

I utrygge hender?

Jordmødrene har fått hard medfart. Helsetilsynet og mediene påpeker svikt i rutinene. Yrkesgruppen tar kritikken alvorlig, men savner nyansene når avisene slår opp enkeltsaker.

TEMA side 20-26

Trønder-ran i Ålesund side 10

Sykepleiere og homeopati side 36

– Menn ikke akseptert på sengeposten side 46

Ingen Ali-sak i Lødingen side 78



10



36



46



GARDASIL®

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

Livmorhalskreftvaksinen med 4 papillomavirustyper



**Dokumentert effekt mot HPV
6, 11, 16 eller 18-relaterte
genitale sykdommer**

Gardasil® skal forebygge:

- Livmorhalskreft
- Høygradige celleforandringer i livmorhalsen (CIN 2/3)
- Høygradige celleforandringer i vulva (VIN 2/3)
- Kjønnsvorter

Skal forebygge mot et
bredt sykdomsbilde*
og gir **tidlige resultater****

*Livmorhalskreft, celleforandringer i livmorhalsen, celleforandringer i vulva og kjønnsvorter relatert til HPV 6, 11, 16 og 18.

**Norsk SPC



sanofi pasteur MSD

vaksiner for livet

Tlf: +47 67 50 50 20 - Fax: +47 67 50 50 21

info@spmsd.com



Datakortet Helse – nyhet for deg som jobber med pasientinformasjon

Datakortet Helse

- er et nytt opplæringskonsept basert på en fagplan og en ferdighetstest
- gir deg dokumentasjon og grunnkompetanse i å bruke pasientinformasjonssystemer på en profesjonell og sikker måte

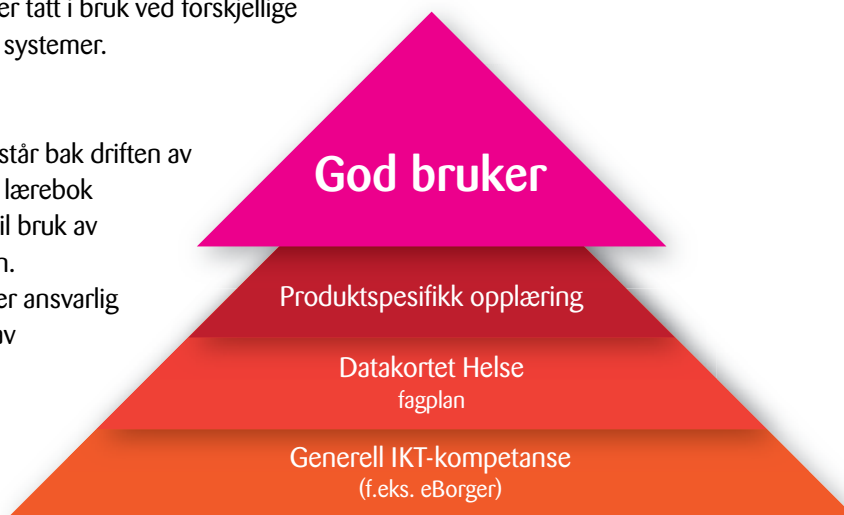
Du lærer

- om lover og regler for IKT i helsetjenesten
- om de krav som stilles til deg som bruker av helseinformasjonssystemer (HIS)
- om praktiske løsninger på bruk av elektroniske pasientinformasjonssystemer

Du får

- ferdigheter i det systemet som benyttes i din egen virksomhet
- oversikt over systemløsningene som er tatt i bruk ved forskjellige helsevirksomheter, med fokus på EPJ systemer.

Det er Akribe, KITH og Datakortet som står bak driften av Datakortet Helse. Akribe har utviklet en lærebok "IKT for helsepersonell – introduksjon til bruk av IKT i helsesektoren" basert på fagplanen. Datakortet a.s utvikler testene og KITH er ansvarlig for innholdet i fagplanen, godkjenning av undervisningsmateriell og etablering av et nasjonalt fagråd.



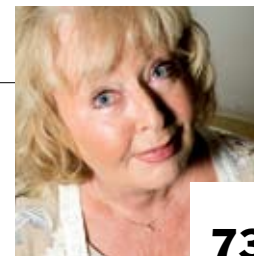
For mer informasjon om fagplan, lærebok og test,

www.datakortet.no

www.akribe.no

Datakortet Helse – trygghet i jobben!





Sykepleien

Organ for Norsk Sykepleierforbund
Tollbugata 22, 5. etg.
PB 456 Sentrum, 0104 Oslo
Tlf.: 22 04 32 00. Faks: 22 04 33 75
ISSN 0806 - 7511

E-post:
redaksjonen@sykepleien.no
interaktivt@sykepleien.no

Bankgiro: 1600.49.66698
Løssalg: kr 45,- pr utgave
Abonnement (ikke medl.) kr 798,- pr år

Ansvarlig redaktør
Barth Tholens
barth.tholens@sykepleien.no

Redaksjonssjef
Bjørn Arild Østby
bjorn.arild.ostby@sykepleien.no

Fagredaksjonen
Nina Hernæs (leder)
nina.hernes@sykepleien.no
Torhild Apall Dybvik (fagredaktør)
torhild.apall@sykepleien.no
Susanne Dietrichson
susanne.dietrichson@sykepleien.no

Nyhetsredaksjonen
Marit Fonn (leder)
marit.fonn@sykepleien.no
Ann-Kristin Bloch Helmers
annkristin.helmers@sykepleien.no
Eivor Hofstad
eivor.hofstad@sykepleien.no
Kari Anne Dolonen
kari.anne.dolonen@sykepleien.no
Lily Kalvø (web-redaktør)
lily.kalvo@sykepleien.no

Desk og grafisk formgivning
Ellen Morland (leder)
ellen.morland@sykepleien.no
Hege Holt
hege.holt@sykepleien.no
Ingrid Lindemann
ingrid.lindemann@sykepleien.no

Markedssjef
Ingunn Roald
ingunn.roald@sykepleien.no

Markedskonsulenter
Stillingsannonser: Finn Simonsen
finn.simonsen@sykepleien.no
Produktannonser: Lise Dyrkoren
lise.dyrkoren@sykepleien.no

Repro og trykk
Stibo Graphic AS



Få timer etter fødselen ble denne jenta fotomodell for Sykepleien, mens mor sov ut etter fødselen på sykehuset i Fredrikstad.



Forsidefoto: Marit Fonn

- 5 Siden sist
- 7 Helse i nyhetsbildet
- 9 **Ti raske:** Gunda Johansen
- 9 Verst å bli gammel i Oslo og Trondheim
- 10 Trønder-ranet i Ålesund
 - Fikk to ukers kontrakt
 - Mistet 180 000 kroner
 - Ny inntekstfordeling
- 16 – Gi mer opplæring
- 16 – Mer blålys
- 17 – Sykepleierne må med
- 18 **Barth Tholens** om omdømme
- 20 **Tema:** Jordmødre under kritikk
 - – Avisene er verst
 - Eksempler fra tilsynsmeldingen
 - – Må ha flere jordmødre
 - – Pressen bidrar til et godt image
 - – Rom for forbedringer
- 28 **Tett på:** Kim Leine
- 31 Én inne i Horten
- 32 Fagtema: Homeopati
 - Homeopati mot nye arenaer
 - – Sykepleiere kan være brobyggere
 - – Gir bedre sykepleie
- 40 – Shetland skåler mer enn Skottland
- 42 Smartprisen 2007:
 - Støttepute mot trykksår
 - Gjør tarmundersøkelsen enklere
- 46 – Ikke mas på sengepostmannen!
 - Menn på Facebook
 - Vil snakke med menn i kvinneyrker
- 49 Alle utdanninger gjennom nåløyet
- 50 **Lisbeth Thoresen** om håp
- 51 Fagnotiser
- 53 – Afghanistan trenger hjelp
- 56 Kandidater til landsmøtet 2007
- 70 Minneord
- 72 **Bøker:** Doktor i ensomhet
- 74 Bokanmeldelser
- 75 Månedens bok
- 76 Bokomtaler

- 77 9 spørsmål til Arild Aambø
- 78 Ingen Ali-sak i Lødingen
- 80 **Dilemma:**
Marie Aakre presenterer brev fra en mor
- 82 Dilemmasvar
- 86 **NSF:** **Bente Slaatten** om eldreomsorg
- 87 – Hyklersk eldreomsorgspolitik
- 88 Før
- 88 Folk
- Fag i utvikling:**
- 32 Homeopati mot nye arenaer
- 59 Hjemmesykepleiere i klemma
- 62 Pleie ved livets slutt
- 64 Stor variasjon i sykehjemstilbudet
- 68 Godt håndlag er ikke nok
- 89 Sykepleien JOBB - ledige stillinger
- 110 Meldinger, skoler og kurs

Hjerte for Afghanistan

Sykepleier Eva Søvre har blitt leder av Afghanistan-komiteen. Hun har vært på oppdrag i landet flere ganger. Den afghanske myndene fikk hun i Herat. Den heter Herat og bor i Norge. (PS. Den er korthåret.)



Photo: Marit Fonn

Neste nummer: Sykepleien 14/07

Arbeids- og inkluderingsdepartementet vil gjøre det enklere å få økonomisk kompensasjon for yrkesskade, men sier nei til å godta belastningslidelser som yrkesskade.

Siden sist inneholder korrigeringer og nye synspunkter på fakta gjengitt i tidligere utgaver. Vil du hjelpe til? Kontakt oss på interaktivt@sykepleien.no



Ikke barn og unge!!

Jan C. Frich anbefalte gladelig bøker om sykdom i skjønnlitteraturen til våre boksider. Men da anbefalingene kom på trykk i forrige nummer, stod det at han anbefalte bøker om sykepleie til barn og unge. Selv om en av anbefalingene hans var «Barnet» av Jon Fosse, var det ikke barn og unge som var tema. Vi beklager.

Wivi Ann Tingvoll falt ut

I Sykepleien nummer 11/07 presenterte vi fagartikkelen «Læring i praksis». Ved en feil ble dessverre ikke høgskolelektor ved høgskolen i Narvik Wivi Ann Tingvoll ført opp som medforfatter av artikkelen. Feilen er rettet opp i nettutgaven. Vi beklager dette.

Fagredaksjonen

Ikke vaksine

Ser det fine bildet fra en helsestasjon (Sykepleien 11/07 s. 89 i spalten «Før») hvor en Ullevål-sykepleier er i ferd med å gjøre noe. Du skriver at det er en vaksinasjon, men jeg tror at det settes en Pirquet. Den ble satt på underarmen mens vaksiner stort sett ble satt på overarm og rygg.

Hilsen Åge Johansen

– Ikke bare anestesisykepleierne!

Jeg har i tre år arbeidet med å skrive intensivsykepleierens søknad om spesialistgodkjenning og ser det nødvendig å kommentere artikkel i Sykepleien 11/07(s 56) ad anestesisykepleierens spesialistgodkjenningssøknad. Det er flott at anestesisykepleieren får drahjelp på veien mot en myndighetsgodkjenning. Det jeg reagerer på er den ensidige fremstillingen av saken. Slik jeg leser, ser det ut til at det kun er anestesisykepleierne som har jobbet frem en slik søknad. NSF's fagavdeling inviterte i 2004 inn både operasjons- og intensivsykepleieren til prosjekter med målsetting å beskrive spesialiteten og lage kriterier for slike spesialistgodkjenninger. Dette kunne i det minste vært nevnt i «Fakta-boksen». For NSFIS og intensivsykepleierens del ble spesialistgodkjenningssøknaden oversendt NSF april i år. Er ikke Sykepleien forpliktet å fremstille saker noe mer likevektig? Det er, så langt jeg vet, ikke sagt noe i NSF om at noen av faggruppens søknader skal prioriteres framfor andre. Er ikke Sykepleien forpliktet til å følge NSF s fagpolitikk? Jeg håper for fremtiden at jeg slipper å lese slik ensidig fremstilling av saker i Sykepleien.

Svar 1:

Neida, det var ikke meningen å holde tilbake informasjon. Men denne gangen var poenget å skrive siste nytt om anestesisykepleiersaken – som jo er en langvarig affære – og som ble aktualisert på grunn av seminaret i juni. Vi kan ikke ta med alle sider av en sak hver gang. Men vi er ikke uenig i at de andre gruppene kunne vært nevnt. Ellers er vi glade for reaksjoner på det vi skriver.

Red.

Svar 2, med info fra NSF:

Utgangspunktet for artikkelen i Sykepleien var et møte i NSF der evalueringsrapporten fra de tre pilotsykehusene i prosjektet spesialistgodkjenning av anestesisykepleiere, ble lagt frem. Temaet var ikke å presentere det omfattende prosjektet som foregår i NSF vedrørende «å utrede en ordning for spesialistgodkjenning i NSF's regi».

NSF har vedtatt at anestesisykepleierne er den første gruppen som det skal søkes myndighetsgodkjenning for. Sentralt her er at lovgiver selv har foreslått anestesisykepleierne som en aktuell gruppe. I tillegg har ALNSF i over 20 år målrettet arbeidet for en slik lovregulering.

Hovedmålet i 2007 er en myndighetsgodkjent spesialistgodkjenning for anestesisykepleiere. Delmål er at faggruppene for helsesøstre, operasjonssykepleiere, intensivsykepleiere og psykiatrisk sykepleiere skal utvikle et dokument om sine spesialområder etter mal fra anestesisykepleierne. Dette skal være et grunnlag for å vurdere om en skal søke myndighetsgodkjenning for de nevnte sykepleiergruppene.

Berit I. Berg, prosjektleder/spesialrådgiver i fagpolitisk avdeling, NSF.



Facsimile fra Sykepleien nr. 11 - 2007

Sykepleien Helt Enkelt Unikt

Sykepleiens formålparagraf

Sykepleien skal utøve saklig, uavhengig og kritisk journalistikk forankret i Norsk Sykepleierforbunds formålparagraf, Redaktørplakaten og pressens Vær Varsom-plakat. Tidsskriftet har som oppgave å sette sykeplei-

ernes 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.

Vi siterer Ole Rikard Haavet

– Da helsesøstre og jordmødre fikk forskrivningsrett på p-piller, var dette et historisk brudd på prinsippet om krav til faglighet.

Lege Ole Rikard Haavet til Dagens Medisin

Melk – en fremtidig kilde til vitamin D?

Et lavt inntak av vitamin D har lenge vært en utfordring i den norske befolkningen. I 2005 ble anbefalt inntak av vitamin D for barn og voksne hevet med 50 %. På bakgrunn av dette ba Nasjonalt råd for ernæring en arbeidsgruppe om å foreslå tiltak for å sikre et tilfredsstillende vitamin D-inntak i befolkningen. I rapporten anbefaler utvalget, som ett av flere tiltak, at all melk berikes med vitamin D.



USIKKER PÅ KALSIMUM OG VITAMIN D-INNTAKET?

Opplysningskontoret for Meieriprodukter har utarbeidet enkle kalkulatorer for beregning av både kalsium- og vitamin D-inntaket. Du finner dem på www.melk.no

Tilstedeværelse av vitamin D er nødvendig for at kroppen skal kunne utnytte kalsiumet i kosten. Mangel på vitamin D og kalsium kan gi økt risiko for osteoporose og brudd. Økt fokus på helsemessige gevinster ved tilstrekkelig inntak av både vitamin D og kalsium, vil blant annet kunne føre til bedre benhelse. Ny forskning tyder også på at dårlig vitamin D-status kanskje kan spille en rolle for utvikling av andre sykdommer, som diabetes, multippel sklerose og enkelte kreftformer.

RISIKOGRUPPER

I rapporten utpekes ikke-vestlige innvandrere og eldre som spesielt utsatt for vitamin D-mangel. Dessuten fremheves det også at tenåringer er den aldersgruppen som har lavest inntak av vitamin D. Fra den nasjonale kostholdsundersøkelsen "Ungkost 2000" vet vi at en av to tenåringsjenter også får i seg mindre kalsium enn anbefalt. Etter Opplysningskontoret for Meieriprodukters (Melk.no) oppfatning er det viktig å fokusere på helseeffekten av å få i seg tilstrekkelig med både vitamin D og kalsium.

NORSKE JENTER FØLGER SINE MØDRE

Selv om forhold som arv og fysisk aktivitet er avgjørende for ben tettheten, dokumenterer undersøkelser at inntaket av kalsium er sentralt. Derfor er det på mange måter et paradoks at norske menn er mye flinkere til å inkludere melk og meieriprodukter i kosten enn kvinner, til tross for at kvinner taper mer benmasse enn menn. Synovate MMIs Barne- og ungdomsundersøkelse 2006 (fra 8 til 24 år) bekrefter at unge kvinner følger i sine mødres fotspor. De yngste jentene har det laveste forbruket av melk og meieriprodukter. Cirka en av tre i denne gruppen får i seg mindre enn tre porsjoner med meieriprodukter om dagen.

HVORFOR TRE OM DAGEN?

Et variert kosthold bidrar med omtrent halvparten av det kalsiuminntaket man trenger daglig. En enkel måte å dekke resten av behovet på, er å inkludere tre porsjoner med meieriprodukter om dagen i tillegg.



"Ungkost 2000" viser at over 85 % av 13-åringene har vitamin D-inntak under anbefalt nivå. Økt konsum av vitamin D-beriket melk vil på sikt kunne gi positive helsegevinster hos ungdom, og spesielt da blant oppvoksende jenter.

ET SUPPLEMENT – IKKE EN ERSTATNING

Opplysningskontoret for Meieriprodukter støtter anbefalingen om D-vitaminisering av all melk. Melk beriket med vitamin D kan ikke erstatte fet fisk eller tran som kilde til vitamin D, men den kan være et godt supplement.

Flere ikke-vestlige innvandrergupper med høy risiko for et for lavt vitamin D-inntak drikker melk daglig. Dermed vil vitamin D-berikning av melk kunne gi positiv effekt for denne gruppen, uten øvrig kostholdsomlegging – selv om dette bør skje parallelt. Erfaringer fra Finland og Sverige viser at berikning med vitamin D i tilnærmet alle melketyper har bidratt positivt til vitamin D-statusen i befolkningen.



Tre porsjoner med meieriprodukter om dagen, for eksempel et glass melk, en brødskeiv med gulost og en yoghurt, sikrer kalsiuminntaket for både barn og voksne.

BENHELSE PÅVIRKES ALLEREDE UNDER SVANGERSKAPET

En studie fra Southampton General Hospital i Storbritannia har påvist en klar sammenheng mellom mødres vitamin D-status under svangerskap og barns ben tetthet senere i livet. Målinger foretatt da barna var ni år viste at barn med mødre med god vitamin D-status under svangerskapet hadde bedre ben tetthet enn barn med mødre som ikke hadde fått i seg tilstrekkelig av vitaminet under svangerskapet.

Opplysningskontoret for
Meieriprodukter 

Hva skjedde siden sist? Sykepleien følger nyhetsbildet, både i bladet og på nett. Ring oss om tips, på tlf. 22 04 32 00 eller klikk deg inn på «Kontakt oss» på sykepleien.no



Vårdfacket har hovedfokus på lønn og CTG-måling. Ifølge tidsskriftet sliter 65 prosent av jordmødrene med å tolke resultatene.



I svenske **Läkartidningen** er det hjer- neslag, it-problemer, faglig refleksjon, genforskning og donasjonsproblematikk som har fått plass på forsiden.



«Abort burde være lovlig, trygt og sjeldent, men for mange av verdens mest sårbare kvinner er det fremdeles ulovlig, utrygt og vanlig». Sitatet pryder **The Lancets** augustnummer.

25 000 i daglig tvangsmulkt

Arbeidstilsynet ga i 2005 Helse Sunnmøre pålegg om å redusere det voldsomme tidspresset på de ansatte. Det har de ikke klart, og det straffer seg med løpende dagmulkt på 25 000 kroner fra 1. desember, skriver Sunnmørs-posten.

Garanterer for sykehuset

Helse- og omsorgsdepartemen- tet foreslo før valget å gi 190 millioner kroner til Helse Nord, noe som vil sikre utbyggingen av Nordlandssykehuset, ifølge Avisen Nordland.

Seks klager på tre måneder

Helsetilsynet vurderer flere tilsynssaker mot Sarpsborg lege- vakt, etter at det siden juni har kommet inn seks klager. I en av sakene blir det påpekt manglen- de journalføring ved legevakten, og at dette kan ha gitt ekstra komplikasjoner for pasienten.

– Det er i tilfelle alvorlig, sier Knut Fredrik Thorne i Helse- tilsynet i Østfold til Sarpsborg Arbeiderblad.

Tilsynssak i Østfold

Helsetilsynet har opprettet tilsynssak mot Askim legevakt og Sykehuset Østfold etter at en kvinne med hjerneslag måtte vente 7,5 timer før hun fikk nød- vendig hjelp, melder Oppland Arbeiderblad.

Dropper dyre pasienter

For syv av ti ledere i helsevese- net spiller økonomi en rolle i vurderingen av hvem som får be- handling. Pasienter blir forbigått fordi de er ulønnsomme, ifølge

en fersk undersøkelse utført for Sosial- og helsedirektoratet av TNS Gallup, skriver ABC Nyheter.

Ny dødelig sykdom

Verdens Helseorganisasjon (WHO) undersøker en ukjent sykdom med høy dødsrate som har brutt ut i Kasai-provinsen i Kongo.

– Symptomene inkluderer i de fleste tilfellene feber, hodepine, diaré, magesmerter og opp- kast, heter det fra WHO. Over halvparten av tilfellene skal være barn under ti år. Ekspertene fra både helsemyndighetene i Kongo og fra WHO er nå på plass i Kasai-provinsen, melder NRK.

NRK anmeldt av Helse Sunn- møre

Helse Sunnmøre har anmeldt NRK Møre og Romsdal for å ha brukt en annen persons ID-kort for å ta seg rundt på Ålesund sykehus. Distriktsredaktør Hallstein Vemøy i NRK Møre og Romsdal avviser at NRK har gjort noe ulovlig. Formålet med reportasjen, som ble laget med skjult kamera, var å vise hvor lett det er for hvem som helst å komme seg inn og gå rundt overalt på avdelingene.

– Vår reporter gikk rundt i tre timer før noen spurte hvem han var, sier Vemøy til NRK.

Refs fra Legeforeningen

«Medforfatterne til Jon Sudbø har møkk på hendene», sa medi- sinprofessor Jan Helge Solbakk. Det utsagnet kostet professoren en dom for brudd på legefo- reningens etiske regler, skriver Nordstrands Blad.

– Helsepersonell svikter

– Færre kvinner kunne vært rammet av blodpropp forårsaket av p-piller, hvis helsepersonell hadde gjort jobben sin, sier professor Per Morten Sandset ved hematologisk avdeling ved Ullevål til NRK.

Han mener leger, helsesøstere og jordmødre kan gjøre en bedre jobb med å sile ut kvinner med blodpropp i familiehistorien.

150 barn i psykiatrikø

Helse Sunnmøre har lavest be- manning i landet når det gjelder psykisk helsevern for barn og unge. Det går ut over ventelis- tene. 150 barn venter på hjelp, skriver Sunnmørs-posten.

Lønnsomme hjelpere

Pasienthjelperne i Hamar, Eid- skog, Kongsvinger og Trysil har til nå i år hjulpet 557 pasienter til å spare til sammen 63,5 års ventetid på behandling i sykehus, melder Helserevyen.

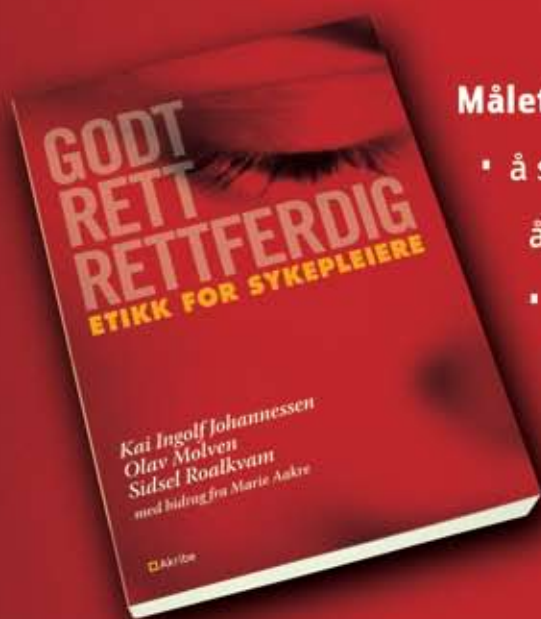
Gatehospitalet blir

Helse- og omsorgsminister Sylvia Brustad har lovet at regjeringen vil videreføre driften av Gatehos- pitalet i Oslo som et langsiktig tiltak. Gatehospitalet drives i dag av Frelsesarmeen etter oppdrag fra Helse- og omsorgsdeparte- mentet.

GODT RETT RETTFERDIG

I dagens samfunn stilles vi hele tiden overfor medias søkelys på etiske valg som blir tatt i vanskelige og kritiske situasjoner. Hvordan skal vi som enkeltmennesker og profesjonelle forholde oss til etiske dilemmaer? Hvordan skal vi få veiledning til konkrete avgjørelser, som også tar hensyn til rettsregler i det etiske perspektivet?

Godt - Rett - Rettferdig gir deg konkrete eksempler på anvendt etikk, - og hvordan rettslige prinsipper kan brukes.



Målet er

- å styrke profesjonelle omsorgsarbeideres evne til å reflektere over etiske spørsmål,
- utvikle deres etiske handlingsberedskap og
- avsløre aktuelle verdikonflikter i yrkespraksisen.

 **Akribe**

Akribe AS • Postboks 456 Sentrum • 0104 Oslo • Telefon: 22 04 32 90
E-post: forlag@akribe.no • Hjemmeside: www.akribe.no

Vi spør Gunda Johansen

Alder: 55 år

Aktuell som: Ordfører (Ap) og sykepleier

Fakta: Gunda Johansen har sittet i kommunestyret i Balsfjord i fem perioder og vært ordfører i den av dem. Troms kommune har 5 600 innbyggere. Nå foregår forhandlingene om posisjonene..



Blir du sittende i ordførerstolen?

– Har forhåpning om det, ja. Er jo kandidat for det partiet som fikk flest stemmer på venstresiden.

Knapt 30 prosent – fornøyd?

– Veldig fornøyd. Vi må jo regne med styringsslitasje. Vi fikk 31 prosent sist.

Flere enn du vil ha ordførerkjedet?

– Det er alltid slik. Men jeg er veldig opptatt av folkeviljen.

Hvor har du jobbet som sykepleier?

– I Balsfjord. Først var jeg hjelpepleier. Det har vært mye psykiatri. Og eldreomsorg, både hjemme- og institusjonsbasert.

Hvor mye sykepleier er du når du er ordfører?

– Neeei, jeg har jo sykepleieren i mitt hjerte. Men klart man fjerner seg ganske mye fra profesjonen når man har en ny rolle. Men sykepleier vil jeg alltid være.

Ordførerne er mye mer fornøyd med eldreomsorgen enn sykepleierne. Hva sier du?

– Egentlig skjønner jeg det. Det er to vidt forskjellige ståsted.

Hva med kvaliteten på eldreomsorgen i Balsfjord?

– Vil si den er bra. Men det er alltid mangler. Vi skal ikke si vi er fornøyd selv om det er bra.

Hva vil sykepleierne si?

– At hverdagen er travel. Det er for få hender. Jeg er enig. Det skulle vært mer tid til aktivisering.

Din hjertesak i politikken?

– Å opprettholde velferdstilbudet til befolkningen.

Hvis du mot formodning ikke blir ordfører – hva da?

– Da er det tilbake til yrket. Jeg har permisjon fra hjemmebasert omsorg. Vil nok lete etter en utfordrende stilling innenfor fagfeltet.

tekst **Marit Fonn** foto **Leif A. Stensland**

Nyhet Sykehjemsplass

tekst **Ann-Kristin Bloch Helmers**

Verst å bli gammel i Oslo og Trondheim

Muligheten for å få sykehjemsplass er betydelig dårligere i Trondheim og Oslo enn i Bergen og Stavanger. Årsaken er først og fremst lav sirkulasjon av pasienter.

Dette slås fast i en ny analyse av sykehjemsdekningen i landets fire største byer.

– Det er mye bedre å bli gammel i Bergen og Stavanger enn i Trondheim og Oslo, sier Hans Knut Ottersen, som er bedriftsoverlege i Jernbaneverket. Sammen med Harald Tønseth, seniorrådgiver i avdeling for

helsestatistikk i Statistisk sentralbyrå, har han sammenliknet sykehjemsdekningen i landets fire største byer med forholdene i resten av landet.

Og konklusjonen er krystallklar: – Trondheim og Oslo har en pasientsirkulasjon som ligger 20 til 25 prosent under landsgjennomsnittet. Det betyr at sjansen for å få en sykehjemsplass er betydelig dårligere enn i resten av landet, sier Ottersen til Sykepleien.

Blir liggende lenge i korttidssenger

Byene i mellom er det også store forskjeller: Mens man i Stavanger har nesten tolv utskrivninger fra en og samme korttidsseng per år, ligger tallet for Oslo-pasientene på litt over åtte utskriv-

ninger fra en og samme korttidsseng i året.

Dør oftere i kø

Analysen viser også at Trondheim og Oslo markerer seg med høyere dødelighet blant pasientene i korttidssengene enn Bergen og Stavanger. Dette skyldes trolig at flere syke langtidspasienter blir liggende i ventekø i korttidsavdelingene til de dør, ifølge forfatterne. Forskjellene mellom byene er så store at det for de eldre er som å bo i forskjellige verdener, er konklusjonen.

– Propper i systemet

– Hva kan forklare forskjellene? – Dette handler først og fremst

om drift, og ikke så mye om ressurser. For å få pasientene ut av korttidssengene, kreves et godt samarbeid med hjemmesykepleien og hjemmetjenestene, og det har man ikke i like stor grad fått til i Oslo og Trondheim, sier Otterstad.

– Særlig i Oslo oppstår det propper i systemet, fordi pasienter blir liggende altfor lenge i senger som er beregnet til korttidsopphold. Dette er et resultat av at to elementer i eldreomsorgen – som har hver sine sjefer – ikke klarer å samordne tjenestene, sier han.

På side 64 kan du lese en fagartikkelen Hans Knut Ottersen har skrevet om analysen





Trønder-ranet i Ålesund

Helse Sunnmøre har sparekniven mot strupen, men sunnmøringene legger seg ikke flate for det. De lanserer et nytt begrep: Trønder-ran. Kaspara Tørleu frykter færre senger og dårligere pasienttilbud.

Da hovedtillitsvalgte på Ålesund sjukehus, Kaspara Tørleu, var på forsiden i Sunnmørsposten i sommer, tenkte hun at det var agurktid. Hun kunne ikke tatt mer feil av grønnsakene: Helse Sunnmøre er blitt en varm potet i Helse Midt-Norge og lokalavisespaltespalter.

Og det er kanskje ikke så rart. Se bare her hva Tørleu kan fortelle:

- Sykepleierne har i sommer måttet jobbe doble vakter pluss overtid. Noen har jobbet 17 timer i strekk fordi Ålesund sjukehus har manglet personale.
- Til tross for at Helse Sunnmøre har kuttet 50 millioner i

år, har færrest pleieårsverk per pasient og er det mest kostnads-effektive helseforetaket i Helse Midt-Norge, har foretaket fått krav om å kutte ytterligere 31 millioner kroner.

- Kutt på 31 millioner ville resultert i sommerdrift hele året: Kirurgisk og medisinsk intensiv avdeling måtte slås sammen og man kunne bare ta øyeblikkelig hjelp. Både medisinske og kirurgiske poster og andre avdelinger ville lide, i tillegg til at det medisinske tilbudet ville blitt svært begrenset.

Styret i Helse Sunnmøre har vedtatt å bare kutte 16,5 millioner.

- Det er ansettelsesstopp, og en post på psykiatrisk langtidsavdeling er midlertidig stengt på grunn av personalmangel.
- Det er kuttet i støtte til videreutdanning, og de mange vikarkontraktene er korte, maks på seks måneder.

• Helse Midt-Norge setter Brustads ekstrabevilgning på 275 millioner kroner på bok i stedet for å dele dem ut til helseforetakene etter vanlig fordelingsnøkkel, slik de andre helseregionene gjorde. Sunnmøringene frykter at de vil gå med til å saldere underskuddet for hele regionen.

- Ålesund sjukehus har beholdt mange av sine fylkesdekkende spesialistoppgaver fra tiden som sentralsjukehus. Men fordi det nå er lokalsjukehus står ikke bevilgningene i forhold til oppgavene det skal dekke, mener Tørleu.

Tørleu synes at Helse Midt-Norges styreleder er pro St. Olavs. Flere av de elektive behandlingstilbudene flyttes til universitetssjukehuset, som dermed både kan innkassere gjestedøgn og DRG-poeng. Hun frykter at lokalsjukehusene sitter igjen med kun øyeblikkelig hjelp og de mest kostnadskrevende

SYTER IKKE: Hovedtillitsvalgt Kaspara Tørleu har jobbet på Ålesund sjukehus i 27 år og vil ikke være med i en sutreartikkel om nedskjæringer. – Få med at vi tross alt har en trivelig arbeidsplass med et godt arbeidsmiljø, ber hun.

Man må være blind og gå med stakk hvis man ikke ser at så kraftige kutt vil gå ut over pasienttilbudet og at sykefraværet blant ansatte vil gå opp.

Hovedtillitsvalgt Kaspara Tørlen



BRUSTADBU: Styreleder i Helse Midt-Norge ertet på seg sunnmøringene da han kalte Ålesund sykehus for et lokalsykehus med tilleggfunksjoner. – Det neste blir vel at han kaller oss «Brustadbua», sier Kaspara Tørlen.

pasientene, at dyktige spesialister søker seg vekk og en får en utarming av fagmiljøet ved Ålesund sjukehus.

Spinkes og spares

I sommer plinget det inn en liten SOS på e-post til Sykepleien fra en sykepleier ved Ålesund sjukehus. Vedkommende hadde jobbet 17 dager på rad og var bekymra over at arbeidsplassen raseres. – Det har vært innkjøpsstopp lenge. Det skal spinkes og spares hele tida, og alt gammelt skal lappes på. Vi er det mest kostnadseffektive sykehuset i regionen, men det er på bekostning av så mye. På akuttmottaket er det omtrent samme bemanning som for 20 år siden, mens pasientmengden er fordobla. Folk sliter seg ut, og takken er ytterligere kutt. Ved sengepostene er vikarene urolige. De vet ikke om de fortsatt har jobb etter sommerferien. Her er en fortvilet stemning blant alle, skrev sykepleieren.

Etter sommerferien var styremøtet hvor det ble vedtatt et kutt som var mindre enn det direktøren hadde forespeilet de ansatte på forhånd. 16,5 millioner skal spares utover høsten.

I disse runde formuleringene ligger fremdeles en trussel om at vikarstillinger kan falle bort og senger forsvinne.

– Omstillingen fortsetter og vi kan ikke hvile på våre laurbær, mener Tørlen. Hun er sjeleglad for at det ikke

ble kuttet 31 millioner, som Helse Midt-Norge ønsket. – Man må være blind og gå med stakk hvis man ikke ser at så kraftige kutt vil gå ut over pasienttilbudet og at sykefraværet blant ansatte vil gå opp, sier hun.

Ordfører-opprop

Misnøyen har vært til å ta og føle på i bloggene i Sunnmørs-posten og Romsdals Budstikke: «Kan vi ikke skrive en søknad til Helse Vest og spørre om vi kan få være med der i stedet. Trønderne som sitter på pengesekken har tydeligvis ikke lyst til å ha oss med i Helse Midt», sier en.

«Psykiatrien på Sunnmøre har landets dårligste bemanning. Den som trenger den mest, sitter jo på Stortinget», sier en annen.

«Alle de store oppgavene blir flyttet til Trondheim og St. Olavs. Alt dette er planlagt for flere år siden, og det er derfor de har bygget St. Olavs altfor stort», sier en tredje.

Også lokalpolitikerne har samla seg i protest: 17 ordførere i regionen gikk i sommer sammen om et felles opprop til statsministeren. De krevde at han straks instruerte helseministeren til å slutte med den systematiske nedbyggingen og økonomiske sulteføringen av sykehusene på Sunnmøre, eller fjerne henne. Intet mindre.

«Ein viktig konsekvens av nedbygginga av sterke fagmiljø og kapasitet på Sunnmøre vert

overføring av dei alvorligst sjuke pasientane frå Sunnmøre til St. Olavs Hospital eller andre universitetssjukehus, med auka transportkostnader og auka behandlingsskostnader som følgje», skrev de.

Brustad på sin side ba tre av fylkesordførerne i regionen slutte å sutre.

Trønder-ran

Odd H. Løkvik hadde i sommer et anfall av lingvistisk kreativitet da han skrev et brev til Ålesund kommune og sa at St. Olavs er et pengesluk, og at det som skjer er et regissert trønder-ran.

Han er daglig leder i Ålesundregionens Utviklingsselskap (ÅRU), som er et interkommunalt selskap eid av 13 sunnmørskommuner.

– Det er styrt i den forstand at det tydeligvis er meningen at det utenfor all politisk og demokratisk kontroll, og uten politiske vedtak, skal foregå en redusering og avspesialisering av Ålesund sjukehus, med den følge at stadig flere pasienter sendes til Trondheim, sa han til Sunnmørs-posten.

– Ja, det var frykten vi hadde da. Dette at viktige oppgaver legges til Trondheim, er noe vi også ser på andre områder innen samferdsel, post og privat virksomhet som forsikring og bank. Derfor valgte jeg å bruke uttrykket «trønder-ran» som en spissformulering i gåseøyne for å

nå fram i mediestøyen, forklarer Løkvik til Sykepleien.

Nå er han mer beroliget etter at ÅRU hadde en helsepolitisk konferanse i slutten av august. Der lovet styreleder i Helse Midt-Norge, Kolbjørn Almlid, at styret ikke hadde planer om å redusere tilbudet til Ålesund sjukehus. – Men i og med at det planlegges en ny inntektsfordelingsmodell for helseregionen der Helse Midt-Norge skal definere lokalsykehusenes oppgaver, har vi fremdeles en frykt for at styret driver en omlegging av aktivitet til St. Olavs, sier Løkvik.

Egen region

Begrepet «trønder-ran» trykket flere politikere til sitt bryst og brukte det for alt det var verdt i valgkampen. Til slutt gikk administrerende direktør Arne Flaatt i Helse Nord-Trøndelag ut i lokalavisene og advarte. Mørningenes offensiv kunne føre til at nord-trønderne ble skvisa. Han utdyper til Sykepleien:

– Jeg synes det er både riktig og naturlig at politikere engasjerer seg i sine lokalsykehus og at det jobbes for økte ressurser til sykehussektoren. Det som imidlertid er uheldig er at argumentasjonen kan oppfattes å gå på bekostning av andre. Hvis argumentasjonen er at Trøndelag nå har fått sin del gjennom de investeringer som er gjort ved St. Olav, og at nå er det Møre sin



MISTER JOBBER: I Ålesundområdet er mange redde for at sykehuset blir tappet for funksjoner.

tur, så er det uheldig. Da er det min oppgave å si ifra om at i en slik sammenheng blir Nord-Trøndelag taperen.

– Men dere er det helseforetaket med høyest kostnadsnivå?

– Ja, av en eller annen årsak er vi det. Men vi er også det helseforetaket som har tatt ned kostnadsnivået mest år for år. Vi hadde en kostnadsindeks på 1,08. Nå er vi på 1 blank. Vi har også kommet lengst i å desentralisere pasienttilbudet, særlig innen psykiatrien, og det koster, sier Flaata.

Foretakstillitsvalgt og ansattes representant i Helse Sunnmøre, Charles Austnes, synes «trønder-ran» er en flåsete bemerkning som ikke tjener saken.

– Skal du kritisere konstruktivt, må du kritisere innholdet i saken og ikke komme med slengbemerkinger om samarbeidspartnere, advarer han.

– Hadde det ikke vært bedre at dere små holder sammen mot den store i stedet for å rakke ned på alle trønderne, Løkvik?

– Nå er det jo en stor geografisk avstand mellom Sunnmøre og Nord-Trøndelag, og ÅRU må jobbe for Helse Sunnmøre. Det er vår oppgave.

Avviser trønder-ran

Sykepleien ringte opp Helse Midt-Norges styreleder Kolbjørn Almlid rett etter at han kom ut av løvens hule på ÅRUs helsekonferanse i slutten av august, der trønder-ranet var det store

temaet:

– Er du svett?

– Det var en bra temperatur, men det var stort sett saklige innlegg. Kunnskapen er større nå enn da vi startet møtet.

– Din også?

– Ja, det er bra at folk er opptatt av sykehus.

– Hva lærte du?

– Dette er noe folk er engasjert i, og vi skal ha respekt for det.

– Hva vil du si om beskyldningene om trønder-ran?

– Det er ikke tilfellet. Pengene har kommet i direkte bevilgninger til St. Olavs, det er ikke noe ran. Og i 2009 får St. Olavs enda større utgifter på grunn av utbyggingen, som vi skal passe på ikke skal gå ut over resten av regionen.

– Hva med at du er for pro St. Olavs?

– Jeg har ikke noe motiv for å hjelpe den ene framfor den andre. St. Olavs skal selv gjennom ganske tøffe omstillinger. Alle synes de selv har for lite.

– Hvordan hadde det vært å lede Helse Midt-Norge dersom moringene ikke var med?

– Det vil jeg ikke spekulere i. Vi

må ha tillit i hele regionen og målet er en felles forståelse for felles mål.

Alle mot alle

At lokalbefolkningen slåss for sykehuset sitt, er ikke noe nytt. Men at møringer står mot trønderne i sykehusprioriteringen – har det alltid vært sånn eller er det et resultat av helsereformen i 2002 da helseforetakene kom?

Jon Magnussen, professor ved Institutt for samfunnsmedisin ved NTNU, mener at dette har pågått i mange år og ikke er et resultat av ny organiseringsmodell.

– Det er også kamper internt i fylket. Dra til Kristiansund eller Molde, så vil du se at de krangler der også. Dette finner man i de fleste helseregioner, sier han.

Magnussen tror at vi alltid vil ha diskusjoner om funksjonsfordeling på sykehusene og at det sterke engasjementet handler mye om lokal trygghet, arbeidsplasser og til dels status.

Da Stoltenberg i august fløy rundt i valgkamp-helikopteret sitt, lofte han midler til ny barneavdeling til Ålesund. Det ble feiret med kake i Ålesund, men

i Helse Nordmøre og Romsdal hadde de tillitsvalgte krisemøte og lurte på hva som da ville skjje med deres barneavdeling i Kristiansund og lovnaden om nytt sykehus i Molde.

– Stoltenberg nevnte ikke barneavdelinga med et ord da han først møtte ansatte i Nordmøre og Romsdal. Vi opplever dette som at han har vært og stjålet valgflesk hos oss og solgt det på Sunnmøre, uttalte Bernd Müller fra Legeforeningen og Knut Ivar Egset fra Fagforbundet til Romsdals budstikke.

All hurlumheien statsministeren satte i gang, ble etterfulgt av både et oppklaringsbrev fra statsministeren selv og forklaringer fra styreleder Kolbjørn Almlid.

Det skal fortsatt være lokal-sykehus i Kristiansund, Molde, Ålesund og Volda. Men det kommer ikke på tale med noen ny barneavdeling hvis ikke Helse Sunnmøre tar grep om økonomien.

– Vi HAR orden på økonomien. Per juni i år hadde Helse Sunnmøre bare minus 2, 3 millioner i resultatavvik, mens de andre hadde mye mer, helt opp til minus 21 millioner kroner hos St. Olavs, sier Kaspara Tørlen.

Om regionstyret er fornøyd med kutt på 16 millioner i stedet for 31 millioner, er uklart, ifølge Charles Austnes, foretakstillitsvalgt i Helse Sunnmøre. Dermed sitter de ansatte igjen på Ålesund sjukehus og lurer på om de spiste kake for tidlig. ▶▶

**Det er også kamper internt i fylket.
Dra til Kristiansund eller Molde, så vil du se at
de krangler der også.**

Professor Jon Magnussen

Fikk to ukers kontrakt

På Ålesund sjukehus varer ingen vikariater lenger enn seks måneder. Mange er kortere. Ann-Kristin Haaheim på kirurgisk avdeling har hatt 18 kontrakter på litt over tre år.

– Den korteste kontrakten var på to uker, forteller Haaheim og blar den fram fra bunken med de 18 kontraktene.

Ann-Kristin Haaheim er en av 43 ansatte på en av to kirurgiske avdelinger ved Ålesund sjukehus. Til sammen er de tolv vikarer på denne avdelingen, mens de er bare tre vikarer på den andre som er omtrent like stor. Det skyldes

ifølge avdelingsledelsen at så mange unge sykepleiere i etableringsfasen er ute i barselpermisjon, samt at flere er i permisjon fordi de tar videreutdanning.

– Det er klart at det blir lite forutsigbart med så korte vikariat. Man vet aldri hva som møter en. Men jeg har ikke vært blant de mest nervøse, siden jeg ikke har hatt unger. For dem med familie og lån er det nok verre, sier Haaheim.

Hun tror også de korte vikariatene går ut over miljøet, og at det ikke blir så lett å engasjere seg. Man får mer eierfølelse til jobb-miljøet hvis man er fast ansatt.

Mange av kontraktene er sammenslåinger av små stillingsbrøker. En kontrakt har inneholdt stillingene til opptil tre personer.

Noen ganger har hun hatt 50 prosent, andre ganger helt oppe i 80 prosent, men aldri full stilling.

– *Hadde du ønsket deg 100 prosent?*

– Siden jeg har jobbet i vikarbyrå i tillegg, har jeg hatt 100 prosent, men det er klart at det hadde vært ønskelig med full stilling. Nå er det kamp om ekstravaktene.

Haaheim ble ansatt i april/mai i 2004, og da vi møtte henne i august i år var hun høygravid med termin til 16. september. Vikariatet går ut den 3. oktober, og dette er første gangen hun har fått beskjed om at vikariatet ikke blir fornyet. Arbeidsmiljøloven slår fast at man må ha gått i sammenhengende vikariat i fire år før man har rett til fast stilling, og der mangler Haaheim et halvt år.



FANGET I VIKARFELLEN: Ann-Kristin Haaheim har vært god å ha for Ålesund sjukehus før hun ble gravid. Da terminen nærmet seg, uteble den 19. kontrakten.

Mistet 180 000 kroner

Anestesistudent Solveig Kjerstad ved Ålesund sjukehus får det travelt det neste halvannet året. Hun må jobbe i alle helger og ferier fordi stipendiet hun hadde regnet med plutselig forsvant.

Solveig Kjerstad søkte videreutdanningen i anestesi i april i år. Hun regnet naturlig nok med at hun, som alle de andre anestesistudentene de siste årene ved Ålesund sjukehus, skulle få 180 000 kroner i stipend fra Helse Sunnmøre. Det var ikke sagt et ord om at stipendordningen ikke skulle gjelde lenger.

– Først i juni fikk jeg beskjed om at det ikke ble noe stipend på meg, som følge av nedskjæringer i Helse Sunnmøre. Jeg ble selvfølgelig

lig kjempeskuffa, siden jeg var innstilt på å få det, forteller Kjerstad.

Siden studiet er på full tid, blir det jobbing i helger og ferier for å få nok penger til å leve det neste halvannet året.

Helse Sunnmøre skal spare 1 million kroner dette året på å ta vekk stipendordningen for sine åtte anestesi- og fire operasjonsstudenter. Det er 90 000 kroner per semester, derfor spares tilsvarende sum også neste vår og høst, siden utdanningene går over et og et halvt år.

Også de 22 intensiv-studentene er rammet, men her er det åtte stykker som allikevel får, etter kriterier som karakterer, skikethet og ansiennitet. I tillegg får en operasjonsstudent fra Helse Nordmøre og Romsdal. Totalt er det altså 26 av 35 studenter som går glipp av 90 000 kroner i høst, eller 180 000 kroner på et og et halvt år.

– Det ble ikke sagt noe om hvilke kriterier som skulle gjelde før etter at studentene hadde søkt, og vi er også uenige i noen av kriteriene, forteller Kaspara Tørle, hovedtiltalsvalgt ved sykehuset.

Hun mener at det blir feil å la karakterer ha noe å si for stipend til en utdanning du allerede har kommet inn på.

Veken Tørle eller Kjerstad har hørt om noen som har måttet si fra seg plassen på grunn av at stipendet faller bort.

Tørle sier tiltaket ble bestemt uten at Arbeidsmiljøutvalget var med og hun tror det kanskje vil gjelde flere utdanninger etter hvert. Ledelsen hevder at dette er populære utdanninger som sykepleierne tar selv om de ikke får støtte.

– Det er større kull i år og vanskelig å skaffe praksisplass til alle. Det er kun de som er fast ansatt her som har fått praksisplass. Men

gjennomsnittsalderen ved den ene av sykehusets to kirurgiske avdelinger er høy nå, derfor vil det plutselig bli behov for mange nye spesialsykepleiere, sier hun.



MÅ JOBBE HARDT: Solveig Kjerstad er skuffet fordi hun ikke får stipendiet hun hadde ventet seg. – Hadde jeg bodd på en annen kant av landet, hadde jeg kanskje fått det, sier hun.

Ny inntektsfordeling

I Helse Midt-Norge skal pengene fordeles etter et nytt system til neste år. Men ingen i de lokale helseforetakene vet om det vil bety mer eller mindre penger i kassa.

Det er rammefinansieringen (også kalt basisrammen) Helse Midt-Norge til neste år vil fordele på en ny måte internt mellom helseforetakene i regionen.

I stedet for å ta hensyn til befolkningsgrunnlaget som man gjør i dag, skal pengene fordeles ut fra hvor mange pasienter man ønsker at sykehuset skal behandle og hvilken type behandling man ønsker at de ulike sykehusene skal kunne gi. Dermed kan Helse Midt-Norge i større grad kunne styre aktiviteten gjennom å sette krav til effektivisering og økonomisk resultat i helseforetakene.

Det endelige fordelingsforslaget skal opp til votering i Helse Midt-Norges styre i oktober. Styreleder Kolbjørn Almlid sier til Sykepleien at han forventer at de lokale helseforetakene skal få forslaget til vurdering og at det vil tas hensyn til tilbakemeldingene som kommer.

Mektigere regionstyre

Hvem vil tjene og hvem vil tape på å innføre den nye modellen? Det er umulig å si. Modellen vil ikke i seg selv bestemme hvor store basisrammene til de enkelte helseforetak skal bli, slik dagens modell gjør. Størrelsen på den lokale pengepotten vil variere et-

ter hva styret i Helse Midt-Norge ønsker av aktivitet og funksjonsfordeling mellom sykehusene. Man kan si at modellen gjør de enkelte sykehus mer avhengige av hva det til enhver tid sittende regionstyre bestemmer.

– *Det virker som om regionstyret blir mektigere med en slik modell?*

– Jo, men regionsstyret skal jo styre. Jeg vil for øvrig vente med å uttale meg om denne saken til den foreligger på bordet, sier styreleder Almlid.

Administrerende direktør i Helse Nord-Trøndelag, Arne Flaatt, er bekymret for at de lokale helseforetakene ikke lenger skal få prioritere pasientbehandlingen i sin region. Han skiller mellom effektivitet i betydningen å gjøre de riktige tingene, og aktivitet og produktivitet i betydningen å gjøre tingene på riktig måte. – Hvordan kan helseforetakene bli effektive når de mister så mye av sin autonomi som de har i dag og bare får ansvaret for aktivitet og produktivitet, spør han.

Blandet mottakelse

Siden ingen på forhånd kan vite hvordan styret i Helse Midt-Norge akter å prioritere, er det usikkert hvordan en slik modell vil slå ut for lokalsykehusene og



Rammefinansiering

40 prosent av sykehusenes inntekter for somatiske pasientopp- hold kommer gjennom stykkprisfinansiering eller såkalt innsats- styrt finansiering, der koding gjennom DRG (diagnose relaterte grupper) gir en bestemt refusjon for ulike prosedyrer og diagnoser. De resterende 60 prosent er rammefinansiert.

universitetssykehuset i regio- nen. Det er heller ingen andre regioner som bruker en slik modell. Men ifølge Adresseavisa er distriktsrepresentantene i styret til Helse Midt-Norge mer negative til forslaget enn de som har tilhørighet i Trondheim.

Tilbakemeldingene fra helseforetakene varierte også da saken ble behandlet første gang på styremøte i juni. Helse Sunnmøre (som i dag har ansvaret for mye pasientbehandling på fylkes- nivå) og St. Olavs Hospital har foreløpig stilt seg positiv. Helse Nord-Trøndelag er negativ og vil heller at dagens modell skal bestå, mens Helse Nord-Møre og Romsdal har flere innvendinger mot modellen. De frykter blant annet at enkelte virksomheter, som for eksempel habilitering, vil komme dårlig ut. De ønsker også en risikovurdering av modellen.

For komplisert

Ansattes representant fra Helse Sunnmøre i styret til Helse Midt-Norge, Bjørg Henriksen, skal være med å behandle det endelige forslaget til ny inntektsforde- lingsmodell i oktober. Hun synes også dette er komplisert å ha en mening om, så lenge det ennå bare er teorier og hun heller ikke har fått det endelige forslaget i hendene.

– Jeg tror ikke vi vil se de helt store omveltningene med denne modellen, men eventuelle sideef- fecter vi ikke har tenkt på, kan slå til etter hvert. Derfor skal modellen evalueres etter et år.

Utfordringene

Jon Magnussen er professor ved Institutt for samfunnsmedisin ved NTNU i Trondheim. Han leder et utvalg som i desember skal legge fram en ny inntektsfordelingsmo- dell for landets fire helseregioner, og har dermed noen av de samme utfordringer som regionene har internt, bare på et høyere nivå. – Utfordringen er å finne et sys- tem som gir folk lik tilgjengelig- het til helsetjenester, sier han og forklarer at noe av det som kom- pliserer arbeidet med å finne en god inntektsfordelingsmodell er eventuelle systematiske kostnads- forskjeller som ikke sykehusene kan noe for, og som er vanskelige å måle.

En annen utfordring ved et system som baserer seg på inntekt etter funksjon, er å få en geogra- fisk jevn bruk av tjenester.

– For å sette det på spissen må man for eksempel sikre seg at ikke St. Olavs bare behandler pasienter fra Trondheim, sier han.

Arne Flaatt i Helse Nord-Trøn- delag er enig i at man skal ha en inntektsmodell som er enklere, men understreker at den må støtte de strategiske valg som er gjort om lokal sykehusstrategi. – Alle lokalsykehus skal ha akutt- beredskap, fødeavdeling, labora- torie og røntgen. I tillegg skal det som kan flyttes ut av St Olavs, flyttes. Dermed avlastes kapasitet ved universitetsklinikken samti- dig som lokalsykehuset blir mer interessant for spesialister, sier direktøren.

– Gi mer opplæring

– Sykepleierne kan ikke nok om hjerneslag, klaget hjerneslagespertsert David Russell til Sykepleien.



TOK HAN PÅ ORDET: Signe Wendelbo Bjerksund undersøkte hva sykepleiere kunne om hjerneslag. Foto: Liv Utne

– Hm. Kan det stemme, undret Signe Wendelbo Bjerksund da hun leste bladet.

– Og om det stemmer, er det veldig alvorlig, tenkte hun videre. Og kontaktet Russell.

Ser det an

Bjerksund ville gjøre en studie. Professoren ble veileder. Hun inviterte med seg 23 tredjeårs sykepleierstudenter til å gjøre en pilotstudie i tre bydeler i Hordaland. Til sammen 53 ansatte i hjemmesykepleien svarte på en multiple choice-test som kartla kunnskap, beredskap og handlingsvalg i forhold til TIA (transitorisk iskemisk



attakk) og hjerneslag. Resultatet var urovekkende.

– Mange var usikre på symptomer, usikre på om det hadde vært et TIA eller noe annet, og usikre på om og når de skulle ringe 113. Mange valgte «å se det an».

– Jeg ble mest sjokkert over hvor mange som ikke opplever TIA som en alvorlig hendelse, som ikke vet at det krever øyeblikkelig hjelp.

Ny test

Etter kartleggingen fikk de ansatte en times undervisning. Så gjorde de testen på nytt. Da var det skjedd en endring.

– Jeg ser at kunnskap har effekt. Langt flere ville ringt 113 for et TIA etter undervisningen, sier Bjerksund.

Det kom også frem at noen hadde møtt motstand hos AMK når de ringte 113.

Noe Bjerksund mener viser svikt i flere ledd og et behov for helt klare retningslinjer ved TIA og hjerneslag.

Hun peker på at sykepleierne, gruppen med mest utdanning i hjemmesykepleien, kom best ut i den første testen. Men generelt var det lite kunnskap. Det mener hun viser et klart behov for å la de ansatte få oppdatere kunnskap.

– Mer blålys!

– Når pasienter med hjerneslag kommer til mottak, løper vi, sier professor David Russell.

80 prosent av alle hjerneslag skyldes en propp. Jo fortere den løses opp, jo større sjanse for overlevelse og skadereduksjon. Likevel drøyer det ofte for lenge før slagrammede kommer på sykehus.

Der kompetansen er

– Alle vet at man ringer 113 hvis noen får brystmerter. Men ved hjerneslag kjenner ikke folk symptomene, og drøyer med å tilkalle legehjelp. Dessverre gjelder det også sykepleiere, sier professor

David Russell på neurologisk avdeling på Rikshospitalet.

Men også andre deler av helsevesenet svikter. For eksempel når ambulansen med akutte slagpasienter kjøres til sykehus uten 24-timers beredskap for å diagnostisere type slag og sette i gang akutt trombolysbehandling.

Propp eller ...?

– 80 prosent av hjerneslag skyldes blodpropp, 15 prosent skyldes blødninger inne i hjernen og 5

prosent blødning i hjernehinne. Første steg er å slå fast om det er propp eller blødning, fordi behandlingen er helt forskjellig. Derfor må det tas CT. Er det snakk om en propp, må den løses opp. Vanligste metode er trombolyse, etter «plumbo»-prinsippet. Og det må skje innen tre timer.

– I Norge kommer dessverre under 10 prosent av disse pasientene så raskt til sykehus, sier Russell.

Rikshospitalet tilbyr avansert behandling for å fjerne blodpropper ved hjerneslag og har døgnberedskap.

– Når et hjerneslag kommer til mottak, løper vi med pasienten til røntgen, og straks det er fastslått at det dreier seg om en propp, startes trombolysbehandling allerede her.

Ny metode

Som eneste sykehus i Norge tilbyr Rikshospitalet en ny type behandling av blodpropp i hjernen 24 timer i døgnet. Ved hjelp av et korketrekkeraktig instrument kan legene «skru» proppen ut. Denne behandlingen er aktuell når proppen er så stor at trombolyse ikke har effekt eller når pasienten kommer til behandling senere enn tre timer etter at proppen oppstod. «Korketrekkeren» kan brukes i opptil seks timer etter slaget.

TIA er risiko

Russell mener sykepleiere også må ta mer alvorlig på TIA-anfall fordi slike anfall er et varsel om slag. Etter et TIA-anfall får 5 prosent et større hjerneslag innen to døgn og 10 prosent innen en uke. Derfor er det så viktig å

skap. De ansatte har så nær kontakt med brukerne at jevnlig faglig oppdatering er avgjørende. De må fristilles i arbeidet for å gå kurs fordi kunnskap har direkte innvirkning på brukernes livskvalitet.

I etterkant av studien har Bjerksund fått spørsmål om hun kan undervise hjemmesykepleien også i andre tema enn hjerneslag. Selv vurderer hun å gjøre undersøkelsen på nytt, i større skala.

– Hvis dette innvirker på praksis og bedrer brukernes livskvalitet, bør vi fortsette, eventuelt utvide undervisningstilbudet, sier hun.

behandle TIA som øyeblikkelig hjelp. Men da må helsepersonell handle.

– I Norge bruker vi milliarder på rehabilitering og nesten ingen ting på å informere folk om forebygging og handling ved hjerneslag. Det er en skandale, sier Russell.



Konferanse

18.-19. oktober arrangeres første nasjonale konferanse om hypertensjon, lipider, diabetes og hjerneslag. Det skjer i Oslo. Les mer på www.hjerneslag.no

– Sykepleierne må med



ER MED I TEAMET: Derfor lærer Christina Kefaloykos å ta ultralyd av halsarterier. Foto: Bente Devik, Rikshospitalet

Christina Kefaloykos skal vite hva som foregår i hjernen og i halspulsårene etter et hjerneslag.

En dag i uken er Christina Kefaloykos på nevrologisk poliklinikk. Her er hun med i teamet som følger opp pasienter med risiko for hjerneslag. David Russell ivrer for at sykepleierne her skal lære det samme som legene. Derfor er Kefaloykos med på undervisning og studier, med å utarbeide prosedyrer og protokoller. Og lærer å ta ultralyd av halsarterier.

– Målet er et team hvor alle føler seg trygge og har kunnskap, sier Russell.

Kefaloykos supplerer:

– Vi må vite hva som skjer. Ofte er det vi som gjentar informasjon pasienten har fått av legen og vi skal kunne identifisere faresignaler.

Hun synes hjerneslag er et interessant og viktig felt.

– Fordi det er mye mer å tilby pasientene enn de fleste er klar over. Nye metoder for å behandle utvikles og det går an å forebygge.

Veileder

– Disse pasientene har stort behov for informasjon, erfarer hun.

– Det er faglig utfordrende å hjelpe dem med å forstå hva som har skjedd, hvordan de kan leve med sykdomsrisiko og hvordan de kan forebygge nye slag.

Hun skal også bruke ultralyd til å vurdere pasientens risiko for hjerneslag.

– Ved hjerneslag teller minuttene. Hvert minutt går to millioner hjerneceller tapt.

Professor David Russell

Hva kan du?

- 1 Hva er symptomer på TIA?
- 2 Hva gjør du ved TIA?
- 3 Hva skyldes TIA?
- 4 Hva er de vanligste årsakene til hjerneslag?
- 5 Kan man redusere risiko for hjerneslag?
- 6 Hvor mange får slag hvert år i Norge?
- 7 Hvor stor andel av hjerneslagene skyldes blodpropp?
- 8 Når kan trombolyse utføres etter slag som skyldes propp?

Svarene finner du under.

Svar: 1. Plutselig svakhet, en urolig følelse eller lammelse i ansiktet, armen, beinet – typisk på bare den ene siden av kroppen. Talevansker, vansker med å finne ord eller forstå andre. Plutselig blindhet på et øye. Tap av balanse eller koordinasjonsevne. 2. Ring 113. 3. Forbigående nedsettelse av blodforsyning til en del av hjernen 4. Blodpropp fra halsens hovedpulsåre eller fra hjertet 5. Ja 6. 16 000 7. 80 prosent 8. I innlitt tre timer etter slaget

Barth Tholens om omdømme

Stilling: Redaktør i Sykepleien
E-post: barth.tholens@sykepleien.no



Det store fallet

Når engler faller og ligger nede med brukken vinge, trenger de noen som kan si at ingen er perfekt og at livet går videre. Det er lite lurt å gå inn i rollen som medieoffer. En jobb for NSF?

De siste årene har pasientsikkerhet fått mer og mer oppmerksomhet. Det bør vi være glade for. Helsetjenestene må måles på kvaliteten på behandlingen de tilbyr til den enkelte. Pasienter må være trygge på at de får den behandlingen de trenger.

De fleste ledere i helsevesenet jobber i dag med systematisk kvalitetsforbedring. I dette arbeidet er rapportering av feil helt avgjørende. Ansatte må selv melde fra om feil og lære noe av dem. Ledelsen må reagere på feil ved å legge om rutiner. I tillegg skal Helsetilsynet ta opp tråden og reagere på klager fra pasienter som mener seg feilbehandlet selv om sykehuset sier noe annet. Tilsynet skal være en konstruktiv medspiller og bidra til at det i framtiden kan gjøres en bedre jobb.

Men helsevesenet er ikke en isolert, selvregulerende boble i samfunnet. Mediene vet at pasientsikkerhet angår alle. Journalister er derfor opptatt av hva som skjer med pasienter under behandling eller pleie i et helsevesenet som finansieres med skattepenger. På bakgrunn av rapporter om feil eller klager fra enkeltpersoner, må ansatte og ledelse svare på hvordan disse feilene kunne skje. Helst for åpen mikrofon. Det kan resultere i avisoverskrifter og eter-innslag hvor det ofte er vanskelig for de ansatte å komme fram med sin versjon av historien. Taushetsplikten kan være ett hinder. Men ofte kan de ansattes forklaringer rett og slett blekne mot pasientenes egne beretninger om behandlingstabber og personlig tragedie. Når noen mister et nært familiemedlem som følge av en feilvurdering, er det for folk flest lite trøst i å lese at personalet har vært stresset på jobben den dagen. Tvert om.

Sykepleiere og leger kan oppleve dette «mediekjøret» nådeløst. Én ting er å måtte stå til rette for egne overordede. En helt annen sak er å få sine feil brettet ut for «hele verden». Medienes lys kan være ubarmhjertig, og de som blir belyst, kan føle seg nakne og ute av stand til å forsvare seg. Noen ganger slår dette

over i frustrasjon og harme overfor journalistenes mangel på forståelse og nyanser.

Frustrasjonen er fullt forståelig. Men å skyldte på mediene er ikke en bra strategi når man er ut i hardt vær. Foreløpig er det ikke grunnlag for å hevde at vi nærmer oss ameri-



FEIL: Dette er ikke en sykepleier, skriver Tholens.
 Foto: Colourbox.com

kanske tilstander hvor ansatte i helsevesenet kjeppjages av advokater, godt hjulpet av tabloidpressen. Overtramp hender, men stort sett er norske helsejournalister edruelige og bevisste de etiske utfordringene når pasienthistorier brettes ut. Uansett hvor mye det blåser er det viktig for helsepersonell å forstå at journalister og helsevesenet har samme hovedørend i bunnen, nemlig individets sikkerhet. Virkemidlene er forskjellige og kanskje også motivene. Men at mediene har en legitim interesse i å løfte fram feil for å vise dem for oss alle, kan ikke bestrides. De bidrar på sin måte til kvalitetsforbedring.

Jordmødre og fødselsleger har i det siste fått gjennomgå, både i Helsetilsynets tilsynsmelding og i mediene. Disse har påpekt mangelfulle rutiner som har fått alvorlige følger for både mødre og barn. Jordmødrene føler nå at deres omdømme i befolkningen er blitt sterkt svekket etter den negative omtale dette har medført. På samme måte kan ambulanspersonell oppleve at de er blitt «hengt ut» som følge av en episode i Oslo der en mann med innvandringsbakgrunn ble overlatt til seg selv etter å ha blitt slått ned. Etter at de ansvarlige omsider tok selvkritikk, føler yrkesgruppen at de kollektivt er plassert i gapestokken. Det er utvilsomt tøft og kan oppleves som demotiverende og urettferdig for «standen» når det avdekkes mangelfulle rutiner eller farlige holdninger i helsevesenet. Sett i forhold til alt det gode som gjøres, kan det være vanskelig å akseptere at samfunnet begynner å sette spørsmål ved sykepleiernes etikk.

NSF har i forbindelse med valgkampen kjørt en reklamekampanje hvor sykepleiere ironisk blir framstilt som engler som gjør en kjeppjobb for alt for lite penger. Men er det noe sykepleiere ikke er, så er det engler. De gjør, som alle andre, feil. Att på til alvorlige feil. Fokus på disse feilene er nødvendig for å bli bedre. I stedet for å gråte over tapt omdømme i samfunnet, bør sykepleiere heller hjelpe hverandre til å vri kritikken til noe positivt. Her har trolig NSF en viktig jobb å gjøre. Mediaoppmerksomhet vil ikke bli mindre med årene. Et profesjonelt apparat som raskt er på plass rundt dem som blir utsatt for kritikk, kan hjelpe til med å sette tingene i sitt rette perspektiv. Det nytter ikke å leve videre som misforstått offer for mediekritikken. Det som er gjort, er gjort. Erkjenn det. Etterpå gjelder det å komme seg videre, forhåpentligvis klokere og med erfaringer som andre kan lære av.

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







Under kritikk

Hva skjer med en yrkesgruppe som får offentlig refs fra myndighetene?

I vår fikk jordmødrene kritikk fra Helsetilsynet. For sen tilkalling av lege er en av grunnene til at det går galt under fødselen, ifølge tilsynsmeldingen for 2006.

Men jordmødrene Emma Negru (til venstre) og Edel Andreassen i Fredrikstad synes kritikken i mediene er verre å takle.

Dette er saken

Jordmødre og fødselsleger fikk hard kritikk i Statens helsetilsyns årlige tilsynsmelding for 2006. Kritikken var basert på 33 tilsynssaker behandlet i perioden 2003 til 2006. 21 barn døde, fem fikk alvorlige fødselsskader og to mødre døde.

I samme periode vurderte Helsetilsynet i fylkene 274 saker innenfor fødselshjelp og kvinnesykdommer, og Norsk pasientskadeerstatning fattet vedtak i 237 saker med fødselsskade på barn. Helseforetakene meldte selv rundt 350 hendelser som avvik.

I sakene går dette igjen:

- Mangelfull observasjon/oppfølging under fødsel
- Feiltolkning av elektronisk fosterovervåkning
- Manglende innhenting av bistand og for sen intervensjon ved unormal utvikling
- Uerfarent helsepersonell eller vikarer

Kilde: Tilsynsmelding 2006

– Avisene er verst

FREDRIKSTAD: I Fredrikstad har jordmødrene knapt hørt om kritikken fra Helsetilsynet. Men å bli uthengt i mediene, vet de mye om.

Ikke tilkaller de lege fort nok når det er kritisk. Observerer for dårlig gjør de også. Helsetilsynet har sagt det. Det er ikke bra nok. Dødsfall og skader på både mor og barn kan bli resultatet. Tilsynsmeldingen for 2006 var en nyhet i mars i år, og jordmødrenes (og legenes) omdømme fikk en ripe i lakken.

Harde ord fra myndighetene til en hel yrkesgruppe. Jordmødrene har vel ikke snakket om annet, tenkte vi. Best å sjekke hvordan det har gått.

– Hvilken kritikk?

Jordmødrene i Fredrikstad kobler ikke helt når Sykepleieringene. Det er jo så mange meldinger fra Helsetilsynet. Og for dem er kritikk mest synonymt med avisoverskrifter.

«Babydødsfall meldt til politiet.» «Døde etter fødsel.» «Journal slurv.» «Kriserammet sykehus.» «Hjerneskadet etter dramatisk fødsel.» «Døde etter behandlingsfeil.» «Mødre saksøker sykehuset.» «Redd for fødsel i Fredrikstad.» Dette er eksempler på saker i VG og Fredrikstad Blad de siste årene om fødsler på sykehuset i Fredrikstad.

– Kan ikke dementere

Sykepleieren møter en gjeng jordmødre på vaktrommet på en av sykehusets tre føde- og barselavde-

linger. Dette er spesialavdelingen for pasienter med komplikasjoner.

De er samstemte; det er avisene som er verst.

– Det er akkurat som om VG har en egen kanal inn til oss. De ser og hører alt, sier jordmor Edel Andreassen.

Når det handler om deres sykehus eller deres avdeling, opplever

krigstypene i VG. Ofte kjenner vi ikke igjen saken i det hele tatt.

– Kan kritikken likevel være rettferdig?

Nå blir jordmødrene stille. De kommer ikke på noe. Elin Reinholdtsen får en assosiasjon til en annen utsatt gruppe:

– Når jeg leser kritikk av barnevernet, tenker jeg at her

Den serien skal alle se, og de forventer å bli framstilt mer sympatisk enn i løssalgspresen.

Forsinker ikke

Emma Negru er en av de ferskeste på avdelingen med to-tre års fartstid.

– Min første tanke om merknadene fra Helsetilsynet er at vi kan bli flinkere til å dokumentere, sier hun.

Ifølge tilsynsmeldingen kan ansvarshavende jordmor være et forsinkende mellomledd.

Edel har denne rollen denne torsdagen. Hun har 34 års erfaring å øse fra. Nå står hun rolig og trygg i døråpningen.

– Bruker dere henne?

– Ja, masse!

Svaret kommer kontant. Edel forsinker dem ikke, for må de tilkalle lege, går de ikke om henne. Det ordner de selv. Men ansvarshavende har oversikten, og er god å rådføre seg med.

For eksempel: En gravid har fått blødninger. Skal hun komme hit til avdelingen eller til poliklinikk? Edel blir spurt. Noen ganger trengs det to jordmødre på en fødsel. Da ordner Edel opp. Det kan komme 30 telefoner på en vakt. Edel har ansvaret. Hun vet også hvor det er ledig plass på de to andre fødeavdelingene.

Nå minnes hun mediestormen

Vi forbytta to barn, og jeg var avdelingsleder.

Edel Andreassen

de at det står masse feil i avisen. Kanskje var hendelsesforløpet noe helt annet. Eller så har ikke pasientene fulgt deres anbefalinger.

De sukker:

– Vi kan ikke dementere. Vi er bundet av taushetsplikten.

Kollegene husker en sak for noen år siden der en av jordmødrene ble navngitt, og de snakker om amerikanske tilstander. Pasientene har flere ønsker enn før. Og jordmødrene føler i økende grad riset bak speilet: «Hvis ikke det går bra, saksøker jeg dere.»

Kritikken fra Helsetilsynet kan de ikke riktig huske her og nå, og i hvert fall ikke gjengi.

– Nei, det er noe helt annet med

ligger det noe annet bak og at saken har flere sider. Håper folk skjønner det. Det bør ringe en bjelle.

– Når jeg leser om hvor ille det er på et pleiehjem, tenker jeg at pasientene helt sikkert får godt stell der, sier en kollega. En tredje legger til:

– Avisoppslagene gjør noe med din stolthet. Vi har jo et yrke å være stolt av.

Jordmødrene går litt ut og inn på vaktrommet. Det er en stille dag – ingen føder nå.

– Jeg gleder meg til å se tv-programmet om jordmødrene i Drammen, skyter en av dem inn. (Serien som nå har startet på NRK. Red. ann.)

for tjue år siden.

– Vi forbytta to barn. Og jeg var avdelingsleder.

Hun forsikrer at saken endte bra, babyene kom hjem dit de skulle.

– Vi har hatt folk som har gitt opp og sluttet etter mediepresset. I USA har de problemer med å rekruttere gynekologer og jordmødre, forteller Edel.

– Jeg synes avisene er så ukritiske til hva de skriver. De tar alt pasientene sier for god fisk uten å sjekke, sier Emma.

Guri Vognild reagerer på at pressen bruker folk i krise.

– *Burde sykehuset som institusjon gå ut og støtte ansatte som blir uthengt i en mediesak?*

Jordmødrene vegrer seg for å si ja. De hegner om taushetsplikten. Pasientene skal føle seg trygge.

– Hvis vi også går ut i mediene, kan det bli en evig kamp. Men vi må i hvert fall ha et godt støtteapparat innad, sier Emma.

Edel: – Hvis vi hadde visst at vi skulle få et dårlig barn, ville vi gjerne ha gjort det annerledes. Men slik er ikke livet.

Kan tilkalle bakvakt

Fortsatt er det ingen som føder på spesialenheten. Kanskje er det full rulle på den jordmorstyrte avdelingen? Men i tredje etasje hersker samme ro og fred som i



AVLASTNING: Cathrine Sandaker får spise i fred mens jordmor Elin Reinholdsén steller den nyfødte datteren. Avdelingen er kombinert føde- og barselavdeling.

første. Jordmødrene tar seg av en hissige jente som ble født i morges, så mor får sove.

Joda, Evelyn Lystad husker at hun leste i avisen om kritikken fra Helsetilsynet i vår. Hun fikk med seg at den hadde med kommunikasjon å gjøre, og uerfarne vikarer.

– Vi har en erfaren jordmorstab.

Lystad understreker at tilgangen til andre kolleger er viktig. Prosedyrene er slik at hvis jordmønnen er uenig med forvakten, kan hun tilkalle bakvakt. Det bør ikke jordmødrene kvie seg for, mener hun. De må tåle at forvakten

eventuelt hadde rett likevel.

Når arbeidsstedet blir en sak i mediene, kjenner hun makteløsheten.

– Det er heftig når det står om oss på førstesiden, ja. Det påvirker arbeidsgleden. Vi får angst for å gjøre feil og havne i

gapestokken.

Det innvirker også på dem som skal føde. De blir redde når de skal inn på sykehuset.

– Presseoppslagene får så voldsomme dimensjoner. Det står ikke i din makt å roe ned.

Men Lystad opplever at situasjonen er på vei til det bedre.

– Før følte jeg at folk hadde øynene med seg, for de trodde vi ikke kunne jobben så bra. Nå er de mer positive til oss.

– Ikke verre enn andre

– Sykehuset vårt har vært en medieyndling.

Fag- og forskningsjordmor Stine Bernitz skjønner ikke egentlig hvorfor.

– Tall viser at vi ikke er dårligere enn andre sykehus. Og vi har landets beste statistikk på sfinkter-rupturer - alvorlige rifter fra endetarmsåpningen.

Hun vet at det har vært tøft for personalet når mediene har rettet blikket mot dem. Lenge

før Helsetilsynet kom med sin kritikk i vår, var Bernitz i sving med å omorganisere fødselsavdelingene. For det første påla Helse Øst dem å dele fødselsomsorgen inn i lav- og høyrisikoenheter. For det andre hadde Helsetilsynet et landsomfattende tilsyn med fødeinstitusjonene i 2004.

I en tjukk rapport pekte tilsynet på flere forbedringspunkter. For eksempel var repturfrekvensen for høy. Og Helsetilsynet krevde ansvarsavklaring.

– Ikke konstruktiv

Begge deler mener Bernitz at Østfold-sykehuset har kontroll på. Vårens kritikk fra Helsetilsynet tar hun ad notam. Hun viser til at sykehuset er tidlig ute med å organisere felles fødsels- og barselavdelinger og har klare ansvarsforhold.

– Kritikken fra dagspressen oppleves slik: «Du gjør ikke jobben din».

Men kritikken fra Helsetilsynet er annerledes:

– Den er begrunnet, og sakene de viser til har sykehusene meldt inn selv. Den er konstruktiv og nødvendig. Kritikken kommer fra fagfolk og vi tar den alvorlig. Men pressen informerer ikke for at vi skal forbedre oss. Mediekritikken er mer skadelig enn oppbyggende, mener hun.

– Mediene elsker jo fødselsaker. VG og Dagbladet selger katastrofe og fråtser i andres ulykke. I voldsomme presentasjoner sier de: «Se hvor ille det er her!» Det er *ikke* konstruktivt.

– Det gjør noe med oss. Jeg tenker på de solide, erfarne jordmødrene som leser at sykehuset deres er dårlig. Klart at det kjennes urettferdig. Men vi jobber i et yrke som er kritikkutsatt. Vi kommer veldig nær de fødende og deler deres sårbarhet, deres smerte og glede. De er

overgitt andres omsorg. Derfor må de kunne kjenne seg trygge i andres faglige hender.

– Jeg tenker vi er mennesker som jobber. Vi har alle samme mål: Frisk mor, friskt barn. Men det kan alltid bli bedre. Vi kan aldri si at nå er det bra.



TAR PÅ ALVOR: Fag- og forskningsjordmor Stine Bernitz var i gang med å omorganisere da kritikken kom.

To eksempler fra tilsynsmeldingen

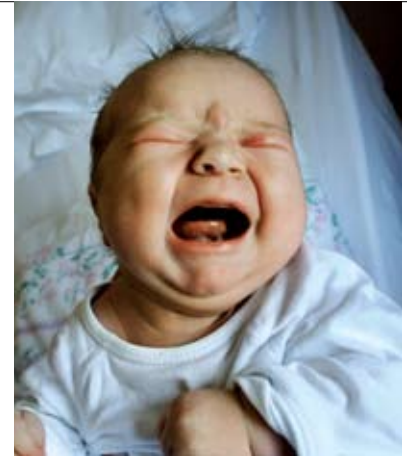
Misforståelse ved unormal fosterlyd

En uerfaren jordmor tilkalte ansvarshavende jordmor fordi hun var usikker på fødselsfremgangen og på registreringer av fosterlyden. Ansvarshavende jordmor var stresset på grunn av stor arbeidsbelastning. Hun gav råd om fremgangen, men ikke om å tilkalle lege. Jordmora skjønnte ikke at ansvarshavende jordmor ikke oppfattet at fosterlyden også skulle vurderes. Ansvarshavende jordmor ble tilkalt på ny, og først da oppfattet hun at fosterlydsregistreringen var unormal. Lege ble tilkalt og forløste barnet med sugekopp, men barnet hadde allerede pådratt seg en alvorlig fødselsskade. Jordmora uttalte at hun stolte på ansvarshavende jordmors vurdering om ikke å tilkalle lege. Ansvarshavende jordmor uttalte at hun ikke hadde noe faglig ansvar under fødselen, og at det var opp til den andre jordmora selv å tilkalle lege ved behov.

Uerfaren lege informerte ikke, overlegen så på tv

En fødende ble kopledd til avansert elektronisk fosterlydsovervåkning. Jordmora tilkalte gjentatte ganger en relativt uerfaren lege på grunn av avvikende registreringer. Legen tolket disse som ufarlige og forlot fødeavdelingen for å utføre annet vaktarbeid. I ettertid er det klart at legen feiltolket fosterlydsforandringene. To vakthavende overleger, som satt på vaktrommet på fødeavdelingen og så på fjernsyn, ble heller ikke informert. Jordmora stolte på legens vurdering. Legen ble tilkalt på nytt da fosterlyden ble akutt dårlig sent i fødselsforløpet. Barnet ble så forløst med tang av én av overlegene, men døde noen dager senere av fødselsskaden.

Eksempelene er hentet fra tilsynsmeldingen 2006, og avdelingene er anonyme.



TEMPERAMENT: Ny Østfold-jente, 4,4 kg. I midten sjekker Emma Negru en gravid. Foto Marit Fonn.

– Må ha flere jordmødre

– Å be jordmødre og leger om å skjerpe seg oppleves litt sleivete, mener jordmorleder Bente Dahl Spidsberg.

– Vi mener det blir litt for enkelt å kritisere enkeltpersoner, sier Bente Dahl Spidsberg, leder i Jordmorforbundet i Norsk Sykepleierforbund, som en kommentar til Helsetilsynets kritikk.

– Jordmødre og leger er ansvarlige for sin egen yrkesutøvelse, men jeg mener dette handler om systemansvar: Ansvar for gode prosedyrer, rutiner og opplæring, sier hun.

Spidsberg minner om at Helsetilsynet i 2004 avdekket store mangler ved prosedyrene på landets fødeavdelinger. Samtidig er personalet på flere fødeavdelinger redusert.

– Når man har mye å gjøre, er man avhengig av at alt går på skinner. Systemet blir sårbart.

Misforståelse

– Gjenspeiler Helsetilsynets kritikk deres virkelighet?

– Kritikken oppleves vel mer som et sleivspark. Når helsedirektøren sier at jordmødre og leger må skjerpe seg, oppleves det ensidig. Og litt urettferdig. Jeg tenker: Her er det noe han ikke har fått med seg.

– Venter jordmødre for lenge med å tilkalle lege?

– Jeg tror den delen av kritik-

ken baserte seg på en misforståelse, som gjaldt hvilket ansvar ansvarshavende jordmor egentlig har. I det konkrete tilfellet var kanskje ikke ansvaret godt nok avklart. Uklare ansvarsforhold er selvsagt ikke en unnskyldning for ikke å gjøre jobben sin, men jeg tror ikke problemet er at vi ikke gjør job-

Alle i aktiv fødsel bør ha sin egen jordmor.

ben vår. Når det er sagt, må jeg si det er leit med sakene der ting går galt. Innenfor fødselsomsorgen er det ikke rom for feil, og jeg tror de som jobber her, er veldig klar over konsekvensene en feil kan få.

– Har dere i forbundet fått bekymringer om uklarhet om ansvarshavende jordmor?

– Nei. Jeg har aldri hørt at det skal være et forsinkende ledd. Vet ikke om alle har ansvarshavende, jeg tror dette er ulikt organisert. Der jeg jobber har vi jordmorkoordinator, som har klare prosedyrer å forholde seg til.

Ikke dårligere

– Hva gjør dere med kritikken?

– Ikke noe konkret utover at vi har gitt innspill til planen for fødselsomsorg, som nå er under arbeid. Der tok vi utgangspunkt i kritikken og pekte på behovet for prosedyrer, rutiner, oppdatering og nok jordmødre. Det er her vi kan påvirke. Det spennende er om det følger penger med en slik plan. Skal vi ha flere jordmødre, koster det.

– Flere jordmødre er en kampanje?

– I kommunehelsetjenesten og på enkelte sykehus er bemanningen på et minimum. Det burde vært sånn at alle i aktiv fødsel hadde en jordmor tilgjengelig. Sånn er det ikke i dag.

– Hva gjør kritikken med dere?

– Jeg tror ikke jordmødre tar seg nær av den, når den er så ensidig. Slik kritikk blir for lettvindt. Men jeg kan ikke garantere at det ikke finnes helsepersonell som gjør feil. De skal selvfølgelig ha en tilbakemelding.

– Jordmødrene i Fredrikstad opplever aviskritikk verst?

– Der har de vært utrolig uheldige. Det kan nesten virke som de har en uvenn i VG, som man sier. Jeg stiller spørsmål ved om man

gir dårligere fødselshjelp der enn andre steder. Problemet med å bli slått opp i pressen, er at vinklingen ofte blir feil. Vi kan ikke forsvare oss. Men jeg tror egentlig ikke slik kritikk rammer så hardt.

– Er det noe dere vil ta selvkritikk på?

– Det er sikkert mulig å endre på rutiner og prosedyrer. Ta ansvar for å holde seg faglig oppdatert. Det må vi selvfølgelig ta tak i.

Den Norske Jordmorforening er helt på linje med Jordmorforbundet, og peker på at det snarere er ressurser og organisering som må kritiseres, ikke jordmødrene.

tekst Nina Hernæs



IKKE ROM FOR FEIL: Bente Dahl Spidsberg mener det er systemet som svikter, ikke legene eller jordmødrene.

– Pressen bidrar til et godt image

– Mediene er pålagt å tale de svakes sak, sier Per Edgar Kokkvold i Presseforbundet. – Det er helt naturlig at en journalist følger opp når noen forteller at de er utsatt for feil under en fødsel.

Kokkvold kan ikke vise til noen undersøkelser, men hans inntrykk er at jordmødre får mild behandling i mediene.

– På popularitetsstiger over ulike yrkesgrupper er jo journalister nederst på stigen sammen med butikkeiere, politikere og bruktbilselgere. Dommere er høyt oppe. Jeg tror også jordmødrene har et godt omdømme, sier Kokkvold, som er generalsekretær i Norsk Presseforbund.

– Vanskelige saker

– *Jordmødrene opplever at journalistene utnytter mennesker i krise?*

– Fødselsaker er et vanskelig område der pressen blir satt på prøve. På den ene side skal den tale de svakes sak og beskytte folk mot overgrep og forsømmelser. Det er pressen pålagt gjennom «Vær varsom»-plakaten.

Når noen kommer og snakker om feil, er det naturlig for journalister å følge opp saken. Det er selve kjernen for mediene å avdekke mangler, påpeker han.

– Men da er det viktig å være nøye med å sjekke at opplysningene er korrekte, og at imøtegåelsesretten blir oppfylt; den som blir kritisert skal få svare for seg. Jeg ser ikke bort fra at mediene kan svikte på begge disse punktene.

Samfunnsansvar

– *Må noen yrkesgrupper tåle et mer*

kritisk blick enn andre?

– *Ja, men jordmødrene er ikke blant dem. De som aktivt søker offentlighet og forvalter folks tillit, som politikerne, må tåle mer.*

– *I hvilken grad er det medienes oppgave å påvirke til et bedre helsetilstand?*

– Jeg mener mediene har et samfunnsansvar. Vi må vurdere konsekvensene av det vi holder på med. Noen ganger er saken så viktig at den må komme offentligheten for øre, selv om den rammer noen. Men da må mediene opptre varsomt og ikke påføre unødig lidelse.

Selvforvar

At jordmødrene synes presseoppslagene er lite konstruktive, overrasker ikke Kokkvold.

– Ingen liker kritikk. Hvis journalister får litt kritikk, er de jo sammenbruddet nær. Det er vanlig å si at man er uenig og at det ikke

konstruktivt når man selv blir utsatt, sier han.

Kokkvold synes det er en god idé at helsearbeidere lærer om mediesamfunnet i utdanningen.

– Hvor stor innflytelse mediene har, kan man diskutere. Men ingen kan betvile at mediene er en viktig maktfaktor når det gjelder å sette saker på dagsordenen. Barnevernet rammes veldig, men mye av kritikken er usaklig. Jeg har vondt for å si at jordmødre er spesielt utsatt. Jeg tror de har et godt image, delvis takket være pressens omtale.

tekst Marit Fonn



Per Edgar Kokkvold.
Foto Scanpix.

– Rom for forbedringer

– Vi tar selvsagt Helsetilsynets kritikk alvorlig, sier leder i Norsk gynekologisk forening, Rolf Kirschner.

– Og vi ser at det alltid er rom for forbedring i forhold til kommunikasjon. Det bekymrer oss hvis det er slik at pasientene ikke får optimal behandling på grunn av manglende kommunikasjon.

– *Er det et problem at lege ikke blir tilkalt eller blir tilkalt for sent ved unormal utvikling under fødsel?*

– Det kan det være. Dette er vi stadig i dialog om med jordmødrene om. At ikke lege involveres, kan også være et problem tidligere i svangerskapet.

– *Hva synes du om helsedirektorens utspill?*

– Vi synes at fokus og ordbruk var feil. Jeg mener avvik skal brukes til å lære av, ikke til å straffe. I perioden Helsetilsynet refererte til i Tilsynsmelding 2006, var det rundt 180 000 forløsninger, og langt de fleste var normale. Han burde heller tatt dette som utgangspunkt og gått videre med at «noen ganger skjer av-

vik som i noen av de 33 sakene som omhandles». Generelt er fødselsomsorgen i Norge god, og jeg mener det er viktig ikke å skape angst.

Kirschner understreker at generelt er samarbeidet mellom leger og jordmødre meget bra innenfor alle deler av svangerskapsomsorgen.

tekst Nina Hernæs



Hva skjer nå?

Bare dager etter Helsetilsynets kritikk varslet Helse- og omsorgsminister Sylvania Brustad en bred gjennomgang av hele svangerskaps-, føde- og barseltilbudet. Arbeidet skal resultere i en plan, som forventes å være ferdig i løpet av 2007.

Mer kritikk

Svangerskaps- og fødselsomsorgen kan forbedres, særlig for kvinner med ikke-vestlig bakgrunn, konkluderer en studie fra Nasjonalt folkehelseinstitutt. Til grunn for studien ligger systematisk gjennomgang av 356 dødfødsler i perioden 1998-2003.

Folkehelseinstituttet

Prøv vår

Sårmeny

La såret avgjøre valg av behandling
- ikke leverandøren!

Hos Norengros kan du velge sårbehandlings-
produkter som er tilpasset såret. For en optimal
behandling kan du fritt velge og sette sammen
produkter fra bransjens ledende leverandører.

Norengros er opptatt av at du som kunde skal
være trygg på dine produkt- og tjenestevalg.
Vi har rådgivere som opptrer uavhengig av
forhold til merke/produsent. Vi vil alltid være
beredt til å gi kompetente råd.

vi gjør arbeidsdagen enklere!



**Navn:** Kim Leine**Hvorfor:** Fordi han er sykepleier og har skrevet bok om sitt rusmisbruk.

– Kollegenes taushet var noe av det verste

Drømmen om rusen forsvinner aldri, men han har fått et mer avslappet forhold til den. Kim Leine har skrevet roman om sitt medisinnmisbruk da han jobbet som sykepleier. Nå holder han seg borte fra yrket, og føler seg noenlunde sikker mot tilbakefall.

– Du går rundt med nøklene til et velfylt medisinskapsområde som du åpner tjue ganger om dagen. Faktisk er du altså enormt standhaftig, for du står imot fristelsen tjue ganger om dagen måned etter måned, sier han.

– Det er kanskje først den femhundreogtrentiende gangen som det glipper for deg og du lar medisinen gli ned i lommen.

Den forhenværende sykepleieren, nå forfatteren Kim Leine, sitter i sofaen hjemme i den lille leiligheten i Kastrup utenfor København. Møblene er skinnende nye, og inne i soverommet står den bærbare pc-en på.

Han har begynt et nytt liv, vrent seg løs fra misbruket og skriver nå disiplinert på bok nummer to, som han er godt i gang med. Hans første, kritikerroste erindringsroman Kalak kom på dansk i vinter og gis ut i Norge i oktober.

Kim Leine taler en lavmælt og litt avlepet nynorsk. Han kommer opprinnelig fra Seljord i Telemark, men har bodd vekselvis i Danmark og på Grønland siden han var sytten år. Derfor bruker han dansk og grønlandsk mer enn norsk i hverdagen.

– Jeg pleier å si at jeg snakker

omtrent 80 prosent grønlandsk. Jeg får sagt alt jeg vil si, men noen ganger i litt barnslige vendinger.

Romanens tittel, Kalak, betyr «en ekte grønlander» og sikter til hans evne til å gli inn i det grønlandske miljøet. Leine tilbrakte femten år på Grønland. Han kom seg dit ved å ta ulike vikarier som sykepleier. I et rått og samtidig pirrende vakkert språk beskriver boken hvordan han flyr fra Danmark, der han hadde blitt utsatt for incest av sin far i tenårene, hvordan han havner midt i en konkret og dramatisk, men livsbejaende grønlandsk hverdag, og så etter hvert utvikler et økende behov for å ruse seg. Misbruket innledes når han arbeider på et helsesenter i en liten isolert bygd på Øst-Grønland, et sted med et godt utvalg av medisiner verdt hundretusener av kroner.

Jobben som ensom sykepleier er svært krevende. Foruten den faste arbeidstiden på senteret på dagtid, skal sykepleieren være tilgjengelig døgnet rundt, sju dager i uken, for akutte sykdomstilfeller. Tjenesteleiligheten ligger i samme hus som senteret, og det kan banke på døren til alle døgnets tider.

Kim Leine utfører selv alle undersøkelser og kontroller, ordinerer medisin - i normale tilfeller i samråd med en lege per telefon, men i akutte tilfeller på egen hånd - og bedømmer om en pasient må sendes videre til en lege eller kan behandles på stedet. Å sende noen til lege krever imidlertid helikoptertransport og er svært kostbart, så kravet om å klare så mye som mulig selv henger hele tiden tungt over ham.

I de lyse sommermånedene og den lang vinteren er det gjerne rolig i bygda. Men om våren og høsten kan uro og vold blusse opp, som oftest utløst av alkohol. En stri strøm av folk med stikkskader, benbrudd og hjernerystelser finner da veien til helsesenteret. Selvmordsforsøk og gjennomførte selvmord ved henging og geværskudd er også utbredte fenomen.

– Jo større erfaring jeg fikk, jo mer ordnet jeg selv, uten å blande inn leger. Men desto mer ensom ble jeg. Til slutt jobbet jeg nesten som en selvstendig lege.

Medisinnmisbruket starter i en periode da han har følt seg psykisk nedkjørt i lengre tid.

Hans grønlandske kjæreste har omkommet i en ulykke, og han har ingen å prate med om tapet. Som den eneste med helsefaglig utdanning på senteret, tar han på seg for mye arbeid, og saker og ting begynner å vokse ham over hodet.

– Å ikke kunne si nei eller sette stopp ser jeg på som en del av misbruksproblematikken i dag, men akkurat da var det eneste jeg tenkte på å ro det hele i land så godt jeg kunne.

Da en legekolegga fra Danmark kommer på besøk oppstår det en spesiell fortrolighet mellom de to mennene, som er de eneste dansktalende i bygda. Kollegaen forteller åpenhertig om livet sitt og om at han eksperimenterer med ulike legemidler for å føle seg vel.

– Jeg følte meg på en måte beslektet med ham, det var noe heroisk over hans historie som tiltalte meg. Dermed ble veien til selv å prøve rusmidler et steg kortere, sier Kim Leine.

For å bli kvitt angsten og depresjonen, begynte han å medisinere seg selv, først med lykkepiller, siden med angstdempende diazepampreparat.



I sin ensomhet på helsesenteret oppfatter han seg selv mer og mer som uunnværlig, og synes det er hans plikt å ordne opp i problemene sine på egen hånd. Men verken lykkepillen eller diazepamene gir ønsket resultat. Det er først når Kim Leine tar fem kodeintabletter mot smerter i leddene at han føler at han virkelig har funnet *sitt* rusmiddel.

– Plutselig var alle negative følel-

ser som blåst bort. Jeg ble nesten sjokkert da jeg innså at jeg faktisk satt og lo av noe på TV. Jeg hadde nok ikke ledd på flere måneder.

Fullt klar over at han er på vei inn i et rusmisbruk - en sykepleier vet jo en del om sånt, som han sier - begynner han å ta kodeintabletter hver dag. Etter noen dager forsvinner den euforiske effekten, men det parerer han med å slutte å spise. Hvis han lar være å spise

hele dagen, har kodeinet større effekt. Nå innretter han døgnrytmen etter holdepunktene tabletter klokka 18 og deretter kveldsmat. Litt etter litt øker han doseringen for å beholde effekten, men samme eufori som første gangen oppnår han aldri.

– Jeg har hørt fra mange narkomane at det man hele tiden higer etter er å forsøke å gjenskape den første rusen. Men egentlig er det

ikke rusen i seg selv som er spesiell. Det er det å bli befridd fra angsten og alle de tunge følelsene.

Etter hvert supplerer Kim Leine kodeinet med andre legemidler, først med mer diazepam og deretter med Ketogan og petidin. Til å begynne med spiser han i seg tablettene for å få rask virkning. Senere, etter at han har vendt tilbake til Danmark, begynner han å sette sprøyter på seg selv. ▶▶

– Det danske sykehusvesenet er verdens mest sjenerøse langer. Personalet har så godt som ubegrenset tilgang til alt man kan begjære av narkotika, og kontrollen er ikkeeksisterende, sier han.

Misbruket varer i tre år med noen måneders opphold av og til, i en permanent flukt fra det ene vikariatet til det andre. På Grønland blir han betraktet som en stor ressurs på grunn av sine gode språkkunnskaper og lange erfaring. Man ser ham som en dynamisk sykepleier som bør gis frie hender, om han jobber på sykehus eller ute på bygdene. Og som de fleste misbrukere blir han raskt ekspert på å skjule misbruket.

– Jeg tror selvdestruktivitet er et nøkkelord når det gjelder narkomani. Man har en sterk underliggende følelse av at man fortjener å ha det dårlig, og derfor misbruker man. Medikamentene gir smertelindring i øyeblikket, men i det lang løp er det ødeleggende.

Både i den aktive misbrukerperioden og etterpå er kollegene hans til hans store frustrasjon oppsiktsvekkende vennlige mot ham.

– De kunne jo ha stoppet misbruket mitt. Ikke for at jeg klandrer dem, jeg var ikke bedre selv. Jeg har også vært sykepleieren som var clean og så at andre hadde problemer uten å gjøre noe. Så lenge personen gjorde jobben sin var det enklest å ignorere det og late som ingenting.

Det hender at han treffer på likesinnede, at han plutselig møter et gjenkjennende blikk fra en kollega i samme situasjon, men uten at noen av dem noen gang gir seg til kjenne. Nå i etterkant er han overbevist om at det må ha vært flere kolleger som gjennomskuet ham, spesielt blant dem som selv hadde problemer, men tausheten er total.

Å konstant ha løyet for arbeidskamerater som ofte også var gode venner, gir ham sterk skyldfølelse.

– Man føler seg forfulgt, både av den stadig voksende misbruks-



demonen og av skyldfølelsen. Hemmelighetskremmeriet er ødeleggende for selvfølelsen, det oppleves som om man har et monster etter seg som før eller senere kommer til å kaste seg over en og slite en i stykker.

Han begynner å lengte etter å bli avslørt og håper at noen skal knakke ham på skulderen og spørre: «Si meg, har ikke du et problem...?». Men ingen av kollegene røper med en mine at de vet hva som foregår.

– Misbruk er et stort tabu innen helsevesenet, og et tabu har sin egen sinnrike logikk. Er du utenfor kan du ikke ta deg inn, og er du inne i det kan du ikke ta deg ut.

– Men det eneste riktige er å stille en misbrukende kollega opp mot

veggen og kreve at han gjør noe med problemet, hvis ikke, får han sparken. Stillheten er en veldig stor del av problemet.

Til slutt orker ikke kroppen hans lenger, han sykemelder seg og tar etter hvert en overdose. Han er avslørt og får forlate Grønland for å skrives inn på psykiatrisk avdeling på Rigshospitalet i København til avgiftning og behandling. Lettelse over å ha blitt gjennomskuet er enorm.

Behandlingen viser seg å ikke være optimal, men Leine insisterer på å få levere urinprøve som bevis på at han er rusfri. Så lenge han blir kontrollert føler han seg noenlunde sikker på å ikke falle tilbake til misbruket. Han får lov å reise til

Grønland igjen, denne gangen til Dronning Ingrid's Hospital i Nuuk, der det skal være folk rundt ham som kan følge med.

Men igjen møtes han med taushet. Ingen prater om misbruket. Fylkeslegen, som har det øverste ansvaret for hans virksomhet, lar ikke høre fra seg. Ingen ber ham levere urinprøve.

Til å begynne med er han fast bestemt på å fortelle kollegene om sin avhengighet. De skal bare få lære ham å kjenne som han er først, tenker han. Men ettersom tiden går blir det vanskeligere og vanskeligere å stikke hull på byllen.

– Det hadde vært lettere om de hadde satt opp et oppslag på avdelingen fra første stund med teksten

– Det danske sykehusvesenet er verdens mest sjenerøse lager.

«Denne mannen er misbruker», sier han med en kort latter.

Tilbakefallet begynner med noen Kodimagnyl og akselererer lynraskt. Han setter alltid sprøytene om nettene, når han er alene på avdelingen og det ikke er så mye å gjøre. Han sitter for seg selv inne på et av toalettene til rusen avtar litt og han kan føre en normal samtale igjen.

Den siste natten lar han den blodige kanylen og spissen ligge igjen etter seg. Det gjør at han blir avslørt.

– Om det var et underbevisst rop på hjelp vet jeg ikke helt, men den som fant utstyret koblet det umiddelbart til meg. Avdelingens morfinforbruk hadde jo eksplodert,

så det er klart ledelsen visste hva som foregikk. Og nå ble de tvunget til å gripe inn.

Leine kalles inn til samtale hos fylkeslegen. Han stilles overfor valget å frivillig innlevere sin autorisasjon eller fremstilles for ansvarsnemnden. Han velger det første, og har ikke jobbet som sykepleier etter det.

Når han sitter her i sin nyinnkjøpte skinnsofa i Kastrup, har det gått knapt tre år siden hans siste natt på avdelingen på Dronning Ingrid's Hospital, og han er fremdeles rusfri. Å skrive boken har tatt ham tre måneder, og har fungert både som terapi og livline.

– Gjennom å formulere min historie har jeg gjennomskuet visse ting i livet mitt, som at jeg faktisk lenge har hatt en slags misbrukeratferd, både når det gjelder mat, alkohol og sex. Men det aller viktigste har vært å få boken publisert. Nå vet hele verden at jeg har vært narkoman.

Sykepleierjobben savner han ikke, men savner veldig den nære kontakten med mennesker som trenger ham, som han opplevde på Grønland. Om han ble regelmessig kontrollert tror han at han ville klart å gå tilbake til helsevesenet, men det er ikke det han ønsker.

– Nå prøver jeg meg som heltdsforfatter, og det er faktisk det jeg alltid har drømt om.

Én inne i Horten

Målet var å få inn åtte kandidater i kommunestyret. De endte med én, men mandatet kan være avgjørende for hvilken fløy som får ordførersetet.

Nyutdannet sykepleier og førstekandidat på Hortens Fellesliste for helse- og omsorg, Børre Stabell, kom inn i bystyret.

– Vi fikk ikke inn så mange som vi ønsket, men har havnet i vippeposisjon. Ingen av blokkene kommer noen vei uten oss, sier han.

Hestehandel

Telefonene har alt begynt å ringe for å sikre samarbeid med Hel-

selista. Høyre, Frp, V, Sp og KrF har 20 mandater. Det samme har Ap, SV og RV.

– Vi kommer til å samarbeide med den fløyen som gir oss best avtale innen helse- og sosial, sier Stabell.

Han har lyst å følge opp det han har lovet velgerne sine.

– Jeg regner med at forhandlingene er ferdige om noen uker, sier han.

Faksimile fra Sykepleien 11/07

Sykepleierpartiet tar saken!

Kandidatene på Felleslista for helse- og omsorg i Horten håper å få inn åtte kandidater i kommunestyret. Det vil gi dem den maksimale stemmen.



Stabell, nyutdannet sykepleier og førstekandidat på Hortens Fellesliste for helse- og omsorg, Børre Stabell, kom inn i bystyret.

– Vi fikk ikke inn så mange som vi ønsket, men har havnet i vippeposisjon. Ingen av blokkene kommer noen vei uten oss, sier han.

Hestehandel

Telefonene har alt begynt å ringe for å sikre samarbeid med Hel-

<<Underdog>>

Prognoser og lokalpresse levnet ikke Helselista rare sjansen til å få noen inn i bystyret.

– I slutten av valgkampen slapp vi ikke til i det hele tatt, men vi kom inn, sier en fornøyd Stabell.

Sammen med de andre på lista har de holdt valgvake til langt på natt.

– Stemningen har vært god, men det ble lite søvn, ler han.

ENDA FLERE DECUBAL-PRODUKTER MOT TØRR HUD!

Decubal består i dag av produkter som nærer, pleier og gjenoppbygger huden fra topp til tå. Serien inneholder produkter for de som har normalt tørr hud, men også spesialprodukter for en ekstremt tørr hud, irritert hud eller som støttende behandling ved psoriasis og eksem. Nå lanserer Decubal to spennende nyheter for vask av hud og hår:

DECUBAL FACE WASH

Mildt renseskum som effektivt renser huden, uten å virke uttørrkende. 150 ml pumpeflaske

DECUBAL MILD SHAMPOO

Tørr hud gir også ofte tørr hodebunn. Decubal Mild Shampoo rengjør hår og hodebunn skånsomt. 200 ml flaske

Decubals spesialutviklede produkter gir hele kroppen optimal hudpleie hver dag. Kun på apoteket



DECUBAL



Av Kari Skrautvol, sykepleier, homeopat MNHL, førstelektor ved Høgskolen i Oslo

Mer homeopati

Denne fagartikkelen følges opp med en kommentar fra legene og intervju med en homeopat. I tillegg kan du lese om hvorfor sykepleiere velger å utdanne seg innenfor alternativ behandling.

Homeopati mot nye arenaer

Komplementærmedisin bør inn i behandlingen av kronisk syke ved sykehusenes poliklinikker.

I vestlig kultur blir kronisk sykdom sett på som noe negativt. Hva med å snu på det og heller se kronisk sykdom som en mulighet til å gjenvinne bedret helse? De gamle grekerne tenkte på helse som balanse, mens moderne medisin ser helse som fravær av sykdom. Hva med å se på sykdom «as a teacher»; noe vi kan lære av kroppen vår. Den sykeserfaringer – kroppskunnskap – er i seg selv en kunnskapskilde (1).

Holdningsendring

Homeopati er den form for komplementær og alternativ medisin som for tiden vinner terreng i Norge (2). En av fire pasienter som får hjelp av homeopat er barn mellom 0 og ni år (3). Dette viser en økende tro på effekten av homeopatisk behandling av barn. Foreldre erfarer at barnet deres blir friskere og at det går lengre tid mellom periodene med sykdom. Mange får økt kunnskap om egen kropp gjennom homeopatisk behandling og erkjennelsen fører til holdningsendringer.

En ny longitudinell observasjonsstudie (4) som gikk over

seks år ved en poliklinikk ved et National Health Service (NHS) sykehus i Storbritannia, viser at homeopatisk intervensjon ga positive forandringer i helsen til en populasjon på 6 544 pasienter med ulike kroniske lidelser, blant annet migrene, irriterbar mage/tarm syndrom og inflammatoriske tarmsykdommer. Hensikten med behandlingen var å bedre generell helse og velvære, få bedre symptomkontroll og redusere antall tilbakefall når lidelsen forverret seg både akutt og kronisk. Barn viste spesielt bedring ved eksem og astma. Disse resultatene viser at vi må utvikle tilsvarende kompetansesentre ved poliklinikker i norske sykehus. Med et lovverk for alternativ behandling og ved å satse på forskning som belyser effekt av sykdomsmestring og kroppens evne til selvhelbredelse (5,6) er Norge et foregangsland i nordisk sammenheng. Medisin og sykepleie innenfor det offentlige helsevesenet retter nå oppmerksomhet mot utviklingen av kroniske lidelser og åpner for bruk av alternative behandlingsmetoder (7, 8). Derfor mener jeg at sykepleiere, fysioterapeuter og leger med homeopatiutdanning bør få offentlig lisens og muligheter til i å praktisere innenfor helsevesenet. Denne muligheten bør også vurderes for registrerte homeopater og akupunktører

med lang klinisk erfaring og som innehar grunnmedisinsk kompetanse.

Integrativ medisin

I USA og Storbritannia benyttes begrepet complementary and alternative medicine. I EU brukes forskjellige uttrykk, for eksempel ukonvensjonell medisin og komplementær medisin. Verdens helseorganisasjon (Who) bruker forkortelsen tcam, som står for tradisjonell, komplementær og alternativ medisin (9).

Med komplementær behandling menes utfyllende behandling som (www.ordnett.no) lar seg integrere, og gir minst mulig skade i behandlingen av den syke. Med-aljen, som består av to sider av en og samme helhet, kan brukes som et bilde på komplementaritet. Det vil si et både-og-syn, hvor den ene siden ikke utelukker den andre, men må ses i sammenheng med denne. Med komplementær behandling menes å arbeide mot en kontekst hvor konvensjonell medisin og homeopati brukes sammen i behandlingen av sykdom.

I internasjonal medisinsk litteratur dukker begrepet integrativ medisin opp og viser til et nytt fagfelt innen medisinsk vitenskap. Begrepet integrativ kommer fra å integrere, som betyr å utfylle. Adjektivet integral betyr uskadd, det

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på www.sykepleien.no

Søkeord:
alternativ behandling
homeopati
kronisk syke
poliklinikk



som utgjør en helhet. Integrativ medisin fokuserer på helsefremmende behandling og er mer forsiktig med symptomkontroll av kroniske lidelser i tidlig fase for årsaksfaktorer er avklart.

Homeopatisk hospital

Homeopatisk behandling har vært tilgjengelig innenfor National Health Service (NHS) siden

opprettelsen i 1948, og i dag er det fem slike sykehus i Storbritannia (10). Etterspørselen fra pasienter som ønsker å kombinere homeopatisk behandling med konvensjonell medisinsk behandling øker. Sykehusene har leger med klinisk erfaring fra begge disipliner og fagfeltet integrativ medisin er under utvikling (11,12). Sykepleiere har ett års

tilleggsutdanning for å kunne utøve homeopatisk sykepleie i sengepost. Det vil si at de ikke er utdannet til å utøve homeopatisk behandling, men har kunnskaper om hvordan følge opp og pleie pasienter som både får homeopatiske medisiner og konvensjonell medisinsk behandling.

NHS tillater bare leger med homeopatiutdanning i å praktisere i

sykehusavdelingene. I poliklinisk arbeid derimot kan dette arbeidet ledes av kvalifiserte sykepleiere med offentlig lisens i homeopati med grunnmedisinsk kompetanse.

I Norge utdanner offentlig godkjent helsepersonell seg ved å ta denne utdanningen i private fagskoler. Disse er akkreditert av eget fagforbund og etter gjennomført utdanning søkes det om



medlemskap. Det som er spesielt for homeopatiutdanningen i Norge er kravet til grunnmedisinsk kompetanse, eget klinisk veiledningsprogram under utdanningen, samt klinisk eksamen med ekstern sensor oppnevnt av Norske Homeopaters Landsforbund (NHL).

Forskning på infertilitet

Det er forsket på bruk av komplementær behandling av infertilitet på Island (13). Kroniske problemer, hormonell ubalanse og infertilitet hos begge kjønn, kan behandles med kinesisk urtemedisin og homeopati. Det fokuseres på livsstil, kosthold og stress som opphav til kroppslige, emosjonelle og mentale problemer. Jordmødre med tilleggsutdanning i homeopati og akupunktur har en viktig funksjon når det gjelder å bidra til bedret reproduksjonshelse i befolkningen. Dette er aktuelt helsetilbud som også bør utvikles hos oss.

Likt helbreder likt

Dr Peter Fisher (14) ved Royal London Homeopathic Hospital understreker at forskning på homeopati byr på mange overraskelser. Den første overraskelsen var oppdagelsen av hvilken

rolle de første homeopater spilte i utviklingen av «proving» som klinisk forskningsmetode. «Proving» eller prøving er systematisk utforskning av homeopatiske medisiner på friske mennesker. Det vil si at man kartlegger hvordan homeopatiske midler, gitt i en prøvesituasjon på friske individer, virker ved å registrere symptomene midlet gir når det inntas i flere dager. Dette analyseres, og det nedtegnes et symptombilde av midlet. For å gi et homeopatisk middel til en akutt eller kronisk syk person må et «lignende» symptombilde vise seg gjennom samtale og observasjon av pasienten. Dette er utgangspunktet for homeopatiens grunnlov: Likt helbreder likt.

Motstand mot ny kunnskap

Den medisinske utviklingen ligger gjerne i forkant av behovet og kan endre synet på sykdoms årsakssammenheng. Eksempel på dette er historien om magesårbakterien *heliobacterus pylorus* som ble påvist i 1982 (15). Professor Barry Marshall og Dr Robin Warren oppdaget bakterien, men de var utenfor miljøet som behandlet magesårpatientene. Utøverne av den etablerte medisinen innen feltet hadde nedlagt

mye arbeid, og etablert karrierer og autoritet basert på dette. På tross av dokumenterte vitenskapelige resultater med 200 kasus ble ikke resultatene til Warren og Marshall tatt alvorlig før etter ti år. Sammen fikk de Nobelprisen 2005 i fysiologi og medisin for sitt banebrytende arbeid. Medisinske oppdagelser vil nå fram hvis behandlingsresultatene er til å stole på, det er tiden som er avgjørende (7). Motstanden mot ny kunnskap kan være vanskelig å overvinne, men når forskningen kan vise til resultater vil den etter hvert slå igjennom.

Effekt over tid

Homeopatisk medisin er en behandlingsform som bruker mikrodoser av toksiner til å stimulere kroppens selvregulerende system. Det foreligger ennå ingen god forklaring på hvorfor medisinen virker som den gjør, men dette vil helt sikkert komme.

Kliniske kontrollerte forsøk er den mest verdsatte forskningsmetoden for å dokumentere effekten av medikamenter eller kliniske intervensjoner. Randomiserte kliniske forsøk med bruk av kontrollgruppe er den mest aksepterte metoden (16,17). Denne metoden kan være mindre egnet til å dokumentere effekten av homeopatiske medisiner fordi tidsperspektivet ved denne behandlingen er annerledes. Den kontrollerer i mindre grad sykdomssymptomene på kort sikt ved kroniske plager, men en forventer bedring av symptombildet på lidelsen over tid. Behandlingsmetoden avkrever større grad av individuell behandling og dette gjelder spesielt ved kroniske lidelser, som kronisk inflammatorisk tarmsykdom. Randomiserte kliniske forsøk kan brukes på pasientgrupper innenfor samme sykdomskategori hvor en måler effekt av behandlingen med bruk av ulike homeopatiske midler mot en kontrollgruppe (18). En god forskningsstrategi er å forske på et utvidet effektbegrep i den

brobyggingen som nå skjer mellom medisin og komplementærbehandling - homeopati.

Veien videre

Begrepet *resiliens* er knyttet til positiv mestring i det virkelige liv, der risiko, personens alder og individuelle konstitusjon (19) er med i vurderingen. Immunforsvaret får ofte økt motstandskraft ved infeksjonssykdommer. Bruk av komplementær medisin ved kroniske lidelser har til hensikt å styrke og gi kroppen energi og bidra til at tilstanden ikke forverrer seg. Med resiliens forstår vi både den motstandskraften personen har i seg selv og styrken som ligger i samspillet mellom personen og hans/hennes miljø. Dette viser at hver enkelt av oss må finne vår egen måte å oppnå bedret helse og dermed en bedret tilværelse på.

Holdningen til å inngå samarbeid med for eksempel profesjonell homeopat er i positiv endring blant norske leger. Flere leger utøver akupunktur i egen praksis, men mange hevder fortsatt at homeopati ikke er vitenskapelig dokumentert behandling. Denne holdningen har likevel endret seg de siste årene og dialogen er blitt mer åpen. Jeg mener at sykepleiere med kvalifisert bakgrunn er spesielt egnet til brobyggingsarbeidet som nå skjer både innen forskning, fagutvikling og i sykehusenes poliklinikker. Fordelen med homeopatisk behandling er at den kan brukes parallelt med konvensjonell behandling inntil bedring inntreffer.

Egne sentre?

Klinisk dyktighet i å oppnå resultater med pasienter er avgjørende for den profesjonelle dyktigheten. Homeopat MNHL er i dag en tittel som gis til homeopater, leger, sykepleiere, jordmødre, fysioterapeuter og annet helsepersonell etter godkjent utdanning og med søknad til NHL. Pasientorganisasjoner



i EU og Norge anbefaler pasientene å bruke homeopater som er medlem i en fagorganisasjon som kvalifiserer og opprettholder godkjenningen av terapeuten. Det første norske sykehus som innfører konseptet komplementærmedisin for behandling av kroniske sykdommer vil ha et fortrinn i den videre utviklingen. Jeg anbefaler å bygge opp egne polikliniske kompetansesentre ved norske sykehus. Man bør ta i bruk kvalifisert helsepersonell,

da vi i Norge har meget få leger som er utdannet innen homeopati. Dette vil først være aktuelt når de medisinske fakulteter tar dette inn som en legespesialitet. Inntil videre bør myndigheter og helseforetak legge forholdene til rette for en slik utvikling.

Litteratur

- Kristoffersen K. Helsens sammenhenger - helsefremmende prosesser ved kronisk sykdom. Oslo:Cappelen Akademisk Forlag, 2006.
- Viksveen P & Steinsbekk A. Changes in patients visiting a homeopathic clinic in Norway from 1994 to 2004. *Homeopathy* 2005; 94: 222-228.
- Steinsbekk A, Fønnebø V. Users of homeopathy in Norway in 1998, compared to previous users and GP patients. *Homeopathy* 2003; 92:3-10.
- Spence DS, Thompson EA, Barron SJ. Homeopathic Treatment for Chronic Disease: A 6-Year, University-Hospital Outpatient Observational Study. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine* 2005; 11 (5): 793-798.
- Ot.prp.nr.27 (2002-2003) Om lov om alternative behandling av sykdom mv. <http://odin.dep.no/repub/02-03/ot-prp/27/>
- Nasjonalt forskningssenter innen komplementær og alternativ medisin. www.nafkam.no
- Skrautvol K. Alternativer til antibiotika inn i utdanningen av sykepleiere og helseøstere. *Tidsskr Sykepl* 2001; 6: 52- 56.
- Skrautvol K. Hvordan styrke barns motstandskraft? *Dynamis* 2002, Tidsskrift for Norske Homeopaters Landsforbund; 16(2): 10-12.
- Straumshim Grønli K. Hva er alternativ behandling? www.forskning.no, 22. oktober 2003.
- Skrautvol K. Glasgow: Framtidas «grønne» hospital. *Tidsskr Sykepl* 2002; 6: 38-39.
- The Homeopathic Trust. Annual review 1998. The Homeopathic Trust, 15 Clerkenwell Close, London.
- Mercer SW, Reilly D. A qualitative study of the patient's views on the consultation at the Glasgow Homeopathic Hospital, and NHS integrative complementary and orthodox medical care unit. *Patient Educ Couns* 2004; 53(1):1-3.
- Veal L. Complementary therapy and infertility: an Icelandic perspective. *Complementary Therapies in Nursing & Midwifery* 1998; 4(1): 3-6.
- Fisher P. The development of research methodology in homeopathy. *Complementary Therapies in Nursing and Midwifery* 1995; 1(6):168-174.
- Watts G. Nobel prize is awarded to doctors who discovered *Helicobacter pylori*. *BJM* 2005; 331:795.
- Launsø L, Rieper O. Forskning om og med mennesker. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck A/S, 2005.
- Veal L. Countering misleading information. *Complementary Therapies in Nursing & Midwifery* 2004; 10: 54-57.
- Steinsbekk A. Homeopathy in the prevention of upper respiratory tract infections in children. Institutt for samfunnsmedisin, Det medisinske fakultet, NTNU, disputas 14.3.2005.
- Borge AI. Resiliens. Risiko for sunn utvikling. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, 2003.

3 spørsmål til legene

– Gi oss dokumentasjon, oppfordrer Legeforeningen.

1. Bør homeopati bli et tilbud til kronisk syke i norske sykehus?

– I et offentlig helsevesen som allerede har mange udekkete behov, for eksempel innenfor psykiatri, rusbehandling, kronisk sykdom og eldre, må vi prioritere hardt, sier Torunn Janbu, president i Den norske legeforening, og peker på manglende dokumentert effekt av homeopati.

– I dag finnes det behandling med dokumentert effekt som vi ikke har anledning til å tilby. Helsepersonell er også lovpålagt å utføre sitt arbeid i samsvar med kravet til faglig forsvarlighet.

2. – Mange erfarer at homeopati virker og at pasienter får hjelp. Er ikke det et argument?

– Igjen: Da må det være mulig å dokumentere at det virker. Men alle har selvfølgelig valgfrihet, og står fritt til å oppsøke alternativ behandling utenfor det offentlige helseve-

senet. Men da må de altså betale selv.

3. – Utøvere av alternativ medisin mener leger er for lite nysgjerrige på hva de får til. Hva sier du til det?

– Vi er veldig nysgjerrige! Og vi søker stadig ny kunnskap. Hvis noe viser seg å kunne bidra til å lindre plager, er det flott. Kunnskap om dette vil vi gjerne motta, oppfordrer Torunn Janbu.



Torunn Janbu.
Foto: Legeforeningen

Kritiske britiske leger

Storbritannia trekkes frem som et foregangsland innenfor alternativ behandling. Men det finnes indre uro. I mai i år sendte flere medisinske professorer et åpent brev til myndighetene og bad dem sette en stopper for alternativ behandling, deriblant homeopati, i det britiske helsevesenet (NHS). De begrunner sitt syn med at homeopati ikke er kunnskapsbasert, og det er i konflikt med ønsket om å fremme kunnskapsbasert medisin.

– Sykepleiere kan være brobyggere



Arena klinikk i Oslo: Øyvind Hafslund skulle ønske skolemedisinere var mer nysgjerrige på hva han driver med.

I 1978 ble hans egen nysgjerrighet pirret. Da jobbet han som fysioterapeut, og en av hans faste pasienter kom hjem fra ferie, i tydelig bedre form. Hafslund lurte på hva som var hendt, men svaret var unnvikende. Etter hvert kom det frem at pasienten hadde vært hos homeopat. Dette var ikke noe Øyvind Hafslund hadde greie på, men han tenkte: «Hvis dette kan hjelpe, må jeg lære meg det».

Den rette?

I et hvitt trehus, like bak Tåsnehjemmet og midt i Ullevål hageby, driver Hafslund klinikk og skole sammen med legen Leif Ims. I disse dager starter kull 19 på Skandinavisk Institutt for Klassisk Homeopati (S.I.K.H.) og Hafslund kan notere seg snart 30 års erfaring som homeopat. I avtaleboken har han ikke en ledig time før i oktober. Til hans praksis kommer pasienter med alle mulige problemstillinger. For å illustrere leser han opp fra gårsdagens pasientliste:

Angstproblematikk, fibromyalgi, depresjon, svetteproblematikk, menoragi, utbrenthet.

Men han har ikke noe ønske



HUSHOMEOPAT: Øyvind Hafslund tar imot hele familier.

om å ta over for legestanden. Han vil samarbeide.

– Tverrfaglighet, det er nesten hjertebarnt mitt. Derfor er det så viktig for meg å ha kontor sammen med andre fagfolk, sier han.

Og det er ikke snakk om bare å dele lokaler, de må også snakke sammen og samarbeide om pasienter. Å henvise er en viktig del av jobben.

– Når jeg får en pasient, er min første tanke: «Er jeg den rette?». Det viktige er ikke om pasienten får hjelp av lege eller homeopat, men at han får hjelp.

Redsel og ignoranse

Hafslund skulle gjerne bygget en bro mellom det som i dag kan se ut som to leire.

– Det er ikke til å komme fra at skolemedisinen vet for lite om homeopati, sier han og peker på to faktorer som gjør brobyggingen vanskelig:

– En: Hadde de sett hva vi får til, hadde de blitt interessert. To: Redsel for hvordan legekolleger vil reagere.

Selv har han pasienter som er leger, som sier de ikke tør fortelle kolleger at de går til homeopat.

Mer enn enkeltdele

Hafslund ser en klar tendens til at folk flest i økende grad anerkjenner og bruker homeopati. Særlig unge. Han tror grunnen er den samme som gjorde han interessert i homeopati: De ser det virker.

– Men holder det egentlig som argument at «folk ser det virker»?

– For det første vet vi heller ikke virkningen av en rekke medisinske tiltak. For det andre: Vitenskap er ikke sannhet. Hvis det var sånn at alt som ble bevist vitenskapelig virkelig stemte, så ok. Men sånn er det ikke. Medisinske sannheter blir stadig avkreftet. Jeg føler at argumentet om at homeopati ikke har dokumentert effekt brukes som unnskyldning for ikke å være nysgjerrig. Mange hevder også at det ikke er forsket på homeopati. Det er feil. Ikke sånn å forstå at vi ikke trenger mer forskning. Det gjør vi, og

Blir det en kamp mellom to leire, er det ikke sunt. Jeg tror det må introduseres forsiktig.

særlig kvalitativ forskning.

– Hvorfor kvalitativ?

– Fordi man da ser på hele mennesket. Ta for eksempel et menneske med en tarmlidelse. Hva er vi ute etter? At bare tarmen skal ha det bra eller at hele mennesket skal ha det bra? En tarmlidelse kan påvirke hele systemet. Ved å gi en syntetisk medisin for lidelsen, kan du fjerne problemet, men mennesket kan ha det like dårlig. Ikke misforstå: Jeg er ikke imot å gi medisin, men jeg mener også vi skal se helheten. Hvis pasienten fremdeles sliter, må vi hjelpe med mer enn bare medikamentet. Vi må se mer enn enkeltdele.

– Men problemet kan også være løst bare ved å gi en spesiell syntetisk medisin?

– Selvfølgelig. Men vi må ikke lukke øynene for dem som trenger noe mer. Hvorfor jeg har så mye å gjøre, tror jeg er fordi jeg tar imot hele familier.

Jeg kjenner dem, og de stoler på at jeg om nødvendig sender dem videre. Det blir litt som den gamle huslegen.

– Men man har fastlegen?

– Ja, men de har ikke tid.

Tre prinsipper

Hafslund peker på tre sentrale behandlingsprinsipper: Contraia-prinsippet, likhetsprinsippet og substitusjonsprinsippet. I korte trekk: Contraia – du har hodepine som skyldes kardilatasjon. Du får karkontraherende. Likhetsprinsippet – for eksempel vaksinasjon. Du gir kroppen små doser av et sykdomsfremkallende stoff, for å gjøre kroppen i stand til å hamle opp

med sykdom selv. Substitusjon – du mangler et stoff og får det tilført. Han mener vi trenger alle tre.

Likhetsprinsippet er sentralt i homeopati. Homeopatiens grunnlegger, Samuel Hahnemann, som regnes for å være homeopatiens grunnlegger, fikk ideen at han ville spise kinabark for å se hva som skjedde. Resultatet var febertokter, muskelsmerter og hodepine – malarisymptomer. Kinin var lenge den eneste effektive medisinen mot malaria. Hahnemann og kinabarken kan stå som et eksempel på homeopatiens prinsipp: Kroppen har et problem, og tilføres små doser av et stoff hvis bivirkninger er likt symptomene på problemet.

Må være interesse

– Hvilken rolle kan sykepleiere spille i dette?

– De har en grunnmedisinsk kompetanse, som jeg mener er

helt essensielt. I tillegg er de opplært til å observere og de er underlagt helsepersonelloven. Jeg tror sykepleiere som homeopater kan være brobygger for begge leire og for pasientene. Hvis sykepleierne kan få leirene til å snakke med hverandre, kommer det pasientene til gode.

– Tror du homeopati kommer inn i norske sykehus?

– Ja. Men jeg støtter det kun dersom det møtes med nysgjerrighet og genuin interesse. Blir det en kamp mellom to leire, er det ikke sunt. Jeg tror det må introduseres forsiktig.



SIMILIA SIMILIBUS CURENTUR eller likt skal fordrives med det liknende. Slik skal homeopatiens grunnlegger, Samuel Hahnemann, ha formulert det. Her skimtes Hahnemann bak en gardin på Øyvind Hafslunds kontor.



– Gir bedre sykepleie

Å få utøve sykepleie i tråd med hva de har lært, er én grunn til at sykepleiere velger en alternativ vei.

I sin doktorgrad *Sykepleiere i alternativ behandling*. Hvorfor velger offentlig godkjente sykepleiere å tilby alternativ behandling trekker Berit Johannessen frem ulike forklaringer. En er at de i større grad kan utøve sykepleie i tråd med ideene og drømmene de hadde om faget.

– De får jobbe mer helhetlig, med mer tid til den enkelte og større oppmerksomhet på menneskets selvhelbredende krefter, sier Berit Johannessen, som peker på at troen på å styrke menneskets egne krefter har lange tradisjoner i sykepleiefaget.

– En annen forklaring er negativ erfaring fra helsevesenet, som de opplever som stressende og mest opp tatt av økonomi.

Realiserer seg selv

Å være selvstendig, med egen praksis og herre over egen tid spiller også inn.

– Som vanlige sykepleiere har de en underordnet rolle, noe som blir spesielt vanskelig i et helsevesen hvor de opplever at det ikke er tid til å utøve ordentlig sykepleie.

Sykepleiere velger også alternativt fordi de har erfart at det virker, enten på egen kropp eller på mennesker de er nær.

– En mer grunnleggende forklaring er den sterke sammenhengen med deres personlige oppfatning av å være menneske. Den alternative medisinen stem-

mer for mange bedre overens med deres oppfatning av virkeligheten. De får realisert egne verdier, samtidig som de hjelper andre, forklarer Berit Johannessen.

Derfor valgte hun å ta med nyreligiøsitet som perspektiv, fordi fra et kulturfaglig ståsted koples alternativ behandling til nyreligiøsitet.

– For noen alternative behandlere oppleves dette feil, men kulturforskere legger alternativ behandling inn under begrepet New age.

– *Kommer dette sterkere frem i noen former?*

– Ja, det kan man si. Akupunktur og homeopati har mindre religiøs tilknytning, healing kanskje mer. Jeg så nyreligiøse strømninger i deler av feltet, men også behandlere som er kritiske. Selv synes jeg denne sammenheng mellom ny-

Det er ikke mange år siden kiropraktikk var regnet som alternativt.

religiøsitet og alternativ behandling er lite nyansert, og jeg var for lite kritisk til den i min avhandling.

I bevegelse

– *Hva legger du i alternativ behandling?*

– Her blir det stadig flere gråsoner, som at akupunktur, aromaterapi, kosttilskudd og musikk også tilbys på enkelte sykehus. Dette er hele tiden i bevegelse. Det er ikke mange år siden kiropraktikk var regnet som alternativt. Generelt kan man si at alternativ behand-



FORSKER PÅ ALTERNATIVER:
Berit Johannessen er førsteamanuensis ved Høgskolen i Agder.

ling er noe man ikke får dekket gjennom offentlig helsetjeneste.

– *Har du ønsket å bli alternativ behandler?*

– Nei. Men jeg så fort at alternativ behandling passer veldig godt sammen med en tradisjonell oppfatning av sykepleie og den sykepleien vi underviser på høgskolen. Sykepleie er mer enn å være legens assistent. Mange mener også at sykepleie har beveget seg bort fra kjernen i faget. Internasjonalt aksepteres i større grad en blanding av tradisjonell og alternativ behandling, men i Norge er det lite gehør for sånt. Her er det heller ikke lov å annonsere med at man er autorisert



Utsiktet reaksjon?

Ulike naturmidler kan reagere med medisiner. For eksempel forsterker grapefrukt effekten av Viagra, med mulige bivirkninger som angina og hjerteinfarkt, og johannesurt reduserer effekten av p-piller. Men man vet ikke nok. Derfor skal forskere fra Norges Naturvitenskapelige Universitet utarbeide metoder for å avsløre mulig skadelige kom-

binasjoner og trygge kombinasjoner av urter og medisiner. Målet er en systematisk oversikt over ulike naturmidlers effekt når de kombineres med ulike legemidler. Norges Forskningsråd og Kreftforeningen finansierer. Forsker Odd Georg Engdal tar til orde for å ta en naturmiddelliste inn i Felleskatalogen.

Gemini

sykepleier og akupunktør, men noen gjør det likevel.

Flere syke

I avhandlingen kaster Johannessen et kritisk blikk på utbredelsen av alternativ behandling og påfølgende medikalisering.

– Hvis feltet blir stort, betyr det mange pasienter og dermed mange syke. Flere og flere får behov for helsetjenester. Går du til alternativ behandler, risikerer du å få flere diagnoser. Dette kan også skje hos legen; tar man mange nok prøver, finner man ofte noe. Vi får flere diagnoser, og det er ikke nødvendigvis positivt. Hele samfunnet patologiseres. Det er også interessant at sykepleiere velger bort å jobbe med de sykeste syke, og heller vil jobbe med de friske, som de kan ha til konsultasjoner på et kontor. Hvilke konsekvenser dette kan ha vil fremtiden vise.

Ikke siste utvei

– *Noen aba-opplevelser?*

– Mine egne fordommer ble satt veldig på prøve, men jeg fikk stor respekt for alternativ behandling etter å ha hatt denne nærkontakten. Det var en verden jeg ikke kjente. Jeg så at det var ting i livet mitt som bedre kunne forstås ved å bruke alternative metoder, jeg erfarte at alternativ behandling faktisk virker. Jeg ser at mange nå prøver alternativ behandling før de prøver farmakologi.

Vil ha mer forskning

Medisinsk fakultet ved Universitetet i Tromsø har et eget forsknings-senter for alternativ medisin. Nasjonalt forskningssenter innen komplementær og alternativ medisin – Nafkam – heter det. Målet er å bidra til at det forskes på alternativ medisin og visjonen er kunnskapsbasert behandling uansett hvor man velger å få den. Les mer: www.nafkam.no



Fakta om doktorgraden

Tverrvitenskapelig. Basis i kulturvitenskap, sykepleievitenskap og religionsvitenskap. Hun bruker empiri og kvalitativ metode og har blant annet intervjuet 20 «alternative» sykepleiere. Du finner avhandlingen her: https://bora.uib.no/bitstream/1956/1903/1/Thesis_Johannessen.pdf

Der er det skjedd en endring. Før var alternativ behandling siste utvei, nå prøver man det først, fordi det er mer skånsomt. Kanskje det også er en grunn til at sykepleiere velger alternativt: De ser alle bivirkningene av tradisjonell behandling.

AminoJern Ferrochel -en ny generasjon jerntilskudd



AminoJern Ferrochel er en ny generasjon jerntilskudd som bl.a. kjennetegnes ved sin unike opptaks-mekanisme.

AminoJern Ferrochel er meget stabilt og man unngår at jern felles ut og danner fritt jern i tarmen, noe som kan gi bivirkninger som kvalme, treg eller løs mage.

En rekke kliniske studier viser at AminoJern Ferrochel absorberes og utnyttes svært godt. Jernlageret bygges effektivt opp selv ved lave doser. Det er lett å administrere AminoJern Ferrochel da det kan tas ved måltid uten at effekten reduseres. AminoJern Ferrochel inneholder ingen animalske ingredienser.

FORDELER VED AMINOJERN:

- Absorberes opptil fire ganger bedre enn tradisjonelle jerntilskudd
- Gir normalt ikke bivirkninger som kvalme, treg eller løs mage
- Bygger kroppens jernlager særdeles effektivt
- Kan tas sammen med mat
- Inneholder intet animalsk

AminoJern markedsføres som et kosttilskudd av Vitalkost AS. Anbefalt døgndose 1 tbl, tilsvarende 25 mg jern. Føres av Vitus, Ditt Apotek og helsekostforretninger. For mer info se www.aminojern.no, ring tlf 33 00 38 70 eller send mail til post@vitalkost.no.



– Shetland skåler mer enn

Skottland er regnet som «Europas sykeste mann» på grunn av det høye alkoholkonsumet. Akuttsykepleier Norma Laurenson tror Shetlandsøyene har et enda større alkoholproblem.

Drar du en trekant mellom Bergen, Aberdeen i Skottland og Torshavn på Færøyene, havner Shetlandsøyene midt i triangelen. Siden 1469 har de 100 øyene tilhørt Skottland, og i dag er det bare noen stedsnavn som minner om at øyriket med de 22 000 innbyggerne en gang var norsk og het Hjaltland. I hovedstaden Lerwick ligger øyas eneste sykehus hvor Norma Laurenson har vært sykepleier i 19 år. Tittelen er «emergency nurse practitioner». Sykepleieren traff henne en dag i september da hun som tillitsvalgt i Royal College of Nursing (RCN) gjestet hovedkontoret i Edinburgh for å lære litt om hvordan forbundet jobber. Vi benyttet anledningen til å få litt Shetlands-know-how:

Selvhjulpne folk

– Shetland ligger øde til. Vi har ikke en intensivavdeling på sykehuset, men må ta oss av ventilerte pasienter allikevel, forteller Laurenson.

De største skadene flys til Aberdeen, og da følger en sykepleier med som ledsager. Tåka er den største fienden. Når den ligger tjukk, er det ikke alltid luftambulansen kan gå.

Laurenson mener den største utfordringen for sykepleierne er å holde seg faglig oppdatert. Forbundet RCN forsøker å hjelpe til med å holde konferanser og kongresser, men da må sykepleierne skaffe seg vikarer selv. Helsepersonell som jobber på Shetlandsøyene får omtrent tre fergeturer betalt av staten i

året. Det er den eneste økonomiske bonusen de får for å bo så øde.

Det er rundt 15 bebodde øyer på Shetland, og Laurenson forteller at hver øy har sin sykepleier. Nylig var hun vikar på Fair Island, som ligger lengst sør. Da ble hun fløyet inn dit på en fredag og kunne ikke komme derifra før helga var over. Da gjelder det å vite hva man skal gjøre dersom noe skjer.

– Folk her er veldig selvhjulpne. De mekker biler og reparerer huset sjøl. Det er ikke bare å ringe og be noen gjøre det for deg. Også kvinnene på 80-90 år er sterke. De har vært vant til å være alene mens mennene har vært ute på sjøen og fisket, forteller hun.

Høy ulykkesstatistikk

I dag er det oljeindustrien som er den største inntektskilden på Shetlandsøyene. Arbeidsledigheten er lav.

– Vi er en ganske rik kommune. Folk har råd til å drikke mye alkohol, og ulykkesstatistikken er høy. Jeg ser det på akuttten. Det kommer ofte inn alkoholrelaterte skader som fallulykker eller trafikkulykker. Folk har råd til store og raske biler som ikke passer til de røffe veiene her, sier Laurenson.

Hun kan ikke vise til tall, men snakker ut fra erfaring når hun sier at hun tror alkohol og rus er et større problem på Shetlandsøyene enn i Skottland. – *Hva gjør man med problemet?* – Det siste året har det blitt



Skottland



MÅ INTEGRERES:
– Du må være åpen, ikke så veldig privat, hvis du skal være sykepleier i en så liten kommune som på Shetlandsøyene, sier Norma Laurenson.
Foto: Eivor Hofstad

forbudt å drikke offentlig. RCN har jobbet med skotske politikere for å få til noe, men jeg vet ikke hvor langt dette arbeidet har kommet. National Health Service har også ansatt en egen sykepleier som skal hjelpe folk med alkohol- eller rusproblemer. Men alle alkoholproblemene til tross, Norma Laurenson vil

helst skryte av livet på Shetland: – Det er klart at taushetsplikten får flere utfordringer på en så liten plass hvor alle kjenner alle, men livstakten her er så mye lettere. Vi har mindre kriminalitet, forurensing og vold i hjemmet. Folk bryr seg om hverandre og er mer gjestfrie enn på fastlandet.



Shetlendingene har blitt så rike av oljeindustrien at de unner seg mer alkohol og litt større og raskere biler enn de egentlig trenger.

Sykepleier på Shetlandsøyene, Norma Laurenson

Tørt og sårt i underlivet?



Som resten av kroppen forandrer også underlivet seg med årene. Fra 55-60 års alderen plages nesten halvparten av alle kvinner av tørrhet, svie og kløe i skjeden – og/eller smerter ved samleie, urinveisinfeksjoner og vannlatingsproblemer.

Legen kan hjelpe deg med alle disse symptomene – hvis du spør! Bli med på ny, interessant test på www.menopause-info.no! Da får du vite mye mer om hvordan underlivet forandrer seg etter overgangsalderen. Samtidig lærer du mer om deg selv!

Du får svar med en gang.

Novo Nordisk Scandinavia AS
Postboks 24, 1309 Rud
Tlf.: 67 17 85 00, Fax: 67 13 09 11
kundeservice-norge@novonordisk.com

www.novonordisk.no
www.menopause-info.no





Støttepute mot trykksår



En pute som er fylt med biter av isopor skal forebygge trykksår hos eldre pasienter. Idéen er sykepleier Mari Anne Kornberg Simensens forslag til Smartprisen.

– Større arbeidspress, i tillegg til stadig eldre og svakere pasientgrupper, øker risikoen for trykksår hos pasientene, sier sykepleier Mari Anne Kornberg Simensen ved Ortopedisk avdeling på Stavanger universitetssykehus.

– For noen måneder siden hadde vi en pasient med dårlig sirkulasjon i bena. Hun ble liggende med en femurfraktur i strekk og fikk decubitus på begge hæler. Dårlig tilheling førte til at pasienten faktisk måtte amputere det skadde benet.

Hendelsen har fått Simensen til å tenke forebygging. Hun har laget en pute som hun tror vil redusere faren.

– Den skal ikke redusere våre snrutiner av immobile pasienter, men sikre at det ikke oppstår sår, forklarer hun.

Avgir varme

Puten er på størrelse med et stort putevar, og er fylt med isoportrekanter. Det er forsøkt forskjellige stoffkvaliteter i utformingen, og etter hvert produsert og testet til sammen seks puter med litt forskjellig utforming.

– På sykehuset må vi selvsagt bruke stoff som kan rengjøres

skikkelig, og jeg har endt opp med en løsning hvor jeg har sydd den av inkontinensstoff. Formen og størrelsen på puten kan selvfølgelig varieres etter bruksbehov.

I den ene kortenden er det lukning med borrelås, dette for lett å kunne tømme og fylle i mer isopor når det trengs. I tillegg er det viktig at den ikke er fullstendig tett, da den skal tømmes for overflødig luft.

– Jeg har fylt den 1/3 full med isopor, beskriver Simensen.

Isopor-trekantene er av typen som blir brukt til forsendelser for beskyttelse mot støt og temperaturvariasjoner. En side på trekanten måler cirka to og en halv centimeter. De kan ikke være mindre, da vitsen er at dette skal skape et litt ujevnt underlag som gir punkttrykk. Isoporen avgir varmerefleksjon som igjen gir økt sirkulasjon i området som er utsatt for trykk.

Enkel å bruke

Ved bruk trekkes et vanlig putevar i bomull over puten. Når den trenger vask er det bare å tømme isoporen i en bærepose så lenge.

Etter en stund vil trekantene falle noe sammen av bruken, men



da kan man enkelt etterfylle.

– Jeg har funnet ut at 1/3 fylling er passe, slik at den ikke blir for hard. Ved bruk av for hard pute reduseres nemlig punkteffekten.

Virker forebyggende

Ved ortopedisk avdeling er det ofte tilfeller av ankelfrakturer som må ligge til avsvelling i flere dager før operasjon. Disse synes, ifølge Kornberg Simensen, også å ha god nytte av dette underlaget.

– Generelt sett kan alle pasienter med smertefull skade ha nytte av puten, da den skadde kroppsdelen blir liggende helt i ro, og vanlige puter ikke gir den ønskede avlastning og støtte.

Støtteputa har vært i bruk ved avdelingen siden januar i år, og Kornberg Simensen har fått utelukkende positiv respons fra kolleger og avdelingsleder.

– Forebygging er alltid vanskelig å måle på kort sikt, men pasientenes tilbakemeldinger tyder på at det er et produkt som virker. Jeg tror det passer spesielt godt til eldre og pleietrengende pasienter, både ved sykehjem og i hjemme-sykepleien, og det er svært enkelt og billig å produsere.



Kandidat 5:

Støttepute fylt med isopor-biter

Forslagsstiller:

Anne Kornberg Simensen ved Ortopedisk avdeling på Stavanger universitetssykehus

Tre Smartpriser i 2007

Du får 100 000 kroner hvis Sykepleiens lesere faller for nettopp din smarte idé! Nytt av året er to tilleggspri-
ser, hver på 50 000 kroner, som kan oppnås for:
– beste fagidé (ifølge fagjury)
– beste ikke-realiserede idé

Vurderingskriterier for Smartprisen 2007

Send inn ditt bidrag før 15. oktober.

Husk:

- Løsningen må være selvutviklet. Det skal ikke stå kommersielle aktører bak.
- Ideen kan være en rutine, et system eller en praktisk ting som en eller flere sykepleiere har funnet opp.
- Dere må dokumentere eller argumentere for at dere er først ute med dette.
- Du kan foreslå deg selv, din avdeling eller noen andre som har funnet opp noe.

Forslag merkes «Smartprisen» og sendes til redaksjonen@sykepleien.no

Med påmelding skal følge en presentasjon som skal inneholde beskrivelse av ideen/løsningen.

Dette må med:

- Hva er dette?
- Hva er nytt?
- Hvilke fordeler har ideen/løsningen?
- Hvor langt har man kommet?
- Hvilke tanker har man for fortsettelsen?
- Kontaktinformasjon til de/den som har eierskap til ideen. (navn, adresse, telefon samt e-postadresse)

Innovasjon Norge og Sykepleien står bak årets konkurranse.

Kandidater hittil:

- 1: Samtalegrupper for skilsmissebarn** (Sykepleien 5/2007)
Hilde Egge og Tordis Labraaten på Bekkestua helsestasjon i Bærum.
- 2: Rydder tid til dokumentasjon** (Sykepleien 7/2007)
Signy Wikne ved Haukeland universitetssykehus.
- 3: Marevandosering via intranett** (Sykepleien 9/2007)
Intensivsykepleier Stine Lund, Sykehuset Østfolds avdeling i Askim.
- 4: Toalettpose til urinprøve** (Sykepleien 11/2007)
Pensjonist og tidligere avdelingssykepleier Aud Køller, Ulefoss i Telemark.



Gjør tarmundersøkelsen enklere

Et **pressbelte** bidrar til å gjøre koloskopiundersøkelsene lettere for sykepleier og mer behagelig for pasienten, og idéen er sykepleier Bjørg Hessviks bidrag til Smartprisen.

– Koloskopiundersøkelser er normalt ubehagelige, kan være langvarige, og gir belastende, statisk arbeidsstilling for sykepleierne, forteller sykepleier Bjørg Hessvik ved Gastrologisk laboratorium, Akershus universitetssykehus.

Med koloskopi menes undersøkelse av tykktarmen, men endetarmen og i mange tilfeller nedre del av tynntarmen, blir også gjerne undersøkt. Et koloskop er et ca. 1,4 meter langt og fingertykt, styrbart, og bøyelig instrument. Koloskopi vil oftest være den sikreste metode til å avsløre sykdom i tykktarmen, og det kan blant annet påvises utposninger, trange partier, betennelser, blødninger, sår og svulster i endetarm, tykktarm og nedre del av tynntarmen.

Mindre belastende

– Sykepleieren vil som regel, etter anmodning fra legen, klemme pasienten på magen for å støtte instrumentet under innføringen. Da en slik undersøkelse som regel tar minst en halv time, blir det statiske presset sykepleieren utfører ofte langvarig, forklarer Hessvik.

Flere pleiere har ifølge Hessvik endt opp med verkende muskler i skuldre og nakke, etter å ha jobbet etter denne metoden.

– For å lette på dette arbeidet spurte jeg meg selv; finnes det noe hjelpemiddel som kan spare armer, skuldre og nakke hos sykepleier, og samtidig gjøre undersøkelsen mer behagelig for pasienten? I en forretning som fører sykepleieartikler fant jeg et

ryggbelte som jeg mente kunne gjøre nytten.

Behagelig for pasienten

Siden beltet ble tatt i bruk for trekvarter år siden, har både pleiere og pasienter mye bra å si om den nye metoden.

– Beltet er behagelig å ha på for pasienten. Det stabiliserer tarmen, slik at denne ikke blir så bevegelig. Dermed blir undersøkelsen mindre ubehagelig for pasienten, og lettere å gjennomføre for legen, sier Hessvik, og viser til et eksempel:

– Jeg hadde en pasient som hadde vært igjennom denne undersøkelsen seks ganger. Hun opplevde disse som både vanskelige og ubehagelige. Da hun fikk prøve beltet gikk det hele raskt og ukomplisert. Hun kunne ikke fullrose det nok.

God effekt

– Beltet fungerer som et HMS-tiltak (Helse, miljø og sikkerhet) for sykepleierne, forenkler de

fleste undersøkelsene, og gir de fleste pasientene en mer behagelig opplevelse. Per i dag kan vi se at beltet har hjulpet i cirka nitti prosent av tilfellene. Etter vår erfaring er beltet spesielt nyttig ved problematiske undersøkelser, som når pasienten har lange og slyngete tarmar.

Hessvik understreker at det kan være noen tilfeller hvor beltet ikke er hensiktsmessig. Der som pasienten er tidligere operert i tarmen, eller operert andre steder som har medført sammenvoksninger, kan en ikke forvente at beltet er til samme hjelp.

Kandidat 6:

Pressbelte til bruk ved koloskopiundersøkelser

Forslagsstiller:

Bjørg Hessvik ved Gastrologisk laboratorium, Akershus universitetssykehus



Verv og vinn!

Nå har du mulighet til å styrke NSF, samtidig som du skaffer deg flotte vervepremier. Verv en sykepleier og få en tøff klokke, dame- eller herreur. Ønsker du deg heller en termokanne eller iPod nano, kan du spare vervingen til du har fått vervet flere.

Hva koster medlemskap i NSF?

Kontingent for medlem i arbeid er 1,45 % av brutto lønn. Maks kr 370,- per mnd. + ev. obligatorisk grunnforsikring kr 128,- per mnd. Nyutdannede har halv kontingent i de to første år som sykepleier. Rabatter på forsikringer og bruk av medlemsfordeler dekker ofte mesteparten av medlemskontingenten. Les om fordelene nedenfor.

Vi kjenner ditt yrke og jobber for deg!

Dine medlemsfordeler er:

- Et stort og slagkraftig **fellesskap**
- Tilbud om medlemskap i 32 **faggrupper**
- 3000 **tillitsvalgte** bistår deg på de fleste arbeidsplasser
- **Sykepleien** (18 utgaver)
- Bilaget **SykepleienForskning** (4 ganger per år)
- **Juridisk bistand**
- **Godkjenning** av sykepleiefaglige veiledere og kliniske spesialister i sykepleie
- **Stipender** og **legater** til reise, utdanning og forskning
- **Kurs** og **kongresser**
- **Kursopphold** på Ressursenteret Villa Sana, Modum Bad
- **Eget forsikringskontor** med forsikringsordninger til medlemspris
- Gunstige tilbud på **banktjenester** i DnB NOR
- **Sparing** og **kreditt** med NSF's Unique konto
- Fordelaktige **mobilavtaler** med NetCom
- **Bensinrabatt** hos Esso
- **Eurocard Gold** hos Europay
- Tilgang til NSF's **nettbutikk** med medlemsprodukter
- Tilbud om **gratis medlemskap** i Landslaget for offentlige pensjonister (LOP)

Norsk Sykepleierforbund er den eneste landsomfattende fagorganisasjonen for autoriserte sykepleiere, spesial-sykepleiere, jordmødre og helsesøstre.

Nå kan du bidra til å styrke din egen organisasjon ytterligere ved å verv nye medlemmer. Medlemmer i NSF er en del av et slagkraftig fellesskap som ivaretar sykepleiernes lønns- og arbeidsvilkår. Sykepleieres interesser og rettigheter i tilknytning til blant annet ansettelse, lønn, permisjoner,

arbeidstid og eventuelle yrkesskader blir ivaretatt. NSF er et sykepleiefellesskap som setter faget, dets utvikling og plass i utdanningssystemet og helsevesenet på dagsorden.

Medlemmer kan søke juridisk bistand dersom det oppstår problemer knyttet til arbeidsforholdet. Juridisk bistand kan også gis i enkelte typer straffesaker, for eksempel ved feil medisinerings.



Gratis
ved 1 verving

Klokke
Moderne og lekker klokke i rustfritt stål med lærrem. Citizen urverk.
Verdi 590,-



iPod nano
Populær og brukervennlig iPod nano fra Apple. Plass til 500 sanger. 2 GB. 1,5-tommers LCD-skjerm med farger og bakgrunnsbelysning.
Verdi: kr 1.290,-



Stelton termokanne
Termokanne i stål, 1 liter, prisbelønnet for sin design. Enhåndsbetjent med vippepropp.
Verdi 890,-

Vervepremiene gjelder ikke for verving av studentmedlemmer

VERVEKUPONG

Kryss av for dame- eller herreur: Dame Herre Jeg sparer vervingen Vervepremiene gjelder ikke for verving av studentmedlemmer

VENNLIGST BRUK BLOKKBOKSTAVER	
Ververs navn:	Ververens medlemsnr.:
Navn på nytt medlem:	
Har du vært medlem tidligere?	Tidsrom:
Fødselsnummer (11 siffer)	
Adresse:	
Postnr:	Poststed:
E-post:	
Telefon privat:	Mobil:
Eksamensdato:	
Sykepleierhøgskole/sted:	
Arbeidsgiver:	
Arbeidssted:	
Ansatt dato:	
Avdeling:	
Stillingsbenevnelse:	
Medlemmer i lønnet arbeid innbetaler kontingenten ved månedlige trekk i lønn	



Norsk Sykepleierforbund
Svarsending 1016
0090 Oslo

– Ikke mas på sengepost

Mannlige sykepleiere blir diskriminert vekk fra sengeposter til sjefsjobbene. Et paradoks? Ja, men Thomas Harding har en forklaring.

Kjønn er tema i Hardings doktorgrad. Han ønsker å bekjempe kjønnsstereotypene om sykepleiere. Mannlige sykepleiere blir i liten grad akseptert på sengepost – både av kvinnelige kolleger og pasienter, mener han. Ikke minst har det med *berøring* å gjøre.

– Intim berøring er vanskelig for mannlige sykepleiere. Jeg sier ikke at det ikke også er vanskelig for kvinner. Men vi er vant til at kvinner stiller oss fra vi er født. Menn er redde for å bli beskyldt for seksuelle overgrep. Dette gjelder også sykepleiere.

Harding, som er fra New Zealand, er tilknyttet Høgskolen i Buskerud. Han har nettopp fått en dekanstilling i hjemlandet, men beholder en 20 prosent stilling som førsteamanuensis på sykepleierutdanningen i Drammen.

Sårbare menn

I doktorgradsarbeidet intervjuet han 18 mannlige sykepleiere fra New Zealand. De bekrefter at kjønn er en barriere i jobben. Pasientene blir mistenksomme, og mennene opplever at kvinnelige kolleger i mindre grad må forklare det de gjør.

– Dette påvirker menns karrierevalg, mener Harding.

– Vi blir stadig anklaget for alltid å ville bli sjefer på intensivavdelinger eller i utdanningen. Dette har sammenheng med at menn ikke er så akseptert på sengepost. De føler seg stresset der. Det er enklere på en avdeling med mange sykepleiere, for eksempel intensiv, for der er de sjeldnere alene med pasienten og dermed mindre utsatt for mistanker.

Alle han intervjuet sa de opplevde dette stresset.

– Vi er sårbare. Hvis jeg blir anklaget for å ha gått over streken, vil de ikke tro meg, men pasienten.

– *Ville du fått tilsvarende svar fra norske mannlige sykepleiere?*

– De jeg har snakket med sier det samme.

«Greit med en mann?»

Harding viser til at det ikke er lenger siden enn 1980-tallet at mannlige sykepleierstudenter i New Zealand, Australia og Storbritannia måtte oppholde seg i egne etasjer atskilt fra kvinnelige kolleger.

– Og fortsatt er det slik, også i Norge, at hvis en mannlige sykepleier skal pleie en kvinnelig pasient, spør den kvinnelige kollegaen: «Er det greit at denne mannen passer på?»

– Vi sier det selv også. «Er det

ok at jeg pleier deg? Eller skal jeg hente en annen?» Jeg har aldri hørt en kvinnelig sykepleier si det samme, selv om pasienten er en mann. Ikke engang med en prostatapasient.

– Det er til og med ok for den kvinnelige pasienten å si nei til en mannlige pleier. Ergo sier vi at diskriminering på grunn av kjønn er greit. Vi fortsetter å tenke på den mannlige sykepleieren som «den andre».

– *Så mannlige sykepleiere er diskriminert?*

– Et sterkt ord, som vil utfordre mange. La meg si det slik: Mannlige sykepleiere blir ikke diskriminert hele tiden. Men av og til.

Filmklisjé

Harding beklager at sykepleielitteraturen er sterkt preget av kvinneperspektivet.

Menn på nett

Kjønn er tema for mannlige sykepleiere på Facebook.

På nettsamfunnet Facebook finnes både norske og utenlandske grupper med tema «mann i sykepleien». Som for eksempel «The Few, The Proud ... Male Nurses» og «Men in Nursing».

De som er «*lei av å høre om slanking, ymse dietter, komplekse*

skilsmisser, graviditetskomplikasjoner, smertefulle fødsler, kakeoppskrifter, strikkeoppskrifter, menssmarter, Leonardi DiCaprio MENS MAN PRØVER Å NYTE EN TØRR MATPAKKE!!!!»

kan finne likesinnete i gruppen «Hvorfor mannlige sykepleiere er ørlite grann dyktigere enn kvinne-

lige» på Facebook. Gruppen har 184 medlemmer.

Tar over

En annen gruppe, «Mannlige sykepleiere», med 153 medlemmer, har en litt annen innfallsvinkel. Nemlig å rekruttere flere menn til sykepleieryrket. Her diskuteres også kjønnsroller. For eksempel under tema «Mannlige sykepleieres hverdag».

Raymond skriver: «*Har vel opplevd noen ganger at en del eldre damer ikke vil bli stelt av meg, men det oppfatter jeg ikke*

som negativt. Må da være lov til å «foretrekke» damer på visse områder. Men er det noe jeg definitivt hater er det når kvinnelige sykepleiere kommer inn på stua som jeg jobber på og TAR OVER jobben på pasienten... Da spesielt med tanke på «den omsorgen vi menn ikke viser»... Merker godt det som ble omtalt i Sykepleien i fjor vinter om at mannlige sykepleieres (og mannlige førskolelærere) måte å vise omsorg på ikke aksepteres av kvinner. De overtar rett og slett... De få gangene jeg har opplevd det er det rett å slett

-mannen!

– Den er skrevet av og om kvinner. Jeg støtter feministene, men synet på menn blir for negativt.

Utdanningen tar ikke opp mannlige sykepleieres behov, for eksempel å lære om kommunikasjon og berøring.

– Signalet er slik: En sykepleier er en sykepleier, er en sykepleier, er en kvinne.

De mennene jeg snakket med fikk som studenter ingen råd om hvordan de skulle nærme seg en kvinnelig pasient. Jeg spurte: «Hva gjør du for at pasienten skal føle seg trygg?» En av dem svarte: «Hvis jeg vasker, bruker jeg hanske.» For et uskyldig svar!

Ingen hadde snakket med denne sykepleieren om hvordan man kommuniserer for å gjøre en kvinnelig pasient trygg. Eller om hvordan man vasker en pasient

– både kvinnelig og mannlig – uten å tråkke over seksuelle grenser.

Harding påpeker at pasienter har lettere for å akseptere en mannlig lege enn en mannlig sykepleier.

Han har også sett seg lei på hvordan sykepleiere av hankjønn blir framstilt på film. I en amerikansk film forteller en jente at hun har falt for en sykepleier. Faren reagerer med å le. I den kritikerroste spanske filmen «Snakk til henne» blir den mannlige sykepleieren besatt av pasienten og voldtar henne.

– Signalet er: Ikke vær alene med en mannlig sykepleier. Hvis derimot en kvinnelig sykepleier går over grensen med en mannlig

pasient, så sier man: «Lykkelige han!»

Mer manne-omsorg

Harding tror ikke kvinnelige sykepleiere er klar over deres mannlige kollegers stress. Og «alle» vil jo at menn skal jobbe på sengepost.

– Det vil vi selv også. Vi velger yrket fordi vi har lyst å ta vare på mennesker – ikke på grunn av teknologien.

– Hvordan burde det være?

– Norge gjør allerede mye for

å rive ned barrierene mellom kjønn. Men det må gjøres mer. At menn gir omsorg må bli så vanlig at man ikke kopler det til seksualitet.

– Hvordan få menn til å bli på sengepost?

– Vær åpen om disse spørsmålene. Stopp presset om at menn må søke sjefjobb.

Jeg vet om mange som ville vært fornøyde på sengepost. Slutt å mas! La dem være i fred.

Thomas Harding har vært sykepleier i snart 30 år. 13 av dem har han tilbrakt på sengepost.

– Jeg elsket det og savner det. Men jeg savner ikke pasientene som sa: «Å, er du ikke lege? Hvorfor ble du egentlig sykepleier?»

nedgradering av meg som kollega.»

Dårlig sikt

Raymond forteller også om et møte med en eldre, «vanskelig» kvinnelig pasient, som blir ganske så hyggelig. Så sier hun:

– Har du lenge igjen av legestudiet, du da?

– Nei, jeg er sykepleierstudent, jeg.

– Åh, sikter du ikke høyere?

tekst **Nina Hernæs**

STRESS: Thomas Harding tror ikke kvinnekollegene vet at menn føler seg stresset på sengepost.



Vil snakke med menn i kvinneyrker

– Flere mannlige sykepleiere? Ja takk, helt klart! sier lederen i mannspanelet Arild Stokkan-Grande.

– Bedre utjevning av kjønnene i tradisjonelle kvinneyrker – og mannstyrker – er viktig, sier Stokkan-Grande.

– Selv om vi menn er blitt mer likestilte i forhold til å ta ansvar for barna, følger kjønnene de samme mønstrene som før i yrkesvalg. Og lønnsforskjellen er fortsatt 15 prosent.

Stokkan-Grande, som er stortingsrepresentant fra Nord-Trøndelag (Ap), er satt til å lede likestillingsminister Karita Bekkemellemes nye mannspanel. Panelet er sammensatt av 31 menn fra ulike miljøer.

– Kan det være lønnen?

Stokkan-Grande får lyst til å høre mer om Thomas Hardings mannstanker (se forrige side).

– Det er særlig viktig å få i tale de mennene som søker seg bort fra kvinneyrkene.

Stokkan-Grande går derfor rett til kilden: Han opplyser at mannspanelet allerede har avtalt et møte på Haukeland sykehus i oktober for å snakke med folk i helsevesenet.

– Vi vil finne ut hvorfor menn ikke blir værende i pleieyrkene. Kan det skyldes lønn? Arbeidsvilkår? Klima på arbeidsplassen?



VIL VITE MER:
– Hvorfor flykter menn fra pleie- og omsorgssektoren? undrer Arild Stokkan-Grande.
Foto: Arbeiderpartiet

Før han tar turen til Bergen, vil han studere Hardings utspill i Sykepleien nøye.

Mannsrolle-melding

Oppgaven til panelmennene er å delta i samfunnsdebatten og gi innspill til likestillingsministeren. I 2008 vil hun nemlig legge

fram verdens første stortingsmelding om menn, mansroller og likestilling.

Bekkemellem begrunner behovet for en slik melding blant annet med at Norge har et av Europas mest kjønnsdelte arbeidsmarkeder.



“På fonusnet.no kunne vi i ro og mak gå gjennom spørsmål som følte viktige før begravelsen”

Fonusnet.no gir god veiledning og hjelp før og ved dødsfall.

Døgnet rundt • Hvor du enn er

www.fonusnet.no

FONUS
BEGRAVELSESBYRÅ

Alle utdanninger gjennom nåløyet

Nokut har gitt grønt lys til alle sykepleierutdanningene i fase 2 av sitt revideringsprosjekt.

De endelige rapportene med glad-meldingen ble i forrige uke sendt ut til alle institusjoner som i 2005 ble underkjent av Nokut (Nasjonalt organ for kvalitet i utdanning). Dette var fase 1 i revideringen av studietilbudene. Institusjonene fikk så ett år på seg til å tilfredsstillte deler av kravene – den såkalte fase 2.

Kritisk for fem i juni

Før sommeren fikk fem utdanninger en advarsel, hvor de ble minnet om å sende inn manglende dokumentasjon. Nå har alle utdanningene kommet gjennom nåløyet. – Alle rapporter er nå anbefalt godkjent av de sakkyndige komiteer som har foretatt vurderingene. Noen institusjoner fikk et kritisk varsel i juni, men vi fikk oppklarende svar tilbake med det resultat at alle nå passerer, bekrefter rådgiver i Nokut, Berit Kristin Haugdal.

– Fagkomiteene fornøyd

At alle passerer fase to, mener Haugdal viser at prosessen har fungert akkurat etter in-

tensjonen: At institusjonenes studieplan nå dokumenterer at studiet er basert på FoU (forskning og utviklingsarbeid), at kvalitetssikringen av praksisstudier er bedret og infrastrukturen på plass.

16 institusjoner fikk underkjent studieplanen, 3 kvalitetssikring av praksisstudier og 1 institusjon måtte bedre infrastrukturen i den første runden med Nokut.

– Fagkomiteene er veldig fornøyd med det arbeidet som er gjort i institusjonene, sier hun.

Endelig avgjørelse i 2008

Det neste og endelige kritiske punktet for utdanningene er juni neste år. Da skal Nokut etter planen vedta om utdanningene også tilfredsstillt krav som går på fagmiljøets kompetanse.

Sykepleierutdanningen ved Høgskolen i Bergen har allerede fått tilbake sin akkreditering, og det er bare formaliteter igjen før Høgskolen i Telemark og Høgskolen i Oslo også er fullt ut godkjent.

digitale helsefag

www.digitalehelsefag.no

LÆR RASKERE • FORSTÅ MER



EKSAMENS-ANGST?

Kvier du deg for eksamen i de naturvitenskapelige emnene? FORSTÅELIG! Anatomi, fysiologi og sykdomslære, kombinert med god sykepleie, er vanskelig.

Digitale helsefag er et digitalt læreprogram som hjelper deg til å forstå stoffet bedre

KJØP
PROGRAMMET NÅ OG FÅ

40%
RABATT

Gå inn på www.digitalehelsefag.no
For mer informasjon send mail til digitalehelsefag@gyldendal.no

Tilbudet varer til 31. oktober 2007


GYLDENDAL
AKADEMISK

Bedre barnehagemat

Sunn mat i landets barnehager skal sikres gjennom nye retningslinjer. Sosial- og helsedirektoratet har laget en faglig standard som barnehager

og deres eiere er ment å strekke seg etter. Retningslinjene er ett tiltak i Regjeringens handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen. Les dem her: www.shdir.no/matibarnehagen



Lisbeth Thoresen om håp

Yrke: Doktorgradsstipendiat/lektor, avdeling helsefag, Høyskolen i Vestfold

E-post: lit@hive.no



Hvor mye skal pasienten få vite?

Det er ikke sikkert at sannheten er den riktige informasjonen å gi en pasient som er alvorlig syk med en uhelbredelig diagnose. Men det er et dilemma som kan være vanskelig å håndtere for helsearbeideren.

Gjennom arbeidet som lærer på avdeling for helsefag ved høyskolen, snakker jeg med og veileder studenter på grunn- og videreutdanninger om erfaringer de gjør ute i praksis. Det gjør inntrykk på våre studenter å møte pasienter i ulike og ofte alvorlige livssituasjoner. Noen ganger velger studentene å fordype seg og reflektere videre rundt spesielle erfaringer i skriftlige oppgaver.

Flere av de studentene jeg veileder på slike oppgaver har valgt å skrive om fenomenet håp. Det handler ofte om at studenten har gjort erfaringer med pasienter som uttrykker et sterkt håp, på tross av en alvorlig diagnose. Studenten utfordres av dette, og undrer seg over hvordan hun eller han skal forholde seg. Skal studenten støtte pasientens håp om å bli frisk, eller skal pasienten informeres på ny, og på den måten få et mer realistisk bilde av sin situasjon og fremtidsutsikter?

Bruke seg selv

Dette dilemma, som mange ansatte i helsesektoren opplever, er ikke av ny dato. En studie fra Danmark (Malchau, 1993) har undersøkt hvordan danske sykepleiere i perioden 1926-1965 ønsket å utøve sykepleie til døende. Studien får frem at sykepleierne på denne tiden så omsorg for døende som «ordentlig sykepleie»,

og en anledning til å bruke seg selv i et respektfullt forhold til pasienten. Respekt innebar at pasienten hadde rett til, og tålte å høre sannheten om sin tilstand. Mitt inntrykk er at vi i dag ikke er fullt så sikre på om sannheten er den rette informasjon. Og selv om vi vet at pasienten er informert om sin alvorlige diagnose og at behandling ikke kan gjøre pasienten frisk, forteller studen-

Det er vel forskjell på å håpe at det skal stå noe godt på middagsbordet, eller håpe at man skal leve så lenge at man får oppleve sitt første barnebarn?

tene om pasienter som tviholder på håpet om å leve videre og planlegger for fremtida.

Krevende

Dette er ikke enkelt å forholde seg til. Det er krevende å arbeide med pasienter som har en annen oppfatning av virkeligheten enn det helsearbeideren har. Samtidig ønsker de færreste av oss å ta håpet fra den som er syk.

Hva er håp?

Det forskes på fenomenet håp, og i Norge har sykepleier og professor Tone Rustøen vært en foregangskvinne på dette feltet. Rustøens forskning (Rustøen,

1998) bekrefter at pasienter som lider av kronisk sykdom gir uttrykk for en sterk grad av håp, på tross av sykdommens alvorlighet. Håp kan forstås som et fenomen som gjør det mulig for oss å ta tak i en krevende situasjon, og gjøre endringer så langt vi formår. Kan man si noe mer eksakt om hva fenomenet håp egentlig er? Det er vel forskjell på å håpe at det skal stå noe godt på

middagsbordet, håpe på en god karakter til eksamen eller håpe at man skal leve så lenge at man får oppleve sitt første barnebarn?

Rustøen sier at det er viktig å skille mellom ønske og håp. Et menneske som blir alvorlig syk vil sannsynligvis ha et sterkt ønske om å bli friskt. Etter som tiden går vil ønsket vike for realisme, og håpet kan få en mer fremtredende plass. Det er viktig å ikke ta håpet fra noen, sier Rustøen, og helsearbeidere bør derfor være tilbakeholdne med å antyde hvor lenge pasienten vil leve, eller gi informasjon som er egnet til å ta håpet fra pasienten.

Info-plikt

En svensk studie av personer som visste at de hadde kort tid igjen å leve, viser at håpet om å bli frisk var en viktig og positiv faktor i livet for disse menneskene.

Samtidig har helsepersonell gjennom Pasientrettighetsloven en plikt til å informere pasienten om hans helsetilstand, og man er pålagt så langt som mulig å sikre seg at pasienten har forstått innholdet og betydningen av opplysningene. Det er vanskelig å vite hvor grensene går mellom en slik plikt til informasjon, og pasientens autonome rett til å fastholde sin versjon og sin opplevelse av sykdom og av håp for fremtiden. De danske sykepleierne beskrev sitt arbeid som respektfullt. Hva det innebærer å vise et menneske respekt er ikke alltid gitt. Men Rustøen har et viktig poeng synes jeg, når hun fremhever pasientens subjektive erfaring. Den må helsearbeidere og sykepleiestudenter lytte til med respekt og undring.

Kilder:
MALCHAU, S. (1993) Sygepleje af døende: i et kvinnehistorisk perspektiv 1926-1965, Århus ..
RUSTØEN, T. (1998) Håp og livskvalitet hos mennesker med kreft.

Smittsom trussel



Smittsomme sykdommer sprer seg raskere enn noensinne, advarer Verdens helseorganisasjon (Who). Årsakene er flere: Økt reiseaktivitet (hvert år frakter verdens fly over to milliarder passasjerer), befolkningsvekst, resistensutvikling,

helsevesen uten nok ressurser, intensivt jordbruk og miljøødeleggelser. Nye sykdommer sprer seg med uforutsett fart. Samtidig er «gamlesykdommer» som pandemisk influensa malaria og tuberkulose fremdeles en trussel for folkehelsen.

British Medical Journal

Barneleukemi øker

Forekomsten av barneleukemi i England og Wales økte med 20 prosent mellom begynnelsen av 1970-årene og slutten av 1990-årene. Det viser en studie fra London School of Hygiene and Tropical Medicine. Forfatterne sier at økningen er reell, og ikke kan forklares av teorier som endringer i hvordan kreft blir registrert. Leukemi er den vanligste kreftformen blant barn under 14 år. Økningen var signifikant i alle aldersgrupper, men størst i gruppen barn under fem år.

British Medical Journal

Genetisk smerte

Gener er en viktig del av forklaringen på at smerte oppleves så ulikt. Det viser et tvillingstudie fra Folkehelseinstituttet. Smertefølsomhet hos 189 friske, 23-29 år gamle tvillinger ble testet for følsomhet for kuldesmerte og varmesmerte. Som ventet var smertefølsomheten stor. Men analyser viser at 60 prosent av variasjonene i kuldesmerte skyldtes genetiske faktorer, mens 40 prosent skyldtes miljøfaktorer. Når det gjaldt varmesmerte skyldtes 26 prosent genetikk, mens 74 prosent skyldtes miljø.

Folkehelseinstituttet

Pris til mat på sykehus

Pasienter på Sykehuset Namsos og DPS Stjørdal har grunn til å kose seg med maten de får servert. For årets vinnere av NM for institusjonskokker jobber nemlig her. Oppgaven i årets mesterskap var å lage mat til en beboers 80-årsdag, hvor to av beboerne var muslimer. Maten skulle være ernæringsmessig riktig sammensatt, rimelig og delikat. Kost- og ernæringsforbundet står bak, og deres mål er å øke oppmerksomheten rundt mat som lages på institusjon.

Dagens Medisin



Illustrasjon: Colourbox

Bøker om mestring av livet



Anbefales
av Brystkreft-
foreningen

En god lese-
opplevelse!

Klara Høiseth Slettemoen

Gå med hele ditt hjerte

Tobarnsmoren Klara er nyskiilt og i ferd med å bygge opp et nytt liv for sine to døtre og seg selv da hennes tilværelse faller sammen. Hun oppdager en kul i brystet. Vi følger henne gjennom håp og fortvilelse, undersøkelser og behandling og gjennom hennes søken etter informasjon og støttespillere. Klara har en ukuelig livsvilje - en åpenhet og kjærlighet til menneskene rundt seg som bidrar til at livet tar en helt ny vending. Midt oppi det hele møter hun Martin, hennes store kjærlighet.

Kr 299,- (ib.)



Forfatteren
er en populær
foredrags-
holder

Halldor Skard

Kreativ optimisme

Gjennom hele sitt forfatterskap har Halldor Skard vært talsmann for en optimistisk og kreativ livsinnstilling. Vi kan alle få en mer optimistisk holdning ved å skape gode fremtidsbilder om hva vi ønsker å oppnå og ved å bygge opp selvrespekt og begeistring. Lek og kreativitet i vid forstand har en naturlig plass i dette bildet. Den kreative optimisten lever med en forventning om at det skal skje gode ting. Illustrert med forfatterens akvareller.

Kr 299,- (ib.)

Bøkene fås kjøpt i bokhandelen og på www.cappelen.no

CAPPELEN



Mottar en attraktiv lønn og styrk dine kompetanser som sykepleiestudent

Ønsker du å øke dine kompetanser gjennom studierelevant arbeid, samtidig som du tjener en meget attraktiv lønn og selv bestemmer når du vil arbeide? Da er aktiv gruppe den rette virksomheten for deg.

aktiv gruppe er et vikarbyrå innenfor sykepleie. Siden etableringen av firmaet i 2003 har aktiv gruppe – med stor suksess – ytet tjenester til mange forskjellige institusjoner i Danmark. Våre erfaringer er derfor mangfoldige og firmaet har et inngående kjennskap til de tjenester som institusjonene etterspør – også i Norge. Våre vikarer dekker vakttyper som fastvakt, gangvakt, sosial- og helseassistenter og sykepleiere. Både i Danmark og Norge yter vi tjenester til følgende institusjoner:

Sykehus, Hjemmesykepleie og Sykehjem

aktiv gruppe ansetter sykepleiestudenter gjennom alle semestre. Det betyr at du allerede i løpet av din utdanning kan styrke dine faglige og personlige kompetanser, og desto større er sannsynligheten for at du får drømmejobben når du avslutter utdannelsen din.

Allerede når du starter på første semester, anbefaler vi at du blir vikar i aktiv gruppe. Du får muligheten til å jobbe i forskjellige deler av sykepleien og du kan teste deg selv i flere sammenhenger, og finne akkurat den plassen som passer deg best.

aktiv gruppe ansetter også nyutdannet og erfarne sykepleiere.

Har du lyst til å bli vikar – med de mange fordelene det innebærer – så er aktiv gruppe et godt valg. Ta kontakt med oss og få tilsendt søknadsmateriale. Du kan lese mer om aktiv gruppe og laste ned søknadsmateriale på www.aktivgruppe.dk. Vi ser fram til å høre fra deg.

Velkommen til aktiv gruppe

ag@aktivgruppe.dk
www.aktivgruppe.dk
Tlf. (+47) 2233 6040
Faks (+47) 2233 4883

Åpningstider
Administrasjon 9 - 17
Booking 6 - 24

– et vikarbyrå innenfor sykepleie



– Afghanistan TRENGER HJELP

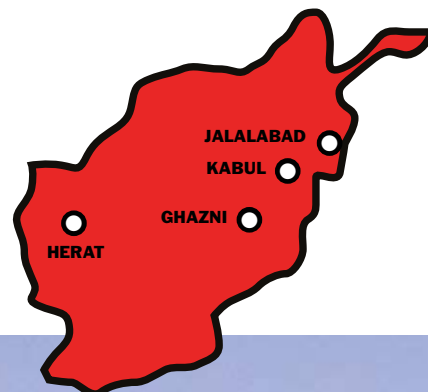
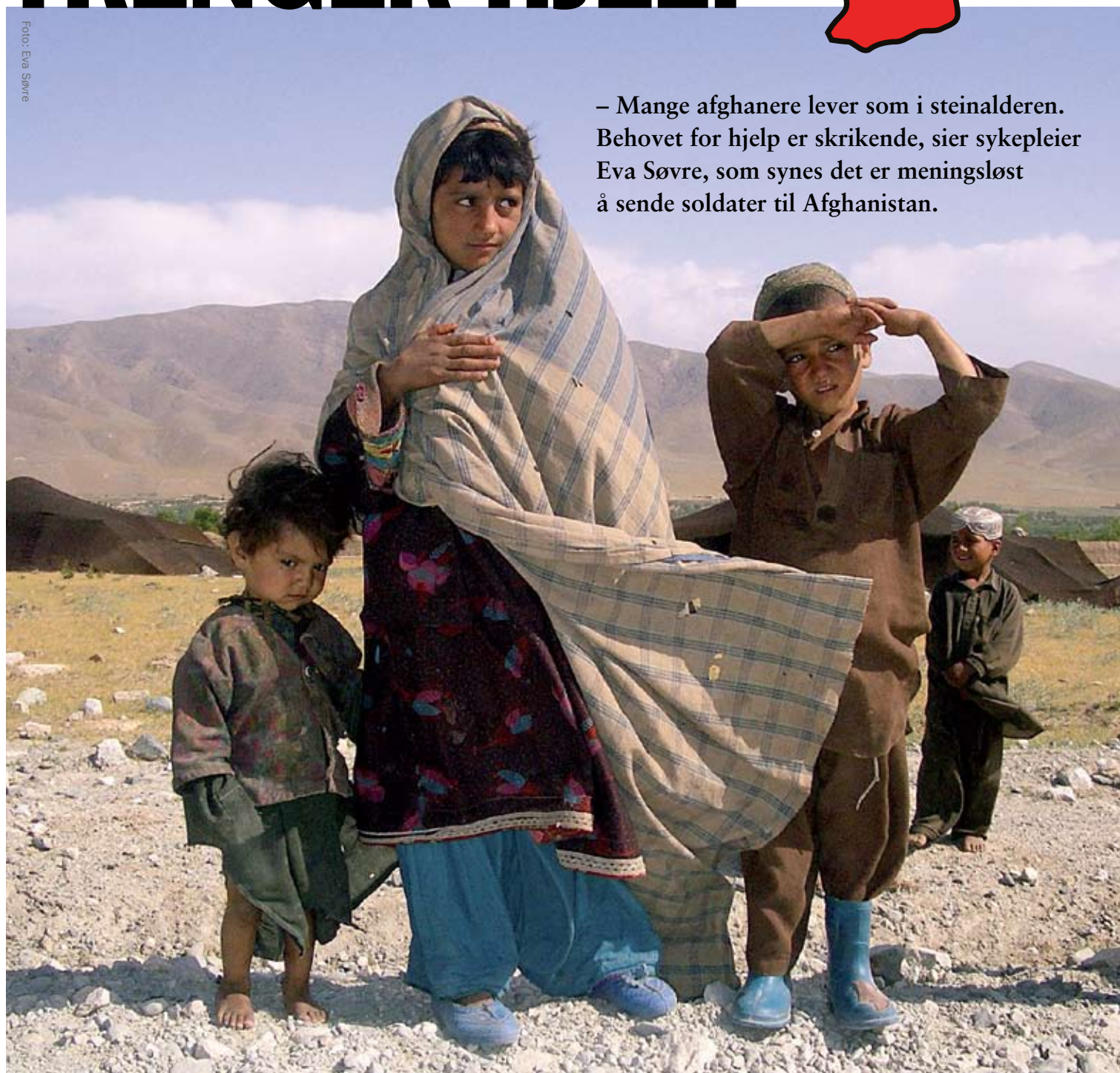


Foto: Eva Søvre



– Mange afghanere lever som i steinalderen. Behovet for hjelp er skrikende, sier sykepleier Eva Søvre, som synes det er meningsløst å sende soldater til Afghanistan.

VAKSINE: Barna er på vei for å få vaksine i Chabulbul – som betyr nattergalbrønnen. Men her fins verken vann eller nattergaler.



HALDEN: Eva Søvre bor i Halden, er oppvokst i Trondheim og jobber som avdelingsleder på et sykehjem i Moss. Nylig ble hun valgt til leder av Afghanistankomiteen.

Søvre er nyvalgt leder i Afghanistankomiteen i Norge (AiN) og tenker på alt som kunne gjøres for millionene som brukes på militær intervensjon.

– Hvis vi brukte dem på å bygge infrastruktur, skoler og helseklinikker, ville vi ha kommet langt.

Selv har hun hatt oppdrag i Afghanistan for komiteen mange ganger – i til sammen fem år. Siste gang var hun der i tre år – fra 2002 – på oppdrag for den danske komiteen. Hun var da i Herat og ledet et prosjekt som omfattet drift av sykehus, bygging og drift

av 16 helseklinikker og -sentre. Dessuten underviste hun på sykepleierskolen.

Første tur var i 1981.

– Da var vi der bare en måned om gangen. Mange helsearbeidere reiste rundt på esel, minnes hun, som selv kom seg fram med bil.

Opgavene var å drive vaksineprogrammer og reparere skader.

– *Hva blir din viktigste oppgave i ditt nye verv?*

– Å synliggjøre komiteen igjen. Slik at folk forstår at vi fortsatt driver aktivt i Afghanistan.

Søvre vil også nyansere bildet av landet i øst.

Jeg var leder for 100 menn, og de respekterte meg. De fleste er uhyre tolerante.

Eva Søvre

– Det vi hører om er krig og Taliban og uhygge. Folk tror at i Afghanistan er det bare forferdelig. Men jeg har levd godt der, selv om det var urolig. Folk generelt ønsker jo fred, forteller hun.

Forhandler med Taliban

AiN har prosjekter i provinsene Ghazni, Badakshan og Konar, inkludert jordmorskole og mor- og barnesykehus i Jallalabad. Hovedkontoret ligger i Kabul og drives av afghanere.

– Vi bidrar mest på landet, i områder med mye fjell. Alle steder må vi forholde oss til Taliban.

Prosjektene deres er godkjent sentralt, men AiN må likevel forhandle med de lokale landsbyrådene for å få befolkningens aksept. I dag drives arbeidet av afghanerne selv. Ingen norske er ute i felten for komiteen nå av sikkerhetsmessige grunner.

– Vi kommer ikke der for å belære, men for å samhandle. Målet er jo at de skal klare seg selv. Vi kontrollerer at arbeidet utføres som det skal. Men det fins ikke mer arbeidsomme mennesker enn afghanerne.

Hun beskriver landet som steinfattig.

– Mange bor i jordhytter. Mes-teparten har ikke rent vann. Afghanistan har hatt verdens høyeste spedbarnsdødelighet. Men nye tall viser at det nå går bedre. Vi underviser jordmødre som lærer kvinnene om hygiene, vaksiner og viktigheten av rent vann.

Nå har komiteen, som er politisk nøytral, rundt 300 medlemmer. AiN får blant annet støtte fra Norad.

– *Kunne dere ikke like gjerne slått dere sammen med for eksempel Røde Kors?*

– Vi er de eneste som kun har Afghanistan som spesialitet. Dessuten er vi arbeidsgiver for flere hundre som får lønn fra oss. Vi vil stimulere til solidaritet og samarbeid.

Burka én gang

I 2003 fikk landet et nytt hel-sesystem, ikke ulikt vårt. Det er delt inn i distriktssykehus og lokalsykehus, pluss helsesentre og helseposter.

– Systemet innebærer også vaksinasjonsprogram, og kvinner i fjellene får opplæring i ernæring,



Afghanistan

- Okkupert av Sovjet i 1979 – 1989.
- Afghanistankomiteen i Norge ble opprettet i 1980.
- Taliban tok makten i 1996.
- Etter 11. september 2001 startet USA sin intervensjon.
- Hamid Karzai ble president i 2004.
- Norge sendte sine første soldater i desember 2001.

FJELL: Politisk uro og fattigdom preger landet i vestre Himalaya.



spedbarnsstell og hygiene.

– *Kvinner stiller svakt?*

– Både og. Mange av dem lever godt med en mann de elsker. Men menn er opptatt av ikke å tape ære. Kunne de bare legge til side noe av sin voldsomme streben etter makt og forsøke å møtes på halvveien!

Søvre tenker på en av sjåførene som tok livet av kona ved å tenne på henne.

– Det er nok av grusomme hendelser. Men koner blir jo drept her også.

Som kvinne har Søvre alltid følt seg godt mottatt.

– Jeg var leder for 100 menn, og de respekterte meg. De fleste er uhyre tolerante.

Hun brukte aldri burka.

– Jeg ville ikke gjemme meg, men da vi ble overfalt og måtte rømme, fikk jeg på meg burkaen!

Overfallet skjedde i Herat etter et intrikat spill som involverte en guvernør, penger og våpen. Søvre ble fløyet til Kabul og så hjem til Norge. Etter to måneder var hun tilbake i Herat igjen.

– *Var du redd?*

– Utrygg, ja. Men det var godt å oppleve støtten fra de afghan-

ske medarbeiderne. Om natten hørte jeg det knase i singelen utenfor huset. De holdt vakt på eget initiativ, de ville at jeg skulle ha det bra.

Sorg

Søvre vil formidle at mye er godt i dette landet.

– Vi mennesker er utrolig like. Alle har behov for mat, helse og fravær av nød.

Hun tenker på barna med søsken på ryggen og rennende snørr, barbeint i snøslapset.

– Det hørtes ut som de hadde en blåsebelg i lungene. Jeg fikk jo lyst til ta dem inn i varmen og gi dem en kopp kakao.

– *Er det frustrerende at du bare kan hjelpe noen få?*

– Vi kan bare gjøre litt. Derfor må vi av og til trekke ned rullegardinen.

Søvre overrumples av sterke følelser og blir blank i øynene.

– Det er nok mye sorg som ikke er bearbeidet, forklarer hun.

– *Hvilke tanker har du om Afghanistans framtid?*

– Det kan se svart ut. Men jeg håper, sier Søvre.

Lamper for lysterapi

Sterkt lys mot høst- og vinterdepresjoner, søvnproblemer og ved nattarbeid og jetlag.

Spectrum 9000M



Solid bordmodell i metall.
10 000 lux i avstand 42 cm.
Krever lite bordplass.
Flimmerfritt, tilnærmet dagslys.

Spectrum H10-050 og Spectrum H10-040



2 bordmodeller med vippefunksjon.
Flimmerfritt hvitt lys - Aluminium lyskasse.
H10-050: 10 000 lux i avstand 45 cm.
H10-040: 10 000 lux i avstand 35 cm.

Les mer om lysterapi og lamper for lysterapi på våre nettsider: www.tynsetel.no eller ring 62 48 03 14

Bestill på våre nettsider, e-post eller telefon. Vi sender over hele landet. Rask levering.

Våre lysterapilamper anbefales av prof. dr. med. Bjørn Bjorvatn, Univ. i Bergen/ Bergen Søvncenter. Lampene er sertifisert som medisinsk utstyr og EN ISO 13485:2003 kvalitets sikret.

TYNSET
ELEKTRONIKK

www.tynsetel.no N-2500 Tynset, Tlf: 62 48 03 14 kundepost@tynsetel.no



NY RUNDE: Vil ha mer ansvar.
Foto: Marit Fonn

Vil oppover i gradene

Etter tre år som 2. nestleder, stiler Unni Hembre mot toppen.

Hembre er kandidat til vervene som leder og nestleder i Sykepleierforbundet. I 2004 trosset landsmøtet nominasjonskomiteens forslag og valgte henne som 2. nestleder på bekostning av Jan Erik Nilsen.

– En politisk strateg i særklasse, sier Norsk Sykepleierforbund i Oslo, som foreslår henne til ledervervet.

Fire kandidater skal nå slåss om toppjobben: Hembre, Tone Elin Mekki, Anne Marie Gran Bruun og Lisbeth Normann.

Oslo-leder

Hembre var fylkesleder i Oslo fra 1998 til 2004.

Oslo-avdelingen begrunner forslaget med at Hembre har svært gode analytiske evner og

er dyktig til å sette seg mål - og nå dem. Hun holder hodet kaldt når det er hektisk, og tenker alltid på hva som gagner medlemmene. Evne til å begeistre har hun også, mener Oslo-kontoret.

Forslagsstilleren viser til at Hembre representerer kontinuitet i NSF's ledelse og minner om at Hembre ledet sykepleierstreiken i Oslo i 1988.

NSF Buskerud som har foreslått Lisbeth Normann som leder, foreslår Hembre som nestleder.

– Vi vil spesielt framheve Unnis kompetanse når det gjelder forhandlinger, en kompetanse vi er helt avhengig av å videreføre i forbundsledelsen, skriver buskerudingene.

Kommune-erfaring

Hembre har utøvde yrket i kommunehelsetjenesten. Hun er nestleder i Unio Oslo og vara-representant for forbundsleder i både den nordiske og internasjonale sykepleierorganisasjonen.

– Jeg besitter kompetanse som er viktig for NSF framover, sier Hembre.

– Jeg vil sette beslutninger ut i praktisk politikk og sette dagsorden i helsepolitikken.

Aller helst vil hun bli toppleder, men hun understreker at de tre lederne må fungere i et team.

– Jeg kan også være nestleder til rette leder, sier hun uten å nevne navn og viser til både leder- og nestledererfaring.

Uansett er hun moden for mer ansvar enn hun har nå.

– Må ha med en mann

Omsider en mannlig kandidat til ledervervene: Jan Erik Nilsen ønsker seg en nestlederpost.

Jan Erik Nilsen prøver lykken en gang til. I 2004 var det ikke plass til to menn i ledelsen, og den nominerte Nilsen måtte gi tapt for Unni Hembre som 2. nestleder.

Nå er han foreslått som nestleder og 2. nestleder av både NSF Rogaland og NSF Oslo.

Psykatri

Fra 1997 til 2002 var Nilsen leder av faggruppen for psykiatriske sykepleiere. Han er nå sjefsykepleier på psykiatrisk klinikk ved Stavanger universitetssykehus. Han er styremedlem i NSF's fylkesstyre i Rogaland og medlem av godkjenningskomiteen for kliniske spesialister i psykiatrisk sykepleie.

Nilsen har diverse etterutdanning, blant annet innen ledelse og veiledning.

– Faglig dyktig og nettverksbygger av rang, skriver rogalendingene, og viser til bred erfaring både i yrket og i organisasjonen.

Nilsen er inkluderende, ifølge forslagsstilleren, og har et smittende engasjement. Dessuten er han som mann en god rollemodell for menn i yrket.

Mange oppfordringer

– Du prøver deg igjen?

– Jeg skjems ikke heller, ler Nilsen.

– Hvorfor orker du en gang til?

– Rett og slett fordi jeg har fått så mange oppfordringer om å ta

en ny runde. Og med min kjennskap til organisasjonen synes jeg at jeg har noe å bidra med.

Han viser til at samarbeidet med mange instanser både innenfor spesialist- og primærhelsetjenesten står ham nær i det daglige arbeidet.

Å ha en mann i ledelsen er absolutt viktig, synes han.

– Ikke minst med tanke på yrkets rekruttering og omdømme. Menn har en plass i dette yrket.

Han understreker at NSF må velge en troika med komplementære ferdigheter.

Ledervervet mener han fortsatt bør besittes av en kvinne, fordi så stor del av medlemsmassen er kvinner.



OM IJGEN: Jan Erik Nilsen satser igjen.
Foto: Jan Inge Haga

LANDSMØTE '07

Se kandidatene i Sykepleien

NSFs landsmøte åpner 6. november. Fristen for å foreslå kandidater til vervene er nå utløpt. I neste nummer presenterer vi resten av kandidatene. Alle kandidatene er mer utfyllende presentert på NSFs nettsider: www.sykepleierforbundet.no. Nominasjonskomiteen kommer med sin innstilling i oktober.

Foreslåtte kandidater:

Leder av NSF:

Tone Elin Mekki
Lisbeth Normann
Anne Marie Gran Bruun
Unni Hembre
Nestleder: Jan Erik Nilsen

Forbundsstyret:

Rigmor Føske Johnsen
Asbjørg Tåtøy
Bodil Runde
Inger Marie Aasheim
Birgitte Lenes Ekeberg
Solveig P. Kopperstad Bratseth
Karen Bjørø
Kirsti Jacobsen
Inger Skjæveland
Solfrid Halsne
Åse Mathisen Holberg
Marit Wang
Sigfrid Stendal

Rådet for sykepleieetikk:

Marie Aakres (leder)
Liv J. Dysthe
Berit Daa Hunstad
Bjørge Petersvik
Kirsten Lode
Anne Clancy
Runa Fransisca faye
Elisabeth Sveen Kjølrsrud
Anne Ma Christensen Hovde
Aud Moe
Grethe Ørnevik

Kandidat til leder av rådet for sykepleieetikk:

– Har gjort en fantastisk jobb

Listen over **Marie Aakres** verv er lengre enn de fleste. Hun er en garvet leder i organisasjonssammenheng og i faglige fora. Hennes spesialitet er kreftsykepleie.

De siste ti årene har hennes hovedinteresse vært etikk. Både NSF i Oslo og Sør-Trøndelag foreslår at hun fortsetter som leder av rådet for sykepleieetikk, et verv hun har hatt siste periode. Hun har markert

seg som tydelig og uredd og gjort en fantastisk jobb, påpeker forslagsstillerne. Hun har også markert seg i det offentlige rom. Hun evner å begeistre sine tilhørere på alvorlige og tankevekkende tema.

Selv trekker Aakre frem at Rådet nå er på rett vei og at hun gjerne vil videreføre det arbeidet som det nå har initiert.

Kandidater til rådet for sykepleieetikk:

Etikk fra politisk perspektiv

Elisabeth Sveen Kjølrsrud ønsker seg inn i rådet for sykepleieetikk, noe som, hvis hun blir valgt, blir hennes første verv i NSF. Kjølrsrud har imidlertid 16 år bak seg som politisk aktiv i kommunestyre og flere kommunale utvalg. Hennes hovedfelt er psykiatrien, og hun har praktisert ved Sørlandet Sykehus. Både psykiatrien og

det politiske engasjement har satt henne i kontakt med etiske problemstillinger.

Kjølrsrud jobber nå med doktorgrad i profesjonsetikk ved Universitetet i Agder. Hennes samfunnsengasjement og kunnskaper gjør henne godt egnet til en plass i etikk-rådet, mener forslagsstiller NSF Aust-Agder.

– Tydelig og reflektert

Politisk aktiv er også **Anne Ma Christensen Hovde**, med verv i Rauma kommune siden 1991. Hun er nå vara-medlem i rådet, og ønsker nå å være medlem.

Hun tok sykepleierutdanning i 1997 og gikk rett på videreutdanning i psykisk helsearbeid og rus- og avhengighetsproblematikk. Hun har jobbet som psy-

kiatrisk sykepleier, men er nå lærer i helse- og sosialfag på videregående skole. Hovde har også åtte år bak seg som hovedtillitsvalgt i NSF. Med erfaringen fra arbeidet innen eldreomsorg, psykiatri og rusmisbruk vil hun bli en meget god representant i rådet, mener forslagsstiller NSF Møre og Romsdal.

Kandidater til forbundsstyret:

– Opptatt av dialog

Inger Skjæveland har rundt ti års fartstid i NSF-systemet, blant annet som tillitsvalgt og fylkesleder i Rogaland. Nå vil hun inn i forbundsstyret. Hun er opptatt av NSFs kampsaker; at sykepleiere skal ha sin rettmessige plass i alle deler av helevesenet, inkludert alle typer lederstillinger, at lønn skal stå i forhold til utdanning ansvar og kompetanse, at NSF skal være en

medlemsnær organisasjon og høres i samfunnsdebatten. Hun jobber nå ved Stavanger universitetssykehus etter mange år som frikjøpt tillitsvalgt.

NSF Rogaland forslår henne på grunn av hennes erfaring fra NSF, og fordi hun er opptatt av dialog og løsninger på vanskelig områder. Hun er fleksibel, har stor arbeidskapasitet, og styreverfaring fra Helse Vest.

– Ser sykepleierne i kommunen

Solfrid Halsne har stort sett jobbet som jordmor siden begynnelsen av 80-tallet. Men hun har i tillegg vært tillitsvalgt, nå hovedtillitsvalgt, og leder jordmødrene. Og er med i menighetsråd. Hun jobber i jordmørtjenesten i Sandnes kommune.

Nå ønsker hun seg inn i forbundsstyret. Hun er selv opptatt av å videreutvikle organisasjonen.

Forslagsstiller NSF Rogaland beskriver henne som innsatsvillig, engasjert og løsningsorientert. Hun er også flink til å holde fokus på sykepleierne som arbeider i kommunen og har stor respekt i kommunelidelsen og NSF i Rogaland. Hun er verdt å satse på, mener fylkesstyret.

Kandidat til kontrollutvalget:

– Kan økonomi

Eva Johansen har jobbet på NAV Hjelpemiddelsentralen i Finnmark siden 1985. Før det var hun i diverse sykepleierstillinger etter at hun startet på Hammerfest sykehus i 1967.

Hun har vært aktiv i kommunepolitikken og leder i faggruppen for administrasjons-sykepleiere. Etter en periode i kontrollkomiteen, vil hun gjerne fortsette. Forslagsstilleren, NSF Finnmark, peker på hennes kunnskaper om økonomisk forvaltning som verdifulle i komiteens arbeid.

Kandidater til nominasjonskomiteen:

30 år med NSF

Ragnhild Brå Vardehaug jobber på St. Olavs hospital som spesialkonsulent og stedfortreder for sjefsyepleier. Hun er nå 1. varamedlem i nominasjonskomiteen og vil gjerne fortsette som medlem. Men hun har hatt tillitsverv i NSF siden 70-tallet, fra hun som nyutdannet begynte i jobb på Regionsykehuset, som det het. Fra 1989 til 1998 var hun fylkesleder i Sør-Trøndelag. Etter det var hun medlem av forbundsstyret i seks år. Forslagsstiller, NSF i Sør-Trøndelag, mener hun er svært godt kvalifisert fordi hun kjenner NSF bedre enn de fleste, og dessuten har en politisk teft som er viktig i jakten på kandidater til verv i NSF.

– Stiller med «åpne kort»

Gitte Kloster vil fortsette som medlem av nominasjonskomiteen, et verv hun synes er spennende og utfordrende. Hun har sittet i komiteen i inneværende periode ved siden av å være tillitsvalgt og medlem av fylkesstyret i Hordaland.

Kloster holder til i Bergen der hun jobber i Årstad bydel. I Årstad og Løvtakken bydeler har hun vært hovedtillitsvalgt i 13 år, frem til 2004. Hun er foreslått av både NSF i Hordaland og Rogaland. Hun beskrives som en som stiller med «åpne kort» og er lydhør og kunnskaps-søkende i sitt bidrag, og dessuten har god innsikt i organisasjonen.

– Har mange kontakter

Kristen Gujord Meese har vært medlem av nominasjonskomiteen i siste periode. Hun vil gjerne fortsette som medlem eller som leder. Av tidligere NSF-verv har hun vært leder i ni år og medlem av fylkestyret i Møre og Romsdal. Hun har også vært medlem av bystyret i Kristiansund. Hun har pedagogisk utdanning ved siden av sykepleien, og jobber nå som avdelingsleder ved Kristiansund videregående skole. Tidligere har hun også jobbet ved hjelpepleierskolen.

Forslagsstiller NSF Møre og Romsdal fremhever at hun har lang erfaring i organisasjonen og mange kontakter over hele landet. Hun beskrives også som en som er ryddig og vidsynt, og en som har tillit og respekt.

C Rotarix GlaxoSmithKline

Vaksine mot rotavirus, levende.

ATC-nr.: J07B H01

PULVER OG VÆSKE TIL MIKSTUR, suspensjon: Hvert sett inneholder: I) Glassbeholder: Tørrstoff av humant, levende, svekket rotavirus (stamme RIX 4414) $\geq 10^6$ CCID₅₀, sukrose, dekstran, sorbitol, aminosyrer, Dulbecco's Modified Eagle Medium. II) Oral applikator: Kalsiumkarbonat, xantangummi, sterilt vann til 1 ml.

Indikasjoner: Profylakse mot gastroenteritt forårsaket av rotavirusinfeksjon hos spedbarn fra 6 ukers alder. Det er påvist beskyttelse mot gastroenteritt forårsaket av rotavirusstype G1P[8], G2P[4], G3P[8], G4P[8] og G9P[8]. Skal gis i.h.t. offisielle anbefalinger.

Dosering: Vaksinen skal kun gis oralt. Vaksinasjonsskjemaet består av 2 doser. 1. dose kan gis fra 6 ukers alder. Intervall mellom 1. og 2. dose bør være minst 4 uker. Vaksinasjonsskjemaet bør helst gis før 16 ukers alder, men må være fullført ved 24 ukers alder. Det anbefales at barn fullfører 2-dose skjemaet med samme vaksine. **Må ikke under noen omstendigheter injiseres.**

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for noen av innholdstoffene. Overfølsomhet etter tidligere vaksiner mot rotavirus. Tidligere tilfeller av tarminvaginose. Medfødt misdannelse i fordøyelseskanalen som kan predisponere for tarminvaginose. Kjent eller mistenkt immundefekt. Asymptomatisk HIV-infeksjon. Vaksineringsen skal utsettes ved akutt alvorlig febersykdom. En lett infeksjon er imidlertid ikke en kontraindikasjon. Vaksineringsen bør utsettes ved diaré eller oppkast.

Forsiktighetsregler: Vaksinen inneholder hjelpestoffet sukrose, men mengden er imidlertid lav til å forårsake bivirkninger hos spedbarn med fruktoseintoleranse, glukose-galaktosemalabsorpsjon eller sukrase-isomaltaseinsuffisiens. Det foreligger ingen data angående sikkerhet og effekt ved vaksineringsen av spedbarn med gastrointestinal sykdom eller veksthemming. Vaksinen kan likevel gis dersom det etter legens vurdering ansees som en større risiko å ikke vaksinere. Bør gis med forsiktighet til spedbarn som har nærkontakter med immundefekter, slik som ondartet kreft, redusert immunforsvar eller immunsuppressiv behandling. Vaksineviruset kan skilles ut i avføring etter vaksineringsen. Utskillelsen er størst etter 7 dager. Det er observert tilfeller hvor vaksineviruset er overført til seronegative kontakter av vaksinerte, men dette har ikke forårsaket kliniske symptomer. Personer i kontakt med nylig vaksinerte bør være nøye med personlig hygiene (f.eks. håndvask etter bleieskift). For tidlig fødte barn kan vaksineres selv om en lavere immunrespons er observert og graden av klinisk beskyttelse fortsatt er ukjent. Vaksinen gir ikke beskyttelse mot gastroenteritt forårsaket av andre patogener enn rotavirus. Det er mulig at ikke alle vaksinerte oppnår en beskyttende immunrespons.

Interaksjoner: Kan gis samtidig med følgende monovalente eller kombinasjonsvaksiner: Vaksine mot difteri, tetanus og kikhoste (helcelle eller acellulær), vaksine mot Haemophilus influenzae type b, vaksine mot polio (inaktivert eller oral), vaksine mot hepatitt B, vaksine mot pneumokokkinfeksjon (konjugert) og vaksine mot meningokokkinfeksjon gruppe C (konjugert). Det er ingen begrensninger på spedbarnets inntak av mat eller drikke hverken før eller etter vaksineringsen.

Graviditet/Amning: Amning vil ikke redusere beskyttelsen vaksinen gir mot gastroenteritt forårsaket av rotavirus og kan derfor opprettholdes gjennom hele vaksinasjonsskjemaet.

Bivirkninger: *Hyppige (>1/100):* Gastrointestinale: Tap av matlyst, diaré, oppkast, luft i maven, mavesmerter, oppguling av mat. *Øvrige:* Feber, utmattelse. *Mindre hyppige:* Gastrointestinale: Forstoppelse. Neurologiske: Søvnighet. Psykiske: Gråt, søvnforstyrrelser. *Sjeldne (<1/1000):* Hud: Dermatitt, utslett. Luftveier: Øvre luftveisinnefeksjon, heshet, snue. Muskel-skjelettsystemet: Muskelkrampe.

Egenskaper: *Klassifisering:* Humant, levende, svekket rotavirus (stamme RIX 4414) dyrket i Vero-celler. Etter 2 doser er det vist en beskyttelseeffekt i første leveår på 87,1% mot enhver rotavirusgastroenteritt, 95,8% mot alvorlig rotavirusgastroenteritt, 91,8% mot rotavirusgastroenteritt som krever tilsyn av lege og 100% mot sykehusinnleggelse forårsaket av rotavirusgastroenteritt. Sikkerhetsstudie har vist at vaksinen ikke gir økt risiko for tarminvaginose.

Oppbevaring og holdbarhet: Oppbevares i kjøleskap (2-8°C). Må ikke fryses. Beskyttes mot lys.

Andre opplysninger: Vaksinen består av et hvitt tørrstoff i glassbeholder og en blakket, hvit suspensjon i en oral applikator. Ved lagring kan et hvitt bunnfall og en klar supernatant observeres i den orale applikatoren. Tørrstoffet i glassbeholderen, suspensjonen i den orale applikatoren og den ferdig rekonstituerte vaksinen skal undersøkes visuelt for ev. fremmede partikler og/eller fysiske forandringer før den gis. Dersom slike forandringer oppdages skal vaksinen destrueres. Vaksinen tilberedes ved å tilsette hele innholdet i den orale applikatoren til tørrstoffet i glassbeholderen ved hjelp av overføringsadapteren som følger med. Etter at suspensjonen fra den orale applikatoren er tilsatt glassbeholderen må blandingen ristes godt. Blandingens trekkes tilbake i den orale applikatoren. Den ferdiglagede vaksinen foreligger som en noe mer uklar suspensjon enn væskekomponenten alene. Ferdigblandet vaksine bør gis straks. Vaksinen gis oralt ved at hele innholdet i den orale applikatoren gis på innsiden av kinnet mens barnet sitter i en tilbaketilt stilling. Dersom barnet spytter ut eller gulper opp mesteparten av vaksinedosen, kan en ny dose gis ved samme legebesøk. Skal ikke blandes med andre legemidler. Ikke anvendt legemiddel samt avfall bør destrueres i overensstemmelse med lokale krav.

Pakninger og priser: 1 sett kr 695,10.

Sist endret: 12.03.2007.

Ref.: 1. Rotarix® SPC.



GlaxoSmithKline

GlaxoSmithKline AS Forskningsveien 2A, Postboks 180 Vinderen, 0319 Oslo.
Telefon: 22 70 20 00. Telefaks: 22 70 20 04. www.gsk.no



Av **Nina Jenny Tresvik Monstad**
Høgskolelektor Diakonisehjemmets Høgskole i Bergen

Gjennom sin sykepleiefaglige kompetanse får hjemmesykepleierne innsikt i brukernes livssituasjon.

Hjemmesykepleiere i klemma

Hvordan kan hjemmesykepleiernes arbeidssituasjon tydeliggjøres i det offentlige rom?

Hjemmesykepleierne jobber i skjæringspunktet mellom offentlige og private strukturer og normer. De går inn i brukernes *private hjem* i kraft av sin *offentlige rolle*. Som ansatt i kommunehelsetjenesten er hjemmesykepleierne en offentlig ansatt person med de rettigheter og plikter det gir. Gjennom helsepersonelloven er for eksempel hjemmesykepleiere forpliktet til å utøve faglig forsvarlig sykepleie, men de er også beskyttet med regulert arbeidstid (1). Når hjemmesykepleierne går inn i brukernes hjem går de samtidig inn i det private rom og møter brukerne med sammensatte livsbetingelser, som forsterkes gjennom lukter og interiør. En bruker kan ha fått innvilget hjelp til et måltid, men trenger også hjelp til toalettbesøk. Den private normen tilsier toalettbesøk før mat, mens den offentlige normen i vedtaket begrenser muligheten for det. Fordi normer som dominerer i den private og den offentlige sfære går i ulike retninger oppleves hjemmesykepleiernes arbeidshverdag som motsetningsfull (2).

Begrensede muligheter

Denne artikkelen tar utgangspunkt i egen mastergradsoppgave og er basert på tre kvalitative intervjuer med hjemmesykepleiere som har minst to års erfaring (3).

Intervjuene ble tematisk analysert. Alle informantene var kvinner. Av praktiske grunner omtaler jeg hjemmesykepleier i hunkjønn og hjemmesykepleiers brukere som hankjønn.

En informant forteller om flere brukeres livssituasjoner. Som hjemmesykepleier ser hun ofte at brukerne har mange andre behov i tillegg til hjelpen de har fått innvilget. Etter hvert som hun blir bedre kjent med brukerne forstår hun at måten de lever på ikke er deres valg. Hun oppsummerer med at: «De makter ikke gjøre noe med sitt eget liv. Det handler om å holde ut med situasjonen og alle tankene det medfører». Brukerne vet selv om behov som hjemmesykepleieren også har identifisert og vurdert som viktige, men som det ikke er tid og rom for å imøtekomme. Senere i intervjuet konkluderer informanten med at det «... er problematisk å være ved siden av brukerne. ... Jeg ser at jeg kan gjøre noe, men samtidig har jeg ikke rom for det». Uttalelsene synliggjør at de offentlige og private normene i hjemmesykepleien ofte er motsetningsfulle. Som i eksempelet over vil det si at det er behov for, og kompetanse til, å møte behovene, men det er begrensede muligheter for å virkeliggjøre dem. De private normene er vel så synlige og relevante i hjemmesykepleiers

hverdag som de offentlige, men den offentlige strukturen gir ikke tilstrekkelig rom å imøtekomme de faglig vurderte behovene hvor hjemmesykepleierne har gjort bruk av sin dømmekraft.

Likhet og nærhet

Likhet mellom alle brukerne og nærhet til den enkelte bruker er sentrale verdier i hjemmesykepleien. Likhetsverdien er grunnleggende i den norske velferdsstaten, og har dermed en klar forankring i det offentlige (4). Her defineres likhet som et fordelingsprinsipp som har som mål å fordele tilgjengelige ressurser likt på antall brukere etter deres behov for hjemmesykepleie (4). Jeg definerer nærhet som noe gjensidig i enhver situasjon mellom to personer. Gjensidigheten fordrer at begge personene både ser og blir sett i felles situasjoner, for eksempel når hjemmesykepleiere møter bruker (5). Innenfor gitte økonomiske og personalmessige rammer kan normene om likhet og nærhet oppleves som motsatser. Når hjemmesykepleierne går inn i det private rom for å utøve sin offentlige tjeneste forsterkes spenningen mellom likhet og nærhet. For eksempel kommer dette til uttrykk når informantene forteller om likefordeling av tid mellom brukerne i sin offentlige tjeneste. «Når jeg opplever en vanskelig si-

www.sykepleien.no

Les mer og finn
litteraturhenvisninger på
www.sykepleien.no

Søkeord:

Hjemmesykepleie
Kommunehelsetjeneste

tuasjon må jeg likevel gå videre til neste bruker. Den ene situasjonen skal ikke gå utover de andre brukerne». En annen forteller at hun «... var borti et tilfelle da jeg følte veldig på at det var så mye som skulle være gjort som jeg verken hadde kapasitet eller lov til, ... på grunn av retningslinjene». Hjemmesykepleierne tilstreber å fordele ressursene likt mellom brukerne. Et gjennomgående trekk hos de tre informantene er at de samtidig understreker betydningen av nærhet til brukerne. En av dem sier: «Om jeg bare haster, har ikke brukerne noe igjen for besøket. Jeg har kanskje sett at alt er greit, men de som sitter alene og venter opplever det ikke slik, derfor bruker jeg litt tid. Dette er skjønnert mitt. Det er veldig viktig å ha nærhet til brukerne. Det er nesten viktigere enn å dusje dem ...». En annen forteller at «Jeg prøver å se brukeren, ikke bare hva jeg må gjøre». Både likhet og nærhet til brukerne er avgjørende når informantene utøver hjemmesykepleie.

Vanskelige valg

Ofte stilles hjemmesykepleierne overfor valg som blir vanskelige og motsetningsfylte. Spenningen mellom likhet og nærhet blir særlig framhevet når uforutsette situasjoner dukker opp. «... hvis uventet situasjon dukker opp, må vi ordne situasjonen alene, og gå til de andre brukerne etterpå. Jeg har liksom ikke noe valg. Det betyr absolutt at det går ut over min fritid». En annen informant forteller at en mann som lå og ventet på døden førte til at hun som hjemmesykepleier stadig kom i konflikt med arbeidsmengde i forhold til tid. Det var så mange oppgaver hun så, men ikke fikk gjort noe med. Av en leder ble hun fortalt at hennes «oppgave var å gjøre det som sto på papiret, og gå videre for å skifte bleie på andre brukere». Informanten avsluttet med å fortelle at hun måtte gå videre til neste bruker, men hun klarte ikke å akseptere



VANSKELIGE VALG: Hjemmesykepleierens arbeidshverdag oppleves ofte som motsetningsfull.

at behovene hun faglig vurderte var tilstede hos brukeren, ikke ble ivaretatt.

Faglig forsvarlighet

Et hovedbudskap i empirien er at hjemmesykepleierne ikke har problemer med å sette grenser overfor brukerne dersom de vurderer at det er faglig forsvarlig. Men de yter utover de formelle vedtakene og betaler personlig for tiden og kreftene dette tar. Gjennom sin sykepleiefaglige kompetanse får hjemmesykepleierne innsikt i brukernes livssituasjon. Å ikke gjøre noe ekstra er vel så krevende som å faktisk utføre tjenestene de vurderer som nødvendige. Hjemmesykepleiernes faglige kompetanse tilsier at «god nok» sykepleie ikke vurderes som tilstrekkelig når litt ekstra kan gi brukeren «god» sykepleie. Hjem-

mesykepleierne bærer kostnadene uansett om de bare ser og avdekker behovene til brukerne eller om de også imøtekommer behovene, og de betaler fra «egen lomme». Et offentlig anliggende blir slik individualisert.

Uansett om hjemmesykepleierne gir eller lar være å gi mer enn hva som er formelt avtalt i møte med brukerne, medfører det personlige kostnader for dem. Å ikke utøve faglig skjønn blir også en byrde. Valget om å yte litt ekstra gir fordeler både til brukerne og dem selv som fagpersoner, i alle fall på kort sikt. Det offentlige får imidlertid stor uttelling for hjemmesykepleierens prioriteringer.

Skjult ressurs

Halvard Vike (6) tar i sin bok til orde for at hjemmesykepleiere er en skjult ressurs i den offent-

lige velferdsstaten. Han hevder at hjemmesykepleierne utgjør en sentral, men kamuflert kapasitet i det norske helsesystemet. Desentraliseringer i velferdsstaten har medført mer ansvar til kommunene, og hjemmesykepleien utøver dette ansvaret i praksis, både det formelle og det relasjonelle. Hjemmesykepleierne har det formelle ansvaret, men de har for lite tid og rom for å utforme ansvaret i konkrete tiltak. Det *formelle, administrative systemnivået* og det *formelle, profesjonelle relasjonnivået* er splittet. Formelt og administrativt settes det krav om absolutte grenser, men i et relasjonelt perspektiv blir denne type grenser uforutsigelige og uetiske. Den gode relasjonen mellom bruker og hjemmesykepleier oppheves dersom formelle retningslinjer skal være absolutte. Hjemmesykepleierens grenser lar seg i liten grad trekkes opp ved hjelp av stramme budsjetter alene (6).

Implisitt forventning

Vikes poeng er at det offentlige har en implisitt forventning om at hjemmesykepleierne skal være illojale overfor egne lover og normer. Den implisitte forventningen innebærer å yte relasjonelt utover de formelle administrative vedtakene. Forventningen om nevnte illojalitet strider mot grunnprinsippet om faglig forsvarlighet i helsepersonelloven (2). Intervju-materialet mitt synliggjør nettopp denne illojaliteten. I de nære møtene er det umulig å praktisere absolutt lojalitet til formelle strukturer og normer. Hjemmesykepleierne prioriterer brukerne framfor systemet. Velferdssystemet vil ikke kunne oppfylle sine forpliktelser uten at hjemmesykepleierne er illojale overfor det offentlige (6).

Bærer kostnadene

Når hjemmesykepleierne velger å bære kostnadene ved å arbeide i spenningsfeltet mellom likhet for alle og nærhet til den enkelte, skjuler de samtidig sentrale innsik-

ter som skal høre til i det offentlige rom. Det er problematisk.

Informantene var bevisste på hvilken rolle de spiller i helsesystemet, og kritiserer seg selv. En sier: «Jeg føler at vi bare skal stille opp ... Dette bekymrer meg, jeg vil ikke ha dette presset på meg. Vi skal stå på, men er altfor snille». Litt senere kommer hun med et annet eksempel og oppsummerer: «Der er vi altfor snille, igjen». En annen informant forteller at «Jeg vet at jeg bruker veldig mye av meg selv, men jeg forteller ikke om det». Begrunnelsen hennes er at hun ikke lenger orker å stå opp mot systemet, for hun når ikke frem likevel. Hun prioriterer møtet med brukerne i deres private rom framfor å synliggjøre kunnskaper og innsikt om problematiske dilemmaer i det offentlige rom. Informantene har innsikt om brukeres behov og bruker sin faglige dømmekraft. De ønsker å formidle behovene videre i helsesystemet, men makter det ikke.

Ledernes rolle

Hjemmesykepleiers ledere spiller en sentral rolle i hvordan hjemmesykepleierens faglige vurderinger skal vektlegges. Ledere (for eksempel nærmeste overordnede til hjemmesykepleierne) må forholde seg til stramme budsjetter samtidig som de erkjenner brukernes behov for mer hjelp og dermed motsetningene hjemmesykepleierne jobber under. Noen ledere velger å forlate jobben fordi forventingen mellom å ivareta personalet og brukere på den ene siden og forventingen om å overholde økonomiske budsjetter på den andre siden, ikke er forenlige. Både lokale og sentrale ledere (for eksempel politikere) kan likevel ikke fraskrive seg ansvaret for at relasjonelle og formelle ressurser står i rimeligere forhold til hverandre (2, 7).

Synliggjøring

Informantene sier at de ikke tror deres lokale ledere forventer at de skal yte utover den offentlige stil-

lingsinstruksen. Samtidig forteller de om saker de har formidlet til lederne som de ikke har fått respons på. En informant sier eksplisitt at hun i for liten grad etterspør svar på spørsmål knyttet til hva hun skal prioritere og ikke, og som nevnt før konkluderer hun med at: «Der er vi for snille, igjen».

Hjemmesykepleierens faglige vurderinger blir ikke tilstrekkelig vektlagt i det offentlige helsesystemet. Utfordringen går først og fremst til hjemmesykepleierne som må dokumentere at omsorgarbeidet de utøver ikke

og det relasjonelle står i forhold til hverandre. Det må holdes fast at ansvaret ligger på ledernivå. Både lokale og sentrale ledere må i større grad gripe fatt i motsetningsforholdene i hjemmesykepleien.

Kartlegging av tjenester

Imidlertid mener jeg at både brukere og hjemmesykepleiere på sikt også vil tjene på at hjemmesykepleiere systematisk kartlegger de ulike tjenestene de utøver i løpet av en arbeidsdag. Målet med dette er å dokumentere tjenestene hjemmesykepleierne

Hjemmesykepleierens faglige vurderinger blir ikke tilstrekkelig vektlagt i det offentlige helsesystemet.

står i forhold til gitte rammer. Jeg mener de må heve røsten når vedtaksutøvelsen er på kollisjonskurs med det faglige skjønn. Ved å synliggjøre de relasjonelle utfordringene som hjemmesykepleier i det offentlige rom i større grad, vil det på sikt kunne føre til bedre forhold for alle involverte parter (2).

Omsorg framfor oppgaver

Hva skal til for at hjemmesykepleierens faglige vurderinger skal tillegges større vekt? Å bli tydeligere i det offentlige rom er krevende, og jeg er ydmyk overfor dømmekraften og arbeidet hjemmesykepleiere utøver. Jeg synes også det er problematisk at dilemmaer, umulige prioriteringer og konflikter på flere plan ikke blir tematisert. Avslutningsvis vil jeg konkretisere fem forhold jeg mener kan bidra til tydeligere tale i det offentlige rom.

Lederens ansvar

Det er først og fremst et lederansvar å sørge for at det formelle

faktisk utøver og slik avdekke behovet for flere ansettelser. Statistikk og grafer når lettere fram enn enkeltvis røster om mer tid.

Veiledningsgrupper

Et tredje moment handler ikke om å telle, men å fortelle. Statistikk klarer å fange opp deler av innsikten hjemmesykepleierne har. Det empiriske materialet viser at informantene har mange fortellinger fra møter med brukere, men de har ikke noe fora hvor disse kan formidles. Veiledningsgrupper er en god arena for fortellinger. Veiledning vil også utvide det faglige ordforrådet og gi større frimodighet til å fremme faglige vurderinger i offentlige rom. Gjennom et fortellende språk vil det bli lettere å nyanse mellom hva som er «god» og «god nok» hjemmesykepleie.

Offentlig debatt

Den fjerde utfordringen går til bachelorutdanningene i sykepleie. For at hjemmesykeplei-

ernes faglige vurderinger skal komme tydeligere fram i det offentlige rom, må studentene i større grad utfordres til offentlig debatt gjennom utdanningene. På den måten får studentene trene på formidling i det offentlige rom. Jeg mener vi må prioritere at studentene skal skrive en kronikk eller lignende i siste halvdel av utdanningen, hvor noen av disse kan publiseres.

Dømmekraft

Til sist må hjemmesykepleierne stadig utvikle sin dømmekraft. Omsorgen må ikke tape terreng for snevre oppgaver. Ved å samtidig problematisere faglige utfordringer som utspiller seg mellom det formelle, profesjonelle skjønn og det administrative systemet, kan spenningene hjemmesykepleierne jobber under reduseres (7).

LITTERATUR

1. LOV 199-07-02 nr 64 Lov om helsepersonell (helsepersonelloven).
2. Alvsvåg H, Tanche-Nilssen A. Den skjulte reformen – om mestring og omsorg i et hjemmebasert hjelpeapparat. Bergen/Skien: Tano Aschehoug, 1999.
3. Tresvik NJ. "Veldig viktig å ha nærhet til brukerne" – Om offentlige hjemmesykepleierens utforming av praksis og etiske refleksjon i lys av nærhetsetikken. Oslo: Hovedfagsoppgave Teologisk Fakultet UiO – Diakonhjemmets Høgskolesenter, 2004.
4. Hallandvik JE. Helsetjeneste og helsepolitikk. 3.utgave, 1.opplag. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2002.
5. Vetlesen AJ, Nortvedt P. Følelser og moral. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1996.
6. Vike H. Maktens samvittighet – Om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten. Oslo: Gyldendal Akademiske, 2002.
7. Martinsen K. Etikken, kulturen og kroppens sårbarhet. I: Christensen K, Syltevik LJ. (red.) Omsorgens forvitring? Antologi om utfordringer i velferdsstaten. Bergen: Fagbokforlaget, 1999.



Av **Marit Tømmerbakk**
sykepleier ved Sykehuset
Innlandet HF Gjøvik

Som sykepleiere i palliativ omsorg har vi sterke opplevelser i møte med døende. Hvordan holder vi ut?

Pleie ved livets slutt

I møte med mennesker i livets slutfase er nærhet, ekthet og håp nøkkelord.

Som sykepleiere i palliativ omsorg møter vi pasienter i livets slutfase. Vi kommer tett på pasient og pårørende, og tar del i deres sorger, frykt, håp og gleder. Vi konfronteres daglig med vår egen angst og sårbarhet og trangen til å flykte fra krevende pasientsituasjoner. Bildene av alle som har kjempet inn i døden, alle fortvilte rop om hjelp sitter på netthinna. Mange av dem glemmer vi aldri.

Jeg ønsker med denne artikkelen å sette søkelyset på sykepleierens mestring av egne reaksjoner. Hva gjør alle disse sterke opplevelsene med oss? Hva er det som gjør at vi holder ut i dette krevende yrket? Artikkelen er skrevet ut fra egne erfaringer fra arbeid med kreftpasienter, og som en innleveringsoppgave i videreutdanning i palliativ omsorg, Høgskolen i Gjøvik.

Den gode samtalen

Palliasjon har sine røtter i Hospice-ideologien som tilstreber symptomkontroll og helhetlig omsorg hvor målet er optimal livskvalitet. Det kreves tverrfaglighet og inkludering av hele familien. Omsorgen innbefatter også omsorg for de pårørende etter pasientens død. Begrepet «den totale smerte» står sentralt. Pasientens smerte har fysiske, psykiske og åndelige elementer og er et uttrykk for lidelsen i vid forstand. Pasientens situasjon er sammensatt, komplisert og uforutsigbar. Menneskene vi møter er unike, og dermed

er det ingen fast prosedyre eller oppskrift på hva vi kan gjøre eller si. Det kreves at sykepleieren har gode fagkunnskaper, et varmt hjerte og dyktige hender. Pasient og pårørende forbereder seg på å miste hverandre. De opplever tap og sorg, og pendler mellom fornektelse, akseptering, håp og håpløshet. Kommunikasjon blir en viktig del av den lindrende behandlingen. Den gode samtalen har pasienten i fokus, og sykepleieren er en «aktiv medvandrer» i pasientens historie. Vi møter den døende der han/hun er med oss selv som eneste hjelpemiddel. Vi har ikke alltid noe å si, og må erkjenne at vi av og til er rådløse og maktesløse. Det kreves en evne til innlevelse uten å «identifisere seg med», uten å bli involvert.

Man inviteres inn i pasientens hjerte og sinn, og går inn med hele seg selv med et ekte nærvær og innlevelse. Først da kan sykepleieren bidra med empati, klargjørende spørsmål og livserfaring (1).

Unngå identifikasjon

Jeg åpner døra forsiktig. Det er natt og du sover omgitt av dine to små barn og din mann. Vi er jevngamle, og du skal snart avslutte livet. Jeg fylles av sorg, og tanken sniker seg inn; det kunne vært meg.

Falk snakker om den eksistensielle angsten som også helsepersonell opplever. Vi er også mennesker som skal dø. Den eksistensielle

angsten er ingen sykdom, og det er ingen behandling som hjelper mot den. Det som hjelper er å se angsten i øynene (1).

Hvordan påvirkes vi som sykepleiere av å være vitne til så mye lidelse? Mange vil oppleve perioder med angst for sykdom hos seg selv eller sine nærmeste. Man må være bevisst på å ikke identifisere seg med pasientens lidelse, og ikke bli oppslukt av arbeidet. Erfaringer gjør at man modnes, døden blir mindre skremmende og man innser at den til og med kan være en befrielse for den lidende pasient. Det er imidlertid like smertefullt for sykepleieren å være vitne til lidelsen. I den palliative omsorgen opplever vi ikke å sende pasienten ut med plaster på såret i håp om at vi har løst problemet. Vi må bære at vi ikke kan gi pasientene det de ønsker seg aller mest (2).

Marie Aakre sier i boka Mitt liv, mitt håp: «Personalets store utfordring blir å orke å se livets drama uten å ha løsninger på alt.» (3).

Pasienten kjemper etter luft! Lungeødem. Jeg gjør alt hva jeg kan for å lindre, men taper mot stadig forverring. Pasienten klammer seg til meg, hun er livredd. Slik kjemper hun seg inn i døden. Jeg sitter med en arm rundt en skjelvende og gråtende ektemann, den andre hånden på morfinsprøyta. Jeg føler meg så utilstrekkelig. Det gjør så inderlig vondt for oss alle.

Det krever mot å stå i slike situasjoner. Det er ikke alltid vi klarer å lindre, og for sykepleieren som står

www.sykepleien.no

Les mer og finn
litteraturhenvisninger på
www.sykepleien.no

Søkeord:

Palliativ omsorg
Døden
Livets slutfase



GRENSESETTING: Vi møter pasienten med innlevelse, men også med en profesjonell distanse. Foto: Stig Weston

i situasjonen setter slike opplevelser spor. Paradoksalt nok kan det se ut som sykepleiere blir mer sårbare etter som årene går. Særlig skjer dette der sykepleieren opplever at rammebetingelsene ikke står i forhold til det arbeid man er satt til å gjøre. Opplever man at man svikter i forhold til yrkesetiske retningslinjer, og dette skjer over tid, vil det virke ødeleggende på sykepleieren (4).

Som hjelpere kan vi lett trekkes inn i eller ufrivillig påføres smerten, hjelpeløsheten, skuffelsen og bitterheten som preger mange av dem vi søker å hjelpe. Særlig skjer dette hvis ikke vi selv greier å bearbeide smerten. Da vil den kunne bli ødeleggende for hjelperen (5).

Vi skal hjelpe mennesker å skape mening i det smertefulle slik at livet blir til å holde ut. Dialogen med pasienten blir hovedredskapet. For å mestre dette må sykepleieren erkjenne at pasientens lengsler og ønsker er uendelige, mens mulighetene til å hjelpe er begrensede. Som hjelper kan jeg ikke forandre andre enn meg selv, men jeg kan gjennom dialog med den andre stille meg til disposisjon og slik utgjøre en positiv forskjell for den hjelpetregende i hans kamp for liv og livskvalitet.

Gode opplevelser

Det er kveld. En mann skal forlate livet. Han er ugenkjennelig av kreftsykdommen som har herjet ansiktet hans. Hans kone og jeg holder han i hendene. Han sovner stille inn. Tonene fra Måneskinnsnatens, hans musikk

fra et rikt liv fyller rommet. Det er stille og vakkert. Endelig fikk han slippe fri fra sykdommens grusomhet.

At arbeidet vi gjør føles meningsfullt er helt klart en av grunnene til at vi holder ut. I møte med mennesker i livets slutfase er nærhet, ekthet og håp nøkkelord. Det gir mye liv til livet å vite at man skal dø. Vi ønsker å bidra til at pasienten får så gode dager som mulig den tiden som er igjen.

Vi har kunnskap til å kartlegge fysiske plager og midler til å lindre. Når det ikke lenger er håp om å bli frisk kan håpet ligge i for eksempel å ikke ha sterke smerter. Det er meningsfullt å kunne hjelpe et menneske til å oppnå dette målet.

Å følge et menneske de siste dager og timer innebærer også nær kontakt med de pårørende. De er de viktigste medspillerne i pasientens liv, og skal også få være det helt til døden. De pårørende har et stort behov for å bli sett og inkludert. Vi har også et ansvar for de pårørende etter at pasienten er død, og opplever ofte dyp takknemlighet for at vi har vært til stede for dem i denne tiden.

Mestringsstrategier

I møte med lidelse og død konfronteres vi med vår egen dødelighet, og det er avgjørende at vi har utviklet en kompetanse til å leve med vår egen sårbarhet og vår egen frykt for smerte og død (4).

Spørsmål man kan reflektere over med fokus på seg selv som hjelper er: Hva tenker jeg om at

jeg skal dø? Hva gir meg grunnleggende frihet? Hvilke verdier setter jeg høyt? Hvordan skaper jeg mening i livet mitt? Hva gjør jeg med opplevelse av skyld? Det er viktig å ikke la seg overvelde av den vanskelige situasjonen som en del av de menneskene vi møter er i, men holde fast ved at sykdom og død i hovedsak er blant livets normale påkjenninger (6).

Vi møter pasienten med innlevelse, men også med en profesjonell distanse. Grensesetting er viktig. Der er pasientens lidelse – ikke min. Det er ikke jeg som er døende. Det er viktig at sykepleieren tar vare på seg selv og har et godt liv for at hun skal klare å være en ressurs i andres (4).

Evne og mulighet til refleksjon og veiledning er et av de viktigste og mest effektive midlene for å forebygge utbrenthet. Behovet for å snakke om det man opplever er stort. Døden er fjern fra folks hverdag, og referanserammene til sykepleiere i palliasjon kan virke svært forskjellig fra venners og families. Dette sammen med taushetsplikten gjør det vanskelig å ventilere ut sterke opplevelser hjemme.

Størke opplevelser kan utgjøre voldsomme personlige belastninger, og det er avgjørende at sykepleieren får fortalt sin historie i en veiledningssamtale. Gjennom samtalen får sykepleieren hjelp til å bearbeide de smertefulle opplevelsene. Hun får en ny bevissthet om hendelsen, og mulighet til å utvikle seg som menneske og fagperson. Veiledningen blir også en kvalitetssikring av arbeidet (5).

Konklusjon

Å arbeide med døende er utfordrende og byr på mange sterke opplevelser for sykepleieren. Veiledning og evne til refleksjon er avgjørende for å utvikles og trives i jobben. Sykehusprest Tor-Ole Bjerke, Sykehuset Innlandet Lillehammer har etter mitt syn oppsummert nødvendige mestringsstrategier i to setninger: «Å være *bare der* når du er der. Å være *der bare* når du er der.» Klarer vi å være *bare der*, tilstede i oss selv som redskap, ydmyk for pasientens integritet og som en aktiv medvandrer i pasientens historie, kan vi bidra til lindring gjennom en god samtale.

Klarer vi å ikke ta med oss opplevelsene hjem, men å skille mellom hva som er pasientens og hva som er vårt kan vi bruke vår fritid til å ha det godt i vårt eget liv. Vi kaller det å «hente overskudd», eller å «få påfyll». Enhver må finne ut hva som gir påfyll for ens egen del. Klarer jeg dette kan jeg se at jeg er privilegert som har et meningsfullt arbeid der jeg gjennom nær kontakt med medmennesker får mye mer tilbake enn det jobben krever.

Jeg har mulighet til å bidra på en arbeidsplass der det er rom for personlig og faglig vekst, der kolleger har lov å vise svakhet og styrke, og der vi tar vare på hverandre som medmennesker. Det er det som gjør at vi trives, og vi holder ut.

LITTERATUR

1. Falk B. Å være der du er – samtale med kriserammede. Bergen: Fagbokforlaget, 2005.
2. Mølsted L. Supervision på kræftafdelinger. Omsorg 2005;1: 2-6.
3. Ronge K. Mitt liv – mitt håp. Oslo: Gyldendal og Dreyers forlag AS, 1998.
4. Lang TK. Hva skjer med hjelperen i møte med lidelse og sorg? Omsorg 1999;1:22-26.
5. Lang TK. Veiledning som transformasjonsprosess. Omsorg 2005; 1:35-41.
6. Dahl M. Avdelingspersonalet som veiledere for pårørende til alvorlig syke og døende. Omsorg 2005; 1:10-13.

Av **Hans Knut Otterstad**, Jernbaneverket
og **Harald Tønseth**, Statistisk sentralbyrå

Hadde sykehjemmene kun hatt langtidsplasser ville så godt som alle sykehjem i Norge hatt lange køer.

Stor variasjon i syk

Det er ikke antall korttidsplasser ved sykehjem som avgjør tilgjengeligheten, men sirkulasjonen av disse plassene.

Hvor god er eldreomsorgen i Norge? Dette spørsmålet ender vanligvis opp med en diskusjon om hvorvidt det er nok sykehjemsplasser. Men i realitetene er det tilgjengeligheten av eksisterende plasser som er avgjørende, og dette avhenger av pasientsirkulasjonen i korttidssengene. Denne rapporten viser at eldreomsorgen i Bergen og Stavanger er «bedre» enn i Oslo og Trondheim. Dette er de eneste kommunene i Norge som har mer enn 1000 sykehjemsplasser, og kan derfor i

denne sammenheng betegnes som «storbyer».

Mindre pasientsirkulasjon

Analysen er en videreføring av en undersøkelse som ble publisert i «Sykepleien» nr. 3/07, som viste at tilgjengeligheten i sykehjem i de store byene i Norge var dårligere enn landsgjennomsnittet (1). Dette skyldtes ikke at dekningsgraden av sykehjemsplasser var dårligere i de store byene, tvert imot. Oslo hadde for eksempel 20,9 sykehjemssenger per 100 innbygger fra

80 år og oppover, mens landsgjennomsnittet var 19,0.

Vi har for enkelthets skyld valgt å bruke betegnelsen «sykehjem» om alle pleie- og omsorgsinstitusjoner for eldre og funksjonshemmede, siden sykehjem nå utgjør så mye som 93 prosent av plassene.

Årsaken til at de store byene hadde færre korttidsplasser, var lavt utskrivingsnivå og mindre pasientsirkulasjon. I hovedsak skyldtes dette et lavere utskrivingsnivå for korttidsplassene i sykehjemmet.

I Norge sto korttidsplassene for 81 prosent av utskrivningene fra sykehjem i 2005, og det er derfor innlysende at det er utskrivningen fra korttidsplassene som bestemmer hvor mange plasser som blir ledige, og dermed tilgjengeligheten til sykehjem. I denne sammenheng er utskrivingsstall alene litt misvisende da cirka 12 prosent av disse utskrivningene var interne overflyttinger fra kort- til langtidsplass. Dette påvirker i liten grad funnene i denne undersøkelsen fordi denne andelen er relativt lik i kommunene.

Følgende spørsmål blir besvart i denne analysen:

- Hvorledes er sirkulasjonen i korttidsplassene i de store byene?
- Er det store interne forskjeller og hva kan i så fall være årsakene?

For å gi denne analysen en nasjonal dimensjon, vil vi i tillegg bruke gjennomsnittet for norske kommuner som en referanse.

Oppholdstidens lengde

Sirkulasjonen i kort- og langtids-senger er fundamentalt forskjellige, selv om sengene ligger i samme institusjon og i en del tilfeller i

SIRKULASJONEN: Hovedstrømmen ut fra korttidsplassene går til vanlige boliger med hjemmebaserte tjenester. Illustrasjonsfoto: Colorbox.com



www.sykepleien.no

Les mer og finn
litteraturhenvisninger på
www.sykepleien.no

Søkeord:

Storbyhelsetjenesten
Korttidsplasser
Eldreomsorg

ehjemstilbudet

samme bygningskropp. Langtidsplassene dominerer rent plassmessig, og er den typiske endestasjon for behandlingsskjeden i eldreomsorgen. I 2005 skyldtes rundt 80 prosent av utskrivningene fra dette nivået dødsfall. De øvrige var overflyttinger til annen institusjon, og i noen tilfelle feilplasseringer.

For korttidsplassene er bildet helt annerledes. I Norge var kun 7,5 prosent av utskrivningene forårsaket av dødsfall. De fleste utskrivningene var til vanlig bolig eller omsorgsbolig, mens 10–15 prosent var overflyttinger til langtidsplass. En liten pasientstrøm gikk til sykehus.

Hva forteller dette? Langtidsplassene er preget av en enveis-

strøm som ender med døden, og disse pasientene har i gjennomsnitt cirka to års oppholdstid, men mange ligger mye lenger.

I korttidssengene har pasientstrømmen en helt annen dynamikk. Korttidssengene kan sammenlignes med et veikryss og pasientstrømmene går i alle retninger, men hovedstrømmen ut fra korttidsplassene går til vanlige boliger med hjemmebaserte tjenester. I gjennomsnitt var varigheten av et korttidsopphold 28 dager i Norge i 2005, og dette er noe av årsaken til at det ikke er ventetid for sykehjemssinnleggelse i mange norske kommuner. Hadde sykehjemmene kun hatt langtidsplasser ville så godt som alle

sykehjem i Norge hatt lange køer. Utfordringen for sykehjemsdriften blir dermed å la den fungere som et veikryss og ikke som en enveiskjørt blindgate.

Tallmateriale

I denne analysen benytter vi offisielle tall fra Statistisk sentralbyrå for 2005, og disse er sendt inn av kommunene selv i et felles nasjonalt format. Tallene forteller om antall plasser samt utskrivninger fra kort- og langtidsplassene, samt oppgaver for dødelighet. Ved hjelp av folketall for aldersgruppen 80 år og eldre som utgjør majoriteten av brukere av sykehjem, kan dekning og sirkulasjon for sykehjem beregnes.

Per 31.12.2005 var det 215.876 innbyggere i denne aldersgruppen i Norge og 21,4 prosent av alle i Norge som var 80 år og eldre bodde i de fire byene Oslo, Bergen, Trondheim og Stavanger. Dette betyr at mer enn hver femte nordmann som er 80 år og eldre bor i «storby». Kun disse fire byene hadde til sammen mer enn 1000 sykehjemsplasser, derfor er det greit å skille dem ut som en gruppe.

Dekning og sirkulasjon

Tabell 1 viser to viktige parametrene for korttidssengene. Følgende budskap er viktige: Alle storbyene unntatt Trondheim har en markert bedre dekning av korttidssenger i sykehjem sammenliknet med gjennomsnittet for norske kommuner. Normen for andelen av sykehjemssengene som bør øremerkes til korttidsopphold, er av sentrale helsemyndigheter fastsatt til 15 prosent. Tabellen viser at det kun var Stavanger som hadde innfridd denne målsetningen, mens Oslo og Bergen lå like under. For landet som helhet var andelen kun 13,1 prosent korttidsplasser, og med nesten 41.000 sykehjemsplasser betyr dette en «manko» på 779 korttidsplasser i sykehjem. Men her har de fire største byene i Norge et bedre resultat for dekningen av korttidsplasser som er mye bedre enn landsgjennomsnittet, og dermed i utgangspunktet en bedre mulighet for god tilgjengelighet.

Dataene i Tabell 2 viser imidlertid at dekningen bare betyr en liten del i forhold til tilgjengeligheten. Den bestemmes i hovedsak av utskrivingsaktiviteten som igjen bestemmer størrelsen på sirkulasjonen. Disse to faktorene

TABELL 1
– dekningsgrad for korttidssengene i de fire største byene i Norge sammenlignet med det nasjonale gjennomsnittet. 2005.

	Dekning av korttidssenger per 100 (80 år +)	Prosent av landsgjennomsnittet	Andel korttidsplasser av alle sykehjemssengene	Prosent av landsgjennomsnittet
Oslo	3,02	121	14,5	110,7
Bergen	3,30	132	14,7	112,2
Trondheim	2,67	107	13,9	106,1
Stavanger	3,41	137	15,6	119,1
Norge	2,49	100	13,1	100,0

TABELL 2
– utskrivingshyppighet for korttidssengene i de fire største byene i Norge sammenlignet med det nasjonale gjennomsnittet. 2005.

	Antall utskrivninger per korttidsseng per år	Prosent av landsgjennomsnittet	Antall utskrivninger per korttidsseng per 100 (80 år +)	Prosent av landsgjennomsnittet
Oslo	8,51	65,5	25,72	79,5
Bergen	10,65	82,0	35,14	108,6
Trondheim	9,35	72,0	25,01	77,3
Stavanger	11,69	90,0	39,90	123,3
Norge	12,99	100,0	32,35	100,0

utgjør til sammen tilgjengeligheten til plassene. Utskrivingsstatistikken framgår av Tabell 2.

For sirkulasjon i korttidssengene – antall utskrivinger per seng per år – dokumenterer Tabell 2 en todeling for storbyenes del: Bergen og Stavanger ligger flere nivåer over Oslo og Trondheim. Dette betyr store forskjeller mellom storbyene. Det viktigste funnet er imidlertid at alle fire storbyer ligger relativt langt under landsnivået. Trondheim og Oslo har en sirkulasjon som ligger 20 til 25 prosent lavere enn landsgjennomsnittet.

Tabell 2 (de to kolonnene til høyre) viser at Stavanger hadde den beste tilgjengeligheten til sykehjem i dette materialet, mens Trondheim kom dårligst ut. Forskjellene var betydelige, og tabellen understreker det som har vært kjent lenge: Bosted bestemmer tilgjengelighet til sykehjemsbehandling i Norge. Det som er

mest oppsiktsvekkende i Tabell 2 er at forskjellene er så store og at den gode dekningsgraden i Oslo og Trondheim spises opp av lange liggetider og lav sirkulasjon i sengene. Kontrastene utgjøres av Stavanger og Trondheim, idet Stavanger hadde 59 prosent bedre tilgjengelighet til korttidsplasser i sykehjem sammenliknet med Trondheim. For de eldre er dette er som å bo i to forskjellige verdener.

«Resirkulering» av pasienter

Et viktig spørsmål i pleie- og omsorgsideologien er om en kan utnytte sykehjemmene bedre ved å øremerke noen av korttidsplassene til planlagte avlastningsopphold, kombinert med opphold i egen bolig. På denne måten vil en kunne avlaste presset på langtidssengene.

Tabell 3 viser hvorledes dette forholder seg i storbyene sammenliknet med det nasjonale gjennomsnittet.

TABELL 3
– «resirkulering» av pasienter i korttidssenger, 2005.

	Antall opphold per person utskrevet av korttidsplass	Prosent av nasjonalt gjennomsnitt
Norge	1,39	100,0
Oslo	1,45	104,5
Bergen	1,20	86,3
Trondheim	1,40	100,5
Stavanger	1,51	108,3

TABELL 4
– dødeligheten i korttidssengene i storbyene og i Norge. Antall og andeler, og prosent av landsgjennomsnittet, 2005.

	Antall døde utskrevet fra korttidsseng på ett år	Prosent av landsgjennomsnittet	Antall utskrivinger fra korttidssenger som skyldtes dødsfall	Prosent av landsgjennomsnittet
Oslo	0,70	72,2	8,3	110,3
Bergen	0,59	60,9	5,6	74,3
Trondheim	1,02	104,5	10,9	145,1
Stavanger	0,43	44,5	3,7	49,5
Norge	0,97	100,0	7,5	100,0

Det viktigste funnet er at det er relativt lav forekomst av gjentatte utskrivinger av samme person innenfor en periode på ett år, kun et gjennomsnitt på 0,39 utskrivinger i tillegg til «førstegangsutskrivingen». Storbyene skiller seg lite ut fra det nasjonale mønsteret bortsett fra i Bergen, der «resirkulering» forekommer i meget begrenset omfang.

Dødelighet

Bare et fåtall av utskrivingene fra korttidsplasser skyldes dødsfall, men nettopp det forhold at det skjer kan fortelle mye om dynamikken i sykehjemsdriften. Dødsfallene i korttidsplasser har som regel to helt ulike årsaker: På den ene siden er antallet høyt i kommuner med kroniske køer, der langtidspasientene blir liggende i korttidssenger fordi det ikke er plass i langtidssengene.

På den annen side står kommuner som ikke har ventelister.

Disse har høy sirkulasjon og «open return», der terminale og meget syke pasienter tør å reise til eget hjem i den siste fasen av livet. Pasienten og de pårørende vet at det alltid står en plass ledig, og trenger derfor ikke tviholde på sykehjemsplassen de har fått.

Hvorledes kan en vite hvilken av disse kategoriene en kommune er i? Svaret er enkelt: Dette kan en fastslå ved å se på den totale utskrivingsstrøm fra sykehjem. I den første gruppen er den alltid lav, i den andre som regel høy.

Tabell 4 viser dødeligheten i korttidssengene i Norge og i storbyene i 2005. Her er det flere interessante funn:

- Dødeligheten var generelt meget lav, kun litt under ett dødsfall per korttidsseng i løpet av ett år.
- Dødeligheten i korttidssengene i storbyene var lavere enn landsgjennomsnittet, bortsett fra i Trondheim.
- Andelen av utskrivingene fra korttidssenger som skyldtes dødsfall var også lav, kun 7,5 prosent på landsbasis.
- For denne variabelen var det en markert todeling av pasientstrømmene i storbyene, med lav andel i Bergen og spesielt Stavanger, mens Oslo og Trondheim hadde betydelig større andeler.

Konklusjon: Storbyene skiller seg fra landsgjennomsnittet når det gjelder mønsteret for dødelighet i korttidssengene, men mønsteret er ikke entydig. Trondheim og Oslo markerer seg med høyere dødelighet enn Bergen og Stavanger.

Trolig tyder dette på en sterkere køsituasjon i langtidssengene slik at relativt flere syke langtidspasienter i Trondheim og Oslo blir liggende i ventekø i korttidssengene til de dør. Dødsfall i korttidsseng utgjorde 29 prosent av alle dødsfall i sykehjem i Norge i 2005, og en

kan ikke analysere disse dødsfallene isolert siden denne delen av pasientstrømmen vil være avhengig av to andre faktorer: Den samlede sykehjemsdekning og dødeligheten i langtidsavdelingene. Disse dataene finnes i **Tabell 5**

Tolkning: Bortsett fra Trondheim, som hadde omtrent samme sykehjemsdekning som resten av Norge, lå storbyene 10–15 prosent høyere enn landsgjennomsnittet. Når det gjelder utskrivingsnivået i langtidsavdelingene lå Bergen og Trondheim på et lavere nivå enn landsgjennomsnittet. Tilgjengeligheten til de relativt få ledige langtids plassene var dermed relativt lavt i disse to kommunene, mens den var over landsgjennomsnittet i Oslo og særlig Stavanger.

Hvorledes henger dette sammen med funnene i Tabell 1 og 4? Ut fra den modellen som ble beskrevet innledningsvis stemmer modellen og dataene meget godt overens for Trondheim og Stavanger. Disse storbyene representerer ytterpunktene i dette materialet: Stavanger har den beste sykehjemsdekningen, har god pasientsirkulasjon og tilgjengelighet, slik at denne kommunen markerer seg med en god eldreomsorg i SSB-statistikken. Trondheim har en dekning av sykehjem som ligger omtrent på landsbasis, men pasientsirkulasjonen er den laveste i dette materialet, både for kort- og langtidsenger. Tilgjengeligheten synes å være lav, og den relativt høye dødeligheten i korttidssengene tyder på ubalanse i forholdet mellom behandlingsskapasiteten i kort- og langtidsavdelinger.

Oslo har en middels god sirkulasjon i langtidsengene, men meget lav sirkulasjon i korttidssengene. Når det gjelder denne delen av sykehjemsdriften har Oslo en profil som ligner meget på Trondheims. Dette betyr lav tilgjengelighet til sykehjem til tross for god dimensjonering av plassene, og skyldes den lave

TABELL 5
– sykehjemsdekning totalt og dødeligheten i langtidsavdelingene i storbyene og i Norge. Absolutte tall og prosenter av landsgjennomsnittet. 2005.

	Dekning av sykehjemssenger per 100. (80 år +)	Prosent av landsgjennomsnittet	Utskrevne pasienter fra langtidsenger per 100. (80 år +)	Prosent av landsgjennomsnittet
Oslo	20,88	110,0	7,96	106,7
Bergen	22,37	117,8	7,22	96,8
Trondheim	19,30	101,6	7,06	94,6
Stavanger	21,89	115,3	8,59	115,1
Norge	18,98	100,0	7,46	100,0

sirkulasjonen i korttidssengene.

Bergen er den storbyen som skiller seg mest ut. Sirkulasjonen i langtidsavdelingene er lavere enn landsgjennomsnittet, mens korttidssengene har en relativt god sirkulasjon. Tilgjengeligheten til sykehjem i Bergen er den nest beste i dette materialet, og bedre enn landsgjennomsnittet. Dette er trolig forklaringen på at dødeligheten i korttidssengene er lav, slik at det var mindre behov for å «resirkulere» pasientene i sykehjemmet. Bergen hadde dessuten mye lavere dødelighet i sykehjem totalt sett, enn de øvrige kommunene. Dette tyder på at sykehus og hjemmesykepleie i Bergen var mer involvert i den terminale pleien, noe som vil avlaste sykehjemsdriften. (1).

Oppsummering og konklusjon

Denne undersøkelsen viser at fire storbyer i Norge (de eneste kommunene med mer enn 1000 sykehjemssenger) hadde en god dekning av både kort- og langtidsenger i 2005. Unntaket er Trondheim som lå på landsgjennomsnittet. Når det gjelder øremerking av sengene til korttidsopphold lå dermed storbyene bedre an enn landsgjennomsnittet.

Når det gjelder sirkulasjon og tilgjengelighet er bildet mer komplekst. Her lå Stavanger på topp, tett fulgt av Bergen. Disse byene hadde bedre tilgjengelighet til sykehjem enn landsgjennoms-

snittet. Dette gir grunnlag for en viktig konklusjon: Storbyer har ikke dårligere tilgjengelighet til sykehjem enn gjennomsnittet for norske kommuner på grunn av størrelsesfaktoren. Her som ellers i eldreomsorgen er det hvilken kommune du bor i som blir avgjørende for hvilket servicetilbud som blir presentert. I Norge kan en dermed ikke snakke om noen nasjonal og enhetlig standard for eldreomsorg (2). Og driften av sykehjemmene i storbyene i Norge er meget forskjellig der Bergen og Stavanger kommer i en gruppe med høy tilgjengelighet, mens Oslo og Trondheim utgjør kontrasten.

Oslo og særlig Trondheim hadde lavere tilgjengelighet til sykehjem, noe som nesten utelukkende skyldtes meget lav pasientsirkulasjon i korttidssengene. I Trondheim lå utskrivingsnivået for korttidssengene 23 prosent lavere enn landsgjennomsnittet, mens det i Oslo lå 20 prosent lavere. Dette utgjør et grunnleggende forhold som forplanter seg til terminalpleien og «resirkuleringen» av pasienter i korttidssengene. Årsaken er i første rekke et stort press på plassene i langtidsavdelingen, noe som fører til at langtids pasienter blir liggende i korttidssengene, slik at det dannes sykehjemskøer. Dette blir en ond sirkel som det kan bli vanskelig å komme ut av, og som har en tendens til å forsterke seg over tid. Dette synes å ha vært unngått

i Bergen og Stavanger, mens det tydeligvis var et problem i Oslo, og særlig Trondheim i 2005.

En del forklaringer på regional variasjon i kødannelser må søkes i sykehjemmens «omgivelser» og nærmeste samarbeidspartnere, slik som dimensjoneringen av de «øvre» trinnene i omsorgskjeden (tilpasset bolig og hjemmesykepleie) og forskjeller i sykehusenes utskrivingspraksis. Det finnes flere botemidler for dette problemet, og det kan i den sammenheng vises til et vellykket opplegg fra Asker kommune (3).

LITTERATUR

1. Otterstad HK, Tønseth H. De eldre må i sirkulasjon. Tidsskr Sykepl 2007; 3: 56-58.
2. Otterstad HK. Det typiske for norsk eldreomsorg er ulikhet. Tidsskr Sykepl 2004; 14: 38-41.
3. Otterstad HK, Wangensten T. Hvorledes bli kvitt en sykehjemskø i løpet av ett år? Tidsskr Sykepl 2003; 18: 35-37.

Av **lærerne ved jordmorutdanningen**
Høgskolen i Bergen

**Et godt skjønn utvikles
over tid, der erfaring
og gode teoretiske kunnskaper
er en forutsetning.**

www.sykepleien.no

**Les mer og finn
litteraturhenvisninger på
www.sykepleien.no**

Søkeord:
Jordmorutdanningen
Kunnskapsbasert praksis
Jordmødre

Toårig jordmorutdanning: Godt håndlag er ik

På Jordmorutdanningen ved Høgskolen i Bergen er man opptatt av å lære studentene å lære.

Jordmorutdanningene i Norge fikk sin første Rammeplan 16. februar 2004. Den avløste forskrifter for utdanningen fra 17. november 1980. Det er flere faktorer som har gitt føringer for vår Rammeplan. I 1995 var lederne innen utdanning i Europa samlet i Boulogne, her ble det vedtatt å samordne all høyere utdanning i Europa. For Norge munnet dette ut i Stortingsmelding nr.27 (2000-2001) Gjør din plikt – Krev din rett, Kvalitetsreform av høyere utdanning (1). Reformen har fokus på læring i stedet for undervisning, samt nye former for evaluering. Dette forutsetter at den enkelte student får tett oppfølging og blir gitt individuell veiledning av lærerne ved høgskolen.

Studieopplegget

I august 2004 startet 40 jordmorstudenter etter den nye rammeplanen ved Høgskolen i Bergen. Det er disse studentene som høsten 2006 har startet sin yrkesaktive karriere som jordmødre. Selv om alle jordmorstudenter i Norge per i dag følger samme rammeplan, er studieopplegget

på de respektive utdanningene forskjellige. Studieopplegget er nytt og ukjent for mange jordmødre ute i praksis, derfor ønsker vi å formidle noe av innholdet i utdanningen ved Høgskolen i Bergen.

Studiet er inndelt i 40 uker teori og 40 uker praksis. I praksisundervisningen benytter utdanningen tolv ulike sykehus. Studentene har hovedtilknytning ved et stort sykehus, i tillegg har de fleste praksis ved en mindre fødeavdeling i seks til åtte uker. Studentene har helsestasjonpraksis både i nærheten av hovedsykehuset, og i tilknytning til fødeavdelingen.

Skriftlig arbeid

Med fokus på læring, slik den nye kvalitetsreformen krever, benyttes det ulike studentaktive læringsformer i tillegg til tradisjonell forelesning. Det legges stor vekt på skriving i læreprosessen. Skriving kan være et redskap til å se nye sammenhenger, og oppnå økt forståelse samt hjelpe studenten til å kartlegge eget læringsbehov. Kravet til dokumentasjon i praksis har også blitt skjerpet ved innføring av Lov om helsepersonell. De skriftlige arbeidene som studentene utfører under studiet er med på å gi lærerne et godt grunnlag for å følge den enkelte students læringsprogresjon. Hen-

sikten med arbeidskravene er at studenten skal oppnå kunnskap og større forståelse for fagets kompleksitet.

Pedagogiske metoder

For flere av studentene var nok noen av de pedagogiske metodene en utfordring. PBL (problembasert læring) er en metode som benyttes ved studentaktive læringsformer. Dette er en metode som synliggjør kompleksiteten i jordmorfaget, og stimulerer studentens nysgjerrighet, ansvarlighet og bevissthet. En annen pedagogisk metode er lærings- og vurderingsmappe. Utdanningen har to slike: en som omhandler svangerskapet og en i kvinnehelse. Hver mappe inneholder flere arbeidskrav. Svangerskapsmappen har to arbeidskrav der kontinuitet i omsorgen for kvinnen er det essensielle. Det ene er å følge opp en kvinne gjennom svangerskapet, fødsel og barseltid, studentene får kontakt med kvinnen på helsestasjon. Det andre arbeidskravet er å følge opp en kvinne som var hospitalisert på grunn av sitt svangerskap. Studentene får også oppleve hvordan det er å være i beredskap for en fødekvinne.

Kunnskapsbasert fagnotat

En læringsmetode som utdanningen har benyttet i flere år er

ke nok



LIVSLANG LÆRING: Et godt håndlag og erfaring alene er ikke nok.
Foto: Peter Mark / Samfoto

skrivning av kunnskapsbasert fagnotater. Metoden er blitt utviklet ytterligere etter at utdanningen har satt et sterkere fokus på kunnskapsbasert praksis. Studenten skal her ta utgangspunkt i en situasjon fra praksis, og knytte relevant litteratur til erfaringen. Slik er studentene med på å integrere teori i kliniske situasjoner, og får dermed et mer bevisst forhold til kunnskapsgrunnlaget i praksis. Fokus på kunnskapsbasert praksis har studentene merket både i teoriblokk og praksisstudier. Viktige komponenter i begrepet kunnskapsbasert fagutøvelse er: erfaringsbasert kunnskap, forskningsbasert kunnskap, brukermedvirkning, rettskilder, verdier, ressurser og politiske føringer.

Et godt skjønn utvikles over tid, der erfaring og gode teoretiske kunnskaper er en forutsetning. Det er viktig at studenten lærer tidlig at alle komponentene må med, dersom det skal utøves kunnskapsbasert jordmorpraksis. Et godt håndlag og erfaring alene er ikke nok. I teoriblokken har litteratursøk i ulike databaser og vurdering av artikler vært i fokus, studentene har med dette fått et bevisst forhold til forskningsbasert kunnskap og god kompetanse til å søke i ulike databaser. Den kritiske analytiske evnen hos den enkelte,

må videreutvikles og integreres ute i praksisfeltet sammen med jordmorkolleger. Praksisfelt som har ansatt disse nye jordmødrene har fått en ressurs som må anvendes i fellesskap med erfaringene til jordmødrene.

Vurderingsmetoder

Vi har også benyttet vurderingsmetoder, som har en sterkere kobling mellom læring og vurdering. I første semester har studentene en hjemmeeksamen, der fokus er det grunnleggende innen jordmorfaget. På slutten av første året har vi en eksamen kalt «Scenario». Ved denne eksamen ble spørsmålene tilgjengelige for studentene uker før eksamen. Spørsmålene dekket sentrale områder av det studentene hadde vært igjennom første året. Selve eksamen er muntlig, studentene blir ved denne eksamen testet både i teoretiske kunnskaper og praktiske ferdigheter.

Kvinnehelse

I studieprogrammet inngår en egen kvinnehelse modul der kvinnehelse sees i et nasjonalt og internasjonalt perspektiv. Utdanningen stiller krav om obligatorisk deltakelse ved undervisning og ferdighetstrening relatert til modulen. Ved ervervet autorisasjon som jordmor, får samtlige rekvireringsrett for prevensjons-

midler til unge kvinner i alderen 16 til 19 år (2).

Prosjekter

I den nye rammeplan er 30 studiepoeng avsatt til forskning, fagutvikling og grunnlagstenking. I denne modulen har studentene utført et prosjekt i tillegg til fordypningsoppgaven. Mange jordmødre har stilt velvillig opp som respondenter på de ulike prosjekter. Her ønsker utdanningen et enda tettere samarbeid med det enkelte praksissted, for gjennomføring av ulike prosjekter for å utvikle jordmorfaget.

«Livslang læring»

Alle studentene som har fulgt det nye studieprogrammet, har oppfylt EU-direktivenes (80/155) minstekrav når det gjelder kvantifisering av læresituasjoner (3). Antall fødsler ble tidligere kvantifisert i en kategori. Dette er nå delt i to kategorier, spontane vaginale fødsler og assisterte forløsninger. Vi har også lagt til kvantifiseringskrav med fokus på amming, dette for å synliggjøre viktigheten av at jordmødre tar aktivt del i ammeveiledningen til den enkelte kvinne. Vurderinger av studenten blir gjort i samarbeid med jordmor i det kliniske felt, men det er utdanningen som har det formelle ansvar.

Utdanningen og våre praksisfelt har utfyllt hverandre til det

beste for studentene. Den nye toårige utdanningen har ført til at både praksisfeltet og utdanningen har studenter kontinuerlig hele året. Studenter fra to kull, veksler mellom teoretiske og praktiske studier. Dette er krevende og utfordrende både for utdanningen og praksisfeltet. Mange avdelinger har nå fått nye kolleger som er i ferd med å finne sin nye rolle som jordmødre. Det er viktig at den enkelte får lov å være ny i sin rolle som jordmor og på arbeidsplassen. Vårt hovedfokus er å lære studentene å lære, noe som er i tråd med «livslang læring».

LITTERATUR

1. St.meld. nr. 27. (2000–2001). Gjør din plikt – Krev din rett. Kvalitetsreform av høyere utdanning.
2. (Helsedepartementet: Rundskriv 1–3/2002: Helsedepartementet: Rundskriv 1–3/2002: Forebygging av uønsket svangerskap og abort. Rundskriv 1–1/2006: Forebygging av uønsket svangerskap og abort blant tenåringer).
3. EU/EØS Rådsdirektiv 80/155/EØS artikkel 1, 4.

Dorothea E. Orem

Dorothea E. Orem døde den 22. juni 2007, i sitt hjem i Savannah, GA, USA. Hun døde kort tid før hun fylte 93 år.

Med Dorothea E. Orem sin bortgang har sykepleien mistet en pioner, en reformator og venn. Hun var en leder, visjonær og veileder som viet sitt liv til utviklingen av sykepleien som vitenskap. Hun var en entusiastisk vitenskapskvinne som brukte sin energi og kunnskap til å veilede sykepleiere over hele verden. De som var så privilegert å få møte henne og arbeide

sammen med henne vil for alltid være influert av hennes begavelse til å fremme utvikling av sykepleien som disiplin. Siden tidlig på 1970-tallet har hennes begreper i stor grad blitt benyttet i Europa innen sykepleiepraksis, -utdanning og -forskning. De som møtte Dorothea ble inspirert av hennes visjon om sykepleien som en vitenskapelig disiplin, men også av hennes personlighet. Hun oppmuntret til å se etter de viktige vitenskapelige spørsmål. Jeg husker fortsatt mitt første møte med henne i St. Louis. Femte utgaven av «Nursing: Concepts and Practice» skulle overset-



FORFATTER: Orem's egenomsorgsteori har preget norsk sykepleie.

tes til tysk. Den ordrette oversettelse av begrepene fungerte ikke særlig godt for oss. Jeg spurte henne da hvorfor språket i teorien om egenomsorgssvikt og sykepleie er så komplisert. Da oppmuntret hun meg til å plukke ut de viktige begreper og lage en terminologi som passet vårt språk. Dette hjalp meg å forstå kompleksiteten i

hennes bilde av sykepleien som en disiplin. I dag er hennes teorier oversatt til mange språk og teoriene benyttes i sykepleieutdanning og i forskningsprogrammer i Nederland, Tyskland, Norge, Finland, Danmark, Tsjekkia, Sveits og Italia. Mange ideer relatert til helse- og omsorgsreformer er i overensstemmelse med Orem's begreper om egenomsorg. Begreper som også er nyttige for sykepleien i vårt land når vi ønsker gjennomslag for nye ansvarsområder for sykepleiere.

Gerd Bekel, Institute for Nursing Diagnostic & Practice Research, Cloppenburg, Tyskland. E-post:gerd.bekel@ifpps.de

Elisabeth Rosnes

En sykepleier fra pionertiden i utviklingen av det moderne norske helsevesenet er død, 98 år gammel.

Elisabeth Rosnes var født i Mosterøy 18.mai 1909 og døde på Bergåstjern sykehjem, Austre Åmøy, 28. juli 2007.

Etter husmorskole, handelskole og ungdomskole tok hun sin sykepleieutdanning ved Nasjonalforeningen 1935 – 38 og ble da offentlig godkjent sykepleier. Som ledd i sin videreutdanning hadde hun i 1947 et studieopphold i Sverige. Deretter ett år i USA i 1949, i Baltimore, Chicago og Minneapolis.

Hun arbeidet som menighets-søster i Hamarøy 1938 – 40, sykepleier ved Radiumhospitalet i 1941, ved Jessheim sykehus og Ålesund sykehus til 1947, ved Tromsø sykehus og Havøysund i 1947 til 53. Hun vendte så tilbake til Fylkessjukehuset i Ålesund fra 1953. Hun var oversykepleier ved medisinsk avdeling til hun gikk av med pensjon i 1975. Hun var formann i Sunnmøre krets av Norsk Sykepleieforbund fra 1953.

Elisabeth Rosnes var en velutdannet sykepleier med et åpent sinn for internasjonal utvikling av sitt fag. Hun høstet praktisk erfaring fra Sverige og USA, land som

da var langt rikere enn Norge. Hennes hjemlige valg av tjenestested, preges av trang til å hjelpe der det trengtes mest. Samtidig fikk hun verdifull yrkeserfaring til sin lengste innsats, nemlig som oversykepleier ved medisinsk avdeling i Ålesund. Denne avdelingen ble åpnet i 1950 under meget kummerlige kår. Vi som har arbeidet ved avdelingen fra ca 1960 vet at den fram til innflytting til Åse, bygnings- og ressursmessig, nærmest ble drevet som i en unntakstilstand. Da var Elisabeth Rosnes' brede erfaring, tjenesteideal og menneskelige egenskaper av uvurderlig betydning for avdelingen, ikke minst tilbudet til pasientene.

Da hun sluttet, hadde Sunnmørs-posten et avskjedsintervju med henne, publisert mai 1975: «Pasientenes takknemlighet vår viktigste påskjønnelse» I sin knapphet og lavmelte tone, er dette intervjuet et viktig innsyn i Helsevesenets rammevilkår og utvikling gjennom nesten hele det forrige århundre. Det illustrerer hvor viktig kallsfølelsen var i en tid som var preget av mangel på ressurser i et fattig land. Videre mangel på rettigheter for arbeidstakere som sett med våre øyne, ble utnyttet, men likevel maktet å gi så mye.

Vi fire har hver på vår måte kjent Elisabeth Rosnes nesten hele hennes tid i Ålesund. Fellesnevner

for oss er respekt for en dyktig fagperson med usedvanlige evner til å lede og støtte sine medarbeidere i en utfordrende arbeidssituasjon. Dessuten var vi glad i henne og verdsatte hennes vennskap høgt.

Elisabeth Rosnes tittel var oversøster, ikke det kjønnsnøytrale oversykepleier. I hennes tid var sykepleier kvinne og overlegen var mann. Elisabeth la lite vekt på titler. For seg selv og for oss var hun alltid Søster Elisabeth. Hun ønsket å være på linjen, ikke sjef. Dette styrket hennes autoritet fordi hun aldri forsømte det ansvaret som lå til hennes rolle. Oversykepleier var selve krumtappen i en klinisk avdeling, i tiden før den nådeløse økonomistyringen overtok.

For sykepleiergruppen var søster Elisabeth ankeret. Hun ga frihet under ansvar, veiledet de unge, uerfarne og ofte engstelige nyutdannede sykepleierne. Oppmuntret og trøstet ved behov.

Som turnuskandidater delte vi oversykepleiers kontor, som dessuten var avdelingens ekspedisjon. Det var nærkontakt og trygghet. Hun kunne alt om avdelingen, nær sagt det meste om byens befolkning. Mange diagnostiske problemer ble løst med hennes kunnskaper om den enkelte pasient og miljø. Men først og fremst veiledet og trøstet hun også oss, når vi følte at det røynte på som verst. Hun

hadde dessuten den sjeldne evne å kunne si fra hvis noen sviktet og det uten at en mistet sin selvrespekt.

Elisabeth Rosnes lange liv ga henne anledning til å oppleve perioden fra avdelingsoverlegens absolutte maktmonopol, via Sykepleiereforbundets opprør mot dette, til dagens likeverdighet. Vi kan trygt si at denne maktkampen aldri rammet medisinsk avdeling, og Elisabeth Rosnes har sin del av æren for det. Vi følte oss alltid som et team med et enestående arbeidsfelleskap, og vi oppnådde mye sammen. Elisabeth Rosnes kan stå som lysende eksempel på de mange som har vært med på å løfte norsk helsevesen til et av verdens beste. Men på mange måter var det en kamp som lyktes, mot dårlige odds. Det som nå skjer, med tilsynelatende planmessig nedbygging i Ålesund, ville ha smertet henne like sterkt som oss.

Vi minnes Elisabeth Rosnes sammen med alle hennes og våre medarbeidere, i ærbørdighet, men først og fremst i takknemlighet for alt hun har gitt.

Odd Johan Frisvold, Gunnhild Liavåg, Lydia Lystad, Alv J.Skarbøvik



GARDASIL®
Vaksine mot humant papillomavirus
Type 6,11,16,18
Rekombinant, adsorbent

C1

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, natriumborat, aluminium (som amorf aluminiumhydroksyfosfatsulfatadjuvans) 225 µg, vann til injeksjonsvæsker.

INDIKASJONER: Vaksine som skal forhindre høygradig cervical intraepitelial neoplasia, (CIN 2/3), cervixcancer, høygradig vulvudysplastiske lesjoner (VIN 2/3) og kjønnsvorter (condyloma acuminata) som har årsakssammenheng med humant papillomavirus (HPV) av typene 6, 11, 16 og 18. Indikasjonen er basert på effekt hos voksne kvinner fra 16 til 26 år og påvist immunogenisitet hos 9 til 15 år gamle barn og ungdom. Beskyttelseeffekt er ikke undersøkt hos menn. Bruken av Gardasil skal følge offentlige anbefalinger.

DOSERING: Primær vaksinasjon: 3 separate doser på 0,5 ml gis ved måned 0, 2 og 6. Ved en 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 innenfor en periode på ett år. Behovet for boosterdose er ikke klarlagt. **Barn:** Ikke anbefalt hos barn <9 år pga. utilstrekkelige data vedrørende immunogenisitet, sikkerhet og effekt. Gis intramuskulært, fortrinnsvis i overarmens deltoidmuskel eller i det øvre anterolaterale området på låret. Må ikke injiseres intravaskulært. Subkutan og intradermal administrering er ikke undersøkt, og anbefales derfor ikke.

KONTRAINDIKASJONER: Overfølsomhet for innholdsstoffene. Ved symptomer som tyder på overfølsomhet, må det ikke gis flere doser. Vaksinerings utsettes hos personer som lider av akutt, alvorlig febersykdom. Mindre infeksjon, som en lett øvre luftveisinfeksjon eller lett feber, er ikke kontraindikasjon for vaksinasjon.

FORSIKTIGHETSREGLER: Hensiktsmessig 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-typene 6, 11, 16 og 18. Anbefalte forsiktighetsregler for beskyttelse mot seksuelt overførbare sykdommer må følges. Beskytter ikke mot eksisterende HPV-infeksjoner. Har ikke terapeutisk effekt og er derfor ikke indisert som behandling for cervixcancer, høygradige cervix-, vulva- og vaginaldysplasi eller kjønnsvorter, eller for å hindre utviklingen av andre etablerte HPV-relaterte lesjoner. Vaksinasjon er ikke erstatning for regelmessig cervix-screeningundersøkelse, og regelmessig screening iht. lokale anbefalinger er fortsatt viktig. Det foreligger ikke data om bruk hos personer med 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 en i.m. injeksjon kan oppstå blødning. Varighet av beskyttelsen er ikke kjent. Vedvarende beskyttelseeffekt har vært påvist i 4-5 år etter fullført primær vaksinasjon på 3 doser.

INTERAKSJONER: Kan gis sammen med hepatitt B-vaksine på et annet injeksjonssted, på samme tidspunkt. Andel personer som oppnådde et beskyttende nivå av anti-HB ≥10 mIU/ml ble ikke påvirket, men anti-HBs geometrisk middelverdi var lavere når vaksinen ble gitt samtidig. Den kliniske betydningen av dette er ukjent. Samtidig bruk med andre vaksiner har ikke vært undersøkt. Bruk av hormonelle prevensjonsmidler synes ikke å påvirke immunresponsen på Gardasil.

GRAVIDITET/AMMING: *Overgang i placenta:* Begrensede data indikerer ingen sikkerhetsrisiko, men bruk under graviditet anbefales ikke.

Overgang i morsmelk: Kan gis til ammende.

BIVIRKNINGER: Hyppige (>1/100): Feber. Reaksjoner på injeksjonsstedet: Erytem, smerte, hevelse, hemoragi, pruritus. *Sjeldne (<1/1000):* Hud: Urticaria. Luftveier: Bronkospasme. Muskel-skjelettsystemet: Uspesifikk artritt.

OVERDOSERING/FORGIFTNING: Symptomer: Ved høy dosering synes bivirkningsprofilen å være sammenlignbar med det som er observert ved enkeltdose.

EGENSKAPER: Klassifisering: Rekombinant, adsorbent, ikke-infeksiøs vaksine laget av høyrensedede viruslignende partikler (VLP) fra hoved L1-kapsidprotein hos HVP-type 6, 11, 16 og 18. Produsert i gjærceller vha. rekombinant DNA-teknologi. VLP inneholder ingen virus-DNA og kan ikke infisere celler, reproducere eller forårsake sykdom. *Virkningsmekanisme:* HPV infiserer bare mennesker, men forsøk på dyr med analoge papillomavirus antyder at L1 VLP-vaksiner beskytter ved utvikling av en humoral immunrespons. Terapeutisk serumkonsentrasjon: Minimum beskyttende antistoffnivå er ikke identifisert. Innen 1 måned etter 3. dose hadde 99,9 % antistofftiter mot HPV 6, 99,8 % mot HPV 11 og HPV 16, og 99,6 % mot HPV 18. Eksakt varighet av immunitet etter primær vaksinasjon med 3 doser er ikke fastslått. Bevis på immunologisk hukommelse ble sett hos vaksinerte personer som var antistoffpositive for relevant humant papillomavirus type(r), før vaksinasjonen. I tillegg viste en undergruppe av vaksinerte personer som fikk en tilleggsdose 5 år etter vaksinasjon, en hurtig og sterk antistoffrespons (tegn på immunologisk hukommelse) som var større enn anti-HPV geometrisk middelverdi, 1 måned etter den 3. dosen i primær vaksinasjonen. Basert på klinisk immunogenisitetssammenligning kan en anta at vaksinen også har beskyttelseeffekt hos jenter fra 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 uklær, hvit suspensjon. Innholdet i sprøyten inspiseres visuelt for partikler og misfarging før injeksjon. Kast legemidlet dersom det inneholder partikler eller er misfarget. Bruk én av de vedlagte kanylene til vaksinasjonen. Sikkerhetsmekanismen vil ikke aktiveres med mindre hele dosen er gitt! Sikkerhetsmekanismen er ment å dekke kanylen etter at vaksinator har injisert vaksinen og sluppet stempelet. Må ikke blandes med andre legemidler. Destruksjon: Ikke anvendt legemiddel eller avfall bør destrueres i overensstemmelse med gjeldende bestemmelser.

PAKNINGER OG PRISER: Endosesprøyte med sikkerhetsmekanisme og to kanyler: 0,5 ml kr 1259,40. *Sist endret: 23.11.2006*

HPV 16 og 18 er ansvarlig for omtrent 70% av tilfellene av høygradig cervical intraepitelial neoplasia (CIN 2/3) og adenocarcinoma in situ (AIS) av høygradig vulvudysplasi (VIN 2/3) hos unge kvinner før menopause.



sanofi pasteur MSD
vaksiner for livet

Tlf: +47 67 50 50 20 - Fax: +47 67 50 50 21
info@spmsd.com



Kvalitetssikring
av legemidler.

Dosepakking

-fremtidens distribusjon
av legemidler

www.farmaka.no



FARMAKA

Torget 12, 1830 Askim Tlf. 69 84 44 90 - Fax 69 81 59 32
E-post: post@farmaka.no



Jeg kan ikke fordra diskusjoner av noe slag. De er alltid vulgære og ofte overbevisende.

Oscar Wilde

En liten hyllest

Dette er til deg. Som jeg treffer på kontoret mitt. Hver dag. Du står, litt uanselig, på hyllen rett til venstre for hodet mitt, falmet rød og slarkete i ryggen og bærer tittelen Samlagets "Norsk medisinsk ordbok". Lenge var det bare deg, og trofast og tålmodig har du klargjort diagnoser og begreper. Vist til latin og gresk på liketilt vis. Visst har du hatt kusiner og fettere fra andre forlag, men vi har liksom aldri funnet tonen. De har ikke din lille fingerspissfølelse for kuriosa. Han som har samlet det som gjør deg til deg mellom to permer, Audun Øyri, fikk da også Norsk faglitterær forfatter- og oversetterforenings Ordbokpris i 2001 for sitt banebrytende arbeid med deg.

Men nå har du fått en konkurrent. Han er vel nærmest som en lillebror å regne. Skrikende rød og med betydelig videre magemål, forkynner han allerede på forsiden at han er "Norsk medisinsk ordbok, 8. utgåva". Oppdatert. Utvidet med engelsk rettskriving. Aktuelle adresser på internett. Men likevel. Den har ikke din slitte sjarm. Med all respekt må også han få plass på hyllen. Men du får bli.

Nina Hemæs

Doktor i ensomhet

Etter fire og et halvt års vitenskapelig omgang med ensomhet, gikk Brita Nilsson til anskaffelse av hund.



Hunden heter Bobby Jakobsen og ligger bedagelig i et hjørne. Om den vet hva ensomhet er, skal være usagt. Brita Nilsson vet en hel del. Hun har skrevet doktorgrad om ensomhet hos aleneboende med alvorlige psykiske lidelser og bearbeidet den til bokform.

– *Hvorfor så opptatt av ensomhet?*

– Fordi jeg i mange år har vært opptatt av de eksistensielle forbindelseslinjer, eller felles-trekk, mellom mennesker med alvorlige psykiske lidelser, og de

uten slike lidelser. Ensomhet er et allmennmenneskelig fenomen. I forståelsen av det ligger muligheten til å redusere kategoriseringen og diagnostiseringen av de med alvorlige psykiske lidelser.

Underveis har Brita Nilsson særlig blitt overrasket over to ting: Det ene er at ensomhet er en eksistensiell kategori ved alle mennesker; det er noe vi *er* og ikke noe vi blir. Det andre er at ensomhet ikke bare er negativt; det kan faktisk være helse i ensomhet.

– Om vi anerkjenner vår egen ensomhet og ikke skammer oss over den, slik mange gjør, kan ensomheten i oss dreies til en meningsfull og god opplevelse. Jeg har spurt meg om kanskje ensomheten er et bevis på menneskets unike eksistens, sier Brita Nilsson.

Hun snakker fort og engasjert. Og gyser ørlite grann ved tanken på at boken nå er ute av hennes hender og snart lanseringsklar.

– *Hva legger du i ensomhet?*

– Som begrep er ensomhet vanskelig og komplekst fordi det både er abstrakt og konkret. Alle mennesker er i sin egen kroppslige konvolutt ved at vi er

fysisk atskilt fra hverandre, og derfor har alle sin egen opplevelse av det. Jeg forsøkte dels å forstå det mysteriøse i ensomhet ved å bruke ulike teoretiske disipliner. Blant annet gjorde jeg en etymologisk og semantisk analyse av ordet ensom. Men noen definisjon har jeg ikke. Personlig mener jeg at en definisjon på noen få setninger heller kan lukke for forståelse enn å åpne for den. Men jeg mener ensomhet er en grunnstruktur i mennesket.

Mennesker med alvorlige psykiske lidelser lever ofte i marginalene av det allment menneskelige. De har erfart ensomhet mye tidligere, mye tettere og mer intenst fordi de ikke har våre fluktmuligheter. I arbeidet med doktorgraden intervjuet Nilsson åtte aleneboende med alvorlig psykisk lidelse. Noe som overrasket henne var at alle ville delta.

– *Én sa: «Vi er mennesker vi og da, og ikke bare diagnoser». Disse åtte hjalp meg til å forstå fenomenet ensomhet. Jeg tror aldri jeg hadde kommet til kunnskapen jeg har om det ikke var for dem.*

– *Hvordan ser du på organiseringen av dagens psykiatri i forhold til ensomhet?*

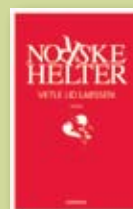
om sykdom i
skjønnlitteratur
anbefalt av Jan C. Frich,
lege og forsker ved
Universitetet i Oslo



Leo Tolstoj:
Ivan Iljitsj død
– Klassisk novelle
om eksistensielle
spørsmål i møtet
med kreftsykdom.



Jon Fosse:
**Barnet. I: Barnet,
Mor og barn, Sonen,
tre skodespel**
– Om hvordan en lege
og sykepleier forholder
seg til et par i krise.



Vetle Lid Larssen:
Norske helter
– Skremmende og
aktuell thriller om
kreftene som styrer
«produksjonen» i
helsetjenesten.

– Ut fra hva jeg så og hva informantene fortalte var det ingen som noen gang hadde samtalt med dem om deres ensomhet. Ingen følte seg hjemme i leilighetene de var tildelt. Nå har det vært omorganiseringer i snart 20 år. Mellom spesialist- og primærhelsetjenesten synes det som den ene ikke vet hva den andre gjør. For eksempel hadde flere av mine informanter opptil fire hjelpere i hjemmet sitt i løpet av en dag, men ingen av dem lyttet. Men jeg vil rose de psykiatriske sykepleierne jeg møtte: De viste en klok omsorgsevne jeg sjelden har sett. Men de hadde altfor mye å gjøre.

Selv om boken handler om et fenomen, er den også praktisk. Nilsson har utviklet en observasjonsguide ut fra hermeneutisk tenkning som kan anvendes i forhold til mennesker med alvorlig psykisk lidelse og deres livssammenhenger.

– *Hvordan skal sykepleiere nærme seg et så tungt tema som ensomhet?*

– Pasientene savner noen som kan snakke med dem om deres ensomhet, og jeg mener vi har et moralsk ansvar for å nærme oss den. Ensomhet er ingen sykdom. Mens man i USA ser på ensomhet som noe man kan behandle, har vi i Europa en mer eksistensiell tilnærming. Ensomhet er noe alle mennesker har felles.

Selv gikk Brita Nilsson til anskaffelse av hund.

tekst Nina Hernæs foto Stig Weston

**Alle har sin egen opplevelse
av ensomhet.**



Brita Nilsson

Aktuell med: Ensomhet. Psykisk lidelse og hermeneutisk omsorg

Utdanning: Dr. Hvd

Yrke: Førsteamanuensis ved Høgskolen i Oslo

Bosted: Oslo

Alder: 67 år



Tv-medisin i bokform

Løfter du ørlite på øyebrynet når medisinske gåter rulles opp i amerikanske sykehusserier? For de som føler trang til å gå fjernsynsleger som dr. House nærmere etter i sømmene, finnes bøker som *The Medical Science of House, M.D.*. Er du derimot lei av legenes fiksfakserier og lurer på hvor i all verden sykepleierperspektivet er blitt av, kan *Grey's Anatomy: Notes from the Nurse's Station and Overheard at the Emerald City Bar* være et alternativ. Eller kanskje du like gjerne kan ta en titt på pensum.

Norske skurker

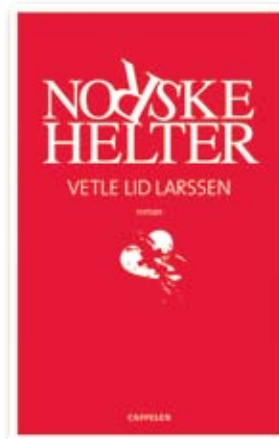
Anmeldelse: Det er noe Kafka-aktig over Vetle Lid Larssens siste roman. I «Norske Helter» har hovedpersonen håpløst forvillet seg på et norsk rehabiliteringssykehus. Etter en alvorlig bilulykke våkner Frank Jørgensen til en heller strevsom tilværelse. Behandlerne virker dyktige og interesserte i hans tilfelle. Men han oppdager snart at interessen gjelder hans diagnose og ikke hans personlige utvikling. Frank sliter fælt med å få tilbake hukommelsen og språket. Etter hvert oppdager han hvorfor: Han er slett ikke Frank, men asylsøkeren Oleg Barsoff som tok Franks bil da han flyktet fra utvisning. Sykehusets spesialister nekter nå å godta pasientens nye identitet. Mens Oleg var Frank, ga han sykehuset fete DRG'er. En asylsøker som har fått avslag er derfor en dårlig deal.

Behandlerne i «Norske Helter» er temmelig grimme og grusomme. Overlege Hølcke og psykolog Liss Vraldsen holder pasienten i sjakk ved hjelp av tester hvor utfallet uansett blir negativt for pasienten. De vil ikke gi slipp på ham. Oleg vil vekk, hjem til en datter som trenger ham. Men jo mer han forsøker å komme seg vekk, dess mer utspekulerte blir metodene for å holde ham innesperret. Sykehuset blir et fengsel, forkledt som helseinstitusjon. Sykepleierne og de andre yrkesgruppene på sykehuset får en smule mer av forfatterens sympati. Men ingen ser ut til å ha pasientenes helse helt øverst på agendaen.

Forfatter Vetle Lid Larssen var på 1990-tallet en av våre aller flinkeste portrettjournalister. Men som romanforfatter har han ikke helt lykkes. I «Norske Helter» skyldes det at

hovedpersonene er litt for karikerte til at jeg kan tro på dem. Kafka er en mester til å formidle individets avmakt i en verden hvor makthaverne har all kontroll. Det er mulig at Lid Larssen mener at helsevesenet fungerer på samme måte. Men «skurkene» i boka er blitt simple pappfigurer uten indre liv, samtidig som hovedpersonen sliter med et alvorlig troverdighetsproblem.

«Norske Helter» mangler ikke humor. Som ren satire kunne den ha fungert. Jeg har en mistanke om at Lid Larssens personlige indignasjon over helsevesenet har stått i veien for en del nyanser. Akkurat som helter trenger skjønnsfeil for å kunne framstå som ekte mennesker, trenger skurkene noe av vår sympati for å kunne fungere i en roman. Her blir de bare platte og endimensjonale.



Norske helter

Av Vetle Lid Larssen
281 sider
Cappelen, 2007
ISBN 978-82-02-27352-1

Anmelder: Barth Tholens, redaktør i Sykepleien

Sykt helsevesen

Anmeldelse: På sitt sedvanlige subjektive vis sparker Michael Moore fra seg både visuelt og verbalt i sin nye film. *Sicko* er en flengende kritikk av USAs helsevesen. Formen er umiskjennelig; Moore går rett på sak ved å vise et par shortcuts med amerikanere som ikke har helseforsikring og derfor blant annet må sy sitt eget kutt eller velge mellom å få påsydd langfinger eller ringfinger fordi de ikke har råd til begge deler.

Men det er ikke disse stakkarene som er hovedpersonene i *Sicko*. Det er mennesker som faktisk har betalt helseforsikringer, men som blir snytt for utbetalinger eller ikke får dekket alt på grunn av sleipe og nådeløse forsikringsselskaper som finner smutthull i avtalene.

For å understreke sitt hovedpoeng; nemlig at amerikansk helsevesen er inhumant og råttent, bruker

Moore de samme virkemidlene som fienden (les: republikanerne). Han intervjuer mødre som har mistet sine barn, kvinner som har mistet sine menn og foreldre som må bo hjemme hos sine voksne sønner og døtre fordi de er rammet av kreft. Dette er rystende beretninger om hederlige mennesker som er snytt for pengene og hjelpen de har krav på. I kontrast til dette reiser Moore over grensen til Canada og til Storbritannia og Frankrike og finner at her er alt så meget bedre: Folk får den hjelpen de trenger, uten å betale!

Moore's fortellerteknikk er som hentet ut fra en propagandafilm. Solskinshistorier fra Canada settes opp mot grusomme fortellinger fra USAs helsevirkelighet, understreket av effektiv klipping og følelsesladet musikk. Men i motsetning til virkelige (og farlige) propagandafilmer gjør

ikke Moore noe forsøk på å skjule verken virkemidlene eller hva han ønsker å oppnå med dem: Han vil at det korrupte helsevesenet i USA skal skiftes ut med et statlig helsevesen. For ytterligere å understreke sin egen fortellerteknikk viser han innimellom klipp fra gamle russiske og amerikanske propagandafilmer og i tillegg til å være referensiell får han understreket at den ene ikke er bedre enn den andre.

Filmen avsluttes med brask og bram ved at Moore tar med seg tre mennesker, som fremdeles sliter med helseproblemer etter frivillig innsats i ruinene etter 11. september, til Cuba hvor de får den helsehjelpen de ikke fikk hjemme. Til tross for uhemmet bruk av virkemidler har Moore nok en gang lagt fram et rystende dokument, og ja: Vi tror ham.



Sicko

Regi Michael Moore
Dog eat dog films

Anmelder: Susanne Dietrichson

Månedens bok

Anmeldelse: Barnøvervikt i praktiken – evidensbasert familjeviktsskole

Av Paulina Nowicka og Carl-Erik Flodmark
Studentlitteratur

ISBN 978-91-44-045-86-3

Anmelder: Gudbjørg Øen, førstelektor

Praktisk hjelp til hjelperne

De som skal etablere et tilbud til overvektige barn og unge, kan finne råd i denne boken.

Overvekt og fedme brer om seg og begrenser seg ikke lenger til industrialiserte land. Tiltak for forebygging og behandling etterlyses, og da kan denne boken være en hjelp. Barnelege Carl-Erik Flodmark og dietetiker Paulina Nowicka ved Barnøverviktsenheten i Skåne i Sverige gir innsikt i den medisinske bakgrunn for barneovervekt, definerer overvekt og fedme, redegjør for fettmåling og fettfordeling, forklarer ulike typer fedme og gir oversikt over vesentlige årsaksforklaringer, kliniske kjennetegn og differensialdiagnoser. De gir også en kort innføring i konsekvenser av fedme og ulike metoder for medisinsk behandling.

Flodmark og Nowicka presenterer også sitt eget behandlingsprogram, kalt «Familjeviktsskolen», og viser hvordan man kan gå frem for å etablere et tilbud for barn og ungdom i alderen 12 til 19 år med fedme.

«Familjeviktsskolen» er et forskningsbasert tilbud og bygger på mange års erfaring med løsningsfokusert «en-familiebehandling», der det fokuseres på familien og barnets ressurser og muligheter til forandring, med krav om at både barnet og foreldrene deltar aktivt.

Samtalebehandling, fysisk aktivitet og mat har, som rimelig

er, fått stor plass. Med bakgrunn i forfatternes egne erfaringer, beskrives en form for behandling som kan gi hjelp til flere familier. Dette behandlingsopplegget synes å være kostnadseffektivt, ved at det i behandlingen kun legges opp til fire møter, der barnet og familien får møte hele

behandlingsteamet, som består av barnelege, sykepleier, dietetiker og psykolog.

Sentrale tema ved første møte er kartlegging og registrering, informasjon om mat og mosjon og arbeid med individuelle faktorer for motivasjon og mestring. Ved andre møte diskuteres i tillegg de utfordringene familiene har opplevd og deltakerne deler erfaringer. På tredje «familjevikt-dag» er foreldrestøtte tema for gruppearbeid. Siste møtedag summeres livsstilsendringene en har lyktes med opp og veien videre diskuteres. Boken gir svar på mange vanlige spørsmål som stilles av barn som vil gå ned i vekt, og er til praktisk hjelp for dem som ønsker å bygge opp et slikt behandlingstilbud. Så langt har helsevesenet i

stor grad latt være å ta konsekvensene av fedmeepidemien. Men sentrale myndigheter har nå bestemt at helsevesenet skal tilby behandling av overvekt og fedme, og sentralt utvikles det faglige retningslinjer for forebygging og behandling av overvekt, retningslinjer for veiing og måling

yrkesgruppe kan ha enerett på overvektbehandling, og denne boken gir nettopp innblikk i et tverrfaglig tilbud.

Boken er et kjærkommet bidrag for fagfolk i kommuner og spesialisthelsetjeneste som skal etablere et behandlingstilbud for barn og ungdom med overvekt og fedme. Den vil også inspirere dem som daglig møter disse barna og deres foreldre. Til tross for at den er på svensk er boken lett å lese. Jeg anbefaler den for de fleste helsefaglige utdanninger og som pensum i helsesøsterutdanningen.

i helsestasjoner og skoler og retningslinjer for mat i barnehager. Det haster med å øke helsepersonells kompetanse. Ingen enkelt

Boken er et kjærkommet bidrag.

Anmelder: Gudbjørg Øen, førstelektor



Silkeundertøy

Silke har den unike egenskapen at den varmer ved kulde og virker kjølede når temperaturen stiger. Undertøy i silke er usedvanlig mykt og lett, og du kjenner knapt at du har plaggene på kroppen. Silke puster og er med å regulere kroppstemperaturen.



Arctic Silk

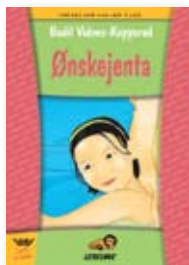
www.arcticsilk.no
Tlf. 62 36 15 00

Ord & Bild - Hamar



Hvem har skrevet «Kjærlighet i koleraens tid»?

Svar: Gabriel Garcia Márquez



Ønskejenta
av Bodil Vidnes-
Kopperud

Alene om å adoptere

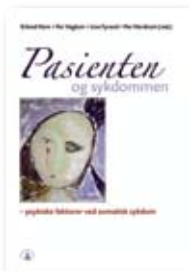
Omtale: Nora er adoptert fra Kina av en enslig norsk kvinne. Det beste Nora vet, er å høre om hvordan moren fant henne og de to ble en familie. Dette er en barnebok skrevet av en debutant, som under en reise i Kina møtte et følge med adoptivforeldre som nettopp hadde fått babyene sine. Møtet gjorde sterkt inntrykk og inspirerte til å skrive denne fortellingen om Nora og mammaen hennes.
ISBN 978-82-04-13241-3



**Godt, rett, rettferdig
Etikk for sykepleiere**
av Kai Ingolf Johannes-
sen, Olav Molven og
Sidsel Roalkvam, med
bidrag fra Marie Aakre

Etikk i teori og praksis

Omtale: Etikk har både en praktisk og en teoretisk side. I denne boken søkes begge sider ivaretatt. Etikken behandles ut fra tre hovedperspektiver: Det gode, det rette og det rettferdige. Forfatterne har ulike faglige innfallsvinkler til etikken.
ISBN 978-82-7950-117-6



**Pasienten og
sykdommen**
– Psykiske faktorer
ved somatisk sykdom
av Erlend Hem, Per
Vaglum, Live Fyrand og
Per Nerdrum

Psyken i somatikken

Omtale: Somatisk sykdom kan utløse psykiske reaksjoner. I denne boken sammenfattes kunnskap om betydningen av psykiske faktorer ved ulike somatiske sykdommer. Over 30 fagpersoner bidrar, og alle tar utgangspunkt i en egen fortelling om en utfordrende klinisk situasjon.
ISBN 978-82-05-37501-7



**Å leve med
kronisk sykdom**
En varig kursendring
av Eva Gjengedal og
Berit Rokne Hanestad
(red.)

Lidelsen og livet

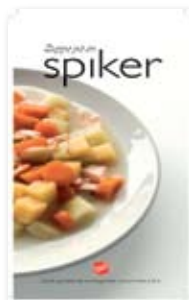
Omtale: Alle artiklene i denne boken bygger på forskningsprosjekter rundt det å leve med kronisk sykdom. Tanken er at den skal gi innblikk i hvordan kronisk lidelse påvirker opplevelsen av livskvalitet, helse og dagliglivet. 23 bidragsytere skulle sørge for ulike tilnærminger.
ISBN 978-82-02-246-59-4



**Sosiale landskap
og sosial kapital
Innføring i
nettverkstenkning**
av Inge Bø og Per
Morten Schiefloe

Innsikt i nettverk

Omtale: To professorer gir en innføring i forståelse av nettverk. Sosiale nettverk er viktige både for enkeltpersoner, familier og lokalmiljøer, men også for hvordan organisasjoner fungerer. Her kan du lese mer om hva sosiale nettverk er, hvordan de skapes, vedlikeholdes og fungerer i ulike livsfaser, på ulike arenaer og i forskjellige sosiale kontekster.
ISBN 978-82-15-00765-6



Suppe på en spiker
av Frelsesarmeen

«Suppe, såpe, frelse»

Omtale: I pakt med sitt slagord lanserer Frelsesarmeen en hendig oppskriftsbok. «Suppe» handler om å dekke de primære behov. «Såpe» om ivaretagelse og verdighet og «frelse» om å ta menneskets åndsvesen på alvor. Sammen med Høgskolen i Akershus og Opplysningskontoret for egg og hvitt kjøtt gir armeen tips til «gode og mettende hverdagsretter som er enkle å få til», også på livets skyggesider.



Hva leser du nå?

– **Akkurat nå** har jeg pløyd meg gjennom et stort antall saksdokumenter til forbundsstyret i NSF, sier Stian Skare, nyvalgt studentleder i NSF Student.

– Jeg har ikke engang hatt tid til å åpne Jo Nesbøs siste, som ligger på nattbordet.

233 siders smerte

Doktor Arild Aambø ble spurt om å skrive bok om smerter. Men det ble så komplekst at han ble redaktør i stedet. Sammen med ti andre forfattere har han begått boken «Smerter. Smerteopplevelse og atferd».

1 Hvorfor en hel bok om smerter?

Smerte har så mange fasetter og fremtoninger. Jeg vil formidle at smerte handler om opplevelse og at bare de som opplever smerten vet hvordan smerten er.

2 Hvorfor er boken viktig?

Fordi den samler ulike perspektiver mellom to permer. Dette er ikke ny og revolusjonerende forskning, selv om den selvfølgelig er oppdatert. Det nye er at smerten belyses fra flere vinkler, som for eksempel antropologi, sosiologi, psykologi og sykepleie.

3 Hva liker du best ved boken?

Å jobbe med så mange dyktige mennesker, det har vært flott. For meg har det vært en gedigen læreprosess.

4 Hvem bør lese boken?

Alle helsearbeidere. Alle som vil utvide sin horisont, se ting i et annet lys. Mange blir så opptatt av sitt eget felt. Og jeg håper legene vil lese den da, det tror jeg de vil ha mye igjen for.



spørsmål til
Arild Aambø

5 Hva er den siste fagboken du har lest?

Oh ... nå har jeg prøvd å konsentrere meg om skjønnlitteratur. Fagbøker leser jeg alltid ti av om gangen. Kan jeg nevne en som har gjort sterkt inntrykk? Det er «The Diffusion of Innovations» av Everett Mitchell Rogers. Den har jeg vært i regelmessig kontakt med de siste ti årene. Ellers leser jeg veldig mye i medisinske tidsskrifter, hvis det teller.

6 Og siste skjønnlitterære?

Å redde fisk fra å drukne av Amy Tan. Den kan jeg anbefale.

7 Hva inspirerer deg til å skrive?

Noen typer potensielle konflikter inspirerer meg. Ikke at jeg er så glad i konflikter, snarere er jeg opptatt av å minimere dem. Jeg er opptatt av hva som skjer når ulike interesser møtes og om mulig å forstå ting på andre måter

- måter som gir en rikere resonans, om en kan si det slik. For eksempel når individets smerte møter samfunnets syn på smerte.

8 Hvilken bok drømmer du om å skrive?

Jeg er faktisk redaktør for en bok, på engelsk, og den handler om konflikter. Her søker vi å komme frem til en bedre balanse mellom det unike, individuelle og samfunnets anliggender. For eksempel ser jeg på hvordan vi i vesten dyrker individet på bekostning av det sosiale og det innovative i forhold til tradisjon. Denne boken er så nær drømmen jeg kan komme, men det gjelder å passe på at drømmen ikke vendes til et mareritt.

9 Blir du rik av boken?

He he ... nei ... da må det skje mirakler.

tekst Nina Hernæs

Ingen Ali-sak i Lødingen

Etter mange ukers medie-trøkk om slett ambulansearbeid i Oslo, fikk Johannes Strand fra Lødingen lyst til å heise sykepleierflagget.

Saken om ambulansearbeiderne i Oslo som nektet å ta med seg hodeskade Ali Farah, førte til krass kritikk fra Helsetilsynet.

– Forferdelig trasig å lese for oss som jobber i tjenesten, sier Johannes Strand.

Ubehaget fikk ham til å slå på tråden til Sykepleien.

– Saken setter vårt ry i dårlig lys.

Trenger tillit
Strand forteller at rasisme-saken har vært et hyppig diskusjonste-

ma på stasjonen hans i Lødingen i Nordland. Nå har han også lest tilsynsrapporten.

– Sørgelig lesning. Det var helt tydelig at ambulansearbeiderne ikke gjorde det de skulle. De burde kjenne igjen symptomene på hodeskader. Jeg fikk lyst til å flagge at vi også er sykepleiere i ambulansene. Tjenesten er avhengig av folks tillit. Etter Ali-saken har nok sykepleierne et helt annet omdømme blant folk enn ambulansearbeiderne, mener Strand.

Han understreker at han setter stor pris på sine kolleger i tjenesten.

– En slik sak ville vi ikke hatt på vår stasjon, sier han.

– Ikke glem oss, NSF!

I mediestormen registrerte han at Ullevål sykehus går inn for treårig høyskoleutdanning for å heve kompetansen i ambulansetjenesten. Dette synes Strand at Sykepleierforbundet bør ta tak i. Den tidligere maktkampen mellom sykepleiere og ambulanspersonell ser han som et tilbaketog stadium.

– Nå er det på tide med et nytt standpunkt, oppfordrer han.

Strand mener det vil være fornuftig å ha en utdanning der to år er felles. Etter to år kan man så velge retning: Pre-hospitalt ambulansearbeid eller sykepleie. Strand påpeker dessuten at en del av sykepleierne i ambulansetjenesten er underbetalt. Selv har han lønn og stilling som ambulansarbeider. Han føler seg litt forsømt av forbundet sitt.

– Det virker litt som om forbundet glemte dem som faktisk er på ambulansen etter at det tapte kampen om krav til sykepleiere på ambulansen.

Landets største

Til tross for lønn i knappeste laget liker han godt å være i tjeneste for Universitetssykehuset i Nord-Norge, som han mener

TEAM: Sykepleier Johannes Strand (t.h.) sammen med kollega John-Arne Johannessen. Begge er ansatt som ambulansarbeidere.



har et bra utbygd ambulansetilbud. Det er landets største og strekker seg fra Tysfjord i sør til Burfjord i nord. Det er over 300 ansatte i ambulansetjenesten. 10-15 av dem er sykepleiere.

– Selv på små steder er det stasjonsvakt. Mange har vakt hele døgnet. Vi i Lødingen har stasjonsvakt fra klokken 08 til 19, resten av døgnet har vi hjemmevakt.

Han tror dette er bedre enn andre steder i landet.

– Men det gjenstår å heve kompetansen med flere sykepleiere, og ny utdanning for ambulansepersonellet. Vi får jo et stadig større ansvar. Pasientene kommer tidligere ut fra sykehuset, og dårligere folk blir holdt hjemme. Interkommunale legevakter er kommet for å bli, noe som gjør at

avstanden til lege blir lengre.

Mellom klokken 20 og 08 er legevakten i Harstad, åtte mil unna.

– Det kan ta over tre timer før vi er på legevakten med pasienten. Da må vi være legens øyne på stedet.

Best med en av hver

Strand har vært et drøyt år i Lødingen-ambulansen. Han har vært sykepleier i ti år med blant annet erfaring fra intensivavdeling.

Som sykepleier har han kompetanse som kollegene ikke har.

– Men jeg har mye å lære av dem også. Jeg har stor tro på det tverrfaglige teamet på ambulansen. Én sykepleier og én ambulansarbeider er bedre enn to sykepleiere eller to ambulansarbeidere.



Les på nett om overvekt

Nordre Vestfold DPS hadde våren 2006 et prosjekt for overvektige pasienter med psykiske problemer. I artikkelen Behandling av overvektige pasienter med psykiatrisk tilleggsproblematikk. En billedterapeutisk tilnærming beskriver psykiatrisk sykepleier og billedterapeut Solveig Luksengård prosjektet og viser til en rekke kliniske eksempler. Hun konsentrerer seg om den billedterapeutiske behandlingen og arbeidet med affektbevissthet. Artikkelen finner du på www.sykepleien.no

Vil donere, men gjør det ikke

To av tre briter er positive til å donere vev og organer til medisinsk forskning eller transplantasjon, og nesten sju av ti sier de sikkert eller antagelig vil donere kroppen sin, organer eller vev. Men bare 5 prosent har gått til de nødvendige skritt for faktisk å kunne donere.

British Medical Journal

For fort hjem

Danske eldre pasienter sendes hjem fra sykehus for fort. Tall fra den danske Sundhetsstyrelsen viser at korte akuttinnleggelse blant eldre over 70 år har hatt en eksplosiv økning de siste ti årene. Årsaken er at de eldre er for syke til å være hjemme, men for friske for sykehus.

Sygeplejersken

– Krev høyere lønn!

Lederen av Norsk Sykepleierforbund, Bente Slaatten, mener sykepleiere som bruker sin sykepleierkompetanse i stillingen sin, må kreve sykepleierlønn ved ansettelsen.

– Tar man imot en stilling som ambulansesjåfør, er det for seint å kreve høyere lønn etterpå. Det må man gjøre ved tilsettingen, sier hun.

I dag varierer det mye hvilken type kompetanse de ulike helseforetakene krever av sitt ambulansepersonell.

– Det praktiseres høyst for-

skjellig. Vi må sikre at ambulansesansatte har den kompetansen som kreves. NSF mener at alle ambulanser som kjører utrykninger og øyeblikkelig hjelp må bemannes med spesialsykepleiere, fortrinnsvis innen anestesi og intensiv.

– Hva vil dere gjøre for at det skal bli en nasjonal standard?

– Dette ser ut til å bli en sak, og da vil vi ta det opp i alle de fora det vil være aktuelt å diskutere dette i.

tekst **Eivor Hofstad**



Prøv
NSF Unique

- konto for medlemmer i NSF

Visste du at med NSF Unique kan du betale regningene dine gebyrfritt på nettet?

Vil du vite mer?

Se www.nsf-unique.no eller kontakt Kundeservice på tlf. 815 00 073.



Marie Aakre om pårørende i psykiatrien

Leder, Rådet for sykepleieetikk, skriver hver måned i Sykepleien

Alder: 60 år

Fra: Trondheim

Utdannet sykepleierleder, -lærer og -veileder



Brev fra en mor

En mor og sykepleier har skrevet ned sine betraktninger etter møter med de lukkede rom i psykiatrien. Brevet har kommet til Rådet for sykepleieetikk. Marie Aakre deler her, med tillatelse fra brevskriveren, henvendelsen med Sykepleiens lesere som månedens dilemma. Brevskriveren er Karen Louise Pedersen, anestesisykepleier og høgskolelektor.

Hvis du som leser dette har familie, skulle det være unødvendig å fortelle deg hvordan du bør møte familien i psykiatrien. Likevel er det tvingende nødvendig for meg å skrive dette fordi den vakkende forståelse for familiens situasjon i noen sammenhenger fører til at jeg kjenner meg avmektig.

Lang erfaring

I dette innlegget har galgenhumoren og sarkasmen rangen. Galgenhumoren har nemlig hjulpet meg til å bevare selvrespekten. Noen ganger røyner det på, det skal jeg ærlig vedgå.

Jeg tar utgangspunkt i min lange erfaring fra møter med helsearbeidere i lukkede korttids- og langtidsavdelinger. For å ikke trække noen på tærne, vil jeg på-

peke at min erfaring fra korttidsavdelingen ligger fem år tilbake i tid, og strakte seg over åtte år. Fra disse årene har jeg utallige negative erfaringer. Forholdene har sikkert endret seg betraktelig nå etter at friske opptrappingsmidler er sprøytet inn.

Erfaringene fra samarbeid med langtidsavdelingen er langt mer positive. Problemet er at økonomiske midler ikke har funnet veien til langtidsavdelingen, i alle fall ikke her i Bergen. Hvis du arbeider innen andre felt, kan noe av det jeg sier her likevel angå din hverdag. Jeg starter med «besøksordningen» i institusjonspsykiatrien.

På besøk

Jeg ønsker at den som låser meg inn hilser meg velkommen og gir

meg blikkontakt. Jeg blir nemlig usikker når jeg møter mennesker som ser i veggen eller i gulvet. Jeg skulle også ønske at den som møter meg presenterer seg med navn og tittel. For å få komme inn må jeg nemlig presentere meg og også fortelle hvilket forhold jeg har til den jeg skal besøke.

Før jeg så går inn til min sønns rom, er det uhyre viktig at du kort forteller om hvordan dagen hans har vært, slik vi har for vane i somatiske sykehus. Der er det også en selvfølge å informere om teknisk utstyr som eventuelt er tilkopledd den syke, så ikke pårørende blir engstelige. Hva som er normen i forhold til tilsvarende situasjoner i institusjonspsykiatrien, vet jeg ikke. Det varierer etter min erfaring fra institusjon til institusjon, fra person til person. Når det gjelder lukket korttidsavdeling har vi utallige ganger blitt ført inn til situasjoner som kan virke skremmende. For eksempel at vår sønn sitter i et strippet rom med en fastvakt som er mer redd enn han selv.

Når vi går

Når vi så forlater avdelingen etter gode eller mindre gode stunder hos vår sønn, er det fint om du takker for besøket og ønsker velkommen tilbake. Da kjenner vi at våre besøk er viktige. Du kan også spørre om hvordan besøket forløp. Ikke kun som en høflighetsfrase, men fordi du

trenger informasjon om hva vi som kjenner vår sønn best har observert og hvordan vi vurderer hans tilstand. Du kan godt få lov å ringe meg når noe er endret eller problematisk, og spesielt når noe er positivt. Til tross for at min sønns tilstand både fysiske og psykisk kan endre seg over natten, kan det hende at «ingen» tenker på at det er noe en mor eller far bør få vite om.

En livslang sorg

Samhandling med meg som mor kan være både enkel og vanskelig. Jeg lever med en livslang sorg over at min sønn ikke fikk det livet vi hadde håpet på, og som brødrene hans har fått i rikt monn. Denne sorgen får jeg aldri ro til å bearbeide fordi min sønns tilstand veksler uavbrutt med utallige opp- og nedture som følger. Den ubearbejdede sorgen medfører en vedvarende smerte som kan forsterkes av avmakt i møte med systemene. Du må derfor være varsom i møte med meg.

Her er et konkret bilde på hva det vil si å bevege seg med varsomhet: Psykiatrisk sykepleier inviterer meg til samtale etter et noe vanskelig besøk hos min sønn. Hun sanser nok at jeg ikke har det godt. Jeg forteller om min fortvilelse over at jeg aldri får snakket med min sønn om det aller verste som har skjedd meg og oss, nemlig det å være vitne til at han, uten grunn, ble



PSYKIATRISK AVDELING: Før jeg går inn til min sønns rom, er det uhyre viktig at du kort forteller hvordan dagen hans har vært, skriver moren i brevet. Illustrasjonsfoto: Colourbox

brutalt behandlet av politi ved tvangsinnleggelse. Jeg sier at jeg ikke klarer å leve med at jeg må ta minnene med meg i graven uten å vite hva disse erfaringene gjør med ham. Sykepleier møter meg, følger etter og sier forsiktig: «I fare for å virke pedagogisk, så sier jeg til deg, kunne du tenke deg at du likevel må leve med dette vonde?» Hun når inn til meg. Jeg kjenner at det kan jeg. Noe annet er at hun har hjulpet min sønn i ettertid dit hen at vi nå i korte øyeblikk kan snakke om flere av de vonde tingene vi har erfart sammen.

Motsatsen til det å bevege seg med varsomhet, er sykepleieren som buser ut med fraser som: «Jeg forstår hvordan du har det» eller enda verre «stakkars deg!». Sier du det, lukker jeg meg til fordi ingen andre kan forstår hvordan jeg har det. Jeg vil heller ikke betraktes som et offer.

Med på råd

Jeg mener at jeg har rett til å bli tatt med på råd og bli fortalt hvordan du tenker og hvorfor du handler som du gjør. Det betyr på ingen måte at dine handlinger skal styres av mine ønsker og behov. Får jeg begrunnelse, respekterer jeg at vi er uenige. Hvis det derimot er for store motsetninger mellom det jeg mener er forsvarlig praksis og det som preger systemet, kan jeg fremme saken for andre instanser.

Likevel, det er svært trist at det familien har å fortelle om den sykes og familiens liv ser ut for å være uvesentlig for tanken bak behandlingen. Meget underlig i og med at den offisielle behandlingstanken i dag er bygget på at den syke står i en sammenheng. Når målet er at han raskest mulig skal ut til sitt nettverk, som for lengst har raknet, er det kun familien som står tilbake. Så sant det finnes en familie «der ute» er denne selve limet i den sykes «nettverk».

Miljøtiltak

Jeg unders på hvorfor ordene pleie og omsorg, sykepleierens fundament, er tatt ut av vokabularet i psykiatrien. I dag iverksetter sykepleieren miljøtiltak. Den syke skal på død og liv inkluderes i et oppkonstruert og unaturlig miljø. Hva da med de nære omsorgsrelasjoner som vi mennesker er avhengig av for å overleve? Den ubetingete omsorgen handler om at den sterkeste må hjelpe den svakeste. De aller sykeste kan ikke så lett ta ansvar for å hverandres «miljø». Slik ordet «miljø» brukes i psykiatrien er det upresist og vagt. Det korrekte må være «sosialt og psykisk miljøarbeid» avgrenset mot miljøet i pasientens kropp og de fysiske rommene han lever i.

Jeg er en «overinvolverende mor» som invaderer miljøarbeiderens domene.

Min erfaring er at tiltakene i forhold til kroppens miljø og det å holde rommene rene og trivelige kan falle utenfor miljøarbeiderens arbeidsfelt. Det kan være meget skittent i krokene. Jeg både rydder i min sønns skap, tørker støv og vasker. Jeg vasker også min sønns tøy, fordi miljøarbeidet ikke inkluderer kompetanse i å behandle tøy. Jeg er en «overinvolverende mor» som invaderer miljøarbeiderens doméne. På den annen side er det slik at et ufyselig fysisk miljø og det at min sønn går i utvaskete klær, både involverer og invaderer min estetiske sans.

Motsetninger

I samarbeid med pårørende kan man måtte leve med motsetninger mellom den sykes ønsker og familiens ønsker. Min sønn ønsker å leve som fri mann i egen bolig. Idealet om det autonome individs rett til frihet vil bifalle

det. Derfor støtter helsearbeiderne ham mot målet frihet, og gleder seg over fremgang. Den gode helsearbeider tåler likevel heldigvis tilbakeslag. Vi ønsker ham selvsagt også det beste, som i denne sammenheng vil si det motsatte av det han selv vil. Et verdig liv for ham innebærer for oss det (elendige) tilbudet som psykisk helsevern har å tilby sine aller sykeste «brukere» i Helse Bergen. Får han sin frihet vil han gå til grunne. Vi som familie har også rett til frihet. Vi makter ikke å ta 24-timers omsorg for vår sønn.

Dyre for systemet

Dagens psykiatri så helst at de sykeste ikke fantes. Alvorlig psykisk sykdom ses på enten som en

maskinfeil, som i prinsippet skal repareres, eller som en feilvare. De sykeste, som enten ikke responderer på behandling, eller som det i utgangspunktet ikke er «håp» for, er (for) dyre for systemet. Som en person «oppe i systemet» sa til meg da jeg klaget på de elendige forholdene min sønn lever under i lukket langtidsinstitusjon: «Er du ikke klar over at slike som din sønn koster systemet mest?». Jeg er smertelig klar over at han koster samfunnet en formue. Likevel, han betaler av sin trygd for kosten, som er prefabrikkert, og menyen bestemt av andre. Han er tynn og har i perioder spisevegring. Han deler WC og bad med unge menstruerende kvinner i en bygning som for lengst skulle ha vært rehabilitert. «Luftgården» er en bås på noen kvadratmeter med høye rustne gjerder omkring. Her sitter pasientene som vaglet på rekke og rad.

Responderer ikke

Min sønns forbrytelse er at han til tross for fire veldefinerte diagnoser ikke responderer i forventet grad på normaliseringstiltakene, miljøarbeidet eller medisineringsring. I korttidsavdelingene, når medisineringsring ikke førte frem til «normalisering», ble han overlatt til det svakeste ledd i kjeden, de ufaglærte ekstravaktene. Knappe ressurser i urolige avdelinger gjorde også at miljøkontaktene ikke hadde andre midler enn den såkalte skjerming, med den tause og redde ekstravakten som behandler og omsorgsperson.

Mange duger

Som du forstår har jeg erfaring med både udugelige og dugelige psykiatriske sykepleiere. Når det gjelder de dugelige, er min erfaring at de er langt bedre egnet til å møte og å hjelpe pasienten og familien enn psykologen, sosionomen og psykiater. Jeg har også meget god erfaring med vernepleiere, men de kommer til kort i forhold til det å observere kroppslige symptomer.

Uansett all min ironi og kritikk, skal du vite at jeg er stolt over min egen yrkesgruppe, sykepleierne, i psykiatrien. Jeg skryter av dere så ofte jeg kan. Hjertelig takk til dere som fortsatt evner å trøste og å være medlevere overfor dem som i perioder lider.

En hilsen

Til slutt overbringer jeg en hilsen fra min sønn i forbindelse med et innlegg jeg skulle holde for sykepleiere: «Du må si til dem at de må være vennlige og ærlige mot pasientene». Han ville ikke sagt dette uten erfaring både med vennlighet og uvennlighet, med ærlighet og med løgn. Ærlighet varer nok lengst, og litt vennlighet er ikke å forakte. Når alt kommer til alt kan det hende at *det banale er det basale*, selv i psykiatriens lukkede rom.»

Hele brevet finner du på www.sykepleien.no



MÅNEDENS DILEMMA

Å lese så sterke formuleringer fra en pårørende gjør et særlig inntrykk, skriver Marie Aakre i Rådet for sykepleietikk.

Det er en modig og fortvilet mor og kompetent sykepleier som skriver «Brev fra en mor». Hun har lang fartstid som pårørende i psykiatrien, og kraften i hennes tilbakemelding er sterk. Hun sier selv at hun trengte sarkasmens språk for å formidle tydelig hva det innebærer å ikke bli møtt, ikke bli etterspurt eller regnet med, ikke bli invitert inn som ekspert, omsorgsgiver, talerør, partner eller ressursperson når hennes sønn er alvorlig psykisk syk.

Hva slags ideologi?

Jeg stopper ved beskrivelsen av den vaklende forståelsen for familiens situasjon, sårbarheten i mangelen på jevnbyrdighet og fravær av de grunnleggende forutsetninger for respektfulle møter og gode samtaler. Jeg tenker på andre fortellinger jeg har hørt og må spørre: Er det virkelig sant at pleie- og omsorgskulturer i psykisk helsevern overlater de sykeste til de med minst kompetanse? Hva slags ideologi ligger til grunn for pårørendearbeidet i psykiatriske institusjoner? Hva kjennetegner den behandlingsskiltur vi får glimt av her?

Hun skriver at idealene om autonome brukere kan få hennes sønn til å gå til grunne. Vi er vel enige om at selvbestemmelsesretten er

et gode i mange situasjoner, men den situasjonsbestemte autonomi og sårbarhet er ikke avskaffet.

Må tas alvorlig

Morens fortelling gir grunn til å reflektere over sykepleiepraksis og -ledelse, hverdagskulturer, holdningsarbeid, språk og kompetanse. De som arbeider i disse lukkede rom har en krevende rolle. De skal danne motkraft til samfunnets rasjonalitet og utøve sin faglighet til de aller sykeste syke innenfor marginaliserte rammer og rom. Den verdighet som tilbys er det svært få friske mennesker som ville godkjent.

De fleste enheter i psykisk helsevern ledes av sykepleiere. Oppgavene og utfordringene er formidable, og mange gjør en uegennyttig og stor innsats. Likevel må vi verdsette de som gir de stemmeløse en stemme og gjør det usynlige mer synlig. Igjen har vi mottatt alvorlige signaler fra en pårørende som er sterk nok til å formidle hva som ikke fungerer. Det er grunn til å tro at mange pårørende kunne skrevet noe lignende.

Jeg tenker at vår moralske uro er vårt håp. Sykepleiere har makt til å påvirke, og vi har et mandat i vår profesjonsetikk som gir klare føringer for sykepleie til pårørende.

Hvordan kan pårørende bedre ivaretas i psykiatrien?

Send din mening til interaktivt@sykepleien.no, eller 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.



Faksimile fra Sykepleien nr. 11/2007

Sykepleien har mottatt mange reaksjoner etter dilemmaet i forrige magasin, der det fortelles om en sykepleierstudent som synes funksjonshemmede barn bør avlives. Saken har også vært omtalt i flere medier. På de neste tre sidene kan du lese brevene vi har fått:

Tankevekker

Marie Aakres artikkel om studentetikken var en tankevekker.

Med utgangspunkt i våre yrkesetiske retningslinjer – respekt for det enkelte menneskes liv og iboende verdighet – dukker det opp en del spørsmål når en slik problemstilling presenteres: Hvordan kan et menneske velge å utdanne seg til sykepleier når dets grunnsyn er så avvikende fra yrkets etiske retningslinjer? Har studenten overhodet lest fagets yrkesetiske retningslinjer, eller har studenten valgt bare ikke å bry seg om dem? Skjønner studenten ikke viktigheten av disse retningslinjene i forhold til profesjonen som sykepleier? Ser studenten de dilemma han/hun vil møte dersom valg av arbeidsplass vil bringe studenten i kontakt med denne type pasienter? Hva slags sykepleie vil denne kommende sykepleieren utøve til pasienter i aktuell kategori?

Det kan være grunn til å stille spørsmål om studenten også

synes andre grupper heller ikke har livets rett. Når mennesker blir gamle, mister kontroll over blære og tarm, ikke kjenner igjen sine nærmeste og trenger hjelp til å få mat i seg – da kommer de muligens inn i kategorien «suger ressurser uten å gi noe nyttig tilbake»?

Når sykepleierstudenten velger å legge fram sine tanker på denne måten, sårer også studenten foreleseren som er pårørende til en funksjonshemmet. Det vitner igjen om at studenten er lite «var» overfor andres følelsesliv. I seg selv diskvalifiserer jo ikke dette noen fra sykepleieryrket, men som et tillegg til den aktuelle ytringen tegner det seg et bilde av en sykepleier jeg ikke ville ønsket å ha som kollega, ei heller vært avhengig av omsorg fra.

Skolen er ansvarlig for at de som får autorisasjon er skikket til jobben sin. Skolen har hatt anledning til å få studenten i tale. Jeg håper samtalen har vært klargjørende, og at skolen har tatt et valg som gir oss alle grunn til fortsatt god nattesøvn og tro på at de sykepleiere vi møter på vår vei, utøver sin profesjon med forankring i de yrkesetiske retningslinjene våre.

Guri Sørli

Rystet

Holdningene som kommer til orde fra denne avgangstudenten er så rystende og graverende at jeg mener bestemt at vedkommende IKKE bør få godkjenning som sykepleier!

Fra en sjokkert sykepleier

Sjokkert

Eg er sjokkert og rysta langt inn i sjela! Finst verkeleg slike haldningar i dagens Norge? Einaste rette er å nekte denne «sjukepleiaren» autorisasjon. Norsk helsevesen og sykepleiarforbundet kan ikkje vera bekjente av å ha menneske med

slike haldningar som helsepersonell! Saka burde vore anmeldt av høgskulen, då uttala er grovt ærekrenkjande mot ei heil gruppe menneske, og i tillegg ei oppfordring til kriminelle handlingar!! Eg gret sårt når eg las innlegget, og synest slike haldningar er skremmande. Eg oppfordrar alle mine yrkeskollegaer til å vise sin avsky for og ta sterkt avstand frå slike haldningar!

Helsing ein sjukepleiar med lang yrkeserfaring, og med respekt for enkeltmenneskets integritet og eigenverd

Håper det ikke er seriøst

Hvilken rett har noe menneske til å bestemme hvem som skal få leve og hvem som skal dø? Med vantro leser jeg artikkelen i siste Sykepleien nr. 11 om sykepleierstudent som mener at barn med funksjonshemminger bør avlives! Jeg har vært i Polen i sommer og besøkt Auschwitz. I Birkenau kjøpte jeg en bok med navnet «Auschwitz, the nazis and the final solution» og jeg ønsker å sitere et avsnitt fra side 76: Dr Pfannmuller sier «at tanken er helt uvirkelig for meg at de beste, den blomstrende ungdommen (tyske) må miste livet sitt på frontlinjen slik at disse åndssvake og uansvarlige, asosiale elementer skal kunne ha en trygg eksistens i et asyl».

Vi vet alle at for naziregimet hadde barn, gamle og funksjonshemmede ingen verdi og ble dermed avlivet. Denne artikkelen provoserer like mye som boken jeg har lest om nazienes syn på menneskeverdet. Jeg håper inderlig at denne studenten ikke er seriøs! Men hvis det ikke er tilfelle så har vedkommende valgt feil yrke. Vi er skapt like uansett, og vi skal ikke bare akseptere, men også fremme en kristen moral! Høgskolen har et etisk ansvar og bør hindre at slike studenter aldri vil få sin autorisasjon!

Hanne Bonovich

Uprofesjonelt av skolen

Vi ble begge berørt av denne artikkelen i Sykepleien nr 11, og ikke så lite provosert. Vi er to helsesøstre som er kolleger og har lang yrkeserfaring. Vi ønsker å komme med et par synspunkter i saken.

Vi er godt voksne, kollegaen min er «midt i livet», og jeg har et par år igjen før pensjonsalder. Vi mener vi har god både yrkeserfaring og livserfaring.

Vi har følgende innspill:

- Vedkommende sykepleierstudent har gått nesten hele studietiden uten at det har vært grunn til å si noe på vedkommendes holdninger og menneskesyn. Dersom hun/han skulle ha et uakseptabelt menneskesyn generelt, ville det ha kommet frem tidligere i mange andre sammenhenger også. Uetiske holdninger ville blitt oppdaget tidligere ved god oppfølging av studenten i sykepleierpraksis. Dersom oppfølging av studentene generelt er for dårlig, og av aktuelle student spesielt, sier det mer om høgskolen enn om studenten. Vi vet at mange av oss kan ha bevisste og ubevisste fordommer som er bearbeidet eller som vi jobber med, uten at det går ut over kvaliteten og holdningene i arbeidet vårt i helsevesenet.

- Vi synes Rådet for sykepleietikk og aktuelle høgskole har overreagert. En samtale burde vært gjennomført med studenten, aktuelle timelærer og ansvarlig ledelse ved skolen for denne undervisningen, for å avklare denne reaksjonen på denne temadagen.

- Hvordan var akkurat denne forelesningen denne dagen lagt opp og fremført av timelæreren? Det står i artikkelen at hun er mor til et funksjonshemmet barn. Har denne moren bearbeidet sine traumer tilstrekkelig i forhold til sitt barn, slik at hun kan være objektiv i undervisningen?

Vi synes at det virker uprofesjonelt av skolen å handle så

raskt ut fra første inntrykk/oppfatning av saken, som timelæreren overlot til ledelsen.

En bør tenke seg godt om i en så eventuell skjebnesvanger sak for en nesten ferdig utdannet sykepleier.

Med vennlig hilsen Ane-Helene Stang og Wencke Engen (medlemmer av NSF og ansatt ved Ullevål universitetssykehus).

Skolenes ansvar

Skolene har et ansvar for å vurdere studentenes faglige kunnskap og den personlige egnetheten til å bli sykepleier. En kan stille seg spørsmål om hvordan skolene kan vurdere studentenes etiske holdninger. Jeg mener at man som helsepersonell har en moralsk plikt til å melde fra om man oppdager kolleger som har holdninger eller utfører oppgaver som bryter mot sykepleiens grunnlag. Slike holdninger som ble tatt opp i artikkelen til Marie Aakre strider mot alt som forventes av en sykepleier. Som sykepleiere har vi ansvar for å ivareta liv og helse. Pårørende har nok å tenke på om de ikke i tillegg skal bekymre seg for om sykepleierens holdninger strider mot å gjøre alt for å berge barnets liv.

Det å bryte anonymitet kan være et dilemma i noen tilfeller. Når det gjelder slike saker vil jeg påstå at pasientenes sikkerhet kommer foran en students rett til anonymitet og mulighet for å bli autorisert som sykepleier. Denne studenten må ikke få autorisasjon. Det er ingen menneskerett å bli sykepleier.

Med hilsen Stian Skare, leder, NSF Student

– Må aldri ut i jobb

Jeg ble rystet når jeg leste hva en student hadde uttalt om barn med funksjonshemminger i Sykepleien nr 11, 2007. Kan en sykepleier ha slike holdninger som at funksjonshemmete barn bør avlives? Svaret må og skal være et rungende «nei»! Ingen, uansett fag eller yrke, kan være bekjent

av å ha en så grotesk tilnærming til verdien av liv. Et gufs fra fortiden med hakekors og menneskesortering får nakkehårene til å reise seg når jeg leser slikt. Har vi virkelig ikke kommet lengre? Er det mulig å glemme? At et slikt utsagn kommer fra en sykepleiestudent gjør det om mulig enda verre. Hvordan skal denne studenten kunne møte pasienter med ekte respekt? Med innlevelse og omsorg?

Som menneske, mor og for tiden sykepleiestudent håper jeg virkelig at denne studenten aldri kommer ut i arbeid med pasienter, og jeg håper for utdanningens og fagets rykte og omdømme at høgskolen tar affære og sørger for at denne studenten ikke får autorisasjon.

Helene Jøssund, 3.års student ved Hist

Intet dilemma

Denne månedens dilemma er ikke et dilemma. Studenten bør ikke få autorisasjon på grunn av sine menneskeforaktende meninger, som strider mot våre yrkesetiske retningslinjer og mot vårt vestlige kristent-humanistiske livssyn representere.

Tør en minne om at det fantes et sted og en tid der syke barn ble drept, og at det var søster selv som sto for avlivingen? Stedet var Tyskland, tiden var regjeringstiden til Adolf Nazi? Middelet var sovemedisinen Luminal, ordinert av onkel doktor, administrert av våre kolleger. Tilbake dit? Nei!

Matthias Engel, 665429

Strider mot alt

Jeg ble mildt sagt sjokkert og forbannet da jeg leste denne såkalte sykepleierstudentens utsagn. Det å ha slike holdninger og menneskesyn strider mot ALT det en sykepleier skal representere og stå for, og det står i sterk kontrast til de yrkesetiske retningslinjene og sykepleieiden om å verne alt

liv og helse. Hva med alle de andre gruppene dette gjelder, for eksempel uføretrygdede, som «ikke er nyttige for samfunnet» og «sluker ressurser»? Burde de avlives også? Jeg mener at denne iskalde personen som skrev dette overhodet ikke har noe i sykepleien å gjøre, og i helsevesenet generelt. Synes skolen burde pratet med studenten og funnet ut mer om hans/hennes menneskesyn, og hvis det er like ille som det ser ut, burde skolen forhindret at studenten fikk autorisasjon og vitnemål. Samtidig kan dette være en vekker til alle høyskolene i landet om at det burde vært opptaksprøve til sykepleierutdanningen, for å få silt ut slike «monsterstudenter», og eventuelt opptaksintervju for å komme inn.

Med vennlig hilsen Anita Stokbakken, Trondheim

Uforenelig

Jeg hadde ikke engang lest ingressen under overskriften «- Bør avlives» på side 5 i sykepleien nå sist, før jeg følte at jeg ble uvel. Jeg har aldri tidligere reagert såpass sterkt på noe jeg bare har lest i et blad. Det føltes ikke noe bedre etter å ha lest teksten under «dilemma».

Jeg mener at slike holdninger er uforenelig med sykepleieryrket. Det strider mot alt av verdigrunnlag. Studenten skriver at han/hun mener at funksjonshemmede barn bør avlives, og begrunner dette med at disse barna ikke er nyttige for samfunnet. En holdning der man skal kunne avlive mennesker som ikke er nyttige for samfunnet er svært farlig. Man kan videre spørre seg om det finnes andre mennesker som heller ikke er nyttige for samfunnet. Hva med demente, er de lengre nyttige for samfunnet? Eller mennesker som er alvorlig syke generelt, både fysisk og psykisk? Hva med uføretrygdede, det brukes ressurser på dem også, selv om de ikke nødvendigvis får gitt noe tilbake i form av arbeidskraft. Skal man da kunne avlive alle disse også da?

I dette tilfellet mener jeg at høyskolen burde sørge for at vedkommende student ikke fikk sin autorisasjon. Jeg synes det er dypt sjokkerende dersom slike mennesker skal få arbeide som sykepleiere. Man kan tenke med seg selv at hvis man var alvorlig syk er det siste man ønsker folk med slike holdninger til å hjelpe seg.

Til slutt vil jeg bare tilføye at mange av de menneskene jeg har møtt med funksjonshemminger gir utrolig mye tilbake til samfunnet i form av glede. De evner ofte å glede seg mye over lite, og humøret smitter over på andre. I dagens samfunn bør det være rom for mangfold, og jeg håper virkelig at det er plass til alle!

Det kan se ut til at høyskolene har en jobb å gjøre når det gjelder etikk.

Mvh medlem nr 1375062

Vår oppgave å redde liv

Må si jeg ble sjokkert da jeg leste om studenten som vil avlive barn med funksjonshemming. Minner meg om Hitler, som mente det var riktig å ta livet av dem han syntes ikke hadde like stor verdi som oss andre.

Dette har ingenting med kristen moral å gjøre, men med menneskesyn.

Etter min mening bør denne studenten IKKE få autorisasjon som sykepleier. Selv om hun/han har vært til samtale med ledelsen ved høyskolen, vil det neppe ha noen innvirkning på hennes/hans syn (selv om hun/han kanskje later som).

Vår oppgave er å redde liv, ikke ta dem.

Vennlig hilsen medlem 664693

I tenkeboksen

«Jeg synest at barn med funksjonshemminger bør avlives fortest mulig».

Den første tanken eg får er at slike haldningar kan ein ikkje ha dersom ein skal arbeide som helsearbeider. Ein sjukepleier skal verne om liv, etter mi mening; frå det tek til og til naturleg død. Sett i lys av dette, skil ikkje denne studenten si haldning seg så svært mykje frå det som er akseptert og tillate i norsk lov. Kwart dag vert det teke liv på norske sjukehus, av barn med funksjonshemming, og av friske barn. Men dette er ufødde barn, som vi ikkje ser anna enn på eit ultralydbilete, og som få veit om. Eit slikt liv er lettare å ta enn om barnet er fødd og ligg i nokon sine armar.

Konsekvensen av å dømme denne studenten blir samstundes å dømme det norske samfunn og svært mange av mine kollegaer. Ja, dette var verkeleg eit dilemma...

Helsing frå tenkeboksen

Ikke autoriser

Jeg mener at en sykepleier absolutt ikke må ha slike holdninger som at funksjonshemmede bør avlives!

Jeg mener at høyskolen må forhindre at den aktuelle studenten får autorisasjon!

Med vennlig hilsen Sigrun Dalva

En spøk?

Leste artikkelen i Sykepleien nr 11/07 som Marie Aakre refererte og diskuterte litt rundt. Det første som slo meg var at dette må være en spøk fra studentens side! Men skulle det være slik at en student ved en helsefaglig utdanning har slike holdninger så må det stoppes. Det som forundrer meg mest er jo at vedkommende i det hele tatt har valgt å utdanne seg til sykepleier, hvor grunnpilaren nettopp er å verne om liv og helse samt respekt for enkelt individets verdighet.

Jeg har en klar mening om at skolen må identifisere hvem studenten er samt å hindre at denne studenten får sin autorisasjon som sykepleier. Skolen kan ikke stå rakrygget og med verdighet ved å sende en nyutdannet sykepleier ut i jobb med slike holdninger. Da må holdninger og respekt gå foran strykstatistikk!

Martin Lindås, praksisveileder
Ullevål universitetssykehus

Ble uvel

Dette var jeg bare nødt til å svare på, ble helt uvel. Jeg håper aldri mitt barn kommer i nærheten av en «sykepleier» med slike horrible holdninger. Hele hennes/hans menneskesyn er sykt, hvordan kan man eventuelt pleie og gi god omsorg til alvorlig syke og døende pasienter??? Med slike holdninger er de jo ikke verdt å satse på. Minner mest om en krysning av Nettet og Idi Amin. En vurdering hos psykolog hadde nok vært på sin plass. Kanskje et slikt foredrag med spørreskjema burde vært foretatt tidligere i studiet slik at man kan «oppdage» studenter som ikke er egnet til faget. Personlig håper



EEG HJERNEAKTIVITET

1. Hva kommer ordet hygiene av?
2. Hva er MRSA forkortelse for?
3. Er gule stafylokokker virus eller bakterier?

1. Det greske ordet *hygieia* som betyr helse eller sunnhet.
2. *Meticillinresistent Staphylococcus aureus*.
3. Bakterier.

jeg aldri å møte helsepersonell med slike holdninger og håper vedkommende ikke får sin autorisasjon.

Mvh Anne-Marit Øvernes, sykepleier og mor til et funksjonshemmet barn

Ærede herr Haugum, mine damer og herrer.

Dette brevet er først og fremst rettet til herr Haugum, men også til dem som publiserte det. Takk og lov, så vet vi hva som foregår! Tenk etter, alle sammen, og bidra til at noe slikt aldri må hende!

Du vet sikkert alt om artikkelen som vakte stor oppsikt i svenske aviser. (Innsenderen bor i Sverige. Red. anm.) Du ble intervjuet og referert:

«...Haugum er imidlertid usikker på om uttalelsen kan stoppe autoriseringen. Ifølge loven må ikke bare holdningen, men også oppførselen vise at noen er uegnet.» Betyr det at han/hun må drepe funksjonshemmede barn først, så man ser hvordan vedkommende oppfører seg? Etterpå kan man stoppe ham/hun?

Det begynner med barn og fortsetter med alle som er gamle eller funksjonshemmede. Først blir helsevesenet dårligere for dem, til slutt gir man blaffen i dem, og for å gjøre alt litt mer humant, dreper man dem til slutt. Man har jo ikke noe medisin for dem/oss, siden de/vi er handikappet.

Er alkoholikere og narkomane også på listen, når man tenker videre inn i framtiden? Hvorfor skulle man la røykerne være i fred? Og dem som drikker kaffe? Før eller senere skader de jo samfunnet også? Hvorfor skal man over hodet ha helsevesen?

Gratulerer! Dere har vel lært av nazistene. De begynte også med funksjonshemmede barn og hva de gjorde etterpå vet vi, håper jeg.

Jeg er synshemmet. Hadde jeg blitt født i Norge i 2015, ville jeg da bli drept? Jeg forfatter taler til landshøvdingen i vårt län og finner fakta som trengs som bakgrunn for talene.

Når er man «nyttig» for samfunnet?? Når man jobber eller når man bara kan lage bilder ved å blåse en farget ballong over et papir? Min sønn er autist. Vet jeg om han kommer til å bli den første som flyr til Mars, siden han klarer å være alene veldig lenge? Eller vil han jobbe i en bedrift for handikappete? Hva vet man om framtiden til funksjonshemmede barn? Hvem vet om man finner en medisin? I gamle DDR (den tyske demokratiske republikk) ble alle for tidlig fødte som veide mindre enn 1500 gram drept. De sa at de ikke hadde så bra teknisk medisinsk utstyr. Det kunne rammet meg, men jeg ble født i Bayern.

Hva om den sykepleierstudenten, eller hvem som helst annen, blir handikappet etter en ulykke i Norge?

Jeg er så forbanet. Jeg har allerede takket nei til et besøk hos en eventuell venninne i Tromsø. Hun fikk artikkelen og min beskjed om at jeg aldri skal reise til et land der slike tanker finnes.

Dere/du kan gjerne skrive tilbake til meg på norsk, jeg kjenner til minst to personer som kan oversette alt, hvis jeg er så unyttig at jeg ikke forstår svaret.

(Innlegget er oversatt fra svensk og noe forkortet. Red.)

Vennlig hilsen Sandra Grenzer

Flere innlegg fins på www.sykepleien.no



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

Forbundsleder Bente G. H. Slaatten

Stilling: Forbundsleder i NSF

E-post: bente.slaatten@sykepleierforbundet.no



Det er nå det gjelder!

I disse dager inntar nyvalgte kommunestyrerepresentanter taburettene. Etter en valgkampstart preget av nakne rumper og hemmelige bankkontoer, kom heldigvis andre saker også på dagsordenen. Jeg er spesielt fornøyd med at eldreomsorg og behovet for arbeidskraft fikk mye oppmerksomhet. Det har ikke minst våre hovedtillitsvalgte i kommunene bidratt til. Dere gjorde en fantastisk innsats i mange kommuner gjennom å ofentlig påpeke konsekvensene av manglende rekrutteringspolitikk og for lav sykepleierbemanning.

Så har da også de politiske valgløftene blitt mange. Flere sykehjemsplasser, bedre bemanning, høyere lønn, mindre ufrivillig deltid og til og med likestilling

av skift og turnus. Ambisjonene om en bedre eldreomsorg og mer attraktive arbeidsforhold i helsetjenesten har blomstret i alle politiske leire. Av erfaring tar vi ingen ting for gitt!

Når hverdagen kommer, skyves i praksis politiske prioriteringer og verdivalg over på sykepleiere og andre som jobber pasientnært. Professor Hallvard Vike la nylig frem en rapport der han beskriver eldreomsorgen som «hyklersk». Rapporten illustrerer den manglende sammenhengen mellom styring, ressurser og oppgaver i eldreomsorgen. Blant annet fortelles det om hvordan et kommunestyre kuttet årsverk fordi sykehjemmet burde klare seg med like dårlig bemanning på hverdager som i helgen.

Mange steder mangler dialog og politisk forankring av de vanskelige avgjørelsene sykepleierne i dag foretar. Dermed er verken velgere, ansatte, pasienter eller pårørende sikret at det er sammenheng mellom politiske løfter og hverdagens realiteter i eldreomsorgen. Slik kan det ikke fortsette. Jeg mener det må etableres et fagråd i hver enkelt kommune. I et slik råd må politikere med ansvar møte sykepleiere, sykehjemsleger, fysioterapeuter og annet relevant fagpersonell samt pårørende eller brukerorganisasjoner, og ta ansvar for den standarden og kvaliteten som faktisk ytes i eldreomsorgen. Dette må gjøres som et nasjonalt politisk tiltak.

Uansett forventer vi nå selv sagt at valgkamploftene omsettes til virkelighet. Nå er det opp til kommunepolitikere, og ikke minst regjeringen, å levere. Når rikspolitikere involverer seg så vidt kraftig i lokalvalgkampene, må vi kunne forutsette at de utruker de lokale folkevalgte med virkemidler som gjør det mulig å realisere løfter og planer.

Det er bare et par uker til finansministeren legger frem statsbudsjettet for 2008. Vi krever at budsjettet gir offentlig sektor rammebetingelser som gjør det mulig å rekruttere den arbeidskraften som er avgjørende for å

levere velferdstjenester av høy kvalitet. Budsjettet må innholde midler som gjør helsetjenesten konkurransedyktig i kampen om fremtidens arbeidskraft og kompetanse

SSB har på oppdrag fra Dagens Næringsliv beregnet at regjeringens løfter om 12 000 sykehjemsplasser innebærer at hver femte nye arbeidstaker begynner å jobbe på sykehjem. For å sitere SSBs forskningsleder Erling Holmøy: «Reell prioritering av eldreomsorg er nesten utelukkende et spørsmål om å lønne dette arbeidet tilstrekkelig høyt i forhold til annet arbeid».

Lønn er utvilsomt et sentralt virkemiddel for å rekruttere kompetente medarbeidere. Men også andre elementer må på plass. De turnusansatte i helsetjenesten må i dag jobbe to timer mer i uken enn skiftarbeiderne i industrien. For dem vil det oppleves som et rent svik dersom regjeringen heller ikke i dette statsbudsjettet sørger for midler til å likestille de to arbeidstidsordningene.

I den siste partilederdebatte før valgdagen, tok finansminister Kristin Halvorsen nok en gang til orde for «at de må få redusert sin arbeidstid når de jobber turnus som ligner på skift». Så da er det vel bare å sette i gang, Kristin Halvorsen? Det er nå det gjelder! Det er nå arbeidet med å reetablere helsetjenesten som en attraktiv arbeidsplass med spennende oppgaver, solide fagutviklingsmuligheter og gode lønns- og arbeidsvilkår må starte.

Bente G.H. Slaatten



HVERDAG: Slaatten er fornøyd med at eldreomsorgen har vært et hyppig tema i valgkampen. Men når hverdagen kommer, skyves i praksis politiske prioriteringer og verdivalg over på sykepleiere og andre som jobber pasientnært, skriver hun. Arkivfoto: Stig Weston.



– Hyklersk eldreomsorgspolitik

– Eldreomsorgspolitikken har fått et mer systematisk, hyklersk preg, sier professor Halvard Vike. Nylig offentliggjorde Vike og NSF en ny rapport som analyserer hvordan politikken øker presset på sykepleiere og øvrige fagpersonell, og reduserer den faglige kvaliteten.

– Pleiepersonalet gjøres ansvarlig for å realisere for lav kvalitet og sviktende pleie fordi politiske ansvarlige ikke ser seg råd til nødvendig kompetanse, sier professor Halvard Vike som er bekymret for utviklingen i eldreomsorgen. I rapporten «Velferdspolitik ved reisons slutt» leverer han og medforfatter Heidi Haukelien krass kritikk rettet mot politikerne. Rapporten kan leses på Norsk Sykepleierforbunds nettsider: www.sykepleierforbundet.no/Halvard-Vike2007

Skyver ansvaret fra seg

– Politisk loves og vedtas det stadig økende brukerrettigheter. Men kravene til ytelse er større enn ressursene som stilles til rådighet, sier Vike, som i en rekke studier har sett på forholdet mellom politisk styring, realisering av faglig kvalitet og arbeidssituasjonen til fagpersonell i eldreomsorgen.

– Lokalt må utgiftene bringes under kontroll, og dette betyr også å bringe kvalitetsutviklingen under kontroll. Eldreomsorgen er den klart viktigste salderingsposten når økonomiske avgjørelser tas. Men det er uhyre sjelden at enkelte tjenester eksplisitt nedprioriteres - i stedet skal ressursene fordeles på flere brukere, sier Vike.

– Ansvaret for å prioritere havner hos de ansatte. Når fagfolk reduserer kvaliteten for å yte det nødvendige til alle, utøver de umulige politiske prioriteringer

på vegne av politikerne, sier Vike og Haukelien.

Ingen seriøs debatt

– Spørsmålet om hva som skjer når begrensede ressurser skal prioriteres er ikke gjenstand for seriøs politisk debatt. Til tross for omfattende dokumentasjon på en utilstrekkelig eldreomsorg fremstår kvalitetssvikt som overraskende i politikken, sier Vike. Vikes erfaring er at kvalitetssvikt i eldreomsorgen ofte fornektes, og ansvaret for å realisere god kvalitet gjøres til et personlig ansvar for sykepleierne og andre ansatte. I stedet for rask handling legges bevisbyrden på de ansatte som erfarer de uholdbare forholdene. – Mens politikerne konkurrerer om hvem som har de beste hensiktene for fremtiden er det ingen som foretar seg noe avgjørende med problemene i eldreomsorgen i dag. Spørsmålet om manglende bemanning omtales som om det var et dugnadsprosjekt, uavhengig av arbeidsbetingelsene man tilbyr. Hvis man faktisk ønsket å betale prisen for mer kompetanse i helse- og omsorgstjenestene, ville dette vært både enkelt og effektivt, sier Vike.

– Svært alvorlig

Forbundsleder Bente G. H. Slaatten i Norsk Sykepleierforbund reagerer sterkt på Vikes og Haukeliens rapport.

– Det er svært alvorlig at politiske prioriteringer og verdvalg

skyves over på sykepleierne - som i tillegg til å være moralsk forpliktet i møtet med den enkelte pasient har lovpålagte plikter til å opptre faglig forsvarlig, sier Slaatten.

Hun etterlyser dialog og politisk forankring av de vanskelige avgjørelsene sykepleierne i dag foretar, slik at velgere, ansatte og pasienter og pårørende er sikret at det er sammenheng mellom politiske løfter og hverdagens realiteter i eldreomsorgen.

Vil ha fagråd

– Jeg mener det må etableres et fagråd i hver enkelt kommune. I et slik forum må politikere med ansvar møte sykepleiere, sykehjemsleger, fysioterapeuter og annet relevant fagpersonell samt pårørende eller brukerorganisasjoner. Dette må gjøres som et nasjonalt politisk tiltak, sier Slaatten.

Hun er rystet over rapportens mange konkrete enkeltseksempler, som illustrerer den manglende sammenhengen mellom styring, ressurser og oppgaver i eldreomsorgen.

– Vike og Haukelien beskriver blant annet hvordan et kommunestyre kutter årsverk fordi sykehjemmet bør klare seg med like dårlig bemanning på hverdager som i helgen. Dette illustrerer en hårreisende mangel på forståelse for hvordan man jobber i eldreomsorgen. Jeg mener det kreves et nasjonalt grep om politikken, slik at man sikrer en faglig dialog i kommunene, sier Slaatten.

NSF på nett

På Norsk Sykepleierforbunds egen nettside finner du saker NSF og sykepleierne er engasjert i. Gå inn på www.sykepleierforbundet.no/sistenytt, og les mer.

Økt lønn for økt kvalitet

Prioritering av eldreomsorgen handler nesten utelukkende om tilstrekkelig lønn til de ansatte, mener forskningsleder Erling Holmøy i SSB. – På tide at også andre enn NSF sier klart fra, sier forbundsleder Bente G. H. Slaatten.

Støtter Gangås

Likestillingsombud Beate Gangås får sterk støtte fra Norsk Sykepleierforbund. – Hårreisende at man krever hennes avgang når hun lykkes i jobben sin: Å sette likestilling på dagsorden, sier forbundsleder Bente G. H. Slaatten.

– Horribel arbeidsgiverpolitikk

Forbundsleder Bente G. H. Slaatten er rystet etter at en ordfører har stevnet en sykepleier som ba om å få økt stillingen sin fra deltid til heltid for retten. – Helt absurd, sier Slaatten.

Statusrapport 2006

NSFs Statusrapport for 2006 distribueres også til alle medlemmer via Sykepleien nr. 13/07 (denne utgaven). Den kan også lastes ned fra NSF's nettsider.

Snart finnes engler bare i himmelen...

Behovet for sykepleiere er stort og vil øke fremover. – Sykepleierlønnen må opp og fagmiljøet styrkes hvis kommunene skal klare å rekruttere, fastslår forbundsleder Bente G. H. Slaatten.

Kommunene vil – men får de det til?

Mens 7 av 10 kommuner mener de har for få sykepleierstillinger, er det kun hver femte kommune som har en plan for rekruttering. Det viser Fafo-rapporten «Gull eller gråstein» som kan leses her.

«Solhov» pleiehjem i Oslo anno 1942.



UVANT: De 39 pleiepasientene forsto ikke hvorfor de ikke fikk den maten de var vant til.

Pleiehjem i krigens dager

I 1925 kjøpte Sigrid Solnørdal huset «Solhov» på Holtet i Oslo og startet privat pleiehjem der. Sommeren 1942 besøkte Nordstands Blad «Solhov» pleiehjem og snakket med innehaveren:

« Vi har 39 stykker pluss 3 sykepleiersker, 3 piker, min datter og meg, med kokka er vi 48 i kosten hver dag, så De skjønner det er ikke småtteri som går med. Det er vanskelig å ha pleiehjem nå. Mange av de gamle forstår ikke hvorfor de ikke får den maten de fikk før. Gamle folk lever ikke for annet enn mat, de gleder seg som barn til hvert måltid. Nå kan vi ikke gi dem den maten de var vant til, og så har de lett for å grine og klage. Men mange av dem er

elskelige gamle mennesker, og det er bare hygge å stelle dem.

– Har De bare gamle?

– Ja, det er vanskelig å ha unge og gamle sammen. Det blir gnissing og skuling. De gamle har lett for å se skjevt på ungdommen. Det har i det hele lett for å oppstår små tretter og den slags. Vi har jo to og tre på rommene, og må da passe på å få noen som går sammen, men av og til skifter det fra vennskap til uvennskap på en aldri så liten bagatell og så må vi flytte om. Av og til går det så vidt at vi må deportere en av partene.»

...

– Hvordan kommer de hit?

– Jeg får alle gjennom de offentlige kontorene nå. Der vet de best

hvem som trenger å komme hit. Men tro meg, det ringer folk hit hver eneste dag og vil ha plass. Men det er fullt, og dør det en den ene dagen, så har vi en ny den neste.»

...

Vi går gjennom et sykeværelse hvor det blant annet ligger en sukkersykepasient som har fått begge bena amputert. Hun smiler til bestyrerinnen og vinker på henne, griper hånden hennes med begge sine og sier med et smil: - Nå skal jeg være snild så De ikke skal få så mye bråk med meg. Men jeg ble ikke helt mett av middagen i dag. Tror De jeg kunde få en kopp kaffe og et stykke smørbrød?

– Det skal De sannelig få det», sier bestyrerinnen og rister den sykes

hender. Og det gamle bleke ansiktet lyser opp i en glede så varm og hjertelig at en blir rørt av å se det.

Vi går ned, det blir ringt på søster og hun får beskjed om kaffen til den syke. Søster er en søt ung dame, høy mørk og slank, og hun er visst bare lykkelig over å kunne gi den syke en liten kaffetår ekstra. Søster er egentlig barnepleierske, forklarer fru, men trives bedre ved å stelle gamle.

– Skriver De noe, så nevnt det som min personlige mening, at det ville være en veldig fordel for alle parter å få eget sukkersykehjem. Da slapp en alt kluss med dietten og annen ekstraforpleining, sier fru.

tekst og foto Nordstrand Blad, 4. juli 1942

Folk

Slaatten til Yara



Forbundsleder i Norsk Sykepleierforbund (NSF) **Bente Slaatten** er ansatt som kommunikasjonsdirektør i Yara. Slaatten starter i jobben

1. januar 2008 og skal ha ansvaret for selskapets interne og eksterne kommunikasjon. Yara, som ble skilt ut fra Hydro i 2004, er verdens største kunstgjødselprodusent.

Slaatten har vært leder for NSF siden 1998, og stiller ikke som kandidat på landsmøtet i november.

Ny generalsekretær

Mental Helses nye generalsekretær, **Mette Kammen**, kommer fra stillingen som daglig leder for Hjelpetelefonen/assisterende generalsekretær.

– Jeg kjenner organisasjonen godt og vet hva medarbeiderne mine er gode for. Det er godt å vite når vi har så mye spennende på gang, sier den nye generalsekretæren til mentalhelse.no.

Pris for «paper»

Professor **Cornelia Ruland** med flere av hennes kolleger fra Senter for pasientmedvirkning og sykepleieforskning på Rikshospitalet vant førsteprisen for beste «paper» og presentasjon på den

stor internasjonal konferanse Medinfo 2007 i Australia. Senterets bidrag med tittelen «Childrens Contributions to Designing a Communication Tool with Cancer» ble valgt ut blant mer enn 900 bidrag innsendt til konferansen. En konferanse som holdes hvert tredje år.

Fikk pris i Irland

Forsker **Kari Dyregrov** ble tildelt Farberow-prisen 2007 på verdenskongressen for Association for suicide prevention (IASP) i Irland i august. Dyregrov er forsker ved Folkehelseinstituttet.

Farberow-prisen ble introdusert i 1997 til ære for professor Norman Farebow, en av IASPs

grunnleggere. Den blir gitt til en person som har «bidratt betydelig på området med etterlatte ved selvmord».

Blir professor

Monica W. Nordtvedt er utnevnt til professor i kunnskapsbasert praksis i helsefag ved Høgskolen i Bergen. Hun er leder for Senter for kunnskapsbasert praksis og leder forskningsarbeidet ved Avdeling for helse- og sosialfag.



Diaré og oppkast som følge av rotavirusinfeksjon kan nå forebygges med vaksine¹

“Rotarix® gir tidlig beskyttelse mot rotavirus gastroenteritt - send videre.”



Rotarix[®]
rotavirus vaksine

Rotarix - to **orale** doser¹
Tidlig beskyttelse mot rotavirus gastroenteritt¹



GlaxoSmithKline

GlaxoSmithKline AS Forskningsveien 2 A, Postboks 180 Vinderen, 0319 Oslo. Telefon: 22 70 20 00. Telefaks: 22 70 20 04. www.gsk.no

Se godkjent preparatomtale side 58.



WHO
anbefaler 85%
alkohol til hånd-
desinfeksjon*.



Silkemyk nyhet i Antibacfamilien.

Endelig er den her! Antibac hånddesinfeksjon med en ny og unik formel som både gir maksimal effekt og silkemyke hender. Økt alkoholinnhold til 85% gjør produktet svært effektivt. For å unngå irritasjon og allergi har vi fjernet n-propanol i produktet og redusert isopropanol til et minimum (80% ren etanol). Etanol er den mest miljøvennlige alkoholen. Dess mer bruk av etanol, jo bedre virkning mot bl.a. noroviruset. Vi har også tilsatt et unikt mykgjørende middel som er bakteriedrepende i tillegg til glyserol. Tilfredsstillende EN 1500.

Den nye resepten fåes i 3 flaskestørrelser og i «bag-in-box» for automatdispenser.

Ta kontakt og be om en prøve, slik at du får kjenne forskjellen selv. Arcus Kjemi AS, tlf 64 98 08 01 eller www.arcus-kjemi.no. Ha en god og silkemyk opplevelse!

**På Hygienekonferansen 2007 i København anbefalte Verdens Helseorganisasjon (WHO) 85% alkohol til desinfeksjon av hender.*

VI TAR RENHET PA ALVOR.