntgenbilde av brystet, bør utføres på alle pasienter (lokale retningslinjer kan forekomme). Vær oppmerksom på risikoen for falske negative resultater av tuberkulintest, spesielt hos alvorlig syke eller immunsupprimerte pasienter. Dersom aktiv tuberkulose diagnostiseres, skal behandlingen med etanercept ikke igangsettes. Dersom latent tuberkulose diagnostiseres må behandling for latent tuberkulose startes i overensstemmelse med lokale retningslinjer, før oppstart med etanercept. I denne situasjonen skal nytte/risiko-forholdet ved etanerceptbehandling vurderes nøye. Alle pasienter skal oppfordres til å søke råd fra lege dersom tegn/symptomer på tuberkulose oppstår (f.eks. vedvarende hoste, svinn/vekttap, svak feber) under eller etter etanerceptbehandling. Reaktivering av hepatitt B-virus (HBV) er sett hos kroniske bærere av viruset. Pasienter med risiko for HBV-infeksjon skal undersøkes for tidligere HBV-infeksjon før initiering av etanerceptbehandling. Forsiktighet skal utvises ved behandling av identifiserte HBV-bærere og pasientene skal overvåkes med hensyn til tegn/symptomer på aktiv HBV-infeksjon. Hvis nødvendig skal antiviral behandling igangsettes. Forverring av hepatitt C er rapportert. Samtidig administrering av etanercept og anakinra er assosiert med økt risiko for alvorlige infeksjoner og nøytropeni. Kombinasjonen har ikke vist økte kliniske fordeler og anbefales derfor ikke. Allergiske reaksjoner, inkl. angioødem og urticaria, er rapportert. Dersom alvorlig allergisk eller anafylaktisk reaksjon oppstår, bør behandlingen avbrytes umiddelbart og nødvendig behandling igangsettes. Det er ukjent om preparatet kan redusere kroppens forsvar mot infeksjoner. Det er observert tilfeller av lymfom (sjelden). Pasienter med reumatoid artritt med langvarig, svært aktiv, inflammatorisk sykdom, har økt underliggende risiko for lymfom, hvilket kompliserer risikoestimeringen. Mulig risiko for å utvikle lymfom eller andre maligniteter kan ikke utelukkes med nåværende kunnskap. Sikkerhet og effekt hos pasienter med immunsuppresjon eller kroniske infeksjoner er ikke vurdert. Det er rapportert om sjeldne tilfeller av pancytopeni og svært sjeldne tilfeller av aplastisk anemi. Forsiktighet bør utvises ved behandling av pasienter som tidligere har hatt bloddyskasi. Pasienten skal informeres om å ta omgående kontakt med lege ved utvikling av tegn og symptomer på bloddyskasi eller infeksjoner (f.eks. vedvarende feber, sår hals, blåmerker, blødning, blekhet). Pasienten bør undersøkes øyeblikkelig, inkl. full blodtelling. Ved bekreftet bloddyskasi bør preparatet seponeres. Det er rapportert om sjeldne tilfeller av CNS-demyeliniseringsforstyrrelser. Ved forskrivning til pasienter med eksisterende eller begynnende CNS-demyeliniseringsykdommer, eller til pasienter med antatt økt risiko for dette, bør risiko i forhold til nytte vurderes, inkl. neurologisk vurdering. Det bør utvises forsiktighet ved behandling av pasienter med kongestiv hjertesvikt (CHF). Det er rapportert om forverring av CHF ved behandling med etanercept. Pasienter med eksponering for varicellavirus bør midlertidig avslutte behandlingen og vurderes for profylaktisk behandling med Varicella zoster immunoglobulin. Det anbefales at pasienter med juvenil idiopatisk artritt om mulig immuniseres iht. gjeldende immuniseringsretningslinjer før behandling igangsettes. Behandling med etanercept kan føre til dannelse av autoimmune antistoffer. Sikkerhetsprofilen av etanercept gitt i kombinasjon med metotreksat tilsvarende profiler rapportert med etanercept eller metotreksat alene. Langtidsstudier mht. sikkerheten av kombinasjonen pågår. Langvarig sikkerhet ved kombinasjon med andre sykdomsmodifiserende antireumatiske legemidler er ikke fastslått. Bruk i kombinasjon med andre systemiske behandlinger eller lysbehandling for psoriasis er ikke undersøkt. Preparatet er ikke vist å være effektiv behandling ved Wegeners granulomatose. Anbefales derfor ikke. **Interaksjoner:** Kan tas sammen med glukokortikoider, salisylater (med unntak av sulfasalazin), ikke-steroid antiinflammatoriske legemidler (NSAIDs), analgetika, metotreksat, digoksin og warfarin. Voksne som fikk etanercept som tilleggsbehandling til et regime med stabil sulfasalazindosering, opplevde nedgang i gjennomsnittlig antall hvite blodceller sammenlignet med de pasientene som ble behandlet med kun etanercept eller sulfasalazin. Den kliniske signifikansen er ukjent. Levende vaksiner bør ikke gis samtidig. Kombinasjonsbehandling med etanercept og anakinra er ikke anbefalt. Samtidig bruk av abatacept har vist økt forekomst av alvorlige uønskede hendelser. Kombinasjonen har ikke vist økt klinisk nytte og anbefales ikke. Det anbefales at pasienter med juvenil kronisk artritt om mulig immuniseres iht. gjeldende immuniseringsretningslinjer før behandling igangsettes. **Graviditet/Amning:** *Overgang i placenta:* Ukjent. Bruk til gravide anbefales ikke, og fertile kvinner bør rådes til å ikke bli gravide under behandling. *Overgang i morsmelk:* Ukjent. Ettersom immunoglobuliner utskilles i morsmelk, bør en enten avslutte ammingen eller avbryte behandlingen. **Bivirkninger:** Reaksjoner på injeksjonsstedet (inkl. blødninger, hematom, erytem, kløe, smerte og hevelse) er meget vanlig (>10%). Disse opptrer vanligvis i første måned og varer i gjennomsnitt 3-5 dager. Infeksjoner (inkl. øvre luftveisinfeksjoner, bronkitt, cystitt og hudinfeksjoner) er også meget vanlig (>10%). *Hypigie (>1/100):* Hud: Kløe. Øvrige: Allergiske reaksjoner, feber. Antistoffer mot etanercept er detektert i sera hos noen pasienter. Antistoffene er ikke-nyutraliserende og vanligvis forbigående. *Mindre hypigie:* Blod: Trombocytopeni. Hud: Angioødem, urticaria, utslett. Luftveier: Interstitiell lungesykdom, inkl. pneumonitt og pulmonal fibrose. Øvrige: Alvorlige infeksjoner (inkl. pneumoni, cellulitt, septisk artritt, sepsis). *Sjeldne (<1/1000):* Blod: Anemi, leukopeni, nøytropeni, pancytopeni. Hud: Kutan vaskulitt (inkl. leukocytoklastisk vaskulitt). Subakutt kutan lupus erythematosus, discoid lupus erythematosus, lupus-lignende syndrom. Lever: Økte nivåer av leverenzymmer. Sentralnervesystemet: Kramper, CNS-demyeliniseringsforstyrrelser som f.eks. optikusneuritt og transvers myelitt. Øvrige: Tuberkulose. Alvorlige allergiske eller anafylaktiske reaksjoner. Aplastisk anemi er sett meget sjeldent. Hos pasienter med reumatoid artritt, psoriasisartritt, Bekhterevs sykdom (ankyloserende spondylitt) og plaque psoriasis er følgende alvorlige bivirkninger sett: Malignitet, astma, infeksjoner, hjertesvikt, hjerteinfarkt, myokard ischemi, bryststerne, synkope, cerebral ischemi, hyper- og hypotensjon, kolecystitt, pankreatitt, gastrointestinale blødninger, bursitt, konfusjon, depresjon, dyspné, abnormal tilheling, nyreinsuffisiens, nyresten, dyp venetrombose, lungeemboli, membranøs glomerulonefritt, polymyositt, tromboflebitt, leverskade, leukopeni, parese, parestesi, vertigo, allergisk alveolitt, angioødem, skleritt, benfrakturer, lymfadenopati, ulcerøs kolitt og intestinal obstruksjon. Det er ukjent hvordan langtidsbehandling påvirker utviklingen av autoimmune sykdommer. Det er rapportert om pasienter, inkl. de med positiv reumatoid faktor, som har utviklet sjeldne tilfeller av andre autoantistoffer i forbindelse med lupus-lignende syndrom eller utslett, som ved klinisk presentasjon og biopsi svarer til subaktiv kutan lupus eller discoid lupus. Generelt er bivirkningene hos barn av samme type og frekvens som dem sett hos voksne. Infeksjoner sett i studier med pasienter med juvenil idiopatisk artritt (2-18 år) er generelt mildt til moderate og i samsvar med infeksjoner vanligvis sett hos polikliniske barnepopulasjoner. **Overdosering/Forgiftning:** *Symptomer:* Det er ikke observert dosebegrensende toksisitet. Høyeste dosenivå som er vurdert er i.v. startdose på 32 mg/m² etterfulgt av s.c. doser på 16 mg/m² gitt 2 ganger pr. uke. *Behandling:* Intet kjent antidot. **Egenskaper:** *Klassifisering:* Human tumornekrosefaktorreseptor p75 Fc fusjonsprotein. *Virkningsmekanisme:* Kompetitiv hemming av binding av tumornekrosefaktor (TNF) til reseptorer på celleoverflaten, noe som hemmer TNF-medierte cellulære respons. Påvirker også biologiske responser kontrollert av andre molekyllære undergrupper (f.eks. cytokiner, adhesjonsmolekyler eller proteinaser) som er induert eller regulert av TNF. *Absorpsjon:* Absorberes sakte fra injeksjonsstedet, maks. plasmakonsentrasjon nås etter ca. 48 timer. Absolutt biotilgjengelighet er 76%. Med 2 ukentlige doser forventes en ca. dobbelt så høy «steady state»-konsentrasjon sammenlignet med en enkeltdose. *Fordeling:* Distribusjonsvolumet ved «steady state» er 10,4 liter. Halveringstid: Ca. 70 timer. Clearance: 0,066 liter/time. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares i kjøleskap 2-8°C. Må ikke fryses. Kjemisk og fysisk stabilitet under bruk er vist for 48 timer ved 2-8°C. Fra et mikrobiologisk synspunkt bør preparatet anvendes umiddelbart etter tilberedning. Dersom det ikke brukes umiddelbart, er oppbevaringstider under bruk brukerens ansvar og bør normalt ikke overskride 6 timer ved 2-8°C, med mindre tilberedningen er gjort under kontrollerte og validerte aseptiske forhold. Pulver og væske til injeksjonsvæske 25 mg/ml til barn: Kjemisk og fysisk stabilitet etter rekonstitusjon, er vist for 14 dager ved 2-8°C. Fra et mikrobiologisk synspunkt kan preparatet lagres i maks. 14 dager ved 2-8°C etter rekonstitusjon. **Rekvireringsregel:** Behandling med Enbrel bør initieres og overvåkes av spesialister med erfaring i diagnostisering og behandling av reumatoid artritt, psoriasisartritt, Bekhterevs sykdom (ankyloserende spondylitt) og plaque psoriasis. Pasienter som behandles med Enbrel skal gis pasientkortet. **Pakninger og priser:** *Injeksjonsvæske: 25 mg:* Ferdigfylt sprøyte: 4 stk. kr 5579,70. *50 mg:* Ferdigfylt sprøyte: 4 stk. kr 10950,10. *Pulver og væske til injeksjonsvæske: 25 mg:* 4 sett kr 5512,40. *25 mg/ml til barn:* 4 sett kr 5512,40. **Sist endret:** 08.02.2008

– Rammepplanen må bestå

– Det er helt uakseptabelt om kravene i rammeplanen ikke skal gjelde for sykepleierstudenter som tar hele eller deler av utdanningen i utlandet.

Det sier Per Haugum, direktør for Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAFH), til Sykepleien. Han er opprørt over innspillet fra Kristin Ørmen Johnsen, rektor på Høgskolen i Buskerud. I Sykepleien nr. 15/08 tar hun til orde for mer lokal frihet når hun sender sykepleierstudentene ut i verden. Rammepplanen er en hemsko for internasjonalisering, mener hun. Haugum kan ikke tenke seg sykepleierutdanningen uten rammeplanens minstekrav.

Tre hovedgrunner

– Det er mange grunner til at de sentrale myndigheter styrer høyskolenes virksomhet på denne måten. Ved å ha en slik rammeplan sørger man for at det er en plikt for høyskolene å tilfredsstillе de faglige minstekrav som er lagt i rammeplanen. Man sikrer også at den norske sykepleierutdanningen blir lik på alle høyskoler i forhold til å oppfylle minimumskravene. Den tredje hovedgrunnen er at Norge må ha en slik minste felles standard

på våre utdanninger for å tilfredsstillе våre internasjonale forpliktelser, særlig i forhold til EØS, sier Per Haugum til Sykepleien.

Viker ikke

SAFH forutsetter at alle høyskolene som utsteder vitnemål til sykepleiere garanterer at utdanningens innhold, omfang og nivå tilfredsstillер kravene i rammeplanen.

– Dersom det ikke er tilfelle, vil vedkommende person ikke kunne få norsk autorisasjon som sykepleier etter helsepersonellovens § 48, fordi vedkommende ikke tilfredsstillер de krav som er satt til utdanningen, fastslår Haugum.

Ingen planer om å snu

Kunnskapsdepartementet jobber nå med en stortingsmelding om internasjonalisering av norske utdanninger.

– Vi har ingen planer om å berøre den reviderte rammeplanen, sier seniorrådgiver Ivar Walle til Sykepleien.



Faksimile fra Sykepleien nr. 15/08

Føler du deg trett og slapp?



Jerntilskudd for deg med flere jern i ilden

Floradix Formula med sitt innhold av jern gir.....

- bedre jerndepoer
- økt oksygenopptak
- øker bloddannelsen
- øker vitaliteten
- bedrer konsentrasjonsevnen
- rent vegetabilisk
- uten konserveringsmidler
- alkoholfri

Jernmangel er ofte en grunn til slapphet og tretthet. Floradix Formula jernekstrakt er et rent naturprodukt som er fremstilt av iriskorensede safter fra vitamin- og mineralrike vekster, grønnsaker, frukter, hveteblom og jernrik gjæret ekstrakt med høy opptagelighet.

Floradix Formula finnes i 16 utørelser og tablettform. Du får den i dagligvareforretningene,apotek og i helsekostforretninger.



Telefon 23 37 37 40 • Faks 23 37 37 59
 epost: post@naturimport.no • www.naturimport.no

Sarpsborg bestod

Sarpsborg er den eneste kommunen i Norge som ikke har fått en eneste merknad fra Helsetilsynets gjennomgang. Men også her sliter hjemmetjenesten.

Borge sykehjem i Sarpsborg kan foreløpig som det eneste sykehjem i landet smykke seg med «ingen avvik» etter Helsetilsynets gjennomgang av legemiddelbehandlingen.

– Vi fant heller ikke grunn til å påpeke områder med mulighet for

forbedring. Årsaken er at kommunen og sykehjemmet har utviklet et omfattende internkontrollsystem for å sikre kvaliteten på sykehjemstjenestene, herunder legemiddelbehandlingen. Kommunen har blant annet kartlagt risikoområder og iverksatt tiltak for å redusere

risikoen for svikt på slike områder. Tiltakene evalueres kontinuerlig på bakgrunn av erfaringer og tilbakemeldinger, skriver Helsetilsynet i Østfold i den foreløpige rapporten.

Kartlagt risiko

Sarpsborg kommune har både elektronisk og papirbasert journal-system.

– Her er det gjort en rekke grep som gjør at det fungerer oversiktlig og greit i praksis. Alle som skal ha tilgang har det, og alle som ikke skal ha tilgang har det ikke. Journalansvarlig er klar over hvilke oppgaver hun har og utfører disse. Og ikke minst: Alle som skal føre journal gjør det, sier Morten Slettmyr hos Helsetilsynet i Østfold.

Han legger til at suksesskriteriene er at kommuneledelsen aktivt styrer, etterspør og følger opp kvaliteten på tjenestene.

Møteplasser

Heller ikke i Sarpsborg kommune er legene og de øvrige ansatte i sykehjemstjenesten organisert i samme etat, men kommunen har likevel gjort en del for å sikre at tjenesten fungerer som integrert.

– De har blant annet muligheter for å møtes og utveksle erfaringer, sier hovedtillitsvalgt for NSF i kommunen, Monica Carmen Gåsvatn.

Hun tror Sarpsborg kommunes suksess skyldes at det er et visst samsvar mellom kravene som stilles til de ansatte og midlene som bevilges fra politikerne. Ellers mener hun at Borge sykehjem skiller seg positivt ut og at man kanskje ville funnet små avvik ved andre sykehjem i Sarpsborg. Også denne kommunens hjemmetjeneste kan forbedres.

– Vi har mange vikarer og

mange ufaglærte i hjemmetjenesten. Folk har ikke tid til å skrive avvik. I budsjettforslaget for 2009 må alle områder kutte to prosent, sier hun.

– Fører dere avvik når ufaglærte får ansvar for medisinhåndteringen?

Folk har ikke tid til å skrive avvik.

Monica Carmen Gåsvatn

– Nei. Avviksproblematikken er ikke drøftet godt nok, vi har ingen felles definisjon av ordet. I realiteten er det jo et lovbrudd hver gang man registrerer et avvik.

Andre kan lære

– Etter tilsynene med de to kommunene sitter vi igjen med et inntrykk av at begge er like opptatt av kvalitet. Forskjellen ser ut til å være at Sarpsborg i større grad har satt kvaliteten i system ved at kommuneledelsen aktivt styrer, etterspør og følger opp. I Fredrikstad var sykehjemmene mer overlatt til seg selv, sier Morten Slettmyr.

Innen nyttår skal Helsetilsynet i Østfold også ha tilsyn ved sykehjem i Råde, Rygge og Eidsberg.

– I etterkant skal vi lage en oppsummeringsrapport, slik at andre kommuner enn de som har vært utsatt for tilsyn kan lære av det vi har funnet. Vi vurderer også å holde et seminar eller to. Deretter vil vi sannsynligvis fortsette tilsynene ut i 2009. Ved at både Helsetilsynet og kommunene deler kunnskap og erfaring, håper vi å bidra til kvalitetsforbedring i hele Østfold, sier Slettmyr.



Egen nettfilial

– for medlemmer i NSF

På nettfilialen finner du dine medlemstilbud og dine priser. Se etter DnB NOR-logoen på www.sykepleierforbundet.no og klikk på den. Det kan lønne seg.

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

DnB NOR



BRYT SMITTEKJEDEN

Hånddesinfeksjon for pasienter og ansatte



ER PASIENTENS HENDER RENE?

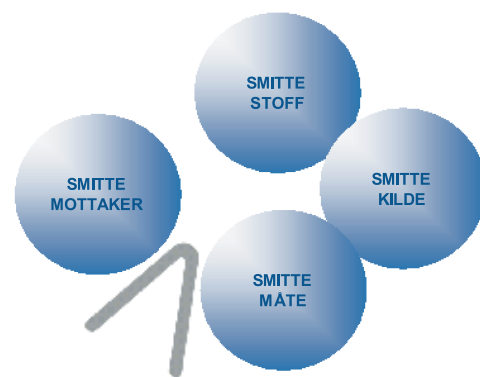
Visste du at på pasienters hender finnes ofte sykdoms-fremkallende mikrober, eks. tarmbakterier. Urene hender hos pasienter utgjør en økt smitterisiko. Dette kan vi gjøre noe med! Informer dine pasienter om viktigheten av å verne seg selv mot smitte.

- Våtservietter gis til sengeliggende pasienter og korridorpasienter
- Oppegående pasienter kan bruke hånddesinfeksjonsmiddel

VÆR TRYGG PÅ AT HENDENE DINE ER RENE!

Med hånddesinfeksjonsmiddel dreper du 99% av mikroben på hendene dine innen 15 sekunder. Med håndvask må du bruke 30 sekunder for å oppnå samme effekt, men husk at helsepersonell bruker gjennomsnittlig 5-8 sekunder på en håndvask og da er hendene fremdeles skitne. Hånddesinfeksjon gir maksimal effekt! Vær nøye med å gni inn middelet også på fingrene, i din kontakt med pasientene.

BRYT SMITTEKJEDEN



Nordisk bekymring

Rådene for sykepleieetikk i Norden ser med bekymring på inntoget av New Public Management i helsevesenet.



HOLDER PÅ VERDIENE: Marie Aakre er skeptisk til New Public Management.



Fra uttalelsen

«Når verdier og sprogbrug fra managementtænkningen, som hersker i erhvervslivet, indføres i sundhedsvæsenet, får det indflytelse på de sundhedsprofessionelles daglige arbejde.»

«Dette kan sætte sygeplejersker i et krydspres mellem deres professionsetiske verdier og organisationens krav om standardisering, høy produktivitet og effektivitet.»

– På flere områder opplever vi at grunnleggende verdier i sykepleie ikke lar seg forene med organisasjonenes krav til effektivitet, produksjon og markedsøkonomi.

Det sier lederen for det norske rådet for sykepleieetikk, Marie Aakre.

Eldre

Bekymringen deles av de tilsvarende rådene i Sverige, Danmark, Færøyene og Island, som sammen utgjør et nordisk nettverk innen sykepleieetikk. New Public Management (NPM) har vært tema en stund.

Da de fem rådene møttes på Færøyene i september, gikk de sammen om en uttalelse. Blant annet frykter de at verdiene og tenkningen i NPM setter sykepleiere under krysspress.

Ifølge Aakre får rådene i alle de nordiske landene saker som illustrerer dette. Sakene kommer fra ulike deler av helsetjenesten.

– Men særlig dreier det seg om eldre, kronisk syke og alvorlig syke og døende, sier hun.

Kan forbedres

Fra bunken med saker fra norske sykepleiere, viser hun blant annet til dem fra sykepleieledere. Flere synes det er problematisk at det bare spørres etter kvantitative og økonomiske resultater.

– Ingen spør etter kvaliteten i pleie- og omsorgstjenesten de yter, og som faktisk er det de er satt til

å forvalte, kommenterer Marie Aakre.

– Men kan det være at New Public Management er så nytt at det ikke brukes riktig?

– Jeg har fått en forståelse av at denne tenkningen består av mange elementer som kontinuerlig drøftes og evalueres. Sånn sett er det rom for forbedringer. Flere sier at det går an å ivareta sykepleiernes helhetstenkning i denne ideologien.

– Tror du det?

– Tja, jeg er skeptisk. Men da må vi tydeliggjøre hva som ikke fungerer. Vi må formulere hva som skal til for å opprettholde god praksis og så må vi melde avvik. Men det er et stort behov for tydeligere verdibasert ledelse. Det skal mye til for å dempe de rådende verdier som kommer til uttrykk gjennom New Public Management.

Truede verdier

Aakre opplever at de grunnleggende verdier i sykepleiefaget er truet. Hensikten med uttalelsen er å bevisstgjøre sykepleierne om at de grunnleggende verdiene i sykepleie står fast, på tross av økende krav til resultat og produktivitet.

– Har dere fått reaksjoner på uttalelsen?

– Nei. Første skritt er å gjøre den kjent. Dette er en bekymringsmelding til leserne. Så håper vi på tilbakemelding. Skriv til oss, oppfordrer Marie Aakre.

forebygging.no



Kunnskapsbase for rusforebyggende og helsefremmende arbeid.

- Det finnes ingen snarvei til god helse



Til alle mammaer og pappaer:

Viktig for optimal utvikling!

I barndommen skal kropp og hjerne vokse og utvikle seg, da er riktig næring ekstra viktig. Möller's Tran inneholder en unik naturlig kombinasjon av næringsstoffer som er viktige for barns helse og utvikling.

DERFOR BØR BARN TA TRAN

OPTIMAL UTVIKLING AV HJERNEN

Möller's Tran er rik på den spesielle omega-3-fettsyren DHA. Dette stoffet er en av de viktigste byggeklossene for cellene i hjernen. Forskning viser at inntak av DHA har en positiv effekt på hjernens utvikling. En skje Möller's Tran gir mer DHA enn man finner i de fleste andre produkter (0,6 gram per 5ml).

“Gi daglig tilskudd av vitamin D fra fire ukers alder ved å gi tran”

- Helsedirektoratet

STERKT SKJELETT

Möller's Tran er en god kilde til vitamin D, som er viktig for opptak av kalsium i kroppen og dermed avgjørende for at kroppen skal kunne bygge et sterkt skjelett. Her i Norge hvor vi har lite sol, viser det seg at mange får for lite vitamin D. En skje Möller's Tran sørger for den anbefalte mengden vitamin D hver dag.

TRYGT NORSK NATURPRODUKT

Möller's Tran er et naturprodukt laget av 100% norsk fisk. Over 150 år med stadige forbedringer gjør at vi kan tilby tran av høyeste kvalitet. På vei fra fisk til flaske gjennomgår hver dråpe tran en avansert prosess og grundige kontroller for å sikre et rent og trygt produkt. Les om vår renhetsgaranti på våre hjemmesider.

TRANTIPS

- Gi tran til små barn før badetid, så unngår du søl og flekker på klærne.
- Prøv kald Möller's Tran med sitronsmak, mange synes den er bedre.
- Ta tran sammen med barnet – vær et godt forbilde.
- Ikke gi opp. De fleste venner seg til smaken etter en stund.

www.mollers.no

Grønt nr: 800 80 555

MÖLLER'S
GRUNNLAGT 1854



Kuttet 41 tonn ftalater

På Karolinska Universitetssjukhuset i Stockholm bruker helsepersonell bare vinylhansker uten ftalater.

Allerede i 1997 bestemte Stockholms politikere at pvc og ftalater skulle bort fra helsevesenet. Men de fulgte ikke opp med noen handlingsplan. I 2003 lurte Miljö och hållbarhetsavdelningen ved Karolinska sjukhuset på hva som hadde skjedd. Men det kunne ingen svare på.

– Derfor laget vi et prosjekt, der vi forsøkte å kartlegge hvilke produkter som inneholder pvc og ftalater, forteller Anne Marie Vass, kjemikalie-controller på Karolinska.

Vet ikke innholdet

Karolinska er et av Europas største sykehus, med rundt 15 000 ansatte. Et overordnet mål er å redusere miljøpåvirkningen av varer og tjenester sykehuset kjøper og leverer.

Alt medisinsk utstyr kjøpes inn via et sentrallager for Stockholm. Derfor var det enkelt å få statistikker over hva som kjøpes. Verre var det å finne ut hva produktene

inneholdt. Produsentene vet det heller ikke alltid selv.

– Iblant måtte vi gjette, forteller Vass.

– Dersom produktene inneholder pvc, og det ikke er oppgitt hva slags mykgjørere som er brukt, går vi ut fra at det er ftalater.

Ftalater kan utgjøre så mye som 50 prosent av et pvc-produkt. For å få oversikt over omfanget av forbruket, ble utstyret veid.

– Det vi ikke visste, var at vinylhansker utgjorde en så stor del. Jeg hadde kanskje tenkt det ville være urinposer eller infusjonsslanger. Men selvfølgelig er det hansker. Alle bruker dem jo hele tiden, sier Vass.

Ved å bytte hansker, regnet de ut at sykehuset ville kutte forbruket av ftalater med 41 tonn i året.

Presser priser

Nå er det bestemt at førstevalget ved innkjøp skal være hansker av nitril. Hansker med pvc skal bare brukes ved allergi mot nitril.

Undersøkelseshansker av latex kjøpes ikke lenger inn på grunn av allergirisiko.

– Vi er også i dialog med produsentene, og prøver å få dem til å utvikle mer allergivennlige hansker, forteller Anne Marie Vass.

– *Hva med andre produkter?*

– I utgangspunktet var målet å kartlegge alt. Men det måtte i første omgang begrenses til pasientgruppene som er mest sårbare og som er eksponert for produktene over tid. Det er barn og dialysepasienter.

– *Hvor langt har dere kommet?*

– Neonatalavdelingen er nesten helt pvc-fri. Den har bare fem-ti pvc-produkter som er vanskelige å bytte ut. På dialysen får vi ikke bort pvc, men vi begynner å få bort ftalaten.

– *Hvordan reagerer ansatte?*

– Når vi forklarer at ftalater kan utgjøre helsefare, svarer de at vi ikke burde brukt disse produktene i det hele tatt. Men i praksis står man med valget mellom to produkter, ett

med pvc og ett uten. Det med pvc er ofte billigere. Da har mange sjefer problemer med å forsvare valget av den pvc-frie. Men vi ber dem om å prøve likevel. De kan jo velge 20 prosent pvc-fritt.

Problematiske urinposer

– *Er det lett å finne alternativer til pvc og ftalater?*

– Det varierer. Til dialysen var det ganske vanskelig. Slangene uten pvc og ftalater var ikke gode nok. Men så kom det ftalat-frie slanger, og de fungerer kjemp godt. Vi sier til de ansatte at de nye produktene ikke er dårligere, men de er annerledes. Man må lære å håndtere dem.

Store urinposer har vært et problem. Det har vært umulig å finne alternativer som ikke sprekker. Ernæringssonder var enkelt å bytte ut. Tuber til respiratorpasienter var vanskelig.

– Det avhenger av hvor i kroppen produktet skal brukes, og om det skal gå luft eller væske i det. Vi må

– Foreløpig ikke tema

Hvert år kjøper norsk helsevesen inn utstyr, materiell og tjenester for mer enn 16 milliarder kroner. Det gir forbrukermakt. En makt blant andre Helseforetakenes innkjøpservice AS (Hinas) skal forvalte.

Men pvc og ftalater er ikke tema for dem foreløpig.

– Rett og slett fordi slike produkter ikke er blant dem vi anskaffer i dag, opplyser administrerende direktør Terje Skansen.

Kan bli aktuelt

Hinas ble opprettet i 2003, og er et barn av helsereformen. Selska-

pet eies av helseforetakene, og forvalter om lag 40 kontrakter med en totalverdi på 2,5 milliarder kroner. Antall typer anskaffelser Hinas tar hånd om øker, og ifølge Skansen kan det bli aktuelt å sørge for medisinske produkter som kan inneholde pvc og ftalater fra 2009-2010.

– *Blir det da aktuelt å se spesielt på pvc og ftalater?*

– Alle miljøfarlige stoffer er aktuelle for oss, sier han.

Stiller krav

Målsettingen med Hinas er å samle store innkjøp for å spare penger. Men en så stor aktør kan også stille miljøkrav, og Skansen fremholder at selskapet har et miljøperspektiv.

– *Hva gjør dere konkret?*

– Vi stiller krav til miljømerking



BYTTET UT PVC OG FTALATER: Helse Bergen har skiftet ernæringssonder til premature og nyfødte. På Karolinska i Stockholm har de gjort mer. Faksimile fra Sykepleien 15/08.

nesten bare ta ett produkt om gangen, forteller Anne-Marie Vass.

Tvinger produsentene

Vass mener produsentene må tvinges til å tenke på miljøøyet.

– Å lansere nye produkter er dyrt. Men ser de at et produkt selger, går prisene ned.

Hun trekker fram hansker som eksempel.

– Da vi begynte å kjøpe nitrilhansker, kostet de 80 øre pr. stykk. Nå er prisen rundt 25 øre.

På noen produkter er det ingen prisforskjell.

– For eksempel dialyseslanger. Der er de uten ftalater nesten billigere.

– Er dere sikre på at alternativene er mer miljøvennlige?

– Nei. Men dette handler om å få i gang en prosess hos produsentene. Det verste vi kan gjøre er å si «vi har ingen gode alternativer, derfor fortsetter vi å bruke det vi har». Ved å bytte produkter, tvinger vi

Pvc og ftalater

Pvc er en type plast man mener skaper miljøutfordringer under produksjon og destruksjon. For å gjøre pvc-plast myk, brukes ofte ftalater. Det er en gruppe stoffer som mistenkes for å kunne forstyrre hormonbalansen hos mennesker og dyr.

dem til å utvikle mer miljøvennlige alternativer.

Noen argumenterer med at det ikke er andre land som etterspør alternativer.

– Men vi vet at sykehus både i Østerrike, USA og Norge gjør som oss. Vi vet vi ikke er de eneste, sier Anne Marie Vass.

og miljøvennlighet i produksjonen, for eksempel til gjenvinning, men kravene må selvsagt være objektive slik at alminnelig konkurranseskikk kan opprettholdes.

Han legger til:

– Det er grenser for hvor strenge krav vi kan stille, dersom ikke kravene er hjemlet i lovverket.

Men Hinas arbeider konstant med rutiner og kvalitetssikring. Som en

del av offentlig sektor er det både naturlig og påkrevd med miljøperspektiv i helseforetakenes anskaffelser.

– Vi kommer til å være strengere enn de fleste andre offentlige institusjoner. Det er vi nødt til, siden vi kjøper inn produkter som skal brukes i forhold til mennesker, sier Terje Skansen.

Nå er den her! ...ny og forbedret

- Tunika med y-kontrast og...
- litt flere lommer
- litt romsligere
- litt lenger utgave

kr 349,-
Inkl mva



Mellomblä/
Marine

Sort/
Spice



Marine/
Mellomblä



Aqua/
Sjokolade



Sjokolade/
Aqua



Stålgrå/
Lys rosa



Hvit/Hvit



Signa skilt

Vi har lansert nye Signa skilt. Spennende farger og artige ikoner som du mikser selv!

Bestill på www.Health-Workers.com
Ordretelefon 33 48 60 50

C
Gardasil® «Sanofi Pasteur MSD»
Vaksine mot humant papillomavirus.

ATC-nr.: J07B M01

INJEKSJONSVÆSKE, suspensjon: Hver dose inneh.: Humant papillomavirus (HPV) type 6 L1-protein ca. 20 µg, type 11 L1-protein ca. 40 µg, type 16 L1-protein ca. 40 µg, type 18 L1-protein ca. 20 µg, natriumklorid, L-histidin, polysorbat 80, natriumborater, aluminium (som amorft aluminiumhydroksyfosfatulfatadjuvans) 225 µg, vann til injeksjonsvæsker. **Indikasjoner:** Vaksiner som skal forhindre premaligne genitale lesjoner (cervikale, i vulva og vaginale), cervixcancer og kjønnsvorter (condyloma acuminata) som har årsakssammenheng med humant papillomavirus (HPV) av typene 6, 11, 16 og 18. Indikasjon er basert på effekt hos voksne kvinner 16-26 år og påvist immunogenisitet hos barn og ungdom 9-15 år. Beskyttelseeffekt er ikke undersøkt hos menn. Bruk av preparatet skal følge offentlige anbefalinger. **Dosering:** Primærvaksinasjon: 3 separate doser på 0,5 ml gis ved måned 0, 2 og 6. Ved alternativ vaksinasjonsplan gis den 2. dosen minst 1 måned etter den 1. dosen, og 3. dose gis minst 3 måneder etter 2. dose. Alle 3 dosene må gis innen 1 år. Behovet for boosterdose er ikke klarlagt. **Barn:** <9 år: Ikke anbefalt pga. utilstrekkelig data vedrørende immunogenisitet, sikkerhet og effekt. Gis i.m., fortrinnsvis i overarmens deltamuskel eller i det øvre anterolaterale området på låret. Må ikke injiseres intravaskulært. Hverken subkutan eller intradermal administrering er undersøkt, og anbefales derfor ikke. Det anbefales å fullføre vaksinasjonsplanen. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Ved symptomer på overfølsomhet, må det ikke gis flere doser. Vaksiner utsettes ved akutt, alvorlig febersykdom. Vaksiner er ikke kontraindisert ved mindre infeksjon, som en lett øvre luftveisinfeksjon eller lett feber. **Forsiktighetsregler:** Sikkerhetsmessig medisinsk behandling må alltid være tilgjengelig i tilfelle sjeldne anafylaktiske reaksjoner. Det er usikkert om alle som får vaksinen beskyttes. Vaksinen beskytter bare mot sykdommer som forårsakes av HPV-type 6, 11, 16 og 18. Anbefalte forsiktighetsregler for beskyttelse mot seksuelt overførbare sykdommer må fortsatt følges. Beskytter ikke mot eksisterende HPV-infeksjoner. Har ikke terapeutisk effekt og er derfor ikke indisert som behandling av cervixcancer, høygradige cervix-, vulva- og vaginaldysplasi eller kjønnsvorter, eller for å hindre utvikling av andre etablerte HPV-relaterte lesjoner. Vaksinasjon er ikke erstatning for regelmessig screeningundersøkelse av cervix. Regelmessig screening iht. lokale anbefalinger er fortsatt viktig. Det foreligger ikke data om bruk ved svekket immunrespons. Personer med svekket immunrespons, uavhengig av årsak, kan ha redusert respons på vaksinen. Må gis med forsiktighet ved trombocytopeni eller annen koagulasjonssykdom, fordi det etter i.m. injeksjon kan oppstå blødning hos disse pasientene. Varighet av beskyttelsen er ukjent. Vedvarende beskyttelseeffekt har vært påvist i 4,5 år etter fullført primærvaksinasjon på 3 doser. Ingen sikkerhets-, immunogenisitet- eller effektivitetsdata støtter kombinasjon med andre HPV-vaksiner. **Interaksjoner:** Kan gis samtidig med hepatitt B-vaksine på annet injeksjonssted uten å forstyrre immunresponsen på HPV-vaksinen. Andel personer som oppnådde et beskyttende nivå av anti-HB ≥ 10 mIU/ml ble ikke påvirket, men anti-HBs geometriske middelverdier var lavere når vaksinene ble gitt samtidig. Klinisk betydning er ukjent. Samtidig bruk med andre vaksiner er ikke undersøkt. Bruk av hormonelle prevensjonsmidler synes ikke å påvirke immunresponsen på preparatet. **Graviditet/Amning:** Overgang i placenta: Begrensede data indikerer ingen sikkerhetsrisiko. Bruk under graviditet anbefales imidlertid ikke, og vaksiner bør utsettes til etter fullført graviditet. Overgang i morsmelk: Kan gis til ammende. **Bivirkninger:** Svært vanlige ($\geq 1/10$): Øvrige: Erytem, smerte og hevelse på injeksjonsstedet, pyreksi. Vanlige ($\geq 1/100$ til $< 1/10$): Øvrige: Blåmerke og pruritus på injeksjonsstedet. Sjeldne ($\geq 1/1000$ til $< 1/10000$): Hud: Urticaria. Svært sjeldne ($< 1/10000$), ukjent: Blod/lymfe: Lymfadenopati. Gastrointestinale: Kvalme, oppkast. Immunsystemet: Overfølsomhetsreaksjoner inkl. anafylaktiske/anafylaktoide reaksjoner. Luftveier: Bronkospasme. Muskel-skjelettsystemet: Uspesifikk arttritt/artropati. Nevrologiske: Guillain-Barré's syndrom, svimmelhet, hodepine, synkope. **Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Ved overdosering er bivirkningsprofilen sammenlignbar med det som er observert ved anbefalte enkelt doser. **Egenskaper:** Klassifisering: Rekombinant, adsorbent, ikke-infeksiøs fire-komponentvaksine med adjuvans, laget av høyrensede viruslignende partikler (VLP) fra hoved L1-kapsidprotein hos HPV-type 6, 11, 16 og 18. Produsert i gjærceller vha. rekombinant DNA-teknologi. VLP inneholder ikke virus-DNA og kan ikke infisere celler, reproducere eller forårsake sykdom. **Virkningsmekanisme:** HPV infiserer bare mennesker, men dyreforsøk med analoge papillomavirus antyder at L1 VLP-vaksiner beskytter ved å inducere en humoral immunrespons. Preparatet beskytter mot infeksjoner forårsaket av de fire HPV-typene i vaksinen. Det er ikke vist beskyttelse mot sykdom forårsaket av HPV-typer hos pasienter som er PCR- og/eller antistoffpositive før vaksiner. Påvirker ikke utvikling av infeksjoner eller lidelser som er til stede ved vaksineringsstidspunktet. Terapeutisk serumkonsentrasjon: Minimum beskyttende antistoffnivå er ikke identifisert. Innen 1 måned etter 3. dose er 99,9% antistoffpositive mot HPV 6, 99,8% mot HPV 11 og HPV 16, og 99,6% mot HPV 18. Immunogenisitet har sammenheng med alder og anti-HPV-nivåer ved måned 7 og er merkbart høyere hos pasienter < 12 år enn hos eldre. Eksakt varighet av immunitet etter primærvaksinasjon med 3 doser er ikke fastslått. Bevis på immunologisk hukommelse ble sett hos vaksinerte personer som var antistoffpositive mot relevant HPV-type(r) før vaksiner. Vaksinerte som fikk en tilleggsdose 5 år etter vaksinasjon, viste en hurtig og kraftig antistoffrespons (tegn på immunologisk hukommelse) som var større enn anti-HPV geometrisk middelverdier observert 1 måned etter den 3. dosen. Basert på immunogenisitetssammenligning kan en anta at vaksinen også har beskyttelseeffekt hos jenter 9-15 år. Immunogenisitet og sikkerhet er vist hos gutter 9-15 år. Beskyttelseeffekt er ikke evaluert hos menn. Oppbevaring og holdbarhet: Oppbevares i kjøleskap (2-8°C). Må ikke fryses. Beskyttes mot lys. **Andre opplysninger:** Hele den anbefalte vaksinedosen må benyttes. Ristes godt før bruk. Etter risting er innholdet en litt uklar, hvit suspensjon. Innholdet i sprøyten inspiseres visuelt for partikler og misfarging før injeksjon. Legemidlet skal kastes dersom det inneholder partikler eller er misfarget. Bruk én av de vedlagte kanylene til vaksinerings. Passende kanyle velges ut i fra pasientens størrelse og vekt for å sikre i.m. injeksjon. Sikkerhetsmekanismen vil dekke kanylen etter injeksjon for å forhindre stikkskade. Kontakt med aktiveringstappene på sikkerhetsmekanismen må unngås for å sikre at plasthylsen ikke dekker kanylen for tidlig. Sørg for at luftbobler fjernes fra sprøyten før injeksjon. Må ikke blandes med andre legemidler. **Destruksjon:** Ubrukt legemiddel eller avfallsmateriale skal behandles iht. lokale krav. **Pakninger og priser:** Ferdigfylt sprøyte med sikkerhetsmekanisme og to kanyler: 0,5 ml kr 1181,10.

Dato sist endret: 08.10.08

Flere jordmødre i Afghanistan

Etter Talibans fall i november 2001 har antallet jordmødre steget fra 464 til 2000 i Afghanistan. Den afghanske jordmorforeningen har spilt en nøkkelrolle her, og foreningen organiserer halvparten av de 2000 jordmødrene. Nylig var nestlederen i foreningen, Firooza Mushtari, på besøk i Norge. Hun anslår behovet for jordmødre til å være rundt 9000 på landsbasis.

Kilde: Heart & Lung, The Journal of Acute and Critical Care

Postoperativ musikk

Hjerteopererte pasienter opplever litt mindre stress med musikk enn uten i den postoperative perioden, viser forskning fra Ørebro universitetssykehus. 58 hjerteopererte pasienter ble delt i to grupper. Dagen etter operasjon fikk den ene gruppen en halvtime uforstyrret hvile i senga med new age-aktig musikk, deretter en halvtime hvile uten musikk. Den andre gruppen fikk en time med hvile. En rekke parametre ble målt, blant annet serum-kortisol, hjerterytme, pusterytme og subjektiv opplevelse av smerte og angst. Musikken hjalp kun på nivået av kortisol, som viste seg å være omtrent en femtedel mindre hos musikkgruppen (484,4 mmol/L versus 618,8 mmol/L). Etter en time var det ingen forskjeller mellom gruppene.

Kilde: Heart & Lung, The Journal of Acute and Critical Care

Svenske menn liker sykepleiere

Det svenske tidsskriftet «Du&jobbet» har spurt 471 av sine lesere hvilket yrke de foretrekker hos sin partner, og funnet oppsiktsvekkende resultater. Menn vil at kjæresten skal ha høystatusyrker, mens kvinner ønsker handy-menn som snekkere, ingeniører og gartnere. 49 prosent av svarene kom fra menn, 51 prosent fra kvinner. Mennene rangerte sykepleiere som nummer fem på sin preferanseliste som bestod av 45 yrker. De ble rangert høyere enn blant annet modeller, økonomer og lærere, men lavere enn leger, tannleger, jurister og dataspesialister. 72 prosent svarte at yrke ikke hadde noen betydning når de skulle velge partner i virkeligheten. 45 prosent av de som svarte var organisert i TCO (som organiserer blant annet ingeniører, lærere, politi, økonomer og sykepleiere), 36 prosent i LO og 9 prosent i SACO (som organiserer akademikere).



Illustrasjonsfoto: Colourbox

Sykepleiere på utleietoppen

Finanskrisen har satt sine spor hos bemanningsbyråene, ved at de leier ut færre vikarer. Kvartalsstatistikken fra NHO Service viser at bygg- og anleggsbransjen har størst nedgang. Aktiviteten der har sunket med 20 prosent for tredje kvartal. Men det er fortsatt stor mangel på sykepleiere, hjelpepleiere og andre helsearbeidere. Utleie av helsepersonell har i tredje kvartal økt med 21 prosent siden i vår.

Kilde: Newswire

Det er snart 60 år siden vi
lanserte vårt første produkt



I 1949 ble det første Natusan® produkt lansert: Natusan® Salve. Svanen symboliserer seriens opprinnelse fra apoteket "Svanen", Strøket, København.



NATUSAN® INSTITUSJON - hudpleie siden 1949

Fornuft og følelser





RØYKING SOM LAST: Slave av tobakken. Illustrasjon fra boken «Reisen til helseland», Fagbokforlaget, 2008.

Bli spreke, tynne og lykkelige. Og stump for all del røyken! **Staten** prøver jevnlig å opplyse, oppmuntre og skremme folket til sunnhet.

For hundre år siden sto spytting på den statlige dagsorden. I dag handler mye om psykisk helse. I takt med tiden har staten spilt på forbud, følelser og frykt for å hjelpe folket til mer sunnhet. I boken «Reisen til helseland. Propaganda i folkehelsens tjeneste» trekkes noen historiske linjer i statens bruk av holdningskampanjer fra 1930-tallet til i dag.

Viser normer

I iveren etter å formidle hva som er sunt, kan staten komme til å vise fram mer enn det sunne.

– Holdningskampanjer kan også formidle normer, sier statsviter Kari Tove Elvbakken, en av bokens to redaktører.

– Normer som igjen reproducerer forskjeller som allerede er i samfunnet. For eksempel er det mange kostholdskampanjer som har vist fram mor, far, Per og Kari lykkelige og glade rundt middagsbordet. Men alle har det ikke sånn. Derfor kan kampanjene gi kunnskap, men også komme til å vise fram idealer det ikke er så lett å identifisere seg med.

Det er sagt at holdningskampanjer best treffer den bemidlede middelklassen. Og i tillegg til normer, kan de også komme til å vise fram den norske kulturen.

– I Norge er det vanlig å spise poteter, kjøtt og fisk. I Kina spiser de ris og grønnsaker. Begge deler fungerer jo. Budskapet i kampanjer må forenkles, men det kan bli for enkelt. Det hadde gått an å si

at norsk hverdagsmat er ok, men bare én vei til målet.

Elvbakken peker også på at kampanjene kan være vanskelige å identifisere seg med.

– Fra 1950-tallet har vi en instruerende plakat som viser hvordan teppebanking krever samme bevegelser som tennis, og derfor er god trening. Men man kan jo spørre seg hvor aktuelt det var for den vanlige kvinne å spille tennis på den tiden, kommenterer hun.

– Men dette er kanskje lettere å se når kampanjene er fra en annen tid.

– *Hva med moderne kampanjer?*

– Da tenker jeg på glade familier rundt middagsbordet. Når det gjelder kosthold, er det kanskje blitt mer typisk å vise fram bilder av mat. Kanskje det er like bra. Det er også en tendens til å vise et mangfold av situasjoner. Da tas det høyde for at ikke alle er som mor, far, Per og Kari.

Kryssende hensyn

Kosthold, fysisk aktivitet, psykisk helse, antitobakk, nei til narkotika og kamp mot smittsomme sykdommer er gjengangere i kampanjer.

– *Men går «Reisen til helseland» via holdningskampanjer?*

– Det der er navnet på en brosjyre fra 1960-tallet, som ble delt ut i mange år. Den forteller om Per og Kari, som kommer til helseland, der godteri bare er på museum. Den har en optimistisk form og viser fram hva som er



STATEN OG JEG: – Staten bruker holdningskampanjer for å kommunisere med folket, sier Kari Tove Elvbakken. Foto: Stig Weston

sunt. Man kan si at når folk får kunnskap om hva som er sunt og hva som er usunt, så får de et grunnlag for å velge.

– *Hvilke interesser er det som styrer holdningskampanjene?*

– Det har variert. I Norge har landbruk og kosthold vært tett knyttet sammen politisk. Vi spiser det vi produserer. Norge produserer verken tobakk eller vin, så der slipper vi billige unna eventuelle politiske koblinger. Men da det på 1970-tallet kom vitenskapelige rapporter som viste sammenheng mellom fettinntak og hjertelidelser, gjenspeilet ikke det seg i kostholdsrådene.

Tydlig avsender

Tilliten til ekspertisen var stor på 1930- og 1950-tallet, men sank på 1970-tallet. Det holdt ikke lenger å stille opp legen i hvit frakk som forteller hva folk skal gjøre.

– Men om uttrykket skal nærme seg reklamens, diskuteres. Et problem er at det kan bli uklart hvem som egentlig er avsender. Kanskje det er bedre å si «Staten sier: Spis frukt» eller la legen i hvit frakk gi råd. Da vet man i det minste hvem man skal bli sint på.

– *Når staten kommuniserer, er det snakk om opplysning eller propaganda?*

– Begge deler, selvsagt. Men det

kommer an på hvordan man definerer propaganda. I denne sammenhengen tenker jeg at den har et optimistisk preg, det er en positiv kraft bak budskapet. Hensikten er at folk skal få det bedre.

– I boken skriver du at forebygging handler mye om å redusere risiko, og at i håndteringen av risiko er frihet berøvet og kroppen kontrollert. Hva mener du med det?

– I et stort perspektiv kan det være en spenning mellom frihet og disiplin, særlig i forhold til hygieniske tiltak. For å bekjempe kolera rev man gamle hus for å bedre sanitære forhold. I kampen mot tuberkulose jobbet man hardt for at folk ikke skulle spytte inne. For å begrense kjønnssykdommer manes man til å ikke være for lettsindig. Alt dette legger restriksjoner på den enkelte. På den andre siden er mange smittsomme sykdommer under kontroll. Det gir også en frihet.

Vellykket

– Har holdningskampanjer gått for langt?

– Vil ikke si det. Men det er for eksempel en brosjyre fra 1950-tallet, hvor en overvektig kvinne serverer sin mann mat. Teksten til er sånn: «Et sørgelig bilde av kvinnen som uttrykker sin kjærlighet til mannen». I en annen brosjyre fra samme tid heter det: «En mann må få varme og omtanke når han kommer hjem fra overtidsarbeid. Men ikke svineteletter». I dag kan vi le av det.

– Har du eksempler på vellykkede kampanjer?

– Må jo si at veldig mye har vært veldig vellykket. Men hva som fører til endring, er alltid sammensatt av flere faktorer. Når det gjelder røyking, har utviklingen vært veldig positiv. Her har man brukt både lovverk og opplysning.

Elvbakken trekker fram verdien av uavhengig informasjon.

– Det fins jo reklame, men jeg synes det er bra at det offentlige prøver å få fram ny og uavhengig kunnskap.

Jo verre, jo bedre

Jo mer skremmende informasjonen om tobakksskader er, jo bedre virker den, sier **atferdsforskere**. Men der er noen «men» å huske på.



EFFEKTIVT I UTLANDET: Blod og gørr gjorde susen i Australia, Japan og deler av USA. Men i Norge ga ikke denne kampanjen en signifikant nedgang i antall røykere.

fryktappellene til spesielle anledninger, for eksempel til å informere om mindre kjente bivirkninger av røyking, slik som osteoporose, sier han.

Skal holdningskampanjer lede til atferdsendring, mener den engelske professoren det er tre ting som må til:

– Punkt én: Skrem. Punkt to: Fortell at det er mulig å redusere risiko. Punkt tre: Vis dem hvordan de skal gjøre det.

Hvis røykeren mangler troen på at atferdsendring vil hjelpe, eller mangler selvtillit til å utføre atferdsendringen, kan frykten bli så stor at vedkommende responderer med forsvarsmekanismer som å fornekte trusselen.

Også i USA er det vist at kampanjer som gir negative emosjoner som frykt eller tristhet fungerer mot røyking. Men her var det kun overfor ikke-røykere, tidligere røykere og de som hadde planer om å begynne å røyke at strategien fungerte, viste det seg i forskningen til Biener og kolleger i 2000. Humor og underholdende reklame viste seg stort sett uvirksom.

– Det finnes imidlertid et eksempel på en anti-røykekampanje hvor komikeren John Cleese brukte svart humor som var så svart at den grenset mot frykt. Denne hadde en viss effekt, sier Sutton.

Norsk erfaring

Suksessen som ble dokumentert fra

Stephen Sutton er professor i atferdsvitenskap ved Institute of Public Health ved Cambridge universitet i Storbritannia.

– Alt vi vet i dag, også basert på sosialpsykologisk litteratur så langt tilbake som til 50-tallet, tilsier at jo mer skremmende informasjonen om tobakkens skadevirkninger er, jo bedre er resultatet hvis man måler holdninger, intensjoner og atferd. Kurven er bare jevnt stigende, sier han.

Da Sutton var i Norge i 2002 i forbindelse med en nasjonal tobakkskonferanse, snakket han varmt om en australsk røykesluttkampanje som gikk i 1997. Den brukte filmer

og bilder som appellerte til følelsene, deriblant en blodåre hvor fettavleiringene var klemt ut som fra en tube majones. Før kampanjen visste 54 prosent at røyking blokkerer arteriene med fettavleiring, etterpå visste 83 prosent det. Nedgangen i antall røykere var rekordstor.

Spar på kruttet

Selv om alt tyder på at skremmende informasjon virker best, mener Sutton at frykttkampanjer bør brukes med varsomhet.

– En del av sjokkeffekten kommer nettopp når dette brukes sjelden, så mitt råd til dere i Norge er å spare

En del av sjokkeffekten kommer nettopp når dette brukes sjelden.

– Stigmatiser mer

den australske kampanjen, også i Japan og deler av USA, gjorde så godt inntrykk at direktøren for avdeling for tobakk i daværende Sosial- og helsedirektoratet, Kari Huseby, fikk oversatt kampanjen med visse tilpasninger til norske forhold. Her gikk den i 2003, med tv-spotter som var så skumle at de av hensyn til barn ble sendt etter klokken 21.

Kampanjen ble evaluert i 2006 av blant andre Jostein Rise, direktør ved Statens institutt for rusmiddelforskning. 575 mennesker mellom 16 og 19 år og 453 mellom 35-55 år ble blant annet spurt om røykestatus før og etter kampanjen. Det var en liten nedgang i antallet daglig røykere, men denne var ikke statistisk signifikant. Det var allikevel signifikant flere som nylig hadde sluttet å røyke etter kampanjen enn før kampanjen, særlig blant de eldste.

– Skulle vi vist en signifikant nedgang i antall røykere totalt, måtte utvalget ha vært større, forklarer Jostein Rise.

Han har likevel tro på at å appellere til frykt er en av veiene å gå i det røykeforebyggende arbeidet, som et supplement til andre virkemidler.

– Man glemmer ofte den siste komponenten – det å vise at det er mulig å gjøre noe med trusselen. Dessuten bør slike kampanjer ha en viss varighet og gjentas med visse mellomrom, sier Rise.

– *Men samtidig sier Sutton at man ikke må skremme for ofte for å beholde sjokkeffekten. Er det en vanskelig balansegang?*

– Jeg vet ikke, men jeg tror det er et viktig punkt. Det er en fare med å sende det samme budskapet over så lang tid at mottakerne til slutt ikke ser det.

Reklamemakeren Tore Woll tror ikke på skremselspropaganda og pekefinger. Han synes heller røykerne bør skyves enda lenger ut i kulda.



UNNGÅ PEKEFINGERSTEMPEL: Kreativ leder i reklamebyrået McCann, Tore Woll, råder staten til ikke å være synlig avsender på sine røykesluttkampanjer.

Tore Woll er kreativ leder i reklamebyrået McCann i Oslo. Han mener vi må se på hvorfor folk begynner å røyke og så reversere det vi finner for å få dem til å slutte.

– Røykeloven må være den mest vellykka holdningskampanjen hittil. Og hvorfor er den det? Fordi den spiller på frykt – ikke for å dø, men for å bli stigmatisert. Frykten for å havne utenfor er sterkere enn frykten for døden, for dø skal vi jo alle sammen en gang, slår han fast.

Jo mer han tenker på det jo rarer synes han det er at ikke reklamebransjen har kastet seg over dette, som for ham er en innlysende kjensgjerning.

– Hvorfor begynner folk å røyke? Ikke fordi det er godt, men fordi det er tøft. Det er altså sosialt betinget. Da må kampanjer som ønsker å få folk til å slutte å røyke ta tak i det og snu det på hodet. Altså må de stigmatisere, sier Woll.

Verre og verre

Woll synes det er skrekkelig lite bra holdningskampanjer i massekommunikasjon å se i Norge. Særlig innen røyking. Man tar tak i individet og symptomer, noe han tipper bare fungerer på kort sikt. I stedet bør man se på røykerne som en gruppe, noe han tror vil ha mer langvarig effekt.

– Å vise de skremmende fysiske effektene av røyking er for eksempel helt feil, i alle fall for dem som allerede røyker. De vil bare ta avstand fra det. Dessuten krever det at man gjentar budskapet over lang tid, og da må man finne noe verre å si for hver gang, for man kan jo ikke si det samme hele tiden, påpeker han.

Truth i USA

Woll nevner et eksempel på det han synes er en god antiroykekampanje fra USA. I stedet for å angripe røykerne, har amerikanerne tatt en synlig stygg ulv: tobakksindustrien. De har laget en folkebevegelse for ungdom mot industrien der bare ikke-røykere får være medlemmer, som heter Truth.

Denne organisasjonen har satt i gang flere aktiviteter. På nettsiden deres www.thetruth.com er et vell av videoer, spill, musikk-remixinger, ulike typer downloads og lignende å velge mellom. Samtidig spres fakta og tall om røyking, gjerne pakket inn i ironi av typen: «I 2001 døde over 250 babyer av passiv røyking. Men tenk på alle de som overlever!»

– De utøver en stor forståelse av en yngre og ansvarlig målgruppe. Man må ikke hoppe av fordi verden er i forandring. Man må forandre seg i takt, noe Truth har gjort i

mange år. Her har vi masse å lære, mener Woll.

Men virker dette? Woll har ingen tall å vise til. På nettsiden står det at Truth førte til 300 000 færre ungdomsrøykere i 2002, men ikke hvor tallet kommer fra.

To suksessfaktorer

Reklamemannen peker på to suksessfaktorer myndighetene må ta inn over seg hvis helsekampanjer skal lykkes:

- Det må tilstrebtes mer fleksible organisasjoner internt.
 - Ikke la det gå i «sjuårsperioder» før man kommer i gang fordi alle kommunene må samles og et par ekstra departementer helst må involveres først. Folk lar det ikke gå så lang tid – de forandrer seg hele tiden, sier han.
- Det er ikke nødvendigvis en god idé at staten står som avsender av en kampanje.
 - Staten blir ofte pekefingeren, og det vil ikke folk ha. Staten bør derfor ha en annen fremtoning, sier Woll, og viser nok en gang til Truth-kampanjen i USA. Her er staten drivkraften bak, men har unnlatt å være avsender. Organisasjonen Truth har den rollen.

tekst **Eivor Hofstad**
foto **McCann**

Politikk bak melkeflaska

Vi er et matpakkespisende og melkedrikkende folk i Norge. Politiske pressgrupper og oppfinnelsen av ordet **vitaminer** er noe av årsaken.

Etnolog Inger Johanne Lyngø ved Norsk landbrukshistorisk museum på Ås skrev i 2003 en doktoravhandling som het «Vitaminer! Kultur og vitenskap i mellomkrigstidens kostholdspropaganda». Der viser hun hva som skjedde i norsk kostholdspolitik i kjølvannet av vitaminkunnskapen.

Vitaminforskningen skjøt fart på begynnelsen av forrige århundre og ble en viktig del av kostholdspolitikken på 1920-tallet.

Vitaminenes fortryllelse

Vitaminene fikk navnet sitt i 1911 av den polske biokjemikeren Kazimierz Funk, av «vita» som betyr liv og «aminer» som er en gruppe organiske forbindelser hvor nitrogen er hovedatom. Det var liksom mer schwung over dette navnet enn de andre som også ble foreslått: «Unknown food factors», «accessory food factors», «lipins», «bios» eller «tillväxtfaktorer» var noen av dem.



Stadig færre røyker

I 2007 røykte 22 prosent daglig i Norge, mot 24 prosent året før. Det tilsvarer omtrent 75 000 færre dagligrøykere. Regjeringens mål er at vi innen 2010 har redusert andelen dagligrøykere til under 20 prosent, har halvert andelen unge dagligrøykere fra 24 prosent i 2005 og har stanset økningen i snusbruk.

I 2007 var det 16 prosent av gravide kvinner som røykte i begynnelsen av svangerskapet og 9 prosent som røykte på slutten. Tiltak skal særlig rettes inn mot gravide under 25 år, som ifølge statistikken er de som røyker mest. Jordmødrene og helsesøstrene er sammen med fastleger og tannleger pekt ut til å være det viktigste helsepersonellet som kan nå røykerne gjennom én-til-én kommunikasjon.

– At de ulike vitaminene har fått en samlebetegnelse i ordet «vitaminer» kan synes merkelig når det er så mange forskjellige stoffer med ulike virkninger det er snakk om. På den andre siden er kanskje nettopp dette ordet noe av nøkkelen til vitaminenes gjennomslag i befolkningen. Det var jo et godt navn, og sikkert grunnen til at navnet ble beholdt selv om man etter hvert skjønte at ikke alle stoffene var aminer, sier Lyngø.

Dermed ble kunnskapen om vitaminene ikke bare forbeholdt en forskergruppe som fant ut noe i laboratoriene, men en prosess hvor også mottakerne, publikum og lekfolk, var aktive medskapere.

Fra middag til matpakke

Etter at vitaminene ble kjent, kom barna og gravide i sentrum, gjennom tanken om at mat kunne forebygge sykdom og bygge helse. Tidligere hadde mannen stått i sentrum for oppmerksomheten, gjennom tanken om at god arbeidskraft trenger energirik kost.

Tidligere fikk «trengende» skolebarn i Norge servert varm (det vil si gjennomkøkt og næringsfattig) middagsmat på skolen. Men i 1932 ble måltidet byttet ut med den internasjonalt kjente oslofrokosten for alle som søkte, etter initiativ fra sjefen for skolehelsetjenesten i Oslo, Carl Schiøtz. Den

bestod av en halv liter nysilt melk, to skonroker og/eller grove brødskeer med varierende pålegg og til avslutning rå gulrot eller frukt. Avarter av denne varianten ble innført andre steder i landet også, blant annet i form av medbrakt matpakke («Sigdal-systemet»).

– Med det harde brødet fikk kjever og tenner noe å arbeide med, melken ga næring og vitamin A og D. Rakitt var fremdeles aktuell og forekom særlig nordpå. Frukt eller gulrot skulle gi det problematiske vitamin C, kommenterer Lyngø.

Sterke bønder

Etnologen synes det er interessant å merke seg de politiske føringene som ble lagt bak innholdet i skolefrokosten.

– A- og D-vitaminene kunne like gjerne ha kommet fra tran, men så ble det altså H-melken. Kostholdseksperternes anbefaling var én liter



H-MELKSREGIME:

Melken suste inn i kostholds-anbefalingene i mellomkrigstiden da det var overproduksjon av melk. Her er en typisk skolefrokost fra 1939 med en halv liter melk.

Illustrasjonfoto: Scanpix

per dag, og en halv av denne literen fikk barna på skolen. Det er interessant at dette falt sammen med en betydelig overproduksjon av melk i mellomkrigstidens Norge. Bøndene var tydeligvis en stor pressgruppe, sier Lyngø.

Synet på melken som bra for helsen, ble ytterligere forsterket i årene etter krigen.

– I 1959 solgte Norske Meieriers Landsforening 539,9 millioner liter melk, hele 239 prosent mer enn det som ble solgt i 1939, opplyser kommunikasjonssjef hos Tine, Kari Raunedokken.

Det høye forbruket har gått litt ned siden da, og i 2007 helte vi i oss 470 millioner liter melk (utenom melk til industriell matproduksjon). I 2006 lå Norge på femteplass i Europa etter Finland, Sverige, Irland og Danmark i melkeforbruk per innbygger, viser tall fra Opplysningskontoret for Meieriprodukter.

tekst **Eivor Hofstad**



Foto: Eivor Hofstad

STERKE

BØNDER:

– A- og D-vitaminene kunne like gjerne ha kommet fra tran, men så ble det altså H-melken, sier Inger Johanne Lyngø.

– Litt som døgnfluer

Når staten taler til folket, er gjerne **helsesøstre** budbringere.

Greta Jentoft, enhetsleder for forebyggende helsetjenester i Tromsø kommune, har 30 års erfaring som helsesøster. Hun har sett mange holdningskampanjer.

– Man kan bli litt trøtt, innrømmer hun.

– De kommer deisende ned fra sentralt hold, og det er ikke alltid gjort nok forhåndsarbeid. Vi kan oppleve at vi i veldig liten grad er deltakere. Samtidig vet vi at kampanjene kommer som følge av et behov, kanskje et behov vi selv har meldt.

Brosjyrer som støtter

Jentoft opplever at kampanjer kan bli som døgnfluer.

– De er bare en del av noe. Kampanjer kan bidra til å sette ting på dagsorden, men virker ikke forebyggende som et enslig lite innspill.

Hun peker på at helsesøstre bør få veiledning i hvordan innsatsen skal rettes.

– Vi kan selvfølgelig henge opp plakater, men jeg etterlyser mer informasjon om hvordan vi skal bruke kampanjene.

Det Jentoft har god erfaring med, er materiell som understøtter det hun tar opp i konsultasjoner.

– I forhold til ungdom er det fint å kunne dele ut brosjyrer om for eksempel kondombruk. Det er begrenset hva vi får snakket om og hva man husker etterpå. Jeg opplever at de blir nysgjerrige hvis de får noe å lese i tillegg.

To verdener

Noen ganger korresponderer kampanjer dårlig med helsesøstrenes hverdag. Jentoft tenker at de som lager kampanjer oftere burde søke råd hos for eksempel helsesøstrene ute.

– For eksempel var noen plakater fra Landsforeningen for lesbisk og homofil frigjøring litt voldsomme.

På bildene gikk en stor, svart gorilla igjen. De var ikke seksuelt støtende, men rett og slett lite tiltalende. De harmonerte ikke med budskapet om at helsepersonell skal være mer tilgjengelige for samtaler om seksuell legning. Snarere motsatt. Helsesøstre hadde ikke lyst til å henge dem opp. Noen ganger er de som sender ut budskapet kommet mye lengre enn vi som skal formidle det.

Folkehelsas kampanje for influensavaksine er et annet eksempel. På bildet står en gammel mann på styler.

– Mange i risikogruppene klarer ikke å identifisere seg med ham. Målgruppen kan like gjerne være unge hjerteopererte som skrøpelige gamle.

Valentines kondomer

– Er det noen kampanjer som har vært spesielt nyttige?

– Vanskelig å si noe om. Men vi har laget en lokal kondomkampanje i forbindelse med Valentines Day. Da laget vi plakater, kjørte reklame på buss og kino, sto på stand, involverte skolene og holdt lenger åpent på helsetasjon for ungdom. I etterkant så vi en svær økning i antall som testet seg for klamydia.

Jentoft trekker også fram hiv- og aidskampanjer fra slutten av 1980-tallet.

– Spesielt husker jeg «Sånn smitter ikke hiv». Den tok tak i det positive og snudde budskapet litt på hodet. Jeg husker også en svensk kampanje mot kjønnsvorter. Den viste en nese med en stor vorte, og under sto det: «Hadde kjønnsvorten sittet på nesen, ville du gjort noe med den, da?». Humor er viktig i kampanjer.

Frykt har hun ikke tro på.

– Det har vært mange rare røykekampanjer. Når man spiller på frykt, tror jeg røykerne bare snur seg bort. Kampanjene må spille på noe folk

kjenner seg igjen i. Men dette er hva jeg synes.

– Hvilken kampanje ønsker du deg?

– En sterk satsning mot klamydia. Blant de unge går tallene i været, og vi lurer på hva vi skal gjøre. Nå legges alt ansvaret over på jentene. De skal vaksineres mot hpv og sørge for prevensjonen. Jeg ønsker meg en kampanje som får guttene til å våkne og bli bedre til å bruke kondom.

tekst **Nina Hernæs**



UT I SKOG OG MARK: Pass på helsen. Illustrasjon fra boken «Reisen til helseland», Fagbokforlaget, 2008.



TIL OG MED FET HUND: Tannhelsebrosjyre fra 1960-tallet. Illustrasjon fra boken «Reisen til helseland», Fagbokforlaget, 2008.



Kari Gulla, Helsesøster og
høgskolelektor, Høgskolen
i Sør-Trøndelag



Arne K. Myhre, Barnelege,
Ressursenter om vold, trauma-
tisk stress og selvmordsfore-
bygging Region Midt-Norge,
St Olavs Hospital HF i Trondheim

**Gutters underliv blir
gjenstand for grundigere
oppfølging gjennom før-
skolealderen enn det som
blir jentene til del.**

www.sykepleien.no

Les mer og finn
litteraturhenvisninger på
www.sykepleien.no

Søkeord:

Småbarnskontroll
Topp-til-tå-undersøkelse
Helsestasjon



IKKE KRENKENDE: Frem til 1993 inngikk underlivs-undersøkelse av småjenter som en naturlig del av en topp-til-tå-undersøkelse på helsestasjonen.

Foto: Colourbox.com

Rutineundersøkelse av småjenters underliv:

– Kunnskapsløs debatt

Før 1993 var det vanlig å inspisere jenters underliv som en del av rutineundersøkelsen av førskolebarn på helsestasjon. At dette ikke lenger gjøres savner faglig begrunnelse.

Diskusjoner om hvorvidt barns – og særlig jenters – underliv skal være gjenstand for rutinemessig helseundersøkelse dukker opp i media med jevne mellomrom. Kjønnslæstelse av jenter har særlig aktualisert debatten i de senere år. En kan få inntrykk av at rutinemessig underlivsundersøkelse av førskolejenter er et nytt påfunn, noe som slett ikke er riktig. Før 1993 var det vanlig å inspisere både gutters og jenters underliv, som en naturlig del av de rutinemessige undersøkelsene av førskolebarn på helsestasjonen, uten at noen reagerte negativt på dette. Først da debatten omkring seksuelle overgrep blusset opp på 90-tallet, og noen helsestasjonsleger ønsket å sette disse undersøkelsene i system, følte enkelte foreldre seg mistenkeliggjort og klaget på praksisen. Statens helsetilsyn reagerte med å beordre stopp av rutinemessig inspeksjon av jenters underliv etter fylte ett år (1). Begrunnelsen var at bluferdigheten kunne bli krenket. Gutteres testikler fortsatte man imidlertid å undersøke rutinemessig. Bestemmelsen er senere fulgt opp i to veiledere for helsestasjons- og skolehelsetjenesten og står fortsatt ved lag (2,3).

Diskusjonen er ofte preget av sterke følelser og, etter vårt syn, av at meningene er fundert på et noe

spinkelt kunnskapsmessig grunnlag og uklar begrepsbruk. Dessverre ser man tidvis at dette også gjelder for helsepersonell og -myndigheter. Det er etter vår mening på høy tid med en opprydding. Denne artikkelen er derfor et forsøk på å bringe oppdatert kunnskap inn i diskusjonen. I det følgende går vi gjennom ti «sannheter» om temaet som synes å ha festet seg i befolkningen, i media og i noen fagmiljøer, og korrigerer disse. Temaet slik det behandles her dreier seg i hovedsak om jenter i førskolealder.

1. Underlivsundersøkelse av førskolejenter er det samme som gynekologisk undersøkelse av voksne kvinner

Dette er ikke riktig. Prosedyren ved en gynekologisk undersøkelse av kvinner forutsettes kjent. En undersøkelse av småjenters underliv er fundamentalt forskjellig fra denne, og derfor er den mest korrekte betegnelsen en *klinisk observasjon* eller *inspeksjon*: En inspeksjon av barns kjønnsorgan vil inngå som en naturlig del av en «topp til tå»-undersøkelse på helsestasjonen. Den kan foretas mens jenter, akkurat som gutter, sitter trygt plassert på foreldrenes fang, alternativt i forbindelse med bleieskift på stelbordet. Lege eller helsesøster ser på området mens bena er adskilt og

de store kjønnsleppene holdes forsiktig til side, og det brukes ingen instrumenter. Denne situasjonen vil være et naturlig utgangspunkt for samtale med foreldre omkring vanlige underlivsplager hos barn. Hvis barnet av en eller grunn skulle vegre seg, vil man selvsagt ikke tvinge gjennom en slik undersøkelse. Som ved andre deler av helsestasjonsundersøkelsene vil man i stedet gjøre et nytt forsøk ved neste anledning.

2. Rutinemessig underlivsinspeksjon av jenter er krenkende

Det er ikke belegg for å hevde dette. Det finnes relativt få publiserte studier som belyser temaet, de fleste er gjort på seksuelt misbrukte barn som undersøkes som et ledd i en overgrepsutredning. Gjennomgående viser disse studiene at de seksuelt misbrukte barna *ikke* blir traumatisert i undersøkelsessituasjonen (4,5,6,7,8). Når det gjelder barn uten overgrepsbakgrunn, viser den eneste publiserte studien på området tilsvarende resultater. Denne ble utført av undertegnede sammen med kolleger ved St.Olavs Hospital i Trondheim (9,10).

I denne studien ble presumptivt ikke-misbrukte fem- og seksåringer spurt hvordan de opplevde ulike deler av en helkroppsun-

dersøkelse, nærmere bestemt øre, munn og underliv. I alt deltok 158 barn (hvorav 119 jenter) og deres foreldre. Konklusjonen var at de færreste av barna, uansett kjønn, opplevde noen del av undersøkelsen som spesielt traumatisk. Dette *på tross av* at underlivsundersøkelsen som her ble utført var betydelig mer omfattende enn det som vanligvis er rutineinspeksjon på helsestasjonen. En senere ikke publisert studie fra USA støtter disse funnene (11). Konklusjonen i vår studie bygger imidlertid på en svært viktig forutsetning, nemlig at inspeksjonen av underlivet følger som en naturlig del av en helkroppsun-

3. Seksuelle overgrep kan avdekkes ved rutinemessige underlivsinspeksjon

Dette er ikke riktig. Da diskusjonen omkring seksuelle overgrep blusset opp forsøkte noen lekfolk, godt hjulpet av media, å framstille det som om en av intensjonene med rutineinspeksjon skulle være screening på seksuelle overgrep. Dette ble sterkt tilbakevist fra fagmiljøet, og her var man på linje Statens helsetilsyn. Fagpersonell har alltid hevdet at rutineinspeksjon er en uegnet metode for å avdekke seksuelle overgrep. Det er flere grunner

til det. For det første setter de færreste seksuelle overgrep mot barn fysiske spor i det hele tatt. For det andre vil eventuelle fysiske skader, som kan ha vært til stede umiddelbart, leges fullstendig i løpet av kort tid (12,13). Altså betyr fravær av fysiske skader *ikke* at barnet ikke kan ha vært seksuelt misbrukt. Støtforeningen for seksuelt misbrukte barn støttet rutineinspeksjon av jenter i debatten i 1993. De så ikke på dette som en velegnet metode for å lete etter overgrepbevis, men fokuserte på effekten av å administrere og avdramatisere denne type undersøkelser (14).

4. Helsepersonell er motstandere av rutinemessig underlivsinspeksjon av jenter

Dette er ikke riktig. Likevel hevdes det av media med jevne mellomrom. Tvert imot, de fleste faginstanser med barn som sitt fagområde (helsesøstre, barneleger, barneombud) var uenige i bestemmelsen som ble tatt i 1993 (15,16,17). Helsemyndighetene derimot, har vært imot rutinemessig underlivsinspeksjon av jenter siden 1993 (18). Flere barneleger og helsestasjonsleger har engasjerte seg i diskusjonen i årene etter Helsetilsynets beslutning (19,20,21,22). Det har vært hevdet at en rutinemessig inspeksjon av barnas underliv alltid har vært en naturlig del av en vanlig helkroppundersøkelse, og at den danner basis for legers kunnskap om barns normalanatomi. Dette leder direkte over i neste «sannhet»:

5. Leger vet hvordan alle deler av jentekroppen ser ut

Dette kan det reises spørsmål ved. I en amerikansk studie fra 2000 hvor leger ble bedt om å identifisere jenters underlivsanatomi fra et bilde, kunne bare 72 prosent identifisere urinrørsåpningen, 62 prosent jomfruhinna og 79 prosent de store kjønnsleppene korrekt (23). I en tilsvarende undersøkelse fem år senere, denne gangen med barneleger, var situasjonen *noe* bedre, med korrekt identifikasjon av de ovenfor

nevnte strukturer i henholdsvis 84 prosent, 71 prosent og 89 prosent av tilfellene (24). Når det gjelder norsk helsepersonell finnes imidlertid ingen studier som kan belyse dette. Men sett i lys av de siste 15 års praksis er det dessverre liten grunn til å tro at forholdene ved norske helsestasjoner og poliklinikker er bedre. Kliniske erfaringer har vist at jenter ikke sjelden har fått diagnosen residerende urinveisinfeksjon, når de egentlig har sammenvokste kjønnslepper. Denne tilstanden blir ofte henvist som hymen imperforata eller vaginalatresi, og illustrerer mangelfulle anatomikunnskaper. Dessverre har man også sett eksempler på at barn har fått diagnostisert seksuelle overgrep på grunn av feilaktig tolkning av «forandringer» i underlivet med påfølgende feilaktige dommer (25). Dette vitner om sviktende basiskunnskaper og det er nærliggende at manglende rutiner, etter at helsemyndighetenes pålegg har fått virke i 15 år, kan være noe av årsaken. Den opprinnelige begrunnelsen, om krenkelse av bluferdigheten som årsak til ikke å foreta rutinemessig underlivsinspeksjon av jenter, er imidlertid tonet ned av helsemyndighetene i det siste, og en ny er introdusert:

6. Rutinemessig underlivsinspeksjon av jenter er ikke medisinsk begrunnet

Denne påstanden savner belegg, både i litteraturen og i praksis. Testisretensjon forekommer hos cirka 1–2 prosent av fullbårne gutter, og hos de fleste retter tilstanden seg i løpet av første leveår (26). En parallell studie til den ovenfor nevnte i Trondheim (9,10), viste at vanlige «jenteplager» (sammenvoksnings, utflod, hudlidelser og så videre) var mye vanligere enn forekomsten av testikkelretensjon (27). For å identifisere avvik fra normalen kreves omfattende basiskunnskap om det normale. Både de epidemiologiske fakta og bekymringene omkring legers anatomikunnskaper, nevnt i avsnittet over, skulle gi grunnlag

for en annen praksis enn dagens. Barnelege Markestad skriver om undersøkelser av barn i sin lærebok i klinisk pediatri: «I prinsippet skal det alltid gjøres en fullstendig klinisk undersøkelse. Å unnlate å gjøre enkelte undersøkelser skal være en bevisst handling.» (26, s.8). Og videre: «Meningsfull undersøkelse krever riktig teknikk og kunnskap om hva som er normale funn i forhold til alderen.» (26, s.8-9). Det er imidlertid et åpent spørsmål hvordan helsepersonell skal kunne opparbeide rutine, erfaring og basiskunnskap på dette området etter bestemmelsen som kom i 1993. Dette kan også ha uheldige konsekvenser for kvalitet og gjennomføring, der man på medisinske indikasjoner må gjennomføre denne type undersøkelse, for eksempel i forbindelse med overgrepstanke.

7. Jenter og gutter får et likeverdig tilbud på helsestasjonen

Dette er ikke riktig. Bestemmelsen om ikke å undersøke jenters underliv etter fylte ett år, unntatt på spesielle indikasjoner, har resultert i at gutters underliv blir gjenstand for grundigere oppfølging gjennom førskolealderen enn det som blir jentene til del. Dette kan ha som konsekvens at sykdommer i jenters underliv blir diagnostisert feil eller på et for seint tidspunkt, som vist i eksemplene over. Bestemmelsen fra 1993 står imidlertid fortsatt ved lag, siden helsemyndighetene synes å ha bestemt seg en gang for alle. Senere tids relasjon til kjønnslemlestelse synes faktisk å ha kjørt diskusjonen ytterligere fast.

8. Innvandrerjenter og innvandrer-gutter får et likeverdig tilbud på helsestasjonen

Dette er ikke riktig. I Sosial- og helsedirektoratets gjeldende veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten anbefales rutinemessig undersøkelser «av testes på nytilflyttede gutter fra utenomvestlige land *frem til puberteten*» (3, s.62). Tilstanden man leter etter, testisretensjon, forekommer som nevnt

hos cirka 1–2 prosent av nyfødte gutter. Det står ingen tilsvarende anbefaling vedrørende jenter fra utenomvestlige land, til tross for at man vet at i flere av disse landene, for eksempel Somalia, kjønnslemlestes trolig *opp mot 90 prosent av jentene* (våre uthevninger) (28). Medisinsk begrunnet forskjellsbehandling?

9. Kjønnslemlestelse er vanskelig å se

Dette er ikke riktig. Påstanden tilbakevises også av helsepersonell som har erfaring fra denne type kartlegging (29). Imidlertid kan *noen* former for «mindre alvorlig» kjønnslemlestelse være vanskelig å oppdage. Men poenget er vel å identifisere flest mulig av disse overgrepene, og først og fremst de aller groveste? En rutinemessig inspeksjon vil kunne avdekke dette, blant annet med tanke på å forebygge flere av de alvorlige tilstander en kjønnslemlestelse kan påføre jentene.

10. Kjønnslemlestelse er irreversibelt

Dette er ikke riktig. I de alvorligste tilfellene, der deler av kjønnsorganet er skåret bort, kan man selvfølgelig ikke erstatte det som er borte. Imidlertid kan *noen* av plagene disse jentene har lindres ved å tilby kirurgisk åpning og rekonstruksjon. Dette må uansett skje i forbindelse med framtidig svangerskap/fødsel. En eventuell åpning kan blant annet hjelpe jentene til en bedre hverdag uten de store problemene de ofte får, eksempelvis i forbindelse med vannlating og menstruasjon. De psykiske skadene er sannsynligvis vanskeligere å behandle, men å avdekke at en lemlestelse er foretatt er i det minste en begynnelse. Det er straffbart for personer bosatt i Norge å kjønnslemleste sine barn, men det er ikke straffbart å *være* kjønnslemlestet, og tilstanden antas å gjelde en betydelig del av jenter fra utsatte områder som ankommer Norge.

Underlivsinspeksjon av førskolejenter er fundamentalt forskjellig fra en gynekologisk undersøkelse av voksne kvinner.

Konklusjon

I denne artikkelen har vi tatt tak i noen vedtatte «sannheter» for på den måten å legge grunnlag for at kunnskapsbaserte sannheter kan danne basis for diskusjonene om det berørte temaet. I korte trekk kan det foretas følgende oppsummering:

- Rutinemessig underlivsinspeksjon av førskolejenter på helsestasjonen er ikke et nytt påfunn, men var vanlig fram til 1993. Trolig medførte dette større kunnskap om jenters normalanatomien enn hva som kan være tilfellet i dag.
- Underlivsinspeksjon av førskolejenter er fundamentalt forskjellig fra en gynekologisk undersøkelse av voksne kvinner. Derfor er det riktigst å omtale undersøkelsen av jenters kjønnsorgan som en inspeksjon eller klinisk observasjon.
- Helsepersonell som arbeider med barn avviser i hovedsak ikke underlivsinspeksjon av førskolejenter. Helsemyndighetene er imidlertid sterkt imot, og har vært det siden 1993.
- Rutinemessig underlivsinspeksjon av jenter er ingen velegnet metode for å avdekke seksuelle overgrep. Imidlertid vil andre tilstander som krever behandling kunne identifiseres. Dette gjelder både alvorlige og mer uskyldige tilstander.
- Kjønnslemlestelse av jenter er grov kroppssødeleggelse satt i system, og må antas å oppleves

meget krenkende. Underlivsinspeksjon av førskolejenter er imidlertid ikke påvist å være krenkende.

- Jenter og gutter får ikke et likeverdig tilbud på helsestasjonen i dag. Denne forskjellen savner etter vårt syn faglig begrunnelse.

Tidligere statsråd Karita Bekkemellem og tidligere barneombud Trond-Viggo Torgersen fikk for en tid tilbake en menneskerettighetspris for sitt arbeid mot kjønnslemlestelse. Og for at alle barn, uavhengig av kjønn eller etnisk opprinnelse, skal få et likeverdig medisinsk tilbud i møte med det norske helsevesenet. En må kunne anta at også andre, politikere så vel som fagpersoner og befolkningen for øvrig, har barns beste totalt som utgangspunkt for de standpunkt den enkelte ender opp med. På grunn av de ulike helseutfordringene de to kjønn representerer skal de ikke nødvendigvis ha et *likt* helsetilbud. Men det er vel å forvente at tilbudet er *likeverdig*?

Helsestasjonen er et lavterskeltilbud og skal være en trygg arena for både barn og foreldre. Det er imidlertid en balanse om vi skal gjøre den så «ufarlig» at vi mister fokuset på barns beste som styrende for innholdet i tilbudet. Hensikten med denne artikkelen har vært å gi et kunnskapsbidrag til at helsepersonell kan ta standpunkt til et viktig spørsmål for jenters helse på et så bredt faglig grunnlag som mulig – det skylder vi *alle* jenter.

LITTERATUR

1. Statens helsetilsyn. Helsestasjons- og skolehelsekontroller: hva med genitalia? 1993. Rundskriv IK-07/93.
2. Statens helsetilsyn. Veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Oslo: 1998. Veiledningsserie 2-98.
3. Sosial- og helsedirektoratet. Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Veileder til forskrift av 3. april 2003 nr. 450. Oslo: 2004.
4. Lazebnik R, Zimet GD, Ebert J, Anglin TM, Williams P, Bunch DL et al. How children perceive the medical evaluation for suspected sexual abuse. *Child Abuse Negl* 1994;18(9):739-745.
5. Steward MS, Schmitz M, Steward DS, Joye NR, Reinhart M. Children's anticipation of and response to colposcopic examination. *Child Abuse Negl* 1995;19(8):997-1005.
6. Gully KJ, Britton H, Hansen K, Goodwill K, Nope JL. A new measure for distress during child sexual abuse examinations: The genital examination distress scale. *Child Abuse Negl* 1999;23(1):61-70.
7. Waibel-Duncan MK, Sanger M. Understanding and reacting to the anogenital exam: Implications for patient preparation. *Child Abuse Negl* 1999;23(3):281-286.
8. Palusci VJ, Cyrus TA. Reaction to videocolposcopy in the assessment of child sexual abuse. *Child Abuse Negl* 2001;25(11):1535-1546.
9. Gulla K. Hode, skulder, kne og tå – og midt på? Hvordan ikke-misbrukte førskolebarn opplever en undersøkelse av underlivet [Hovedfagsoppgave i helsevitenskap]. Trondheim: Rapportserie for sosialt arbeid og helsevitenskap nr. 53, NTNU; 2004.
10. Gulla K, Fenheim GE, Myhre AK, Lydersen S. Non-abused preschool children's perception of an anogenital examination. *Child Abuse Negl* 2007;31(8):885-894.
11. Berenson AB, Chacko MR, Wiemann CM, Mishaw CO, Friedrich WN, Grady, JJ. A case-control study of anatomic changes resulting from sexual abuse. [Discussion]. *Am J Obstet Gynecol* 2000;182(4):820-34.
12. McCann J, Miyamoto S, Boyle C, Rogers K. Healing of hymenal injuries in prepubertal and adolescent girls: a descriptive study. *Pediatrics* 2007. 119(5):e-094-e1106.
13. McCann J, Miyamoto S, Boyle C, Rogers K. Healing of nonhymenal injuries in prepubertal and adolescent girls: a descriptive study. *Pediatrics* 2007. 120(5):1000-1011.
14. Støtteforeningen for seksuelt misbrukte barn. Undersøkelse av anogenitalregionen hos barn. Brev til Helsedirektoratet. 1993, 29. januar.
15. Landsgruppe av helsesøstre. Helsestasjonen i 90-årene og framover. Brev til Barneombud Trond Viggo Torgersen. 1993, 15. februar.
16. Norsk Barnelegeforening. Helsekontroller av barn: Hva med genitalia? Brev til Statens helsetilsyn v/direktør Anne Alvik. Oslo: 1993, 12. februar.
17. Barneombudet. Undersøkelse av jenters ytre genitalia ved rutinemessig helsekontroll. Brev til Helseminister Christie. Oslo: 1993, 25. januar.
18. Alvik A. Media har ikke makten over Helsedirektoratet. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1993;113(10):1258-1259.
19. Mellbye F. Helsetjeneste i barneskolen. Heksejakt: Kan det være de som er satt til å håndheve instruksene, det er noe galt med? *Aftenposten*. 1993, 28. januar; s. 14.
20. Normann, EK. Undersøkelse av barn. En frisk insinuasjon. *Aftenposten*. 1993, 10. februar; s. 15.
21. Nylenna M. Når media tar makten. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1993;113(5):560.
22. Høyer SE. "4-årskontrollen bør få gjeninnført, som rutine, inspeksjon av underlivet." Omskjæring og kontroll på helsestasjonen. *Dagbladet*. 2000, 10. oktober; s. 45.
23. Lentsch KA, Johnson CF. Do physicians have adequate knowledge of child sexual abuse? The results of two surveys of practicing physicians, 1986 and 1996. *Child Maltreat* 2000;5(1):72-78.
24. Dubow SR, Giardino AP, Christian CW, Johnson CF. Do pediatric chief recognize details of prepubertal female genital anatomy: a national survey. *Child Abuse Negl* 2005;29(2):195-205.
25. Gulla K, Myhre AK, Bratlid D. Er underlivsundersøkelse av førskolejenter krenkende? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2007;127(18):2402-2404.
26. Markestad T. *Klinisk pediatri*. Bergen: Fagbokforlaget; 2003.
27. Myhre AK, Berntzen K, Bratlid D. Genital anatomy in non-abused preschool girls. *Acta Pædiatr* 2003;92(12):1453-1462.
28. Yoder PS, Khan S. Numbers of women circumcised in Africa: The production of a total. *Demographic and health research*. 2008 No.39. Rapport lokalisert 19.08.08 på <http://www.who.int/reproductive-health/fgm/index.html>
29. I gang med sjekk. Klassekampen. 2007, 17.april. Intervju med overlege Jamileh Ghadir ved Helsetjenesten for nyankomne innvandrere i Bergen.



Guri Rosseland Rummelhoff,
høgskolelektor, Høgskolen
i Østfold, avdeling helse- og
sosialfag, studieretning:
sykepleie

Å få bekreftelse på eget arbeid er avgjørende for å trives på jobben.

www.sykepleien.no

Les mer og finn
litteraturhenvisninger på
www.sykepleien.no

Søkeord:
Veiledningsgruppe
Sykehjem
Avdelingsskoler

– I samme båt

Gruppeveiledning for avdelingsledere

Veiledningsgruppe for avdelingsledere i sykehjem gir fellesskapsfølelse og økt trivsel i jobben.

Denne artikkelen bygger på en kvalitativ studie med bruk av fokusgruppeintervju, og handler om faglige utfordringer for avdelingsleder i sykehjem og erfaringer som deltaker i en faglig veiledningsgruppe (1). Hovedfunn i fokusgruppeintervjuene var at deltakerne var blitt mer bevisste på avdelingslederfunksjonen, samt fellesskap med andre avdelingsledere. I artikkelen vektlegges det ene hovedfunnet: Fellesskap med andre avdelingsledere. Studien viser at avdelingslederne opplever at de blir mer bevisste på egen væremåte og hvordan de fungerer som avdelingsledere. I veiledningstimene var det erfaringer knyttet til lederrollen som var i fokus. Avdelingslederne opplever faglig vekst og økt trivsel, og større grad av mestring i arbeidet.

Fokusgruppa

Fokusgruppa besto av sju avdelingsledere fra to ulike sykehjem som har deltatt i en felles veiledningsgruppe. Gruppa møttes halvannen time annenhver uke til faglig veiledning sammen med en ekstern veileder. Det er viktig at fokusgrupper settes sammen så homogent som mulig fordi

gruppas felles erfaringsgrunnlag er det som vektlegges i samtalen (2). Fokusgruppa i denne studien var en etablert veiledningsgruppe, som ikke ble dannet spesielt for å delta i et fokusgruppeintervju. Dataprogrammet NUD*IST 6 ble benyttet i analysen (1). Materialet ble analysert ut fra tre tolkningsnivåer: selvforståelses-, allmenn forståelses- og teoretisk nivå (3).

Å være avdelingsleder

Avdelingslederne forteller at de har blitt mer bevisste på lederfunksjonen gjennom å delta i veiledningsgruppa. De har utviklet seg både faglig og personlig og oppdaget nye ting om seg selv som avdelingsledere. Temaene og dilemmaene som ble tatt opp har hovedsakelig hatt fokus på det å være leder (1).

De sier det er godt å få veiledning, slik at de kan snakke om situasjoner de opplever som problematiske i arbeidet sitt. I veiledningen kan de gå i dybden og reflektere over situasjonene: «Det er ganske strie tårner innimellom. Vi har jo ledermøter hvor vi tar opp en del ting, men det er jo ikke plass til det en gjerne vil snakke mer om». Det å reflektere over situasjoner de opplever som vanskelige

i arbeidet, fører ofte til at de enten endrer eller får bekreftet at egen praksis er god (1).

Fellesskap

Veiledningsgruppa er til god hjelp for å mestre arbeidet som avdelingsleder. I fellesskap med avdelingsledere fra andre sykehjem får de støtte til å finne nye løsninger på hverdagens utfordringer (1). «Det mest positive er fellesskap med andre i samme båt. Det å ha et sted hvor du kan få tømt ryggsekken. Vi har ikke så mange andre steder å tømme den sekken. Det binder oss mer sammen.» Støtte og tilbakemelding fra grupped medlemmene kan bidra til endring hos veilanden (den som er i fokus under veiledningen). Veiledning som øker den enkelte deltakers personlige kompetanse, vil også komme avdelingen til gode. Å få bekreftelse på eget arbeid er avgjørende for å trives på jobben. Grupped medlemmene kjenner hverandres arbeidsdag godt. Det gjør at de er nyttige støttespillere for hverandre. Veiledningsgruppa fungerer som et sosialt fellesskap hvor avdelingslederne føler seg trygge nok til å ta opp problematiske sider ved arbeidet.

Faglig nettverk

Veiledningsgruppa omtales som «et forum der vi fikk prate fritt og åpent, det har vi på en måte ikke noe sted». I dette forumet har avdelingslederne opplevd stor grad av støtte fra de andre deltakerne (1). Det å utveksle historier og veilede hverandre på daglige utfordringer i arbeidet gir styrke. Det kan også gi



Foto: Samfoto

Vi sliter med de samme tingene.

økt faglig og klinisk trygghet.

I veiledningsgruppa kan avdelingslederne fortelle om utfordringer ved arbeidet sitt. Det å høre at andre gjør ting annerledes, bidrar til at de lærer av hverandre. Samarbeidet mellom avdelingslederne på tvers av de sykehjem de arbeider ved er styrket.

Lærer av hverandre

Avdelingslederne opplever at de lærer mye gjennom veiledningsgruppa. Å utfordre og bli utfordret er viktig (1). Det å bli presset til å ta valg kan være til hjelp: «Veilederen vår har ofte presset oss til å se helt konkrete løsninger. Stilte helt konkrete spørsmål: 'Hva gjør du når du kommer tilbake til avdelingen nå?' Du føler at neste gang du kommer må du ha gjort noe i forhold til det du la opp til sist.»

Det oppleves som positivt å få forskjellige synspunkter og tolkninger på samme historie. Veilanden kan se sin egen historie fra nye synsvinkler og får nye tanker om hvordan problemet kan løses. Avdelingslederne har ulike erfaringer, personlighet og måter å takle problemer på. Opplevelse av trygghet og fellesskap i gruppa er avgjørende for å våge å gi av seg selv og på den måten bli bevisst egen væremåte (1).

Diskusjon

Funnene viser at avdelingslederne er svært engasjert i avdelingslederfunksjonen. Temaene som ble tatt opp i veiledningsgruppa var ofte knyttet til det å være leder. Dette kan forstås som at de tar det store

SOSIALT FELLESSKAP: I mange tilfeller fører veiledningsgruppene til at det utvikler seg et dypere vennskap mellom deltakerne.

ansvaret på alvor og at de ønsker å gjøre en god jobb som leder. Avdelingslederne forteller at de ikke har andre fora hvor de kan ta opp slike problemstillinger, det blir derfor ekstra betydningsfullt å få muligheten i veiledningsgruppa (1).

Økt bevissthet og selvinnsett

Målet med veiledningen er ikke å gi svar og formidle kunnskap, men å stille spørsmål som aktualiserer yrkesutøverens egen kunnskap og erfaring (4). Avdelingslederne blir bevisste på egen væremåte gjennom å ta opp situasjoner og problemstillinger fra yrkeshverdagen (1). Bevissthet rundt egne holdninger, verdier, følelser og konsekvensene dette får for egen praksis, kan bli et utgangspunkt for å velge å endre praksis til det bedre. Bevisstgjøring kan skje ved å gjøre disse områdene til gjenstand for refleksjon i veiledning (5). Oppdagelsene gir mulighet for nye handlingsalternativer, og videreutvikling av egen kompetanse (6). Forskning viser at veiledning bidrar til å utvikle ferdigheter i ledelse og at selvbevisstheten øker. I tillegg forbedres interaksjons- og samarbeidsferdigheter (7,8). Bekreftelse, mening og selvbevissthet er tre kjernebegreper i sykepleiefaglig veiledning. Gjennom bekreftelse utvikles stadig større innsikt, det skapes mening, som kan bidra til større selvbevissthet (9).

Støtte, fellesskap og økt trivsel

Avdelingslederne ga tydelig uttrykk for at fellesskapet i veiledningsgruppa var svært betydningsfullt. Deltakelse i veiledningsgruppe har ført til at man viser større forståelse

for hverandre i arbeidsmiljøet (1). En studie av en veiledningsgruppe med sykehjemsansatte viser at deltakerne har blitt flinkere til å ta opp situasjoner på en direkte måte og skille mellom sak og person. Den enkelte ser i større grad sin egen rolle og sitt ansvar for arbeidsmiljøet (10).

Avdelingsledere kan føle seg isolerte i rollen som avdelingsleder, og arbeidet kan oppleves som ensomt (11). *Da kan det være godt å ha et fristed med andre i «samme båt», avdelingsledere fra andre avdelinger.* Det å være i en gruppe med likesinnede kan gi en opplevelse av fellesskap og at egne behov eller problemer blir alminneliggjort (12).

Ved å lytte til andres situasjon og reflektere sammen, opplever de ofte at andres veiledningsgrunnlag har overføringsverdi til deres egen arbeidssituasjon. Ved å reflektere over egen praksis og grunnlaget for den, kan kompetanse videreutvikles (4).

Manglende fagmiljø og sykepleierens ensomme rolle ble pekt på som en av belastningene ved å være sykepleier i sykehjem (13). Det er viktig å dele tanker og erfaringer med kollegaer. Opplevelse av trygghet og sosialt fellesskap er vesentlig for å bli værende i avdelingen. Ifølge Jones (14) bidrar veiledning til å dempe bekymringer og engstelse relatert til arbeidet. Funnene fra denne studien kan tyde på at dette ikke bare gjelder sykepleiere som arbeider i avdelingen, men også avdelingsledere (1).

Styrket samarbeid

Erfaringer fra veiledningsgruppa viser at avdelingledernes erfaringer

har mange likhetstrekk: «Vi sliter med de samme tingene». Dette kan gi fellesskapsfølelse og en opplevelse av ikke å være alene i avdelingslederfunksjonen (14).

Avdelingslederne tok også kontakt med hverandre ut møtene i veiledningsgruppa. Lindahl og Nordberg (15) viser at veiledningsgruppene og kan bidra til et dypere vennskap mellom gruppe medlemmene og betydningen av dette. En «personalpolitisk bieffekt» kan oppnås. Når man deler og reflekterer over kliniske situasjoner, blir man sett, forstått og får respons fra kolleger og veileder. Dette er viktig for trivsel og opplevelse av fellesskap og solidaritet i det daglige arbeidet (16). At avdelingslederne har fått tettere kontakt, gir ringvirkninger slik at de lærer av hverandres erfaringer. Det øker mulighetene for samarbeid på andre arenaer.

Konklusjon

Avdelingsleder har en sentral posisjon i sykehjemsavdelinger. Samarbeid i veiledningsgruppa mellom ulike virksomheter gir mulighet for å lære av hverandre, og engasjement for arbeidet som avdelingsleder. En stabil avdelingsleder som trives og opplever å mestre arbeidet sitt, vil ha betydning for trivselen til beboere og ansatte. Avdelingslederne i denne studien forteller at veiledningen inspirerer dem til å bli lenger i avdelingslederjobben og at det gir arbeidsglede. Dersom gruppeveiledningen bidrar til at erfaringer avdelingsledere forsetter i stillingene sine, er det god samfunnsøkonomi (1).

LITTERATUR

1. Femdal I, Rummelhoff GR. Gruppeveiledning – en rimelig investering: faglige utfordringer for avdelingsleder i sykehjem og erfaringer som deltaker i en faglig veiledningsgruppe. Høgskolen i Østfold, Rapport 2007:14.
2. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring. Oslo: Tano Aschehoug, 2003.
3. Kvale S. Det kvalitative forskningsintervju. Oslo: Ad Notam Gyldendal AS., 1997.
4. Lauvås P, Handal G. Veiledning og praktisk yrkesteori. Oslo: Cappelen akademisk, 2000.
5. Tveiten S. Veiledning – mer enn ord. Bergen: Fagbokforlaget, 2002.
6. Skau G. Gode fagfolk vokser... Personlig kompetanse som utfordring. Cappelen Akademisk Forlag, 2005.
7. Hyrkäs K. Clinical Supervision and Quality Care. Doctoral Dissertation. Tampere University: Acta Universitatis Tamperensis 869, 2002.
8. Hyrkäs K, Koivula M, Lehti K, Paunonen-Ilmonen M. (2002): Nurse managers' conceptions of quality management as promoted by peer supervision. Journal of Nursing Management 2002; 11: 48-58.
9. Severinsson E. Confirmation, Meaning and Self-awareness as Core Concept of the Nursing Supervision Model. Nursing Ethics 2001; 8(1): 36 – 44.
10. Kristoffersen NJ, Lillemoen L. Faglig veiledning i gruppe på Fjeldberg sykehjem. I: Nilsen SR, Hansen GV. (red.) (2003). Undervisnings-sykehjem Fredrikstad. Høgskolen i Østfold. Arbeidsrapport 2003; 5: 99-135.
11. Johns C. Clinical supervision as a model for clinical leadership. Journal of Nursing Management 2003;11: 25-34.
12. Tveiten S. Den vet best hvor skoen trykker... Om veiledning i empowermentprosessen. Bergen: Fagbokforlaget, 2007.
13. Johannessen A. Rekruttering av sykepleiere til sykehjem – sykepleieres tanker og erfaringer. Vård i Norden 2004; 4: 45-47.
14. Jones A. Some benefits experienced by hospice nurses from group clinical supervision. European Journal of Cancer Care 2003; 12: 224-232.
15. Lindahl B, Norberg A. (2002): Clinical group supervision in an intensive care unit: a space for relief, and for sharing emotions and experiences of care. Journal of Clinical Nursing 2002; 6: 809-818.
16. Naper Ø, Hoffart R. Veiledning – avgjørende for trivsel og mestring. Tidsskr Sykepl 2000; 10: 55-58.

Daivobet® -
et førstevalg ved
behandling av psoriasis!

Å føle velvære
- også med psoriasis

LEO®

Referanser:

1. Douglas WS. et al. Acta Derm Venereol 2002;82:131-135
2. Guenther L. et al. Br J Dermatol 2002;147:316-323
3. Kaufmann R. et al. Dermatology 2002;205:389-393

- Hurtig innsettende, god effekt^{1,2,3}.
- Doseres en gang daglig.
- Daivobet® kan brukes som start- og vedlikeholdsbehandling i opptil 52 uker.
- www.psorinfo.no



LEO Pharma AS

Postboks 193 . 0216 Oslo . Norge
Tlf. 22 51 49 00 . Fax. 22 51 49 01
www.leo.no info.no@leo-pharma.com



Daivobet®

calcipotriol/
betametason dipropionat

Se preparatomtale side 86

«Vente og se» på resept

Norge skal forbruke mindre antibiotika og et virkemiddel er «vente og se-resept». Den fungerer sånn at pasienter kan få resept ved legebesøk, med beskjed om at den skal brukes dersom tilstanden ikke bedrer seg eller forverres.

Dette er en av anbefalingene i de nye nasjonale faglige retningslinjene for antibiotikabruk i primærhelsetjenesten.

Vente og se-resepten skal bare gis der alternativet ville vært å gi antibiotika, og dersom det er trygt og best å vente og se.

Kilde: Helsedirektoratet

ME og vaksine

Det er ikke påvist noen sammenheng mellom meningokokk-vaksine og myalgisk encefalopati (ME). Det er konklusjonen i en studie fra Folkehelseinstituttet.

Det har vært mistanke om at en vaksine mot meningokokkgruppe B, som ble prøvd ut på ungdom i årene 1989 til 1991, kan ha utløst ME hos noen. Studien har tatt for seg personer født i 1972-1977, som var ungdommer da vaksinen ble prøvd ut, og sett på sammenheng mellom vaksinen og ME.

Ifølge studien debuterer ikke sykdommen tidligere hos dem som er vaksinerte, og det er heller ikke mer ME blant dem som er vaksinert enn i resten av befolkningen. Men det kan ikke utelukkes at enkelte kan ha utviklet ME på grunn av vaksinen.

Kilde: Sygeplejersken

Svinebønder utsatt for MRSA

Hittil i år er 30 danske bønder smittet med meticillinresistente gule stafylokokker (MRSA) fra svin. Det høye antallet får danske smittevernmyndigheter til å overveie om bønder bør regnes som en særlig risikogruppe når de legges inn i sykehus.

MRSA-smitte hos svin truer ikke matsikkerhet, men arbeidet til dem som jobber i svinefjøs. Det kan også bli et problem dersom smittebærende mennesker bringer smitten videre inn på sykehusene.

Kilde: forskning.no



Colourbox

Kan forutse dysleksi

Barn som er disponert for å utvikle dysleksi, har annerledes blodgjennomstrømming til hjernens språksenter enn andre barn. Det viser et norsk forskningsprosjekt.

Fra før er det kjent at dysleksi er medfødt. Ved tidlig å kunne identifisere risiko, kan tiltak settes i gang tidlig.

Kilde: Folkehelseinstituttet



NSF Unique

6,00% sparereente fra første krone



- Ingen begrensninger i antall uttak
- Gebyrfrie varekjøp over hele verden
- Gebyrfri regningsbetaling på nettet
- Kredittreserve på inntil kr 75.000,-

Vil du vite mer?

Se www.nsf-unique.no eller kontakt Kundeservice på tlf. 815 00 073.

Nominell rente 12,90% årlig. Effektiv rente ved bruk av kreditt: 50.000 (14,37 %) - 25.000 (15,05 %) - 10.000 (17,11 %) Betingelser pr. november 2008.

Bjarnhild Sunde

Oversykepleier ved Lungemedisinsk avdeling på Rikshospitalet, Bjarnhild Sunde, døde 27. mars i år, 68 år gammel.

Hun ble ferdig utdannet sykepleier i Molde i 1963 og startet sitt virke som sykepleier i Vadsø, men flyttet tidlig til Østlandet. Her arbeidet hun hele sitt liv med pasienter med lungesykdom. Sin lederutdanning hadde hun fra distriktshøyskole i Halden.

Bjarnhild var i en årrekke ansatt ved det som den gang het Glittre Sanatorium. Først som sykepleier, så avdelingssykepleier og senere oversykepleier.

Hennes virke ved Lungemedisinsk avdeling går helt tilbake til 1975. Hun var da ansatt noen år som nattavdelingssykepleier. Senere kom hun tilbake og arbeidet en periode som avdelingssykepleier. Og fra 1988 frem til hun døde var hun oversykepleier ved Lungemedisinsk avdeling.

Hun var en kyndig, moderne og kreativ sykepleier og leder, med høy arbeidskapasitet og stort engasjement for å tilegne seg kunnskap. Hun var et «lim» i avdelingens tverrfaglige miljø og en pådriver for å skape trivsel og vekst i hverdagen, noe som har hatt stor betydning for pasienttilbudet og arbeidsmiljøet ved avdelingen og sykehuset.

Da lungetransplantasjon ble etablert som behandlingstilbud gjorde hun umiddelbart grep slik at pasientgruppens behov kunne bli dekket på en god effektiv måte til beste for pasientene.

Når det gjelder å tale pasientenes sak var hun alltid i front. Hennes vurderinger ble alltid lyttet til. Hennes motto var at selvfølgelig skulle lungesyke pasienter nyte godt av de muligheter som fantes, slik at pasienten kunne få optimal livskvalitet.

Hun var kjent både blant kollegaer, pasienter og pårørende i hele landet. Mange pasienter har hatt nytte og glede av hennes kunnskap og engasjement. Hun hadde et våkent blikk for pasientenes behov og var alltid like engasjert når hun oppdaget pasienter som var blitt «stemoderlig» behandlet. Hun var opptatt av å legge til rette for at blant annet oksygentrengende pasienter skulle ha det så bra som overhodet mulig, uansett hvor de bodde i vårt vidstrakte land. Hun hadde en spesiell evne til å spore opp pasienter som trengte ekstra bistand i forhold til å legge til rette for en enklere og bedre hverdag både før, under og etter sykehusoppholdet.

Bjarnhild var sannsynligvis den sykepleier i Norges land som hadde lengst fartstid når det gjelder lungesyke pasienter og deres spesielle behov. For denne innsatsen fikk hun i 2003 en hederspris fra lungesykepleierne faggruppe i Norsk Sykepleierforbund.

Som ambassadør for sykepleietjenesten ved Lungemedisinsk avdeling har hun satt varig spor etter seg. Hun delte alltid raust av sin kunnskap. Det er et betydelig antall sykepleiere som i årenes løp fikk ta del i hennes kunnskap og vokst på den.

Hjerte- Lungeklinikken og Lungemedisinsk avdeling har mistet sin lille STORE oversykepleier, og vi deler sorgen med hennes familie.

Transplantasjonssykepleier Kirsten Kongshaug, seksjonsoversykepleier Aina Presthus, klinikkoversykepleier Anders Skogstad.

Ingrid B. Alvær

21/10 sovnet Ingrid B. Alvær, født Vikøren, stille inn på Domkirkehjemmet i Bergen. Med henne er en historie slutt. Hun fikk oppleve å jobbe under Marie Joys og Camilla Struve som var med å stifte Norsk Sykepleierforbund.

Ingrid var født 10/12 1906, så hun ville blitt 102 år i desember. Hukommelsen og minnene beholdt hun til godt over at hun hadde passert 100 år. Heldigvis har vi fått tatt vare på historien hennes i et intervju.

Ingrid begynte på Haukeland Sykepleierskole i 1931, etter først å ha vært barnepleier. Hun jobbet i mange år, først på Lungegården sykehus og seinere på kirurgisk avdeling ved Haukeland sykehus, da også som avdelingssykepleier.

Da jobbet hun under Marie Joys som forstanderinne og flere markante skikkelser som har satt spor etter seg i sykepleien. Også kjente leger som Backer Grøndal. Hun jobbet på kirurgisk avdeling til hun giftet seg i 1944, av alle dager den dagen eksplosjonen på Vågen inntraff. Så bryllupsnatten tilbrakte hun på sykehuset blant hardt sårede!

Etter mange år hjemme med to barn, jobbet hun noen år på Barneklivnikken. Også da opplevde hun eksplosjon på 1970-tallet, da en sykepleierelev omkom.

Ingrid var en eminent historieforteller og hadde god hukommelse. Mange var de samtalene over kaffekoppen der hun delte minnene med meg, og jeg fikk lov å ta vare på noen av dem for ettertiden. Hennes gode fortellerkunst, skarpe replikk og gode hukommelse gjorde at det var en fryd å sitte og lytte til henne. Jeg kommer til å savne det stort.

Men nå har Ingrid fått lagt ned vandringsstaven etter et langt og innholdsrikt liv. Hun har fått flytte til et bedre sted. Men hun har satt dype spor etter seg.

Jeg lyser fred over ditt minne, Ingrid. Nå er du kommet Hjem.

Torbjørn Søyland Hopen, Haukeland Universitetssykehus



JUBILANT: Ingrid B. Alvær da hun fylte 100 år og fra unge dager i sykepleiens tjeneste. Foto: Privat

Marie Aakre om integritet

Leder, Rådet for sykepleieetikk, skriver hver måned i Sykepleien

Alder: 60 år

Fra: Trondheim

Utdannet sykepleierleder, -lærer og -veileder



Hjemmesykehelvete?

Må det gjøre vondt for at man skal kunne se klart?
Sykepleierstudenten i denne fortellingen står midt i den etiske fordring.

Sykepleien har fått tilsendt en fortelling. Jeg fikk lese den, og ble berørt. Jeg vil også dele den med dere. Student Kristine Stranheim satte seg ned og skrev dette etter praksis i hjemmesykepleien. Her er hennes historie:

«En arm med sterk kontraktur og et lammet bein gjør at hun ikke kommer seg ut av sengen på egen hånd. Hver morgen ligger hun og venter på at noen skal låse seg inn og hjelpe henne opp i stolen og inn på badet. I dag er det «dusjedag». Hun forteller at hun gruer seg hele uken til den dagen.

To ukjente

Hun aner ikke hvem som kommer denne morgenen. Det kan være en hun kjenner godt, en som har vært der i mange år, og som vet hvordan hun vil ha det. Eller det kan være en vikar. Eller en student. Eller to. Eller en vikar og to studenter.

– Hei. Jeg har med meg to studenter i dag. Er det greit at de kommer inn?

Vi står allerede i døråpningen.

– Ja, det er helt greit.

– De skal hjelpe deg å dusje i dag, så jeg går videre til neste bruker. Men jeg kommer tilbake.

– Ha det.

– Ha det.

Drømmepasient

Før vi har løftet opp dynen har hun begynt å sette oss inn i sykehistorie og diagnoser. Det er nes-

ten som om hun vet at vi ikke har lest journalen hennes på forhånd, at hun vet hvor uforberedt vi kommer. Vi har ikke lest pleieplanen, som ikke finnes. Vi har ikke engang lest vedtaket. Vi kommer «rett fra gata», og hun forklarer rutiner hva vi skal gjøre. Svært effektivt. Min første tanke er at dette er en students drømmepasient. Hun lærer oss, uten at vi engang behøver å spørre. Eventuelt bare klok av skade.

Vil ikke vaskes

Det lukter stramt urin. Hun har smerter i beina, manglende hjelpemidler, og et bad som er knøttlite for en dusjstol, en rullestol, to studenter og en funksjonssvekket bruker. Alt dette gjør nedentil-vasken vanskelig, i tillegg til at brukeren slett ikke vil. I ettertid har vi lært at dette er

Jeg så alt fra min egen synsvinkel, og tenkte «æsj».

et kjent problem. Ingen får lov til å vaske henne nedentil.

Kan hun ha opplevd noe som gjør at hun ikke ønsker å bli vasket av hvem som helst?

Er det i det hele tatt noen som ønsker å bli dusjet og vasket av to studenter, som blide og smilende står på soverommet ditt en tirsdagsmorgen og skal hjelpe deg med intimhygiene?

Får ikke påvirke

Hun har seng fra hjelpemiddelsentralen. Hun har en haug av hjelpemidler, men sitter fortsatt på barnebarnets badering når hun dusjer. Hun aner ikke hvem som låser seg inn døren og skal hjelpe henne hver morgen. Så vidt jeg har skjønnet har hun ingen makt til å påvirke hvem som kommer. Og dette er hennes hjem.

Jeg lurte på om hun føler det som et hjem eller om hun også ser at dette ligner et kommunalt behandlingssted? Etter min definisjon er det ikke lenger privat når hvem som helst låser seg inn om morgenen.

Kartlegges

I tillegg skal vi studentene skrive en oppgave. Dagen før har to andre studenter vært her med det 15 sider lange spørreskjemaet hvor hun måtte svare på alt fra ensomhet og alkoholvaner, til inkontinens og bevegelighet.

– Beklager at vi må granske sjelen din og snakke om de såre temaene i livet ditt, men vi trenger en del opplysninger. Vi skal finne noen tiltak til en rehabiliteringsplan. Ikke at vi nødvendigvis skal gjennomføre den, men det vi finner av problemområder i ditt liv skal vi beskrive så godt vi kan og legge i eksamensmappen vår. Vi vet at du er vant til studenter som spør om disse tingene, så tusen takk for at du vil hjelpe oss også.

Jeg synes ikke dette er greit.

Det er ikke greit at hvem som helst kan komme inn og dusje denne dama. Det er heller ikke



Foto: Øyvind Markussen/Scampix

ET HJEM: Hvor privat oppleves det når ukjente helsearbeidere låser seg inn hver morgen?

greit at studenter skal vite så mye om privatlivet hennes for å samle data til en oppgave. Hun har jo aldri bedt om å «bli studert».

Beintøff dame

Jeg tror jeg skjønner hvorfor hun vil at vi skal gå rett etter at vi er ferdige. Hun vet jo at vi bare skal være hos henne fram til jul og at investeringen hun gjør i oss ikke har noe poeng for henne. Jeg tipper hun vil at «hjelperne» hennes skal se å komme seg ut så hun kan få ha hjemmet ditt for deg selv. Det hadde jeg hatt lyst til.

Jeg kan bli skamfull når jeg tenker på mine egne fordommer mot henne. Vi skulle velge en primærpasient, og egentlig ville jeg ikke ha henne. Hun lukter nemlig så vondt. Og dessuten er det litt slitsomt med de med slag og lammelser. Så tungvint liksom, i forhold til dem som er oppegående.

Jeg så bare diagnosene hennes. Jeg så bare oppgavene som skal gjennomføres. Jeg så alt fra min egen synsvinkel, og tenkte «æsj». Men hun er jo egentlig en beintøff dame. Jeg får vondt langt inne i hjertet mitt når jeg tenkte at dette kun handlet om urinlukt og tungt stell. Det handler jo om henne. Om verdigheten hennes. Verdigheten som jeg må prøve å bevare, enda jeg

synes systemet forsøker å ta den fra henne på alle mulige måter.»

Det handler jo om mennesket!

Møtet med denne kvinnens avhengighet og sårbarhet gjør sykepleierstudenten vondt langt inn i hjertet.

Det er sterkt å lese hennes refleksjoner om både systemets og rutinenes krenkelser, og hennes beskrivelse av skam over egne og andres fordommer og motiver. Studenten ser at hjemmesykepleiens tilbud ikke er greit, – og med empatisk blick formulerer hun flere etiske dilemma.



Månedens dilemma

Hvilke sykepleieverdier er på prøve i denne fortellingen?

Hva finner vi om pasientautonomi i situasjonen?

Hvilke handlingsalternativ kunne styrket kvinnens integritet og verdighet?

Send din mening på epost: interaktivt@sykepleien.no, eller skriv til Sykepleien, boks 456 Sentrum, 0104 Oslo. Du kan også lese inn din reaksjon på telefon 22 04 33 65. Reaksjoner fra leserne trykkes i neste nummer.

Gjesteskribent Jon Hustad



Yrke: Journalist i Dag og Tid

E-post: jon@dagogtid.no

Overdiagnostiseringa

Kanskje lækjarane burde gjera mindre?

«Det fyrste vi må gjera,» skreiv Shakespeare, «er å få avliva alle advokatane.»

Kanskje snakka han om feil yrkesgruppe?

I 1977 tok helsevesenet 4,2 prosent av statsbudsjettet. I 2007 var helsebudsjettet kome opp i 16,8 prosent.

«Utgiftsveksten i Helse-Norge må komme under kontroll», sa Bjarne Håkon Hanssen då han tok over som helseminister. Det er vel difor han aukar helsebudsjettet med 13,7 prosent neste år.

Her er mi røynsle, og då høyrer det med å nemna at eg har fire lækjarar i den aller næraste familien. Mellom desse er kona.

I fjor haust fann eg ut at eg burde byrja å trena att. Eg kjøpte årskort på Oslo Turnhall. Dei tre fyrste månadane gjekk særst godt. Eg lyfta vekter to gonger i veka. Ja, så langt gjekk det at eg let meg lokka til å drikka proteinpulver rett etter treninga. Resultata var gode, om eg må få seia det sjølv – det sa i og for seg kona og. Det gjekk an å registrera ein viss muskelvekst.

Ja, så godt gjekk det, at eg auka treningsdosjen. Eg gjekk opp til tre gonger i veka og byrja med ei øving eg ikkje hadde prøvt meg på før. Det vart med den eine gongen. Skuldra mi byrja å verka. Eg let ho kvila i tre veker.

Så fann eg ut at det var på tide å testa om eg hadde vorte betre. Eg tok ei rad armhevingar. Skuldra byrja å verka att. Eg kjende etter på staden der det verke. Der var det ei væskesamling under huden.

– Du har fått ein muskelruptur, sa kona.

– Har muskelen ryke av, spurde eg.

– Nei, det er nok berre ei rift, sa ho.

Eg ville vita kva eg kunne gjera. Ho sa at det einaste som hjelpte, var kvile. Fire til seks

månader rekna ho med det ville taka før eg vart bra att. Men ho sa:

– Eg sender deg bort på ortopedisk på Ullevål så vi kan få vita sikkert.

Eg drog til ortopedisk på Ullevål dagen etter. – Muskelruptur, sa ortopedien. – Vi må tinga MR for å verta sikker. Men du må rekna med ei treningspause på fire til seks månader.

– Kor lang er ventetida for MR, spurde eg.

– Om lag tre veker, fekk eg vita.

Problemet var berre at familien skulle flytta til England om to veker.

– Då bør du tinga tima hjå ein privat aktør i Oslo. Dei kan sikkert taka deg på dagen.

Eg ringde dei private aktørane i Oslo. Om eg ville ha det dekt av det offentlege, var ventetida

Vi som sparka fotball, fann elles raskt ut at nyedokteren burde vi halda oss unna.

tre veker. Men om eg betalte sjølv, kunne eg få det dagen etter. Prisen var kroner 2800,-.

Eg ringde ein ortoped i tjukkaste slekta og fortalte kva som hadde hendt. Han sa at han var trygg på at det ikkje var full avriving, og at eg kom til å verta bra om fire ti seks månader. – Men det er best at du tek i mot tilbodet om MR.

Kona, derimot, tykte det vart litt dyrt. Så kom ho på ein idé. Ungane og eg skulle på påskeferie til heimbygda om to dagar.

– Du kan taka MR i Volda. Dei har sikkert ledig kapasitet.

Vel framme på Sunnmøre ringde eg Volda. – Diverre, vi har ikkje MR-maskin, fortalte sentralbordet.

Eg let det vera med det.

No har det gått seks månader. Eg har ikkje lenger smerter og ortopedsektningen har undersøkt meg og funne ut eg er bra att.

Og berre for å understreka kor lukkeleg enden er: Volda er no inne på budsjettet for neste år. Dei skal få MR-maskin.

Elles høyrer det med til saga at vi fekk brev medan vi budde i England. Ullevål ville ha betalt for at eg ikkje møtte opp til MR.

Finst det eit alternativ? Det var det då. I 1977 fekk heimbygda mi ny dokter. Han var ein av fem lækjarar i Ørsta. Ville ein sjå dokteren, var det berre å setja seg på venteromet. No har Ørsta seksten lækjarar. Ventetida er om lag tre veker. Sidan 1977 har talet på uføre gått opp med over 150 prosent.

Men han som vart tilsett i 1977 driv framleis på gamlemåten. Folk i heimbygda mi kan den dag i dag berre setja seg på venteromet.

Vi som sparka fotball, fann elles raskt ut at nyedokteren burde vi halda oss unna.

– Du har vondt i kneet, seier du. Då kan du slutta å sparka fotball. Så går det over av seg sjølv.

Til sumaren går han av. Då må alle køyra til Ørsta sentrum og venta i tre veker. Så får dei kanskje uføretrygd. Men fyrst etter å ha teke MR i Volda.

Og så må vi sjå til å få avliva advokatane.

SYKEPLEIENS ØVRIGE GJESTESKRIBENTER I 2008:



Anders Folkestad
Leder i Unio



Martine Aurdal
Journalist i Dagbladet



Gøhril Gabrielsen
Sykepleier.
Forfatter av boka «Unevnelige hendelser».



Trude Aarnes
Jordmor og privatpraktiserende sexolog.



Konstituert ansvarlig redaktør
Bjørn Arild Østby
tlf. 22 04 33 59/93 03 09 05
bjorn.arild.ostby@sykepleien.no

MAGASINET



Journalist/gruppeleder
Marit Fonn
tlf. 22 04 33 68
marit.fonn@sykepleien.no



Journalist
Nina Hernæs
tlf. 22 04 33 67
nina.hernes@sykepleien.no



Journalist
Eivor Hofstad
tlf. 22 04 33 71
eivor.hofstad@sykepleien.no



Journalist
Susanne Dietrichson
tlf. 22 04 33 53
susanne.dietrichson@sykepleien.no



Fagredaktør
Torhild Apall Dybvik
tlf. 22 04 33 76
torhild.apall@sykepleien.no

JOBB



Journalist/gruppeleder
Ann-Kristin Bloch Helmers
tlf. 22 04 33 73
annkristin.helmers@sykepleien.no



Journalist
Kari Anne Dolonen
tlf. 22 04 33 69
kari.anne.dolonen@sykepleien.no

SYKEPLEIEN FORSKNING



Redaktør
Anners Lerdal
tlf. 22 04 33 63
anners.lerdal@hibu.no

NETT



Journalist/webredaktør
Lily Kalvo
tlf. 22 04 33 66
lily.kalvo@sykepleien.no

DESK/LAYOUT



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



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



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



Grafisk formgiver
Sissel Vetter
tlf. 22 04 33 61
sissel.vetter@sykepleien.no

ANNONSER



Markedssjef
Ingunn Roald
tlf. 22 04 33 70 / 91 60 38 12
ingunn.roald@sykepleien.no



Markedskonsulent, produkt
Lise Dyrkoren
tlf. 22 04 33 72
lise.dyrkoren@sykepleien.no



Markedskonsulent, stilling
Finn Simonsen
tlf. 22 04 33 52
finn.simonsen@sykepleien.no

Siden sist inneholder korrigeringer og nye synspunkter på fakta gjengitt i tidligere utgaver. Vil du hjelpe til? Kontakt oss på interaktivt@sykepleien.no

– Ukorrekt av Sykepleien

Har sett i siste nummer av Sykepleien at dere referer til en sak i tvisteløsningsnemnda. Denne er referert svært upresist. Det heter i Sykepleien at arbeidsgiver fikk medhold i at sosionomen ikke var skikket til stillingen som miljøterapeut. Det faktiske forhold er at tvisteløsningsnemnda ikke tok stilling til spørsmålet om skikket i denne saken. Det var to stillinger som skulle besettes. Sosionomen som hadde påklaget at han ikke fikk stillingen fikk ikke medhold fordi det her var flere

fortrinnsberettigede søkere. Tvisteløsningsnemnda kunne da ikke gå inn å mene noe om hvordan arbeidsgiver skulle prioritere mellom disse. Dette er nemndas vurdering: «Arbeidsmiljøloven § 14-3 gir ikke noen veiledning om hvordan man skal prioritere flere fortrinnsberettigede. Det ligger derfor innenfor arbeidsgivers styringsrett å prioritere flere fortrinnsberettigede. Uavhengig av om A er kvalifisert til den omtvistede stillingen eller ikke, er det etter nemndas syn ikke grunnlag for å overprøve arbeidsgi-

vers vurderinger på dette punkt. A krav om fortrinnsrett tas etter dette ikke til følge.»

Hvilken konklusjon nemnda hadde kommet til om den hadde realitetsvurdert sosionomens skikketet vet vi ikke. Det blir derfor misvisende å hevde at arbeidsgiver fikk medhold i at sosionomen ikke var skikket.

Hele saken og vedtaket her: <http://www.arbeidstilsynet.no/binfil/download.php?tid=48910>

Med vennlig hilsen Bjarne Gilje, fylkessekretær i FO Buskerud.

– Skjerp dere!

Sykepleien har fått flere reaksjoner på annonsen for vårt eget produkt på side 3 i nr 16/08. Her bringer vi et utdrag:



Og nå denne, hvor dere til de grader utelater menn i vår yrkesgruppe. Dette er helt uohørt. Tenk om advokatforeningen eller ingeniørene hadde gjort det samme?

Kristin M. Bjelland

I annonsen lister dere opp mange navn og mange roller, men dere har ikke nevnt ordet «mann» eller «far»!! Hvordan klarer dere å utelukke samtlige mannlige medlemmer fra et helt forbund?? Dette var virkelig bra jobbet!! Dette er nesten utmeldingsgrunn.

Som mannlig sykepleierstudent og tillitsvalgt for et sykepleiekull ber jeg dere skjerpe dere og komme med en beklagelse i neste nummer.

Tord Berntsen, sykepleierstudent Høgskolen Stord Haugesund

Jeg er sykepleier. Jeg er IKKE mamma, venninne, kvinne eller datter.

Stein Gunnar

Som operasjonssykepleier, mor, kone, datter, tennisspiller, kvinne er jeg forpliktet til å si i fra. Jeg er faktisk gift med en psykiatrisk sykepleier, far, mann, fotballspiller.

Jeg har over tid sett med stigende irritasjon på Sykepleiens annonser, der dere kun avbilder kvinner.

Som mannleg sjukepleiarstudent må eg sei eg vart forbanna. Kva med Far, Venn, Mann og Sønn? Her kjempar Sykepleierforbundet for likelønn og mot diskriminering. Men eg har aldri følt meg meir diskriminert av eit forbund etter at eg bestemte meg for å bli sjukepleiar.

Det er ikkje bare å være sjukepleiar og mann. I enkelte krinsar får ein automatisk eit homofilistempel og sett som ein skuletapar som ikkje kom inn på medisinstudiet. Dette blir framheva når fagbladet presterar å utelukke mitt kjønn totalt.

Trass i at det har vore eit alt for stort «stakkars alle kvinner»-fokus i Sykepleien, har eg sett fram til dei dagane eg kunne plukke bladet ut av postkassa mi. Men dette var dråpen. Eg treng ikkje lenger den eine gáva (handboka) som eg får som student i Sykepleierforbundet, og kjem til å melde meg ut. Eg er tydeligvis ikkje velkommen inn i yrkesgruppa av mitt eige fagblad.

Rune Jacobsen, sjukepleiarstudent og stolt mann!

Det blir ikke mindre pinlig når det hele avsluttes med «Vi kjenner våre lesere godt, og tilbyr derfor en veldefinert målgruppe vi har mye detaljkunnskap om».

Jeg sitter igjen med en flau smak i munnen og lurer på om Sykepleien har glemt at det faktisk også finnes mannlige sykepleiere. Men siden dere kjenner leserne så godt, så er det kanskje ingen menn som leser bladet!?

Elsabet Sørby

Svar: Vi tar til oss kritikken som er kommet på vår egenannonsen «Sykepleiere er ikke bare sykepleiere». Sykepleiere er også menn. Per i dag tilhører hele 6 923 av medlemmene i NSF denne gruppen. For ettertiden skal vi huske på mennene i vår markedsføring. Vi ønsker ikke på noen måte å utelate våre mannlige sykepleiere, slik man kan få inntrykk av gjennom nevnte egenannonsen. Takk for tilbakemeldinger. Og ja – vi skal skjerpe oss.

Bjørn Arild Østby,stituert ansvarlig redaktør

Neste nummer

Smarte hoder

Sykepleien presenterer kandidatene til Smartprisen 2008.



Foto: Maurveg & Ziegeler

Hvorfor ikke pynte litt?

På mine reiser kommer jeg over en del «rare» ting, men også noen innslag som virkelig fortjener videre publikasjon. Bangkok Pattaya International Hospital er et moderne og nytt sykehus med cirka 400 senger. Det behandler cirka 160 000 turister av nær sagt alle nasjoner per år.

Vanligvis står besøkende, pårørende og pasienter foran triste, grå- eller blåmalte heisdører og venter mer eller mindre tålmodig på at heisen skal komme. Men på over nevnte sykehus er heisdørene klebet med folier fra diverse avdelinger på huset for å presentere disse avdelinger på

en fin måte. Med dette tar man vekk det triste inntrykk som heisdørene vanligvis representerer. Jeg synes det er en kjempeidé. Det samme gjorde de med ambulansene der tanken er å presentere seg også i gaten for å komme enda nærmere innbyggere. Mottoet kan oppfattes slik: Se vi er her for deg!

Kunne det vært noe for norske sykehus/ambulanser? Jeg kaster herved frem ideen til diskusjon for leserne i Sykepleien. Bildene er allerede publisert i Tyskland i ambulanse- og sykehusmiljøet.

Mange hilsener fra sykepleier Norbert Ziegeler

Uhygienisk ved Ahus

Det er en måned siden nye Ahus åpnet dørene sine. Kan man si at dette er Europas mest moderne sykehus? Det er ikke nok kokker, og det er heller ikke ansatt en person til å servere mat, som tidligere var lovet. Bufféservering består kun av middagsretter bortsett fra spesielle bestillinger. Varme rundstykker til frokost ble det heller ikke.

Pasienter og pårørende forsyner seg selv med mat fra skapet og kjøleskapet. Det er åpen kjøkkenløsning hvor alle forsyner seg med kopper, bestikk og kjeks osv. Det ble funnet brukt bestikk i skuffene. Hvor er hygienien? Ved gamle Ahus fikk ikke pasienter og pårørende gå inn i kjøkkenavdelingen, nå er det helt motsatt.

Enkelte pleiere bruker nå bevisst bare engangskopper, og nesten ingen tør spise eller nyte drikke fra kjøleskapet.

Det var enklere og oversiktlige med brettservering på gamle Ahus. Det var mat på avdelingskjøkkenet og pasienter og pårørende fikk mat når de trengte det. Engangsboksene ser ikke delikate ut. Pasientene får ikke egg på søndag dersom ikke sjefkokken bestiller egg før torsdag. Nå kaster vi mer middagsmat enn vi gjorde før.

Ser dere ikke at det er hygieneproblemer på nye Ahus, eller later dere som ingenting? Tør dere ikke ta en uanmeldt tur til Ahus sine avdelinger? Dette er en stor skam for helsevesenet.

Hilsen ansatte ved Ahus

Svar på «åpent brev til Lisbeth Normann» i Sykepleien nr. 15

Det er naturlig at du føler deg sviktet – når du ikke får entydige og klare svar når du trenger dem. Dette beklager jeg.

Imidlertid kan en sak ha mange sider, noe som ikke bidrar til å unnskyld hvordan du føler deg behandlet, men som forklarer hvorfor det ble slik.

Problemstillingene i denne saken er flere. De deler av problemstillingene som gjelder forholdet til blant annet rehabiliteringspenger og maksdato er spørsmål som vi ofte må henvise til NAV. Årsaken til det er ikke at våre saksbehandlere har dårlig kompetanse på denne delen av lowerket, som NAV håndhever,

men at flere av ytelsene er basert på enkeltvedtak fattet av NAV. Tilsvarende er spørsmålet om en bør være friskmeldt eller ikke, et spørsmål som bare pasient, lege og eventuelt NAV kan vurdere.

For å kunne håndtere denne saken riktig, trengte vi detaljert informasjon – helst skriftlig. Dette fikk vi ikke, men i ettertid burde nok saksbehandleren hos oss forsøkt å skaffe dette direkte fra din arbeidsgiver.

I etterpåklokskapens lys kunne et direkte møte mellom deg og saksbehandler muligens ha gitt klarere og raskere behandling. Vi skal prøve å lære av denne saken.

Lisbeth Normann



Til deg som jobber i helsevesenet

Jeg er en voksen mann, og jeg lider av inkontinens. Selve inkontinensproblemet takler jeg fint i hverdagen. Dette er jo en lite hyggelig plage i seg selv, men det finnes situasjoner hvor man blir påført ekstra lidelse. Det som er spesielt graverende i denne sammenheng, er at det er i møte med helsevesenet man føler seg ekstra utsatt. Jeg håper du tar deg tid til å lese videre, og kanskje til og med bringer temaet med deg der hvor du virker.

Jeg har ved tre anledninger vært innlagt på sykehus i forbindelse med annen sykdom, og kirurgi. Personellet jeg møtte var alle trivelige mennesker, og jeg følte at mine symptomer ble tatt på alvor, når det kommer til innleggelsesårsaken. Det faktum at jeg var inkontinent

hadde jeg opplyst om på forhånd, og trodde derfor at dette ville bli tatt hensyn til. Jeg trodde at personellet på et sykehus, som hanskes med slike problemer daglig, faktisk forsto min situasjon fullt ut. Der tok jeg feil, dessverre.

Som inkontinent er det slik at man har en konstant frykt for at det skal oppstå lekkasje, eller at andre mennesker skal oppdage at man bruker bleie. Diskresjon er vanligvis en selvfølge når det kommer til sykejournal og personopplysninger. Slik trodde jeg også at jeg ville bli behandlet ved mine innleggelses. Jeg vil nå ramse opp noen episoder, bare for å illustrere hvordan det føles fra pasientsiden:

En gang jeg skulle opereres ble jeg plassert på rom sammen med

to andre menn. Jeg fikk øyeblikkelig angst. Hvordan skal jeg klare å holde problemet mitt skjult for dem? Det løste seg brått, da en pleier kom inn med en bunke bleier, og spurte stille om jeg ville ha dem i skapet ved sengen. Ikke nok med at hun eksponerte mitt problem for de andre pasientene og satte meg i absolutt forlegenhet, men bleiene var av den typen som må fikseres med en nettingtruse for å holdes på plass, og slett ikke egnet for en inkontinent mann. Jeg har sjelden følt meg så skamfull som jeg gjorde disse dagene, og jeg gremmes ennå når jeg tenker på dette. Den dag i dag går det to fremmede menn rundt omkring i samme by som meg, og de vet om min innerste hemmelighet, takket være

helsevesenet. Jeg følte, og føler meg, totalt utlevert og eksponert. En annen gang var jeg innlagt for utredning i fem dager. Jeg hadde på forhånd forklart min situasjon, og min tidligere negative opplevelse for avdelingssykepleieren. Hun forsikret meg om at dette skulle gå bra. Det stemte også, til å begynne med. Jeg fikk bo på enerom, og det var en enorm lettelse. Lettelsen gikk etter hvert over til skuffelse, da jeg igjen ble presentert for Tena Comfort, en bleie som ikke er dugende til noen ting. Det er ille nok å måtte bruke bleie, men når man blir tvunget til å bruke et produkt som alltid fører til lekkasje, er selvfølelsen på bønn. Det er kanskje unødvendig å forklare at man føler seg ekstremt liten når man våkner i en våt seng,

A Norspan «Mundipharma»

Analgetikum ved sterke smerter.
ATC-nr.: N02A E01

DEPOTPLASTER 5 µg/time, 10 µg/time og 20 µg/time: Hvert depotplaster inneh.: Buprenorfin 5 mg (6,25 cm²), resp. 10 mg (12,5 cm²) og 20 mg (25 cm²), hjelpestoffer.

Indikasjoner: Behandling av sterke opioidfølsomme smerter, som ikke responderer tilfredsstillende på ikke-opioide analgetika.

Dosering: Påføres hver 7. dag. Ikke egnet til behandling av akutte smerter. **Voksne ≥18 år:** Laveste dose, 5 µg/time, brukes som startdose. Under oppstart og titrering bør pasienter i tillegg bruke de vanlige anbefalte dosene av korttidsvirkende analgetika etter behov. Dosen bør ikke økes før etter 3 dager, når maks. effekt av en gitt dose er oppnådd. Påfølgende doseøkninger kan titreres ut fra behov og respons. Dosen kan økes ved å bruke et større depotplaster eller 2 depotplaster på forskjellige steder. Et nytt depotplaster skal ikke settes på samme sted påfølgende 3-4 uker. Pasienter bør følges grundig for vurdering av optimal dose og behandlingsvarighet. **Nedsatt leverfunksjon:** Pasienter med nedsatt leverfunksjon bør følges godt opp, og ved alvorlig nedsatt leverfunksjon bør alternativ behandling vurderes. Depotplasteret påføres ikke-irritert, intakt hud på yttersiden av overarmen, øvre del av brystkassen, øvre del av ryggen eller siden av brystkassen, og ikke på hudområder med store arr. Påføres et hudområde som er nesten hårfritt eller har relativt lite hår. Hvis ingen er tilgjengelige, skal håret på området klippes med saks, ikke barberes. Påføringsstedet kan vaskes med rent vann. Såpe, alkohol, olje, lotion eller slipemidler må ikke brukes. Huden må være tørr før depotplasteret påføres. Umiddelbart etter at depotplasteret tas ut av den forseglede posen fjernes det beskyttende laget, og depotplasteret presses godt på plass med håndflaten i ca. 30 sekunder, slik at det blir fullstendig kontakt, spesielt rundt kantene. Depotplasteret skal sitte på kontinuerlig i 7 dager. Hvis et depotplaster faller av skal et nytt påføres. Bør ikke brukes lenger enn absolutt nødvendig. Hvis langtids smertebehandling er nødvendig, bør det foretas grundig oppfølging (med opphold i behandlingen ved behov) for å fastslå videre behov. Da den analgetiske effekten vedvarer en viss tid etter fjerning av depotplasteret, bør ikke andre opioider gis før etter 24 timer. Unngå å utsette påføringsstedet med depotplaster for eksterne varmekilder som varmepute, varmeteppe, varmelampe, badstue, varmt bad og oppvarmet vannengd da absorpsjonen av buprenorfin kan øke. Feber kan gi økte plasmakonsentrasjoner av buprenorfin og øke risikoen for opioidreaksjoner.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for buprenorfin eller noen av hjelpestoffene, opioidavhengighet og narkotikaseponering, tilstander hvor respirasjonssenter og -funksjon er betydelig hemmet eller kan bli det, MAO-hemmere siste 2 uker, myasthenia gravis, delirium tremens, graviditet.

Forsiktighetsregler: Brukes med forsiktighet ved krampelidelser, hodeskade, sjokk, nedsatt bevissthet av ukjent årsak, intrakranielle skader eller økt intrakranielt trykk og alvorlig nedsatt leverfunksjon. Signifikant respirasjonshemming har vært forbundet med buprenorfin, spesielt i.v. Anbefales ikke til analgesi i umiddelbar postoperativ periode eller i andre situasjoner med smal terapeutisk indeks eller raskt svingende analgetisk behov. Buprenorfin har mindre avhengighetstendens enn rene agonistanalgetika. Da det er observert euforiske effekter, bør det utvises forsiktighet ved kjent eller mistenkt stoffmisbruk. Kronisk bruk kan gi utvikling av fysisk avhengighet. Ev. abstinensyndrom er vanligvis lett, starter etter 2 dager, kan vare inntil 2 uker og omfatter uro, angst, nervøsitet, søvnløshet, hyperkinesi, skjelving og gastrointestinale plager. Bilkjøring og bruk av maskiner frarådes dersom reaksjonsevnen er påvirket, spesielt ved behandlingsstart, doseøkning og kombinasjon med andre CNS-dempende midler.

Interaksjoner: Må ikke brukes samtidig med eller første 2 uker etter MAO-hemmere. Samtidig bruk av CYP 3A4-hemmere kan gi økt effekt. Samtidig bruk av enzymindusere (f.eks. fenobarbital, karbamazepin, fenytoin, rifampicin) kan gi redusert effekt. Bør brukes forsiktig sammen med benzodiazepiner, som kan forsterke respirasjonshemming med fare for død, andre CNS-dempende midler, som andre opioidderivater (f.eks. morfin, dekstropoxykyfen, kodein, dekstrometorfan, noskapin), visse antidepressiva, sedative H1-reseptorantagonister, alkohol, anxiolytika, antipsykotika, klonidin og beslektede substanser. (I: N02A opioider)

Graviditet/Amning: Overgang i placenta: Skal ikke brukes under graviditet. Overgang i morsmelk: Bør ikke brukes under amning.

Bivirkninger: **Hypypige (>1/100):** Gastrointestinale: Forstoppelse, munntørhet, kvalme, oppkast, buksmerter, diaré, dyspepsi. Hud: Kløe, erytem, utslett, svetting, eksantem. Luftveier: Dyspné. Metabolske: Anoreksi. Neurologiske: Hodepine, svimmelhet, søvnighet, parestesi. Psykiske: Forvirring, depresjon, søvnløshet, nervøsitet, angst. Sirkulatoriske: Vasodilatasjon. Øvrige: Kløe på administreringsstedet, tretthet, asteni, smerter, perifert ødem, reaksjon, erytem og utslett på administreringsstedet, ødem, brystsmerte. **Mindre hypypige:** Neurologiske: Sedasjon, smaksforvrengning. Psykiske: Søvnforstyrrelser, rastløshet. Sirkulatoriske: Sirkulasjonsforstyrrelser (som hypotensjon og i sjeldne tilfeller sirkulasjonssvikt). Urogenitale: Urinretensjon, vannlatingsforstyrrelser. Øvrige: Utmattelse. **Sjeldne (<1/1000):** Gastrointestinale: Pyrosis (halsbrann), brekninger. Hud:

Lokale allergiske reaksjoner med klare tegn på inflammasjon (f.eks. forsinkede allergiske reaksjoner bør behandlingen seponeres), p. ler, vesikler. Hørsel: Øresmerter. Luftveier: Respirasjonshemm hyperventilering, hikke. Neurologiske: Svekket konsentrasjonsevne, nummenhet, balanseproblemer, taleforstyrrelser, muskelfasci lasjon. Psykiske: Psykoselignende effekter (f.eks. hallusinasjo angst, mareritt), nedsatt libido, avhengighet, humørsvingning. Sirkulatoriske: Hetetokter. Syn: Synsforstyrrelser, tåkesyn, øyelok dem, miøse. Urogenitale: Redusert ereksjon. Øvrige: Alvorlige al giske reaksjoner, abstinenssymptomer.

Overdosering/Forgiftning: Symptomer: Respirasjonshemming, se sjon, døsighet, kvalme, oppkast, sirkulasjonssvikt, uttalt mi **Behandling:** Fjern ev. plastre, oppretthold respirasjon, kroppstem ratur og væskebalanse. Oksygen, vasopressorer, andre symptomati tiltak og nalokson 5-12 mg i.v. ved behov.

Egenskaper: Klassifisering: Opioidanalgetikum. **Virkningsmekanisi** Sentral smertestillende effekt. Partiell opioidagonist på my-resepti samt antagonist på kappa-reseptorer. Hvert depotplaster avgir bu nforfin i fast mengde i inntil 7 dager. «Steady state»-konsentras oppnås under første påføring. Etter fjerning av depotplasteret f buprenorfinkonsentrasjonen med ca. 50% i løpet av 12 timer (10 timer). **Absorpsjon:** Buprenorfin fra depotplasteret diffunderer gj nom huden. Biotilgjengelighet ca. 15%. **Proteinbinding:** Ca. 9% Etter i.v. administrering utskilles buprenorfin og dets metabolitt gallen, og distribueres i løpet av minutter til cerebrospinalvæsk hvor konsentrasjonen synes å være ca. 15-25% av tilsv. plasmak sentrasjon. **Metabolisme:** Levermetabolisme, via CYP 3A4- og 1A1/1A3-enzymen. Aktiv metabolitt: Norbuprenorfin. **Utskille** Galle- og nyreutskillelse.

Andre opplysninger: Brukte depotplaster brettes sammen med klebende laget innover og kastes forsvarlig og utlilgjengelig for ba

Pakninger og priser:
5 µg/time: 4 stk. kr 272,70
10 µg/time: 4 stk. kr 459,40
20 µg/time: 4 stk. kr 797,30

Refusjon: Se Refusjonslisten, N02A E01. For kroniske sterke sme må det søkes om individuell refusjon etter § 3a, benytt skjema I 05-14.09. For palliativ behandling i livets sluttfase, f.eks. kreftmei gjelder § 2, refusjonskode 90.

April 2008



Mundipharma AS
Vollsveien 13 C
1366 Lysaker
Telefon: 67 51 89 i
Telefaks: 67 51 89 i
www.mundipharma.r

eller oppdager at man er våt gjennom klærne mens man er på farten mellom leger og undersøkelser inne på sykehuset. Man må da be om ny bleie, og nytt skift. Dette kunne lett vært unngått, om sykehusene hadde hatt skikkelige produkter (Molicare Super Plus eller Abri-form X-plus til nattbruk f. eks). Stort bedre ble det ikke da jeg en dag kom inn på rommet og så en ung jente stå der med maten min. Hun var åpenbart ansatt ved kjøkkenavdelingen eller liknende, for hun var temmelig rød i fjeset av synet hun møtte på rommet mitt: Noen hadde vært innom med ny bleieforsyning mens jeg var på røntgen, og denne lå midt på sengen min. Jeg ble selvsagt minst like flau som jenta, uten at det er noen trøst. Videre opplevde jeg at pleierne kom bærende med bleier og annet utstyr, helt åpenlyst for pasienter og besøkende ute på gangen. «Alle» skjønnte selvsagt hvem utstyret var til, da det var et enkeltrom. Det var også ganske uhøvelig at søppelposene var gjennomslitt, for søpla ble båret ut på gangen, fullt synlig den med. Det var også temmelig nedverdiggende da jeg en dag fikk besøk av en lege som ville undersøke bevegeligheten

i ryggen min. I og for seg er jo ikke dette noe problem, men saken var den at jeg lå og hvilte da legen kom. Jeg ble bedt om å komme ut på gulvet, hvorpå jeg repliserte at jeg kun var iført bleie og nettingtruse, og gjerne ville skifte/kle meg. Dette ble avvist som unødvendig, og dermed ble jeg stående der og utføre «bøy og tøy»-øvelser iført en meget synlig og fuktig bleie. Dette var nedverdiggende, og slett ikke nødvendig. Jeg vet at en lege nok har sett slikt før, men jeg er ikke vant til slik eksponering av intime problemer.

Tredje tilfellet var når jeg skulle få utført dagkirurgi på et kranglete kne. Som «vanlig» hadde jeg sett meg nødt til å kontakte sykehuset på forhånd, og ble igjen forsikret om at jeg nok skulle bli tatt vare på. Ved ankomst fikk jeg utdelt en blå sykehuspyjamas, og mine egne klær ble låst inne. Jeg registrerte at garderoben var felles for flere pasienter, men jeg fikk være der alene, så det var greit. Verre var det at klærne jeg fikk utdelt, nærmest framhevet bleien min, i alle fall så lenge jeg stod, og likeså når jeg måtte gå til rommet hvor jeg skulle ha en samtale og få smertestillende m.m. I samme rommet satt en an-

nen pasient, og han hørte selvsagt alt vi snakket om. Dette kunne nok gått greit, men når jeg plutselig får spørsmål om jeg skifter bleie selv, eller trenger hjelp, har jeg mest av alt lyst til å dø. Tenk å være så tankeløs! Etter operasjonen våkner jeg i en stressless-lignende stol, og litt etter litt oppdager jeg at jeg ligger på en kladd for å forhindre søl i stolen, dessverre veldig synlig for de andre pasientene i samme rom. Jeg så også at kanten på bleien min stakk frem i bukselinningen, og slik hadde jeg sikkert ligget en stund, og kanskje også blitt fraktet i korridorene. Når jeg skulle skysses ut, var det klart for ny bleie, og jeg fikk derfor gjøre dette på et handikaptalett. En pleier hentet også klærne mine, slik at jeg slapp å skifte i garderoben, som nå var full av andre menn på vei inn og ut. Dette er jeg takknemlig for, men det var noe jeg selv måtte mase meg fram til.

Som nevnt har jeg hørt om flere med lignende opplevelser, og dermed er det lett å tro at det faktisk gjelder de fleste med inkontinensproblemer. Jeg har et inderlig ønske om at vi som har dette problemet kan bli tatt vare på på en slik måte at vår sykdom/lidelse ikke blir blott-

lagt for alle og enhver. Slik jeg ser det har helsevesenet ansvar for å sørge for at slike hensyn blir tatt. Enerom er selvsagt det aller beste, men i nødstilfeller kan det være litt beroligende om man plasseres sammen med andre inkontinente, eller at personellet er 110 prosent oppmerksomme, slik at pinlige situasjoner unngås. Jeg håper dette ikke virker flåsete, men de fleste kvinner har jo sin helt naturlige månedlige periode, og jeg er temmelig sikker på at selv en så naturlig hendelse er noe man ikke vil skal eksponeres for uvedkommende?

Jeg håper virkelig at du som leser dette, tar denne henvendelsen med deg videre i ditt arbeid. Det er kanskje den mest tabubelagte lidelsen vi er kjent med, og vi som er berørt vil ikke at andre skal vite. Personlig har jeg reell angst for å igjen måtte legges inn på sykehus, og det skyldes ene og alene mine negative erfaringer. Jeg håper at det snart, kanskje allerede i morgen, skjer en holdningsendring i norsk helsevesen. Inkontinente pasienter har også krav på diskresjon.

Hilsen anonym pasient

Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie

Ida Torunn Bjørk og Marit Solhaug

Boken handler om å gjennomføre fagutviklings- og forskningsprosjekter i sykepleiepraksis. Den beskriver og reflekterer over praktiske og intellektuelle utfordringer som sykepleiere møter når de initierer og gjennomfører prosjekter. Kapitlene er bygd opp rundt de ulike trinnene i arbeidsprosessen med prosjektarbeid. Hvert trinn blir belyst og begrunnet. To fagutviklingsprosjekter og ett forskningsprosjekt er benyttet som gjennomgående eksempelprosjekter i boka.

Boka er tenkt som en støtte i arbeidet med å gjennomføre både små og store prosjekter i en klinisk hverdag og egner seg både for sykepleierstudenter og sykepleiere i praksis.

 Akribe

Les mer og bestill boken på: www.akribe.no



ISBN 978-82-7950-123-7

Pris kr. 350,- 206 sider

Quiz Er du en kompetent sykepleier ?

Ta vår aktuelle og nådeløse kunnskapsquiz.
tekst **Nina Hernæs**



1 Hva betyr resistens?

- A: Reaksjon
- B: Motstand
- C: Avvikende

2 Hvor i kroppen er ertebeinet?

- A: I magen
- B: I hodet
- C: I hånden

3 Et annet ord for lepra?

- A: Leppespalte
- B: Spedalskhet
- C: Hundegalskap

4 Hva er tinea pedis?

- A: Frosne tær
- B: Tinningben
- C: Fotsopp

5 Hva er nocisepsjon?

- A: Samlebegrep for nerveaktivitet
- B: Smertesans ved vevsskade
- C: Å gjøre tanke til handling

6 Hvilket vitamin bedrer oppsuging av jern fra tarmen?

- A: A-vitamin
- B: C-vitamin
- C: E-vitamin

7 Og hvilket vitamin bedrer oppsuging av kalsium?

- A: D-vitamin
- B: K-vitamin
- C: Alle vitaminer

8 Hva er nokturnal tumescens?

- A: Ereksjon i søvne
- B: Nattesvette
- C: Nattevandring

9 Hva er ganglionitt?

- A: Betennelse i øregangene
- B: Betennelse i ganen
- C: Betennelse i nerveknute

10 Hvor mange pasientombud er det i Norge?

- A: 1
- B: 18
- C: 19

😊 **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.)



HAPPY FEET: Kan disse få tinea pedis? Foto: Colourbox

C Daivobet® LEO

Middel mot psoriasis.

ATC-nr.: D05A X52

T SALVE: 1 g inneh.: Calcipotriol 50 µg, betametasondipropionat tilsv. betameton 0,5 mg, flytende parafin, polyoksypropylen-15-stearyleter, a-tokoferol, hvit vaselin til 1 g. **Indikasjoner:** Behandling av stabil plaque psoriasis vulgaris egnet for lokal terapi. **Dosering:** Påsmøres det affiserte område 1 gang daglig. Den anbefalte behandlingsperiode er 4 uker. Etter denne periode kan gjentatt behandling med Daivobet initieres etter legens anbefaling. Maks. daglig dose 15 gram, maks. ukentlig dose 100 gram. Behandlet område skal ikke være mer enn 30% av kroppens overflate. Anbefales ikke til barn eller ungdom <18 år. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Pga. innholdet av kortikosteroid er preparatet kontraindisert hos pasienter med forstyrrelser i kalsiumstoffskiftet. Pga. av innholdet av calcipotriol er preparatet kontraindisert ved viruslesjoner i huden (f.eks. herpes eller varicella), sopp- eller bakterieinfeksjoner i huden, infeksjoner forårsaket av parasitter, hudmanifestasjoner i forbindelse med tuberkulose eller syfilis, rosacea, perioral dermatitt, akne vulgaris, atrofisk hud, atrofisk striae, skjørhet av hudvener, iktyose, akne rosacea, hudskår/-skader, perianal og genital kløe. Ved guttat, erytrodermik, ekfoliativ og pustuløs psoriasis. Ved alvorlig nyreinsuffisiens eller alvorlig leversykdom. **Forsiktighetsregler:** Unngå applikasjon og utslisikket overføring til hodebunn, ansikt, munn og øyne. Hendene må vaskes etter hver påsmøring. Samtidig behandling med andre steroider må unngås. Hemmet binyrebarkfunksjon eller innvirkning på den metabolske kontroll av diabetes mellitus kan forekomme pga. systemisk absorpsjon. Applikasjon på store områder av skadet hud, under okklusjon, på slimhinner eller i hudfoder bør unngås, da det øker det systemiske opptak av kortikosteroider. Huden i ansiktet og genitalia er svært følsom for kortikosteroider. Langtidsbehandling av disse kroppsdeler bør unngås. Disse områdene bør behandles med svakere steroider. Når lesjonene blir sekundærinfisert bør antimikrobiell behandling gis. Behandlingen med kortikosteroider bør stoppes om infeksjonen forverres. Når en behandler psoriasis med topiske kortikosteroider kan det være en risiko for utvikling av den pustulose form eller «rebound»-effekt ved seponering. Det er økt risiko for lokale og systemiske kortikosteroidbivirkninger ved langtidsbehandling. Behandlingen bør seponeres hvis bivirkninger oppstår som følge av lang tids bruk av kortikosteroider. Det er ingen erfaring med bruk av produktet i hodebunnen. Det er ingen erfaring med samtidig bruk av andre psoriasismidler gitt lokalt eller systemisk, eller samtidig bruk av fototerapi. **Graviditet/Amning:** Overgang i placenta: Det foreligger ingen data for bruk til gravide. Bør derfor kun brukes under graviditet der fordelene synes større enn risikoen. Overgang i morsmelk: Betameton går over, men risiko for barnet synes lite sannsynlig ved terapeutiske doser. Det foreligger ingen data på overgang av calcipotriol i melk. Forsiktighet bør utvises ved forskrivning til ammende. Skal ikke smøres på brystene ved amning. **Bivirkninger:** Hyppige (>1/100): Hud: Kløe, utslett, sviende følelse i huden. Mindre hyppige: Hud: Smarter i huden eller irritasjon, dermatitt, erytem, forverring av psoriasis, follikulitt, pigmentforandringer i huden på applikasjonsstedet. Sjeldne (<1/1000): Hud: Pustuløs psoriasis. Calcipotriol: Rapporterte bivirkninger omfatter lokale reaksjoner, kløe, hudirritasjon, en sviende og stikkende følelse, tørr hud, erytem, utslett, dermatitt, eksem, forverring av psoriasis, fotosensitivitet og overfølsomhetsreaksjoner inkl. meget sjeldne tilfeller av angioødem og anksitødemed. Systemiske effekter ved lokalbehandling kan i meget sjeldne tilfeller forårsake hyperkalsemi eller hyperkalsiuri. Betameton: Lokale reaksjoner kan innre, særlig ved langvarig anvendelse, inkl. hudatrofi, teleangiectasi, striae, follikulitt, hypertrikose, perioral dermatitt, allergisk kontaktdermatitt, pigmentering og koloid milia. Ved behandling av psoriasis er det en risiko for utvikling av den pustulose form. Systemeffekter ved lokalbehandling av kortikosteroider er sjelden hos voksne, men de kan være alvorlige. Adrenokortikal suppresjon, katarakt, infeksjoner og økt intraokulært trykk kan forekomme, særlig ved langtidsbehandling. Systemeffekter sees oftere ved okklusjonsbehandling (plast, hudfoder), ved påsmøring av store områder og ved langtidsbruk. **Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Bruk av mer enn anbefalt dose kan føre til forhøyet serumkalsium, som faller raskt når behandlingen seponeres. Overdreven langvarig bruk av topiske kortikosteroider kan hemme binyrebarkfunksjonen og gi sekundær adrenal insuffisiens, som normalt er reversibel. Behandling: Adrenal insuffisiens behandles symptomatisk. Ved kronisk toksisitet skal preparatet seponeres gradvis. Oppbevaring og holdbarhet: Åpnet tube må brukes innen 12 måneder. Pakninger og priser: 30 g kr 273,10, 60 g kr 474,80, 120 g kr 915,20

Refusjon: Refusjonsberettiget bruk: Initial behandling av stabil psoriasis vulgaris egnet for lokal terapi.
Refusjonskode: ICPC: S91 Psoriasis (25), ICD: L40 Psoriasis (25). Vilkår 25: For et eksem anses å være langvarig i denne sammenheng, må den samlede varighet ha overskredet tre måneder.

Sist endret: 07.10.2008

Svar: 1B Motstand, 2C I hånden, 3B Spedalskhet, 4C Fotsopp, 5B Smertesans ved vevsskade, 6B C-vitamin, 7A D-vitamin, 7A D-vitamin, 7A D-vitamin, 8A Ereksjon i søvne, 9C Betennelse i nerveknute, 10B 18

Et provisorisk sykehus under bygging i Alta i 1946.
Røde Kors' flagg vaier på taket.



«Vel møtt til arbeid!»

Finnmark ble spesielt hardt rammet under hele 2. verdenskrig. Og da tyskerne høsten 1944 trakk seg tilbake inn i Norge etter hvert som russerne vant terrenget, iverksatte de samtidig «den brente jords taktikk». Det innebar at alt som kunne være til nytte for fienden, det ville si russerne, skulle ødelegges. Både hus og matforsyninger skulle brennes.

Før krigen var det i alt 636 sykehussenger i Finnmark, fordelt på fire sykehus: Hammerfest, Vardø, Vadsø og Kirkenes. I tillegg fantes det flere aldershjem, barnehjem, tuberkulosehjem og sykestuer rundt i flere kommuner i fylket.

Alle institusjonene bortsett fra to tuberkulosehjem ble brent ned under evakueringen.

Finnmark og Nord-Troms var katastrofeområder etter krigen. De materielle ødeleggelsene var enorme, i flere områder totale (Åshild Fause og Anne Micaelsen: «Et fag i kamp for livet»).

I slutten av oktober 1944 kom ordre om tvangsevakuering av hele befolkningen i Finnmark. De friskeste pasientene ble utskrevet fra sykehusene. De øvrige fikk tildelt plass i skøyter og ble fraktet bort sammen med den øvrige befolkningen. Ingrid Wyller siterer (i «Sykepleiens historie i Norge»)

et brev fra en av søstrene som illustrerer den håpløse situasjonen: «Forleden morgen kl. 4 finner vi 58 gamle fra Honningsvåg, hvorav ca. 20 sengeliggende, i alderen omkring 90 år. De lå tett i tett på gulvet i et lasterom.»

Sykepleierne fikk en naturlig plass i gjenreisningen av Finnmark etter krigen. I helsestellet var det store utfordringer og søstrene oppfordret hverandre til innsats: «Det blir bruk for alle positive krefter. La oss stille oss til tjeneste og ta fatt i dag! Vel møtt til arbeid!» skrev seinere formann i Norsk Sykepleierforbund Aagot Lindstrøm (1955-61) i Sykepleien i 1945.

En av dem som dro nordover var sykepleier Johanna Hermansen. I boken «Kall og kamp» forteller hun om sitt møte med landsdelen sommeren 1946: «Da jeg kom til Mehamn (syntes jeg) at dette var noe av det tristeste jeg hadde sett. Det var ikke et eneste ferdig hus, det var bare brakker.» Sykestua i Mehamn manglet elektrisitet: «Vi fyrte i ovnen, det kom kullbåt og leverte, vi måtte også ha ved, den sanket vi i fjæra.» Petromaxlamper skaffet lys, klærne måtte vaskes ute og ble tørket på fiskehjeller.»



Gravide sykepleiere **diskrimineres**

Du forteller arbeidsgiver at du er i «lykkelige omstendigheter» – og vips, der var du ikke aktuell for drømmejobben du allerede hadde fått inntrykk av var din.

Om det ikke er drømmejobben som glipper, kan for eksempel vikariatet du har hatt i årevis plutselig ikke blir fornyet. De utfordrende oppgavene stikker kolleger av med, og faglige kurs er det vanskelig å få plass på. Når den voksende magen kommer i veien for arbeidet, må du sykmeldes fordi arbeidsgiver ikke kan tilrettelegge arbeidet ditt. Dette kan være brudd på likestillingsloven.

– Vær selektiv med når du velger å fortelle arbeidsgiver at du er gravid. Du er ikke forpliktet til å fortelle det så fort barnet er unnfanget. Altfor mange har erfart at å være for åpen for tidlig ikke lønner seg. Tommelfingerregelen er at man ikke skal stilles dårligere som gravid enn man ellers ville vært, sier advokat Else Leona McClimans, som har lang erfaring med diskrimineringsaker.

I høst har hun lært opp NSF's tillitsvalgte til å håndtere diskriminering av gravide på NSF's temakurs om likestilling og likelønn. Mye tyder på at dette er et svært aktuelt tema for sykepleiere. Rådgiver Unn Viken ved NSF's Rådgivningstjeneste forteller at de mottar mange henvendelser om dette. Det kan dreie seg om unge og nyutdannede som ikke får fast stilling, men går i vikariat i flere år, eller deltidsansatte som «fyller på» med vikariat. I tillegg til økonomiske konsekvenser for den som rammes av diskrimineringen, kan kravet til sammenhengende tjeneste for å oppnå rettigheter som fast ansatt brytes.

Brudd på likestillingsloven

Rådgiver Viken tror mange arbeidsgivere ikke er klar over at de kanskje bryter likestillingsloven.

– Et eksempel er at ansatte i

foreldrepermisjon ikke kommer i betraktning ved tilsetning eller fornyelse av vikariat. De fratas også muligheten til å gjøre krav på fortrinnsretten. Slik forskjellsbehandling er i strid med likestillingsloven, påpeker McClimans.

Rettsapparatet har ved flere anledninger slått hardt ned på slik diskriminering. Også EU har praktisert en streng fortolkning av gravidens og nybakte foreldres rett til likebehandling.

– Det er ikke akseptabelt at sykepleiere skal stilles dårligere når de får barn. NSF's tillitsvalgte må sørge for å få fjernet personalpolitiske retningslinjer som er i strid med likestillingsloven, sier forbundsleder Lisbeth Normann.

Hun ber tillitsvalgte være særlig oppmerksomme på bruken av midlertidige tilsetninger/vikariat:

– Det er strenge vilkår for å bruke midlertidighet, og her tror jeg det syndes mye. Det er heller ikke slik at du kan gå i slike stillinger i årevis. Etter fire år sammenhengende ansettelse får man rettigheter som fast ansatt.

Magnet – fremtidens sykehus

Kvalitet i helsetjenesten forutsetter kontinuerlig fokus på kvalitetsforbedring og systemer som understøtter dette. Forskning gjort de siste 20 årene peker på at kompetent sykepleiepraksis har avgjørende betydning for pasientresultater, arbeidstilfredshet og gir bedre effektivitet og utnyttelse av ressursene. Norsk Sykepleierforbund (NSF) er opptatt av virkemidler for kvalitet

Økende problem

Antallet gravide som henvender seg til Likestillings- og diskrimineringsombudet øker kraftig. Mens Ombudet på 1990-tallet mottok om lag ti henvendelser i året, ble det i 2007 gitt veiledning i 349 saker. En fersk rapport fra Arbeidsforskningsinstituttet (AFI) – «Erfaringer med og konsekvenser av graviditet og uttak av foreldrepermisjon i norsk

arbeidsliv» – viser at graviditet og permisjon oppfattes som symboler på redusert jobbedikasjon og blir opptakten til en negativ karrierespiral. Fedre som ønsker å bruke sine rettigheter, opplever de samme negative sanksjoner som mødre.

– Vi oppfordrer sykepleiere som opplever diskriminering å ta kontakt med tillitsvalgte på arbeidsplassen, avslutter Lisbeth Normann.

Likestillingsloven §3 (generalklausulen)

Direkte eller indirekte forskjellsbehandling av kvinner og menn er ikke tillatt.

Med direkte forskjellsbehandling menes handlinger som:

1. stiller kvinner og menn ulikt fordi de er av forskjellig kjønn,
2. setter en kvinne i en dårligere stilling enn hun ellers ville ha vært på grunn av graviditet eller fødsel, eller setter en kvinne eller en mann i en dårligere stilling enn vedkommende ellers ville ha vært på grunn av utnyttelse av permisjonsrettigheter som er forbeholdt det ene kjønn.

Med indirekte forskjellsbehandling menes enhver tilsynelatende kjønnsnøytral handling som faktisk virker slik at det ene kjønn stilles dårligere enn det annet.

og pasientsikkerhet, og mener det er mye kunnskap og viktige erfaringer å hente fra det USA-baserte godkjenning-/sertifiseringsprogrammet Magnet Recognition Program. Her er vilkårene for kvalitet i sykepleiepraksis satt i fokus. Senteret som godkjenner sykehus og andre virksomheter, i henhold til faglige kriterier og organisatoriske standarder, er en underavdeling av American Nurses

Association. I oktober 2008 var det ni norske sykepleiere blant de over 5000 deltakere på senterets 12. nasjonale konferanse. Konferansen hadde som mål å stimulere til utvikling av en gullstandard for sykepleiepraksis, -ledelse og -forskning.

Nytt av året var lanseringen av et revidert rammeverk for godkjenningsordningen med følgende hovedområder: 1) Lederskap; fokus

Tvangsbruken må ned

Norge blir sett på som et verstingland i Europa når det gjelder tvangsbruk overfor psykisk syke.

Tilgjengelig statistikk viser at tvangsinnleggelse og bruk av tvangsmidler har vært stabilt høy over lang tid. Det er derimot store forskjeller i tvangsbruk mellom sykehus og fylker som ikke kan forklares utover ulike «faglige vurderinger».

Norsk Sykepleierforbund (NSF) mener at tvangsbruken innen psykisk helsevern må reduseres. Mye tyder på at det er dags med nasjonale retningslinjer som kan begrense bruken av tvang.

Respekt for pasientens autonomi og menneskerettigheter er grunnleggende prinsipper i helseretten, både innenfor somatisk så vel som psykisk helsevern. I Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999- 2008 var et uttalt mål å ha «mest mulig frivillighet i behandlingen». Det levner liten tvil om at vi fremdeles har en lang vei å gå.

Ikke ofte

Spørsmålet mange stiller seg er når det er faglig og juridisk legitimt å bruke tvang. Svaret må være ikke særlig ofte. Våre yrkesetiske retningslinjer sier at «Sykepleieren skal ivareta den enkelte pasients integritet, herunder retten til helhetlig omsorg, retten til å være medbesluttende og

retten til ikke å bli krenket.» Grunnlaget for all sykepleie er respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Dette bør være en god rettesnor.

Imidlertid vet vi at alvorlig psykisk helsesvikt hos et menneske kan føre til situasjoner hvor eget eller andres liv står i fare. I slike situasjoner kan bruk av tvang ved innleggelse og i behandling være uunngåelig. Ikke minst er dette åpenbart i de senere saker hvor sterkt forvirrede mennesker har stukket ned tilfeldige personer med kniv på åpen gate. Samfunnet har både rett og plikt til å beskytte andre samfunnsborgere og den psykiske syke mot seg selv. Når pasienten «utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse», kan (og bør) tvang brukes ifølge Psykisk helsevernlov. Dette støtter NSF.

Men av de mellom 8000 – 10 000 menneskene som årlig blir tvangsinnlagt i Norge, er det de færreste som utgjør en fare for andre mennesker. Som regel dreier det seg om en alvorlig psykisk helsesvikt som medfører så stor bekymring hos den nære familien, på arbeidsplassen og hos fagfolk, at en innleggelse synes nødvendig uavhengig av om pasienten selv er enig i dette. Psykisk helsevernlovens § 3-3 åpner for bruk av tvang når pasienten «får sin utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring i betydelig grad redusert eller at vedkommende i meget nær fremtid får sin tilstand

vesentlig forverret». Dette er det såkalte «behandlingskriteriet» som flere brukerorganisasjoner er svært kritisk til. Det er derfor bra at myndighetene nå ønsker å se nærmere på bruken av denne paragrafen.

Tiltaksplan

Myndighetene har satt i gang en rekke tiltak og prosjekter for å redusere tvangsbruken i psykisk helsevern. Blant annet har Helse- og omsorgsdirektoratet utarbeidet en tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern med hovedmålsettinger om 1) Økt frivillighet, 2) Kvalitetssikret bruk av tvang, 3) Økt kunnskap og 4) Bedre dokumentasjon av tvangsbruk. Dette synes NSF er bra.

NSF skal i løpet av høsten ferdigstille en strategisk plan for psykisk helsearbeid og rus. Strategien vil blant annet omhandle bruk av tvang og ha fokus på menneskerettighetene. NSF's landsgruppe av psykiatriske sykepleiere arbeider med å utvikle og fremme bruk av alternativer til tvang. I forbindelse med årets statsbudsjett har NSF bedt om at det utarbeides nasjonale faglige retningslinjer for bruk av tvang. En godt utbygd kommunehelsetjeneste med kompetente fagfolk, tilrettelagte boliger, oppsøkende helsetjenester og en lavterskel tilbud på pasientens premisser, er viktige suksesskriteriene for å få ned tvangsbruken til et minimum i Norge.

på visjoner, verdier, klinisk kunnskap og fagekspertise. 2) Organisasjonssystemer; strukturer og prosesser som legger til rette for innovasjon, miljø, organisering, politikk, strategi, planer og program. 3) Profesjonell sykepleiepraksis; ansvar og rolleforståelse, teamarbeid og samarbeid med kommunehelsetjenesten. 4) Anvendelse av ny kunnskap og kvalitetsforbedring; nytenkning med fokus på profesjons-

etik, tilrettelegge for kunnskapsbasert praksis og forskning, og 5) Dokumenterbare pasientresultater. For å oppnå akkreditering kreves det dokumentasjon i forhold til 88 definerede kriterier innen disse hovedområdene. Dette inkluderer kvantitative og kvalitative pasientresultater, medarbeidertilfredshet (arbeidsmiljøundersøkelser, kompetansesammenstilling, turnover, ledelse osv.),

vilkår for ledelse av sykepleietjenesten på virksomhetsnivå, samt kriterier i forhold til samhandling. Mange av kriteriene og elementene i denne godkjenningsordningen er bygget på robust forskning og har stor relevans også for norske forhold. NSF jobber for å utvikle et tilsvarende system i Norge.

På Norsk Sykepleierforbunds egen nettside finner du saker NSF og sykepleierne er engasjert i. Gå inn på www.sykepleierforbundet.no/ sistenytt og les mer.

Pasientsikkerhet og kvalitet
Norsk Sykepleierforbund (NSF) ser med bekymring på manglende kontinuitet og samhandling i helsetjenesten. Helsetilsynets tilsynsmelding for 2007 påpeker at dette er en av de største truslene mot pasientsikkerhet og kvalitet i helsetjenesten. Det må etableres systemer som fremmer samhandling og kontinuitet.

Helse- og omsorgstjenesten i kommunene

90 prosent av helsetilbudet ytes i kommunene. For å sørge for effektive og sammenhengende helsetjenester må kommunesektoren styrkes betydelig. Med de store utfordringene den kommunale helsetjenesten står overfor, ser vi med bekymring på hvorvidt man klarer å rekruttere tilstrekkelig antall sykepleiere. Skal Norge lykkes med utfordringene, må det satses betydelig mer på forebyggende og helsefremmende tiltak.

Behandling av rusmiddelavhengige

Norsk Sykepleierforbund (NSF) mener at opptrappingsplanen for rusmiddelavhengige er et skritt i riktig retning. Målene og intensjonene i opptrappingsplanen har et godt folkehelseperspektiv, fokuserer på kompetanse, fokuserer på kvalitet og samhandling i tjenestene og har et sterkt pasientperspektiv. For å nå målene som er satt mener vi at perioden bør forlenges til å gjelde ut 2012.

Hovedstadsprosessen

NSF (Norsk Sykepleierforbund) støtter hovedtrekkene i høringsnotatet om Hovedstadsprosessen. NSF anbefaler modell 1 i sitt hørings svar for organisering i Sykehusområde Sentrum. Om styring generelt i sykehusområdene mener NSF at det bør tas utgangspunkt i å etablere ett helseforetak i hvert sykehusområde.

Forbundsleder Lisbeth Normann

Stilling: Forbundsleder i NSF

E-post: lisbeth.normann@sykepleierforbundet.no



Meld deg inn i en faggruppe!

NSF tar fagutvikling på alvor. Av den grunn har vi blant annet 32 ulike faggrupper som en del av vårt faglige medlemstilbud.

Faggruppemedlemmene har mye spesialisert kompetanse som både brukes innad i den enkelte faggruppe, så vel som på tvers av organisasjonen. Ved hjelp av faggruppene er NSF bedre rustet til å nå overordnede målsettinger, spesielt innen fag, utdanning og helsepolitikk.

De eldste faggruppene ble etablert allerede på 1950- og 1960-tallet. Andre er kommet til i løpet av de siste tiårene. Initiativet til og arbeidet i

faggruppene er basert på frivillig dugnadsarbeid. Medlemstallet i den enkelte faggruppe varierer fra 100 til 2 600 sykepleiere. Av alle NSF's 88 000 medlemmer, er cirka en fjerdedel medlem i en eller flere faggrupper. Vi håper på enda flere i årene som kommer.

Arbeidet i faggruppene er viktig for å videreutvikle og formidle fag, erfaring og forskning. I tillegg til å få faglige oppdateringer på møter og

i medlemsblader, kan medlemmene delta på relevante fagkonferanser flere ganger årlig. Mange faggrupper har også egne stipendordninger som tilbys medlemmene. Dette er et betydelig supplement til NSF's sentrale stipendordninger.

Faggruppelederne møtes regelmessig i Sentralt Fagforum for å styrke sykepleienettverket, koordineringen og informasjonsutvekslingen. Sentralt fagforum har en leder i heltidsverv, Maria Tjønnford, som er valgt for hele landsmøteperioden, og som jobber tett med forbundsledelsen. Dette bidrar til å skape kontinuitet for faggruppene og sikrer at kompetansen blir benyttet på alle nivåer i organisasjonen.

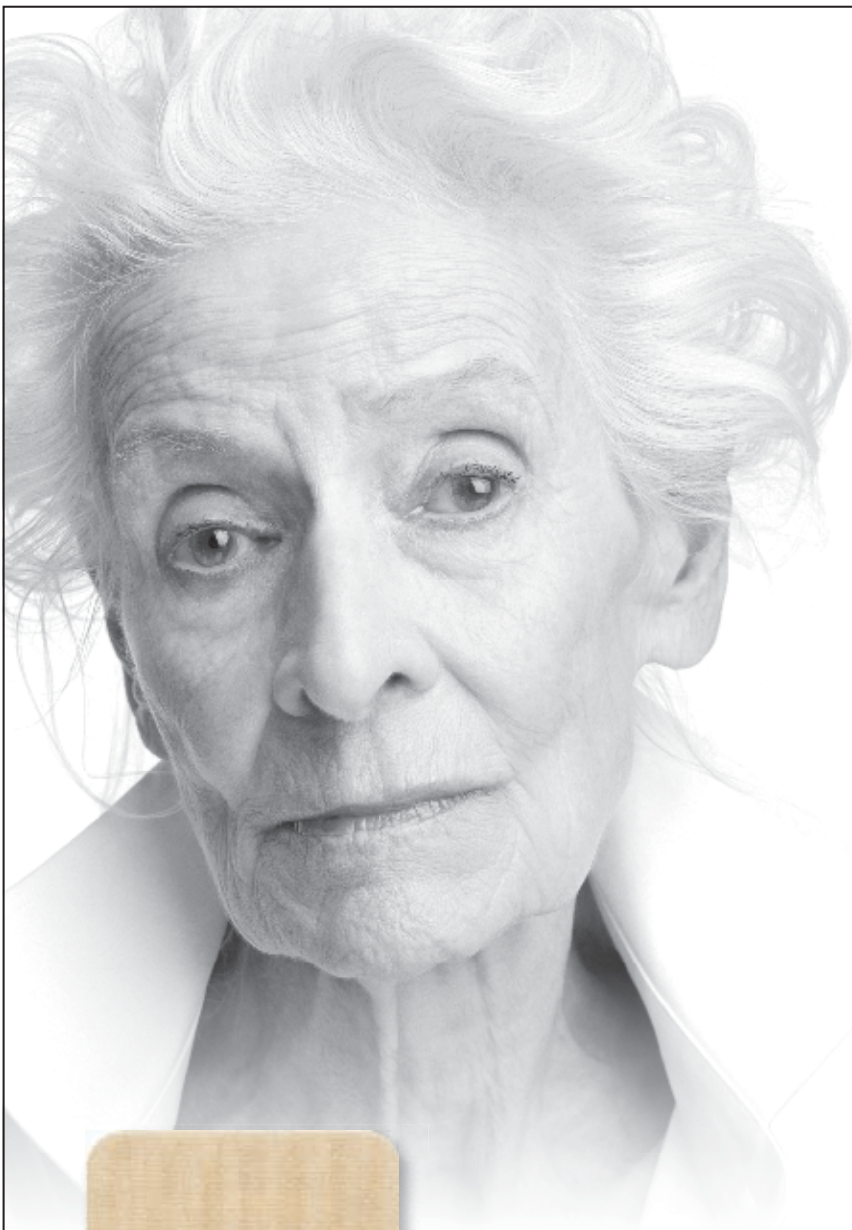
Nesten alle fagfeltene har en videreutdanning. I tillegg utvikles mastergrader i fagspesialiteter hvor det ikke finnes fra før. Å arbeide kunnskapsbasert er en del av vår yrkesprofesjon og sørger for en spisskompetanse helsevesenet ikke kan være foruten. Faggruppene innehar en bred faglig kompetanse av stor verdi knyttet til de helsemessige utfordringer vi står overfor, og det politiske arbeidet vi er satt til å gjøre i denne landsmøteperioden.

Det er behov for nytenkning innen helsetjenesten for å bruke kompetansen vår mer hensiktsmessig til beste for pasienten. Utvikling i sykepleiefaget er i det henseende helt nødvendig. Jeg vil derfor oppfordre deg til å melde deg inn i en faggruppe. Ved å engasjere deg får du økt innflytelse på NSF's samfunns-, interesse- og fagpolitikk. Faggruppene trenger din kompetanse!



Foto: Colourbox

VIKTIG: Arbeidet i faggruppene er viktig for å videreutvikle og formidle fag, erfaring og forskning, skriver Normann.



1-2 tabletter
hver sjette time ...



... det blir inntil
56 tabletter i uken!



ETT NORSPAN® PLASTER GIR 7 DØGNS SMERTELINDRING

Når ikke-opioide analgetika som f.eks. paracetamol eller NSAIDs ikke gir tilstrekkelig effekt

- 7-døgns smertepaster: Skiftes kun én gang i uken
- 3 lave styrker: 5,10,20 µg/t
- Til artrose, osteoporose-smerter eller andre langvarige opioidfølsomme sterke smerter
- Enkel behandling: Start alltid med Norspan 5 µg/t

Norspan®
Buprenorfin
7-døgns smertepaster

Norspan® er et sterkt opioid mot sterke smerter.

Se preparatomtale side 84



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

NYHET!

Alzheimers sykdom:*

Ny tablettstyrke og praktisk dosering



STARTPAKKE

– Enkel titrering fra 5 mg til 20 mg med én tablett om dagen!

FOR PRODUKTBRØSJYRE, RING 91 300 800.



H. Lundbeck A/S
Strandveien 15
Postboks 361
1326 Lysaker
Tel.: 91 300 800
Fax: 67 53 77 07
www.lundbeck.no

www.ebixa.com

Ebixa[®]
memantin

*Godkjent for moderat til alvorlig grad av Alzheimers sykdom.

Se preparatomtale side 80