

**Studenter
føler seg
lurt**



Blir på sykehuset

Utskrivningsklare pasienter som venter på sykehjemsplass, blir liggende på sykehus.

**Siri Hatlen tror
fusjonen i Oslo
blir suksess**



Sykepleien

LISBETH NORMANN: Hva skal kommunene med mer kompetanse når de ikke bruker den de allerede har?

13 | 2009

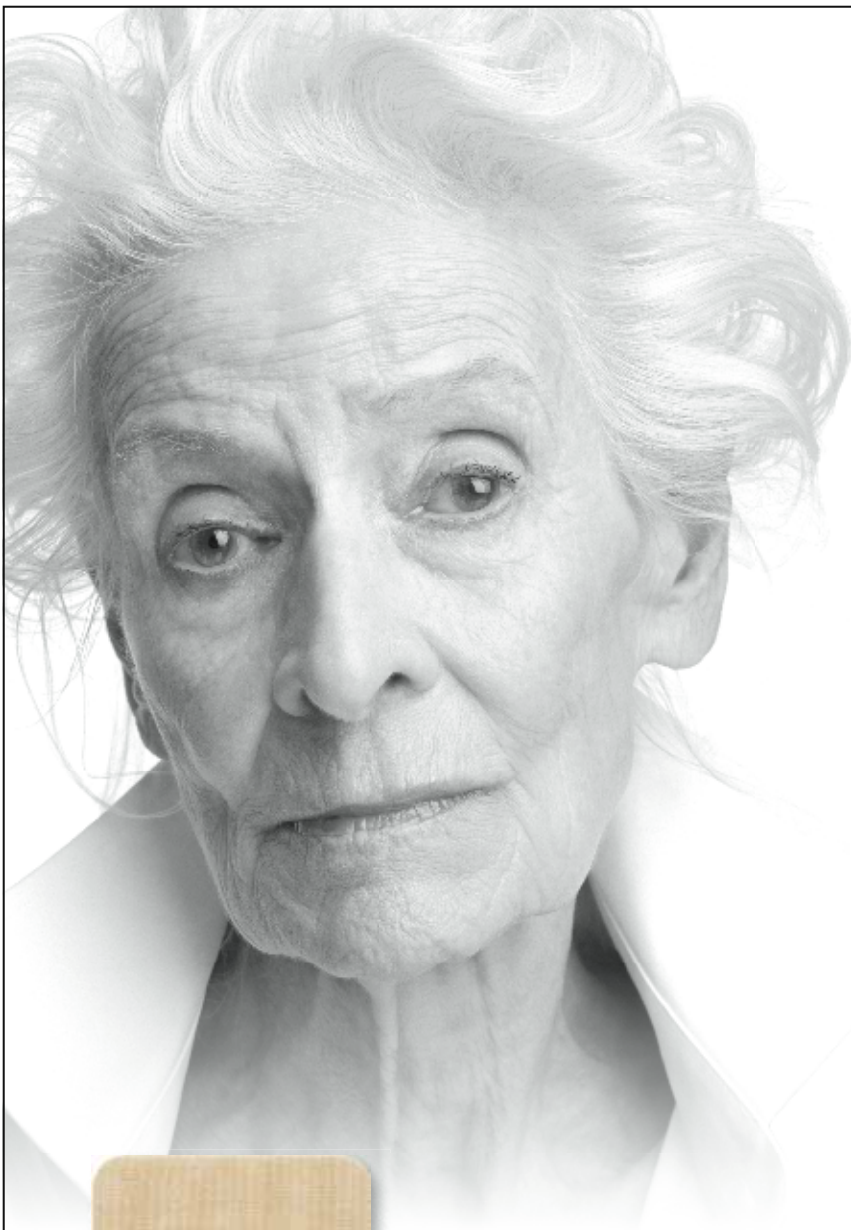
17. september
2009
97. årgang

Årets
fagblad
2009

Sykepleiere lar
taushetsplikten
gå foran.

Melder ikke

vold mot barn



1-2 tabletter
hver sjette time ...



... det blir inntil
56 tabletter i uken!



ETT NORSPAN® PLASTER GIR 7-DØGNS SMERTELINDRING

Når ikke-opioide analgetika som f.eks. paracetamol eller NSAIDs ikke gir tilstrekkelig effekt

- 3 lave styrker: 5,10,20 µg/t
- 7-døgns smertepaster: Skiftes kun én gang i uken
- Til artrose, osteoporose-smerter eller andre langvarige opioidfølsomme sterke smerter
- Enkel behandling: Start alltid med Norspan 5 µg/t
- God compliance

Norspan®
Buprenorfin
7-døgns smertepaster

Norspan® er et sterkt opioid mot sterke smerter.



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

A Norspan «Mundipharma»

Analgetikum ved sterke smerter.
ATC-nr.: N02A E01

DEPOTPLASTER 5 µg/time, 10 µg/time og 20 µg/time: Hvert depotplaster inneholder: Buprenorfin 5 mg (6,25 cm²), resp. 10 mg (12,5 cm²) og 20 mg (25 cm²), hjelpestoffer.

Indikasjoner: Behandling av sterke opioidfølsomme smerter, som ikke responderer tilfredsstillende på ikke-opioid analgetika.

Dosering: Påføres hver 7. dag. Ikke egnet til behandling av akutte smerter. **Voksne ≥18 år:** Laveste dose, 5 µg/time, brukes som startdose. Under oppstart og titrering bør pasienter i tillegg bruke de vanlige anbefalte dosene av korttidsvirkende analgetika etter behov. Dosen bør ikke økes før etter 3 dager, når maks. effekt av en gitt dose er oppnådd. Påfølgende doseøkninger kan titreres ut fra behov og respons. Dosen kan økes ved å bruke et større depotplaster eller 2 depotplaster på forskjellige steder. Et nytt depotplaster skal ikke settes på samme sted påfølgende 3-4 uker. Pasienter bør følges grundig for vurdering av optimal dose og behandlingsvarighet. **Nedsatt leverfunksjon:** Pasienter med nedsatt leverfunksjon bør følges godt opp, og ved alvorlig nedsatt leverfunksjon bør alternativ behandling vurderes. Depotplasteret påføres ikke-irritert, intakt hud på yttersiden av overarmen, øvre del av brystkassen, øvre del av ryggen eller siden av brystkassen, og ikke på hudområder med store arr. Påføres et hudområde som er nesten hårfritt eller har relativt lite hår. Hvis ingen er tilgjengelige, skal håret på området klippes med saks, ikke barberes. Påføringsstedet kan vaskes med rent vann. Såpe, alkohol, olje, lotion eller slipemidler må ikke brukes. Hudområdet må være tørt før depotplasteret påføres. Umiddelbart etter at depotplasteret tas ut av den forseglede posen fjernes det beskyttende laget, og depotplasteret presses godt på plass med håndflaten i ca. 30 sekunder, slik at det blir fullstendig kontakt, spesielt rundt kantene. Depotplasteret skal sitte på kontinuerlig i 7 dager. Hvis et depotplaster faller av skal et nytt påføres. Bør ikke brukes lenger enn absolutt nødvendig. Hvis langtids smertebehandling er nødvendig, bør det foretas grundig oppfølging (med opphold i behandlingen ved behov) for å fastslå videre behov. Da den analgetiske effekten vedvarer en viss tid etter fjerning av depotplasteret, bør ikke andre opioider gis for etter 24 timer. Unngå å utsette påføringsstedet med depotplaster for eksterne varmekilder som varmepute, varmeteppe, varmelampe, badstue, varmt bad og oppvarmet vannseng da absorpsjonen av buprenorfin kan øke. Feber kan gi økte plasmakonsentrasjoner av buprenorfin og øke risikoen for opioidreaksjoner.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for buprenorfin eller noen av

hjelpestoffene, opioidavhengighet og narkotikaseponering, tilstander hvor respirasjonssenter og -funksjon er betydelig hemmet eller kan bli det, MAO-hemmere siste 2 uker, myasthenia gravis, delirium tremens, graviditet.

Forsiktighetsregler: Brukes med forsiktighet ved krampelidelser, hodeskade, sjokk, nedsatt bevissthet av ukjent årsak, intrakranielle skader eller økt intrakranielt trykk og alvorlig nedsatt leverfunksjon. Signifikant respirasjonshemming har vært forbundet med buprenorfin, spesielt i.v. Anbefales ikke til analgesi i umiddelbar postoperativ periode eller i andre situasjoner med smal terapeutisk indeks eller raskt svingende analgetisk behov. Buprenorfin har mindre avhengighetstendens enn rene agonistanalgetika. Da det er observert euforiske effekter, bør det utvises forsiktighet ved kjent eller mistenkt stoffmisbruk. Kronisk bruk kan gi utvikling av fysisk avhengighet. Ev. abstinensyndrom er vanligvis lett, starter etter 2 dager, kan vare inntil 2 uker og omfatter uro, angst, nervøsitet, søvnløshet, hyperkinesi, skjelving og gastrointestinale plager. Bilkjøring og bruk av maskiner frarådes dersom reaksjonsevnen er påvirket, spesielt ved behandlingsstart, doseøkning og kombinasjon med andre CNS-dempende midler.

Interaksjoner: Må ikke brukes samtidig med eller første 2 uker etter MAO-hemmere. Samtidig bruk av CYP 3A4-hemmere kan gi økt effekt. Samtidig bruk av enzymindusere (f.eks. fenobarbital, karbamazepin, fenytoin, rifampicin) kan gi redusert effekt. Bør brukes forsiktig sammen med benzodiazepiner, som kan forsterke respirasjonshemming med fare for død, andre CNS-dempende midler, som andre opioidderivater (f.eks. morfin, dekstropropoxyfen, kodein, deksamfetamin, noskapin), visse antidepressiva, sedative H1-reseptorantagonister, alkohol, anxiolytika, antipsykotika, klonidin og beslektede substanser. (I: N02A opioider)

Graviditet/Amning: Overgang i placenta: Skal ikke brukes under graviditet. Overgang i morsmelk: Bør ikke brukes under amning.

Bivirkninger: Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Forstoppelse, munntørhet, kvalme, oppkast, buksmerter, diaré, dyspepsi. Hud: Kløe, erytem, utslett, svetting, eksantem. Luftveier: Dyspné. Metabolske: Anoreksi. Neurologiske: Hodepine, svimmelhet, søvnighet, parestesi. Psykiske: Forvirring, depresjon, søvnløshet, nervøsitet, angst. Sirkulatoriske: Vasodilatasjon. Øvrige: Kløe på administreringsstedet, tretthet, asteni, smerter, perifer ødem, reaksjon, erytem og utslett på administreringsstedet, ødem, brystmerter. **Mindre hyppige:** Neurologiske: Sedasjon, smaksforvringning. Psykiske: Søvnforstyrrelser, rastløshet. Sirkulatoriske: Sirkulasjonsforstyrrelser (som hypotensjon og i sjeldne tilfeller sirkulasjonssvikt). Urogenitale: Urinretensjon, vannlatingsforstyrrelser. Øvrige: Utmattelse. **Sjeldne (<1/1000):** Gastrointestinale: Pyrosis (halsbrann), brekninger. Hud: Lokale allergiske reaksjoner med klare tegn på inflammasjon (ved forsinkede allergiske

reaksjoner bør behandlingen seponeres), pustler, vesikler. Hørsel: Øresmerter. Luftveier: Respirasjonshemming, hyperventilering, hikke. Neurologiske: Svekket konsentrasjonsevne, nummenhet, balanseproblemer, taleforstyrrelser, muskelfascikulasjon. Psykiske: Psykoselignende effekter (f.eks. hallusinasjoner, angst, mareritt), nedsatt libido, avhengighet, humorsvingninger. Sirkulatoriske: Høretokter. Syn: Synsforstyrrelser, tåkesyn, øyelokkodet, miøse. Urogenitale: Redusert ereksjon. Øvrige: Alvorlige allergiske reaksjoner, abstinenssymptomer.

Overdosering/Forgiftning: **Symptomer:** Respirasjonshemming, sedasjon, døsighet, kvalme, oppkast, sirkulasjonssvikt, uttalt miøse. **Behandling:** Fjern ev. plastre, oppretthold respirasjon, kroppstemperatur og væskebalanse. Oksygen, vasopressorer, andre symptomatiske tiltak og nalokson 5-12 mg i.v. ved behov.

Egenskaper: **Klassifisering:** Opioidanalgetikum. **Virkningsmekanisme:** Sentral smertestillende effekt. Partiell opioidagonist på my-reseptorer samt antagonist på kappa-reseptorer. Hvert depotplaster avgir buprenorfin i fast mengde i inntil 7 dager. «Steady state»-konsentrasjon oppnås under første påføring. Etter fjerning av depotplasteret faller buprenorfinkonsentrasjonen med ca. 50% i løpet av 12 timer (10-24 timer). **Absorpsjon:** Buprenorfin fra depotplasteret diffunderer gjennom huden. Biotilgjengelighet ca. 15%. **Proteinbinding:** Ca. 96%. Etter i.v. administrering utskilles buprenorfin og dets metabolitter i gallen, og distribueres i løpet av minutter til cerebrospinalvæsken, hvor konsentrasjonen synes å være ca. 15-25% av tilsv. plasmakonsentrasjon. **Metabolisme:** Levermetabolisme, via CYP 3A4- og UGT 1A1/1A3-enzymene. Aktiv metaboliitt: Norbuprenorfin. **Utskillelse:** Galle- og nyreutskillelse.

Andre opplysninger: Brukte depotplaster brettes sammen med det klebende laget innover og kastes forsvarlig og utilgjengelig for barn.

Pakninger og priser:

5 µg/time: 4 stk. kr 257,70

10 µg/time: 4 stk. kr 432,30

20 µg/time: 4 stk. kr 747,10

Refusjon: Se Refusjonslisten, N02A E01. For kroniske sterke smerter må det søkes om individuell refusjon etter § 3a, refusjonskode 71. Benytt skjema NAV 05-14.09. For palliativ behandling i livets sluttfase, gjelder § 2, refusjonskode 90.

Mai 2009



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

172.000 leser din stillingsannonse!

Skal du ansette sykepleiere kommer du ikke unna Sykepleien. Sykepleierne er vant til - og foretrekker å orientere seg i sitt eget fagblad og på sykepleien.no

Får du ikke respons får du annonsen en gang til – helt **gratis!**
Dette kaller vi søkergaranti.

Hele 172.000 leser stillingsannonsene i Sykepleien i følge undersøkelse av Synovate i 2008. Perfekt målgruppe sa flere kunder i en undersøkelse vi nylig gjennomførte.

Er det dyrt å lage annonse, sier du? Vi gjør det **gratis** for deg. Vi vet hva som virker.

Er det lang tid mellom bladutgivelse, tenker du kanskje? Ikke noe problem det heller. Vi legger annonsen på nettet straks vi mottar annonseteksten din, og senest innen 12 timer.

Kontakt markedsavdelingen for mer informasjon 22 04 33 04, eller e-post stilling@sykepleien.no

Sykepleien

✓ best på respons!



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

Ansvarelig redaktør Barth Tholens
tlf. 22 04 33 50 / 40 85 21 79
barth.tholens@sykepleien.no

Medarbeidere:

Redaksjonssjef Bjørn Arild Østby
tlf. 22 04 33 59/93 03 09 05
bjorn.arild.ostby@sykepleien.no

Journalist Marit Fonn
tlf. 22 04 33 68/99 23 65 90
marit.fonn@sykepleien.no

Journalist (vikar) Geir Arne Johansen
tlf. 22 04 33 67/92 23 84 94
geir.arne.johansen@sykepleien.no

Journalist Eivor Hofstad
tlf. 22 04 33 71/91 75 39 03
eivor.hofstad@sykepleien.no

Journalist Susanne Dietrichson
tlf. 22 04 33 53/45 42 96 41
susanne.dietrichson@sykepleien.no

Fagredaktør Torhild Apall Dybvik
tlf. 22 04 33 76/99 41 46 77
torhild.apall@sykepleien.no

Journalist
Ann-Kristin Bloch Helmers
tlf. 22 04 33 73
annkristin.helmerts@sykepleien.no

Journalist Kari Anne Dolonen
tlf. 22 04 33 69/94 37 36 11
kari.anne.dolonen@sykepleien.no

Redaktør Anners Lerdal
tlf. 22 04 33 63/95 03 31 44
anners.lerdal@hibu.no

Journalist/webredaktør Lily Kalvo
tlf. 22 04 33 66/91 79 50 50
lily.kalvo@sykepleien.no

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

Grafisk formgiver Hege Holt
tlf. 22 04 33 57
hege.holt@sykepleien.no

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

Grafisk formgiver Sissel Vetter
tlf. 22 04 33 61
sissel.vetter@sykepleien.no

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

Markedskonsulent, produkt: Lise Dyrkoren
tlf. 22 04 33 72/99 50 40 05
lise.dyrkoren@sykepleien.no

Markedskonsulent, stilling: Finn Simonsen
tlf. 22 04 33 52/91 68 46 64
finn.simonsen@sykepleien.no

Repro og trykk
Stibo Graphic AS



SYKEPLEIENS FORMÅLSPARAGRAF:

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

Gjesteskribenter:



Terje Anderssen

I vår nye teknologispalte «Verkstedet» skriver anestesisykepleier Terje Anderssen om fordelene og ulempene ved en ny forstøver. Anderssen er en av fire faste skribenter som utgjør panelet i denne spalten.



Marie Aakre

Hva fører stadig tidsnød til av etiske problemstillinger? spør Marie Aakre. I spalten «Dilemma» får Aakre selskap av Berit Støre Brinchmann og Per Nordvedt.



Trond Aarre

Trond Aarre har sett seg lei på ventelister. Når vi lar pasienter vente, holder vi oss med lukseriøse holdninger om at de er vår egen disponering av tida vår som avgjør om folk får hjelp i rimelig tid, mener han i kronikken.



Trude Aarnes

Det er mange gammeldags ord som vi ikke har bruk for lenger, mener Trude Aarnes. Skal jenter skamme seg for skamleppene sine? Kanskje mytene forsvinner, når vi kutter ut ordene?



HELT NY: Fra og med denne utgaven utgis Sykepleien i ny form. Magasin- og jobb-utgaven slås sammen til ett. Bladet har fått nytt design og innfører mange nye spalter. Annenhver gang vil Sykepleien også inneholde NSF Politikk, spesielt rettet mot medlemmene. Sykepleien Forskning kommer fortsatt som et bilag fire ganger i året.

Innhold

Sykepleien

AKSJONISTEN: «Makt handler ikke

Hva skjer?

- 7 Aksjonisten
- 8 Hva skjer — kortnytt
- 10 LAR-behandling: – Forskjellene vil øke
- 12 Tredobling av brukere på sprøyterommet
- 14 Minoritetsmenn trives i sykepleien
- 16 Hvor sikker er pandemivaksinen?
- 18 Jordmødre må reagere raskt
- 21 Erik K. Normann slutter som Ahus-direktør
- 22 Får ikke lønn for strevet
- 23 Vi bare spør Lona Gamst

Der ute

- 34 Anaroksi handler om sult
- 38 Alkoholjakt på somatisk avdeling
- 42 Verkstedet
- 43 Mitt fag
- 44 Øyeblikket
- 46 Føler seg lurt
 - Lovisenberg bryter reglene
 - Skal aldri skje igjen



Tema: Vold mot barn

- 24 Sykepleiere svikter meldeplikten
- 26 – Helsesøstre jobber mye alene. De Mangler kunnskap og mot
- 27 Vold i Norge
- 28 Tilbyr et sted for barna
- 32 – Sykepleiere er flinke observatører
- 33 5 på gangen

24



om markering, men om resultater.»

13 · 2009

17. september 2009 · 97. årgang

Fag og bøker

- 52 Prosedyrer på nært hold
- 56 Klare for sykehjem, blir på sykehus
- 60 Forfatterintervju: Esther Cesilie Frydenlund
- 62 Det metodiske hjørnet
- 63 Bokanmeldelser
- 64 Fagnyheter
- 67 Fagnyheter
- 68 Quiz

Mennesker og meninger

- 70 Lisbeth Normann om sykepleiernes ubrukte kompetanse
- 71 Meninger og Siden sist
- 74 Dilemma
- 76 Tett på Siri Beate Hatlen
- 80 Trond Aarre om psykisk helsevern
- 82 Hør her: Sonja Mandt-Bertholzen vs. Laila Dåvøy
- 84 Refleks: Trude Aarnes

- 85 Stillingsannonser
- 94 Meldinger, skoler og kurs

GJESTESKRIBENTEN

«Jeg har visst at jomfruhinnen ikke er en hinne i mange år»

Gjesteskribent Trude Aarnes

84



«Vi ønsket å prøve ut om video ville gi et bedre læringsutbytte.»

52

76



Fordelene ved å være ansatt i det offentlige blir større etter hvert

ATFO 2010/11 • Foto: Håkan Lundgren



men;

Det finnes mange gode grunner til at så mange mennesker velger å jobbe i det offentlige. Gode pensjonsordninger er definitivt en av dem. I snart 60 år har vi i KLP jobbet med offentlig tjenstepensjon, slik at dere som er kunder hos oss kan gå tilværelsen som pensjonister trygt og optimistisk i møte. Når den tid kommer. Men underveis har vi også utviklet en rekke andre produkter. En meget gunstig skadeforsikring, for eksempel. Gode spareordninger. Og glimrende betingelser på alle typer lån. Dette er produkter du kan nyte godt av allerede i dag. Og i dagene som kommer.

Gå inn på klp.no så får du vite mer
- både om dagens og morgendagens fordeler.

KLP for dagene som kommer

Barth Tholens om makt

Stilling: Redaktør i Sykepleien

E-post: barth.tholena@sykepleien.no

Praktisk veiledning for herskere

«Fyrsten» er en politisk kokebok av det mer utilsørte slaget.

Uvisst av hvilken grunn fikk jeg i fjor boka «Fyrsten» av Niccolò Machiavelli i gave. Den har ligget på nattbordet mitt en god stund, utkonkurrert av mer gøyale nåtidsforfattere. Men etter sommeren fikk jeg plutselig ånden over meg. Da forsto jeg med en gang mer av våre dagers politiske kamper.

Machiavelli skrev «Fyrsten» i 1513 som en praktisk veiledning for datidens makthavere. Den beskriver hvordan de skulle HOLDE seg ved makten. Machiavelli kaller en spade for en spade. Han mener riktignok at ledere skal ha høye *personlige* idealer. Men for å oppnå sine politiske mål, skal en sterk leder helst være uten skrupler. Målet helliger midlene.

«Kor rosveldig det er at ein fyrste steller seg slik at ein kan tru på han (...), det innser alle. Og likevel veit ein av røynsle at dei fyrstane i vår tid som har gjort storverk, det er dei som ikkje har halde så hardt på truskapen. I staden har dei vore så listige og lure at dei har forstått å føre folk bak lyset, og til slutt har dei fått overtaket på dei som hadde sett si litt til ærlegdommen», skriver Machiavelli. Jeg vet ikke

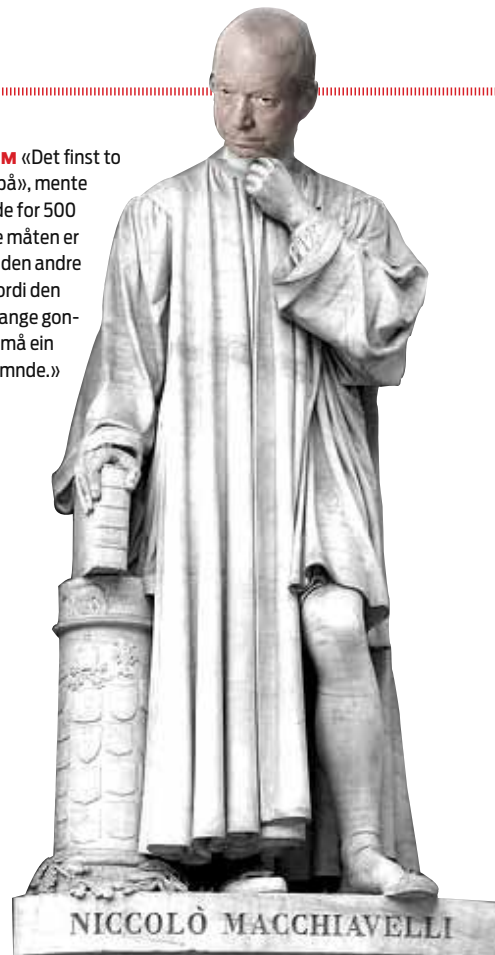
Dei fyrstane i vår tid som har gjort storverk, det er dei som ikkje har halde så hardt på truskapen.

helt hvorfor, men jeg tenkte straks på Fagforbundets Jan Davidsen.

Machiavelli kom til nytte da jeg forsøkte å oppsummere hvilken lobbyorganisasjon som bør utropes som årets vinner i rotteracet om innflytelse på den politiske agendaen i Norge. Mange interesseorganisasjoner har med list brukt valgkampen for å få sine hjertesaker gjort om til valgløfter. For eksempel vil asfalteringsbedrifter nå kunne gni seg i hendene. Vei er inn – uansett hvem som havner i Regjeringsbygget. Oljeindustrien lever usikkert ettersom oljeboringen i Nord henger i en tynn tråd. Miljøorganisasjonene taper. Det samme gjør bønder, og kristne som kjemper mot ekteskap mellom homofile.

Også Sykepleierforbundet ser ut til å være en vinner. Eldreomsorgen ble igjen et sentralt tema i debatten. Her trykket NSF på alle de

GAMMEL VISDOM «Det finst to måtar å føre strid på», mente Machiavelli allerede for 500 år siden. «Den eine måten er med hjelp av lova, den andre med styrke. Men fordi den første metoden mange gonger ikkje strekk til, må ein gripe til den sistnemnde.»



riktige knappene. Riktignok var Legeforeningen en smule framme da Frp ennå mente at de ville kjempe for aktiv dødshjelp. Etterpå var det sykepleierne som dominerte. Budskapet om at bare økt kompetanse kan redde eldreomsorgen i framtiden, «solgte» godt i mediene.

Uten NSF ville også kampen om likelønn lidt en stille død. Her var presset enda større. Hvert parti ble grillt heftig og måtte stå til rette. Fy det partiet som ikke programfestet likelønnpotten for neste periode. NSF holdt saken varm under hele valgkampen og avsluttet med en frisk bartekampanje i sluttfasen i håp om å skåre det avgjørende poenget.

Men makt handler som kjent ikke bare om markering. Nå som valgkampen er over, har jeg en følelse av at spillet var bra, men resultatene usikre. Politikerne har invadert sykehjemmene og skrytt av sykepleierens innsats. Det vil bli bevilget mange nye milliarder til sykehjemsplasser i årene framover. Men kompetansespørsmålet henger like fullt i en tynn tråd.

Likelønnpotten, som så mange partiledere bekjente seg til før valget, ser uansett ut til å krasje mot muren av Arbeiderpartiet og LO. De vil gjerne gjøre noe for de lavtlønte, men ikke noe for sykepleierne spesielt.

Mens sykepleierne har kjørt tunge kampanjer, med bred folkelig oppslutning, er den hittil eneste profesjonsgruppe som har fått et lite tilsagn om kollektivt lønnsløft, nettopp legene. Det ga landets helseminister da han presenterte samordningsreformen før sommeren. Fastlegene skulle ikke behøve å bekymre seg økonomisk for reformen, sa han raust!

Og da Siri Hatlen, nytilsatt direktør i landets største sykehus, skulle legge kabalen og finne toppfolkene i sin stab, bedyret hun at alle profesjonene kunne gjøre krav på å bli representert ved maktens bord. Slik virker det ikke, mener hun i et intervju med Sykepleien. Pussig nok fant hun bare leger som var kompetente.

For mange kjennes dette litt tragisk. Sykepleierne fortjener bedre. Men kanskje har legene lest sin Machiavelli nøyere enn andre?

Barth Tholen

Sprøyter til fengselsinnsatte

Norsk Sykepleierforbund (NSF) støtter Helse- og omsorgsdepartementets forslag om utdeling av sterile sprøyter og kanyler til innsatte i norske fengsler som har behov for det, slik det kommer fram i «Rapport om smittevern i fengslene».

Men NSF er strengere enn høringsforlaget og foreslår at ordningen får en prøvetid på inntil tre år, ved et begrenset antall soningssteder.

– Det ønsker vi fordi man er usikker på omfanget av sprøytebruk i fengsel. Dessuten er det fornuftig å se i hvilken grad tiltaket blir brukt og sikre en god evaluering, sier Svein Roald Olsen, spesialrådgiver hos NSF.

– Vaksiner, fregatter, jagerfly – beredskap koster

650 millioner kroner til sammen koster de 9,4 millioner dosene pandemivaksiner Norge får i slutten av måneden. I tillegg kommer utgiftene forbundet med å sette vaksinen. Nå er det foreslått at befolkningen skal betale 50 kroner per dose.

Professor Jan Helge Solbakk har i flere aviser hevdet at det er bortkastede penger når man vet at denne epidemien vil ramme de aller færreste på noen måte som er mer alvorlig enn vanlig influensa.

Til det har avdelingsdirektør Preben Aavitsland stilt spørsmål om Solbakk vet noe som resten av Helse-Norge ikke vet.

– Det er umulig på forhånd å vite hvem som vil få en alvorlig sykdom og dø av denne sykdommen. Kostnadene er fort spart inn dersom vi forebygger noen sykehusinnleggelse, dødsfall og sykefravær, sier han til VG og skriver videre på sin Twitter-side: «0,65 milliarder til vaksine. 20 milliarder til fregatter. 60 milliarder til jagerfly. Beredskap koster».

Rus-nettverk kaller på deg

Norsk Sykepleierforbunds (NSF) landsgruppe av psykiatriske sykepleiere har i samarbeid med NSF's fagpolitiske avdeling laget et informasjonsnettverk for sykepleiere som jobber eller har interesse for rusfaglig arbeid.

Det består foreløpig av e-poster med aktuell informasjon fra rusfeltet i et sykepleierfaglig perspektiv, som sendes ut til de som har meldt seg på e-postlisten. Muligens utvikler det seg til noe mer etter hvert.

– Det har vi gjort for å styrke og samordne det faglige engasjement samt kompetansen blant sykepleierne, sier spesialrådgiver i NSF, Svein Roald Olsen (bildet). Foreløpig er 30 stykker med, men gruppen ønsker seg flere medlemmer. Interessert? Meld deg på til svein.roald.olsen@sykepleierforbundet.no



Hva skjer

Les mer om:

- 10 LAR under lupen >
- 12 Tredobling av sprøyterom-brukere >
- 14 Minoritetsmenn blir i sykepleien >
- 16 Hvor sikker er pandemi-vaksinen? >
- 18 Jordmødre må reagere raskt >
- 21 Ahus-direktøren går av >

sykepleien.no

> Følg rettsaken mellom NSF og tidligere generalsekretær Ellen Beccer Brandvold.



Hjelp til fattige kvinner



DELER Kvinner bruker lite penger på seg selv hvis de har penger.

18. oktober går årets store tv-aksjon av stabelen. I år går midlene til Care, en av verdens største hjelpeorganisasjoner. Gjennom mikrofinansgrupper skal hundretusener av kvinner få mulighet til å greie seg selv økonomisk.

Care har valgt bevisst å satse på kvinner fordi disse tradisjonelt blir rammet hardest av fattigdom. Men organisasjonen tror også at hjelp til kvinner er mest effektiv: 9 av 10 kroner som en kvinne får, bruker hun på familien i form av mat, klær, utdanning og hesle for seg og barna. Går hjelpen til menn, havner bare tre kroner hos familien.

Unio og NSF støtter tv-aksjonen.



Brandvold vs. NSF

10. september startet rettsaken mellom NSF's oppsagte generalsekretær Ellen Beccer Brandvold og Norsk Sykepleierforbund. Brandvold mener oppsigelsen av henne 18. november 2008 er usaklig og ugyldig. Der er innkalt 35 vitner til Oslo tingrett. Rettsaken er beregnet å vare sju dager. Når dommen vil falle, er ennå uklart.



HPV skal overvåkes nøye

Folkehelse ber helsepersonell om å melde alle bivirkninger etter vaksinasjon med HPV-vaksinen Gardasil. Dette skal gjøre i ett år fremover. Det er ikke bare meldingspliktige hendelser (alvorlige eller uventede) som skal meldes, men alle bivirkninger. Den utvidede rapporteringen skal gjøres for å få et så fullstendig bilde som mulig av bivirkninger som kan oppstå. En tilsvarende overvåking ble gjort i forbindelse med innføring av vaksine mot Haemophilus influenzae B-infeksjon (Hib-vaksine) i 1992-93, og vaksine mot pneumokokksykdom i 2006.

> For mer informasjon: www.fhi.no



INGEN TEGN TIL HYSTERI ETTER FOLKEHELSEINSTITUTTETS H1N1-ADVARSLER

Store sprik i mobbetall

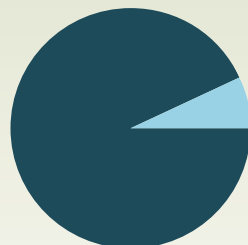
Forekomsten av mobbing i arbeidslivet varierer med opp til 10 prosent, avhengig av metoden som er brukt.

Det går fram av doktoravhandlingen til Morten Birkeland Nielsen ved Det psykologiske fakultet ved Universitetet i Bergen, hvor han har sett på om ulike måter å kartlegge mobbing.

Går du rett på sak og spør folk om de er blitt utsatt for mobbing, er det svært få arbeidstakere i Norge som svarer bekreftende. Bare 0,6 prosent sier at de blir utsatt for mobbing ukentlig. 4,6 prosent forteller at de en sjelden gang eller oftere utsettes for mobbing.

Skifter du metode, får du imidlertid et helt annet svar. Gir du folk en liste med mobbehandling som er definert av eksperter på mobbing, og ber folk å krysse av for hvilke handlinger de er blitt utsatt for, og andelen som er blitt utsatt for én handling eller mer ukentlig, stiger forekomsten til 14,3 prosent.

Infeksjoner etter kirurgiske inngrep



Infeksjoner avdekket før utskrivelse (13%)
Totalt antall infeksjoner

For mer informasjon om sykehusinfeksjoner: www.fhi.no

Nesten 6 prosent av alle opererte fikk en infeksjon i forbindelse med det kirurgiske inngrepet. I overkant av 13 prosent ble avdekket før utskrivelse.

Resultatene viser hvor viktig det er å følge opp pasienter etter utskrivelse. Sykehusene bør kommunisere resultatene tilbake til aktuelle kirurgiske enheter, slik at infeksjonsforebyggende tiltak kan evalueres og revideres, melder Folkehelsa.

Kilde: Folkehelsa

Standpunkt! meninger fra www.sykepleien.no

Hvordan HIV smitter- og hvordan det ikke smitter



God artikkel! (STV) Veldig fin og nyttig artikkel som virkelig setter fokus på det som er viktig når det gjelder HIV og stigmatisering!

▶ Hele innlegget finner du på: www.sykepleien.no_debatt

Tablettknusing i sykehjem

Takk for en viktig studie! Knusing av depot- og enterotabletter er en kjent problemstilling som her er blitt dokumentert. Selv om det i mange sammenhenger blir undervist og veiledet om temaet viser det seg at dette skjer. I tillegg er all emballasje merket i forhold til om hvorvidt tablettene kan knuses eller deles. Idé til tiltak: Anmerk inntaksregler på hver ordinasjonslinje i kardedix e.l.

▶ Hele innlegget finner du på: www.sykepleien.no_debatt

– Forskjellene vil øke

Med nye retningslinjer er målet at LAR-pasienter får det samme tilbudet uansett hvor i landet de behandles. Sykepleier og stipendiat Linn Gjersing tviler på at det kommer til å skje.

Tekst **Ann-Kristin Bloch Helmers** Arkivfoto **Bo Mathisen**

Høringsfristen for retningslinjene for legemiddelasistert rehabilitering (LAR) har gått ut, og Helsedirektoratet jobber nå med den endelige utformingen.

Linn Gjersing, sykepleier og stipendiat ved Senter for rus- og avhengighetsforskning, tror det blir vanskelig å oppfylle intensjonen om mindre forskjell i behandling og behandlingsresultat.

– Hvis ulikhetene mellom de LAR-sentrene skal bli mindre, må det tydeliggjøres hva slags behandling LAR skal tilby.

I dag tilbys 14 forskjellige behandlingsprogram for LAR-pasienter, ifølge Gjersing.

Høydosebehandling

Gjersing peker på at det er mange forskjellige måter å organisere denne type behandling på, men tre hovedkategorier:

- › abstinensorientert behandling med et medikament, der hovedformålet er at pasientene skal være medikamentfrie i løpet av en begrenset tidsperiode
- › skadereduksjon, der hovedformålet med behandlingen er å redusere skadevirkningene av opiatbruk. Denne behandlingen har ikke en tidsbegrensning og stiller som oftest få krav til pasienten.
- › rehabilitering, der en i tillegg til å gi et medikament fokuserer på bolig, arbeid, utdanning og lignende tiltak.

«Jeg deler gjerne makt med pasienten»

Fastlege Dagfinn Haarr

Det norske LAR hører til den siste kategorien og er beskrevet som en høyterskel-, høydose- og langtidsbehandling med rehabilitering som hovedfokus.

– Det er også viktig å vite at det innen de tre hovedkategoriene er store forskjeller, som dose,



Fakta

- › LAR, legemiddelasistert rehabilitering, er en substitusjonsbehandling ved opiatavhengighet.
- › Cirka 5000 pasienter er under LAR i dag. Med de nye retningslinjene er det ventet en økning.
- › Legemidlene som tilbys i dag er metadon og buprenorfin (Subutex).

medikamentvalg, tid i behandling og så videre, sier hun.

Systematiske forskjeller

Gjersing har kartlagt noen av forskjellene mellom behandlingsstedene, med bakgrunn i tall fra 2006, 2007 og 2008.

Det viser seg at det er systematiske forskjeller i forhold til hvor mange pasienter det er per ansatt, hvilke medikamenter som tilbys og hvilke kontrolltiltak som settes i verk overfor LAR-pasientene.

Det er også store forskjeller mellom sentrene når det gjelder rusbruk hos pasientene, hvordan den sosiale rehabiliteringen foregår, og hvor mange som faller ut av LAR.

– Det er en sammenheng mellom behandlingspraksis og resultater, sier Gjersing.

De som mener at LAR bør ha begrensninger på inntak til behandling, og som i tillegg mener at rusbruk i LAR skal være utskrivningsgrunn, har mer sosial rehabilitering hos pasientene og også

mindre rusbruk. Spørsmålet er om dette skyldes forskjell i inntakspraksis eller forsterkede intervensjoner. Det får vi ikke svar på med det data-materialet vi har per i dag.

Hun spør om det med bakgrunn i forskjellene mellom LAR-sentrene, er fornuftig med en felles modell, eller om det snarere er en indikasjon på at det er behov for en differensiert behandlingsmodell.

– Altfor autoritære

Også fastlege Dagfinn Haarr ved Kristiansand legesenter, som har vel 500 LAR-pasienter, er kritisk. Retningslinjene sier blant annet at urinprøver må bli tvungne for LAR-pasientene. Haarr mener det er lite vitenskapelig belegg for at dette er et tiltak som gir bedre behandlingsresultater, og mener urinprøver kun bør være et ledd i et frivillig opplegg.

– Retningslinjene er altfor autoritære, og osrer av bekymring for hvorvidt pasientene klarer å håndtere disse medikamentene. Min erfaring er at resultatene blir best der man kan finne felles mål sammen med pasienten, ikke ved å drive behandlingen gjennom et kontrollregime. Jeg deler gjerne makt med pasienten, sier Haarr. ■

Effektiv?



Skånsom?

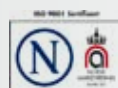


Effektiv eller skånsom håndhygiene? Nå slipper du å velge....

Med Dixin får du effektivt rene hender på en dokumentert mild måte. Håndsåpen gir en effektiv og skånsom vask, desinfeksjonsmiddelet tilfredsstillende krav i bl.a. EN 1500 og prEN12791, mens hudkremen trekker raskt inn i huden og bevarer fuktigheten. Dixin har luft- og bakterietette doseringsventiler og en praktisk, hygienisk design. For mer informasjon se: www.lilleborgprofesjonell.no



Alle tre er godkjente av
 Norges astma -og allergiforbund.



Dixin

- effektiv omsorg for hendene

Tredobling av brukere

I januar var det tre ganger så mange som brukte sprøyterommet i Oslo som ved forrige evaluering. Likevel tviler Arild Knutsen (bildet) på om det er godt nok til at det borgerlige byrådet vil fortsette driften.

tekst Eivor Hofstad foto Erik M Sundt

Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) har videreført evalueringen av sprøyterommet i Oslo. Konklusjonen kan ha betydning for hva som vil skje med videre drift av sprøyterommet fra januar neste år, når staten trekker sin del av finansieringen. Den har hittil vært 5 av 12 millioner kroner per år.

Evalueringen er ikke offentlig når dette skrives, men Sykepleien har fått den oversendt fra Oslo byråd, som nekter å kommentere rapporten før etter budsjettframleggelsen den 23. september.

lig oppfølging, samt trolig bedre sprøytehygiene.

– Jeg synes den nye evalueringen er god, jeg vil særlig trekke fram at forskerne har sluppet til brukernes synspunkter og gitt dem god plass, sier Arild Knutsen, leder i Foreningen for human narkotikapolitikk.

Her er et eksempel på det, uttalt av en anonym bruker:

– Når folk veit at du er en narkoman så har du det stempelet i panna – narkoman – og ferdig med det. Dette tror jeg er omtrent den eneste plas-

ned andre rusomsorgstiltak dersom sprøyterommet skal fortsette driften uten statlige midler. Kun Toril Berge fra Venstre svarte:

– Vi vil slåss for at tilbudet ved sprøyterommet skal fortsette. Vi ønsker å sikre en god rusomsorg, og det betyr at vi fra Venstres side heller ikke vil kutte i andre tilbud. Det er beklagelig at det statlige tilskuddet faller vekk, og at staten slik sett indirekte kutter i rusomsorgen i Oslo.

Arild Knutsen tror det er et åpent spørsmål om evalueringen vil føre til videre drift av sprøyterommet i Oslo:

– Jeg tror den vil ha litt å si for politisk behandling, særlig i kombinasjon med at vi nå har en permanent sprøyteromslov. Men staten lover ingen penger, det er derfor svært åpent. Hadde rusmiddeletaten drevet en mer fornuftig drift av sprøyterommet, ville den kostet flere ganger mindre per bruker, og da hadde nok ikke Oslopolitikkerne lurt en gang.

Han har tidligere kritisert rusmiddeletaten for å bruke for mye penger på lokalet etter flyttingen fra Tollbugata til Storgata. Husleien for de provisoriske brakkene på tomten som etaten kjøpte, ble satt til 4 176 000 kroner per år for 280 kvadratmeter.

– De kunne lett fått lokale på minst 2000 kvadratmeter, med god standard, til denne prisen, sier han.

Ingen overdosenedgang

Til tross for at det ennå ikke er registrert noen overdosedødsfall ved noen sprøyterom i verden, kan heller ikke den nye evalueringen vise at sprøyterommet i Oslo fører til nedgang i det totale antall overdoser eller overdosedødsfall.

– Europeisk forskning er helt klar på at sprøyterom både bedrer og redder liv. Grunnen til at sprøyterommet i Oslo ikke klarer å vise dette, er at det kun er åpent seks timer og har liten kapasitet. Brukerne får kun injisere heroin. Dette ekskluderer de vanskeligst stilte som trenger å blande heroin med tabletter for å få en betyde-

« Dette tror jeg er omtrent den eneste plassen man faktisk føler at man har et menneskeverd. »

Anonym bruker av sprøyterommet

Da vil byrådet også gi en anbefaling til bystyret når det fremmer en egen sak om sprøyterommet.

Den forrige evalueringen ble gjort etter to års drift i desember 2007, mens den nye er gjort etter ytterligere 19 måneders drift, og baserer seg på målinger gjort til og med januar i år. Den nye er atskillig mer positiv til fordel for sprøyterommet enn den forrige.

Økt verdighet

Forrige gang var det 409 registrerte brukere mens 383 faktisk hadde brukt tilbudet. Per januar i år var det 1 276 registrerte brukere hvorav 1 052 faktisk brukte sprøyterommet i de 19 foregående driftsmånedene. Og tallene fortsetter å øke. I dag får Sykepleien opplyst at sprøyterommet har 1 501 registrerte brukere.

Rapporten viser også at både ansatte og brukere er mer fornøyde og trives bedre. Dessuten har sprøyterommet bidratt til økt verdighet for målgruppa, økt mulighet for helse- og sosialfag-

sen som man faktisk føler at man har et menneskeverd altså, ikke blir sett ned på «der er det en narkoman», liksom. For det er det til og med på behandlingsplasser.

Usikker framtid

Lilleba Fauske, direktør i rusmiddeletaten, kan ikke love at den positive evalueringen vil få noen innvirkning på rusmiddeletatens innstilling til sprøyterommet, som har vært at med så begrensede midler er det bedre å legge ned tilbudet.

– Videre drift av sprøyterommet er både et politisk og budsjettmessig spørsmål. Byrådet/bystyre må fatte vedtak om drift etter at prøveperioden er over, og dersom det bestemmes at det skal drives videre, må det finnes budsjettmessig dekning for drift. Hvis etaten ikke får tilført midler til drift av sprøyterommet i 2010, må andre tiltak i etaten nedlegges, sier hun.

Sykepleien stilte alle partiene i bystyrets helse- og sosialkomité spørsmål om det er aktuelt å legge



ØNSKER ET BEDRE SPRØYTEROM: Arild Knutsen, leder i Foreningen for Human narkotikapolitikk, utenfor inngangen til sprøyterommet i Storgata 36b. Han ønsker det kunne hatt åpent lenger enn seks timer, større kapasitet og tillate injisering av ulike stoffer, ikke bare heroin.

lig potensering av effekten for en rimelig penge, kommenterer Knutsen.

Han synes det er synd at den samme feilen med å evaluere et utilstrekkelig tilbud gjentas i den nye evalueringen.

– Sprøyterommet er fortsatt meningsløst lite, med altfor få ansatte og en åpningstid så kort at det ikke går an å måle hvordan driften slår ut på verken rusmiljøet generelt eller det øvrige samfunn, sier han.

Lilleba Fauske svarer følgende på kritikken:

– Etaten har forholdt seg til de budsjettmidler vi har fått tildelt fra kommune og stat i forbindelse med forsøk med sprøyterom, samt forskriften som gir retningslinjer for hva som kan injiseres. Rusmiddeletaten har selv ment at forskriften var for

streng med hensyn til hva som kunne injiseres, og dette er også meddelt departementet i kommunens høringsuttalelse.

Uenige forfattere

Hilgunn Olsen og Astrid Skretting er de to som har utført begge evalueringene, men i den nye går det klart fram i forordet at de to er uenige:

«Forfatterne av rapporten har ulikt utgangspunkt for evalueringsoppdraget ved at den ene har en mer positiv grunnholdning til sprøyterom enn den andre», skriver de.

De to forfatterne håper det har ført til at flere elementer og nyanser er kommet med og at det har bidratt til mer balanserte fremstillinger enn det hver og en av dem kunne fått til alene.

– Forskerne er like subjektive som sist. Det synligste eksempel på det er Skrettings inderlige behov for å konstruere dilemmaer som følger den lokale straffriheten, sier Arild Knutsen.

–Hva tror du de to ulike grunnholdningene har hatt å si for evalueringen?

– Jeg synes ikke de burde brukt forskere med noe som helst grunnsyn om sprøyterom, men to objektive. De burde brukt nøytrale forskere fra et felt som ikke fra før er preget av ideologiske tankestengsler, sier Knutsen.

I rapporten kommer det også fram at de ansatte ved sprøyterommet føler seg motarbeidet av ledelsen i rusmiddeletaten. Verken de ansatte eller Lilleba Fauske vil kommentere påstanden ytterligere til Sykepleien. ■■■

NSF Oslo støtter sprøyterom

NORSK SYKEPLEIERFORBUNDS fylkeskontor i Oslo håper sprøyteromsordningen i Oslo vil fortsette.

– Vi har lest side opp og side ned med forskningsresultater som dokumenterer fordelene med sprøyterom som et

skadereduserende tiltak. Selv om ikke evalueringen dokumenterer nedgang i antall overdosedødsfall, vet vi at de som har satt overdose i sprøyterommet blir reddet. Hvis overdose var blitt satt når brukeren var alene, ville ved-

kommende dødd. Ansatte ved sprøyterommet sørger også for å gi mange nødvendig helse- og sosialfaglig hjelp, for eksempel veiledning i sprøyteteknikk og stell av sår, sier fylkesleder i Oslo, Eli Gunnhild By.



OSLO-LEDER: Eli Gunnhild By er fylkesleder i Oslo NSF.

Minoritetsmenn trives i sykepleien

Sykepleieryrket tilbyr menn med minoritetsbakgrunn mer likeverdige vilkår enn det ingeniøryrket gjør.

Tekst **Kari Anne Dolonen**

Norske mannlige sykepleiere forsvinner ut av yrket, mens mannlige sykepleiere med minoritetsbakgrunn blir værende, ifølge Hilde Karlsens studie. Hun er stipendiat ved senter for profesjonsstudier ved Høgskolen i Oslo (HiO). Studien inngår som en del av hennes doktorgrad.

Bedre vilkår

Karlsen tror det er flere grunner til at minoritetsmenn blir værende. Studien tyder blant annet på at sykepleieryrket tilbyr minoritetsmenn mer likeverdige vilkår enn for eksempel i ingeniøryr-

ket. De har bedre sjanser for å oppnå lederposisjoner i sykepleieryrket.

For norske mannlige sykepleiere er det lettere å finne bedre lønnede jobber utenfor yrket enn for minoritetsmennene.

– En annen grunn kan være at de velger å bli i sykepleieryrket rett og slett fordi de liker seg der, sier Karlsen til forskning.no.

Stiller likt med kvinner

Ifølge studien har minoritetsmenn og etnisk norske kvinner omtrent like stor sannsynlighet for å forbli i

sykepleieryrket. Hun sammenligner sykepleieryrket med ingeniøryrket.

– I ingeniøryrket ser vi det motsatte av i sykepleieryrket. Her tjener menn med minoritetsbakgrunn mindre enn etnisk norske menn, og har sjeldnere lederstillinger, sier Karlsen.

Dette er i tråd med tidligere forskning som viser at menn med minoritetsbakgrunn i naturvitenskapelige yrker oftere er overkvalifiserte enn menn med minoritetsbakgrunn som arbeider i helserelaterte yrker.

Tendensen er klar: sykepleieryrket ser ut til å tilby menn med minoritetsbakgrunn mer likeverdige vilkår enn det ingeniøryrket gjør.

Ganske naturlig

NSFs studentleder Bård Nylund er

ikke så overrasket av funnene.

– Minoritetsmenn har nok ekstra utfordringer med å få seg jobb. I helsevesenet er det mangel på sykepleiere. Det er kanskje lettere for dem å finne fast arbeid der, sier han.

Nylund tror norske menn oftere ser seg om etter andre muligheter for å gjøre karriere og kanskje tjene mer penger.

– Du er norsk mann og utdanner deg til sykepleie, kommer du til å skifte beite?

– Nå utdanner jeg meg for å bli sykepleier fordi jeg har lyst til å jobbe som det. Jeg er likevel ikke fremmed for tanken om en gang å finne på noe annet. Sykepleierutdanning er en god basisutdanning som kan lede til nye karrieremuligheter, sier han. ■

C Daivobet® LEO

Middel mot psoriasis.

T SALVE: 1 g inneh.: Calcipotriol 50 µg, betametasonpropionat tilsv. betametason 0,5 mg, flytende parafin, polyoksypropylen-15-stearyleter, α-tokoferol, hvit vaselin til 1 g. **Indikasjoner:** Behandling av stabil plaque psoriasis vulgaris egnet for lokal terapi. **Dosering:** Påsmøres det affiserte område 1 gang daglig. Den anbefalte behandlingsperiode er 4 uker. Etter denne periode kan gjentatt behandling med Daivobet initieres etterlegens anbefaling. Maks. daglig dose 15 gram, maks. ukentlig dose 100 gram. Behandlet område skal ikke være mer enn 30% av kroppens overflate. Anbefales ikke til barn eller ungdom <18 år. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Pga. innholdet av calcipotriol er preparatet kontraindisert hos pasienter med forstyrrelser i kalsiumstoffskiftet. Pga. av innholdet av kortikosteroid er preparatet kontraindisert ved viruslesjoner i huden (f.eks. herpes eller varicella), sopp- eller bakterieinfeksjoner i huden, infeksjoner forårsaket av parasitter, hudmanifestasjoner i forbindelse med tuberkulose eller syfilis, rosacea, perioral dermatitt, akne vulgaris, atrofisk hud, atrofisk striae, skjøthet av hudvener, iktyose, akne rosacea, hudsår/-skader, perianal og genital kløe. Ved guttat, erytrodermisk, eksfoliativ og pustulos psoriasis. Ved alvorlig nyreinsuffisiens eller alvorlig leversykdom. **Forsiktighetsregler:** Unngå applikasjon og utslittet overføring til hodebunn, ansikt, munn og øyne. Hendene må vaskes etter hver påsmøring. Samtidig behandling med andre steroider må unngås. Hemmet binyrebarkfunksjon eller innvirkning på den metabolske kontroll av diabetes mellitus kan forekomme pga. systemisk absorpsjon. Applikasjon på store områder av skadet hud, under okklusjon, på slimhinner eller i hudfolder bør unngås, da det øker det systemiske opptak av kortikosteroider. Huden i ansiktet og genitalia er svært følsom for kortikosteroider. Langtidsbehandling av disse kroppsdeler bør unngås. Disse områdene bør behandles med svakere steroider. Når lesjonene blir sekundærinfisert bør antimikrobiell behandling gis. Behandlingen med kortikosteroider bør stoppes om infeksjonen forverres. Når en behandler psoriasis med topiske kortikosteroider kan det være en risiko for utvikling av den pustulose form eller «rebound»-effekt ved seponering. Det er økt risiko for lokale og systemiske kortikosteroidbivirkninger ved langtidsbehandling. Behandlingen bør seponeres hvis bivirkninger oppstår som følge av lang tids bruk av kortikosteroider. Det er ingen erfaring med bruk av produktet i hodebunnen. Det er ingen erfaring med samtidig bruk av andre psoriasismedler gitt lokalt eller systemisk, eller samtidig bruk av fototerapi. **Graviditet/Amning:** Overgang i placenta: Det foreligger ingen data for bruk til gravide. Bør derfor kun brukes under graviditet der fordelene synes større enn risikoen. Overgang i morsmelk: Betametason går over, men risiko for barnet synes lite sannsynlig ved terapeutiske doser. Det foreligger ingen data på overgang av calcipotriol i melk. Forsiktighet bør utvises ved forskrivning til ammende. Skal ikke smøres på brystene ved amming. **Bivirkninger:** Hyppige (>1/100): Hud: Kløe, utslett, sviende følelse i huden. Mindre hyppige: Hud: Smarter i huden eller irritasjon, dermatitt, erytem, forverring av psoriasis, follikulitt, pigmentforandringer i huden på applikasjonsstedet. Sjeldne (<1/1000): Hud: Pustulos psoriasis. Calcipotriol: Rapporterte bivirkninger omfatter lokale reaksjoner, kløe, hudirritasjon, en sviende og stikkende følelse, tørr hud, erytem, utslett, dermatitt, eksem, forverring av psoriasis, fotosensitivitet og overfølsomhetsreaksjoner inkl. meget sjeldne tilfeller av angioødem og ansiktsødem. Systemiske effekter ved lokalbehandling kan i meget sjeldne tilfeller forårsake hyperkalsemi eller hyperkalsiuri. Betametason: Lokale reaksjoner kan inntre, særlig ved langvarig anvendelse, inkl. hudatrofi, teleangiectasi, striae, follikulitt, hypertrikose, perioral dermatitt, allergisk kontaktdermatitt, depigmentering og kolloid milia. Ved behandling av psoriasis er det en risiko for utvikling av den pustulose form. Systemeffekter ved lokalbehandling av kortikosteroider er sjelden hos voksne, men de kan være alvorlige. Adrenokortikal suppresjon, katarakt, infeksjoner og økt intraokulært trykk kan forekomme, særlig ved langtidsbehandling. Systemeffekter sees oftere ved okklusjonsbehandling (plast, hudfolder), ved påsmøring av store områder og ved langtidsbruk. Overdosering/Forgiftning: Symptomer: Bruk av mer enn anbefalt dose kan føre til forhøyet serumkalsium, som faller raskt når behandlingen seponeres. Overdreven langvarig bruk av topiske kortikosteroider kan hemme binyrebarkfunksjonen og gi sekundær adrenal insuffisiens, som normalt er reversibel. Behandling: Adrenal insuffisiens behandles symptomatisk. Ved kronisk toksisitet skal preparatet seponeres gradvis. Oppbevaring og holdbarhet: Åpnet tube må brukes innen 12 måneder. Pakninger og priser: 30 g kr 263,40, 60 g kr 448,70, 120 g kr 863,10

ATC-nr.: D05A X52

C Daivonex® LEO

Middel mot psoriasis.

T KREM: 1 g inneh.: Kalsipotriol 50 µg, makrogolcetostearyleter, cetostearylalkohol, klorallylheksaminklorid, dinatriummedetat, dinatriumfosfatdihydrat, glyserol, flytende parafin, hvit vaselin, rensert vann til 1 g. **Indikasjoner:** Plaque psoriasis. Dosering: Påsmøres tynt de affiserte hudområder 1-2 ganger daglig. I starten av behandlingen påsmøres kremen vanligvis 2 ganger daglig, deretter kan påsmøringen reduseres til én gang daglig etter behov. Vanlig behandlingstid er 6-8 uker, men pasienter kan behandles over lengre tid ved behov. Behandlingsfrie perioder er ikke nødvendig. Klinisk erfaring med behandlingstid ut over 1 år savnes. Maksimaldosering: Voksne: 100 g pr. uke. Kan kombineres med lokale kortikosteroider (f.eks. Daivonex om morgenen og steroid om kvelden). **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Hyperkalsemi. Samtidig bruk av legemidler som forhøyer serumkalsium. Forsiktighetsregler: Forsiktighet bør utvises ved bruk i hudfolder/intertriginøse områder. Begrenset erfaring ved behandling av barn. Bør ikke brukes i ansiktet pga. risiko for ansiktsdermatitt. Hendene vaskes etter påsmøring for å unngå overføring til ansiktet. Ved nedsatt nyrefunksjon bør serumkalsium kontrolleres før og etter behandling. **Graviditet/Amning:** Overgang i placenta: Sikkerheten ved bruk under graviditet er ikke klarlagt da erfaring fra mennesker er utilstrekkelig. Dyrestudier indikerer ikke reproduksjonstoksiske effekter. Preparatet bør unngås ved graviditet hvis ikke fordelene oppveier en mulig risiko. Overgang i morsmelk: Ukjent. Preparatet bør ikke brukes under amning. **Bivirkninger:** Hyppige (>1/100): Hud: Lett, forbigående irritasjon av behandlet hud. Lett, forbigående ansiktsdermatitt. Sjeldne (<1/1000): Metabolske: Hyperkalsemi. Oppløsning: Hos ca. 20% kan det forekomme irritasjon og hos ca. 10% rødhet av behandlet hud. Overdosering/Forgiftning: Bruk utover anbefalt dose kan forårsake forhøyet serumkalsiumnivå. Enkelttilfeller av hyperkalsemi er rapportert hos pasienter som har brukt salven i doseringen 200 g/uke eller mer. Kalsium normaliseres ved seponering. Se Gifinformasjonens anbefalinger D05A X02. Egenskaper: Klassifisering: Kalsipotriol er en vitamin D3 analog som bindes til den spesifikke reseptor for vitamin D3 (1,25 (OH)2D3) i bl.a. hudkeratinocytter. Kalsipotriol har liten effekt på kroppens kalsiumomsetning, ca. 1% av 1,25 (OH)2D3. Virkningsmekanisme: Topikal applikasjon inducerer celledifferensiering og inhiberer den økte proliferasjonen av keratinocytter, samt påvirker immunfunksjoner (cytokinpåvirkning). Det oppnås derved en reversering og normalisering av de abnorme keratinocytforandringer som sees ved psoriasis. Absorpsjon: Absorberes kun i liten grad gjennom huden. Metabolisme: Kalsipotriol metaboliseres hurtig til metabolitter med meget lav biologisk aktivitet. Pakninger og priser: Krem: 120 g kr 405,40.

ATC-nr.: D05A X02

Refusjonsberettiget bruk (Gjelder både Daivobet® og Daivonex®): Initial behandling av stabil psoriasis vulgaris egnet for lokal terapi.

Refusjonskode:	ICPC	Vilkår nr.	ICD	Vilkår nr.
	S91 Psoriasis	25	L40 Psoriasis	25

Vilkår 25:

Før et eksem anses å være langvarig i denne sammenheng, må den samlede varighet ha overskredet tre måneder. Sist endret: 21.04.2009



Daivobet® er et førstevalg ved behandling av psoriasis

Daivobet® er å foretrekke sammenlignet med Daivonex® krem fordi pasienter får effektiv behandling på halve tiden med bare en kvart mengde legemiddel til halvparten av prisen.

Derfor er **Daivobet®** et logisk førstevalg.



LEO Pharma AS eies hundre prosent av den uavhengige og private stiftelsen The LEO Foundation. LEO har ingen aksjonærer og betaler ikke utbytte til eksterne eiere. Alt overskudd fra vår virksomhet brukes til forskning og utvikling. Uavhengighet, effektivitet, stabilitet og ansvar er kjerneverdier for vår virksomhet. www.leo.no

Hvor sikker er pandemi

- › Produsenten er fritatt for erstatningsansvar.
- › Frykt for kvikksølv, skvalen og allergifremkallende stoffer.
- › Fase fire-studier først når vaksinen er i bruk.
- › Ikke testet på gravide.

Tekst **Eivor Hofstad**

Pandemivaksinen Pandemrix kommer i månedsskiftet september/oktober. Myndighetene håper flest mulig vil ta den. Men det er bare 16 prosent av oss som har tenkt å takke ja, ifølge analysebyrået InFact, da de spurte 1018 nordmenn i august. For noen er det frykten for hva vaksinen inneholder som avgjør valget. På diskusjonsfora på nettet blomstrer skepsisen.

Guillain-Barrés syndrom

De vanlige bivirkninger av vaksinen vil være de velkjente som ømhet og rødhet på stikkstedet, samt lettere influensasymptomer som hodepine

sinerte fikk GBS og 25 av dem døde, mens bare én døde av influensaen.

I Storbritannia ba Health Protection Agency (HPA) i et brev fra 29. juli leger være ekstra oppmerksomme på denne sykdommen når vaksineringsen starter i høst. I en presisering 15. august sier HPA at de ikke forventer å finne en link mellom vaksinen og GBS, men ønsker å overvåke enhver forbindelse mellom influensaviruset og syndromet.

– Tilfellene av GBS fra 1976 skyldtes antakelig forurensninger i eggene som vaksinen ble dyrket i. Man vet ikke hva GBS skyldes generelt, men

skummelt stoff man ikke vil ha i kroppen sin. At skvalen ble brukt i anthrax-vaksinen er en utbredt oppfatning som selv enkelte fagfolk oppfatter som fakta. Vaksinen ble brukt på amerikanske soldater under Gulf-krigen og førte til det såkalte Gulfkrig-syndromet med sykdommer som blant annet artritt, fibromyalgi, utslett, svimmelhet, hukommelsessvikt og anemi.

Men WHO tilbakeviste i 2006 at anthrax-vaksinen inneholdt skvalen. Helseorganisasjonen går god for sikkerheten til skvalen i andre vaksiner.

– Skvalen har vært brukt som adjuvans i sesonginfluensavaksinen Fluad som har vært gitt i mer enn 40 millioner doser i Europa. Samme vaksine har også en sikkerhetsdatabase med 10 000 pasienter fra kliniske forsøk. Det har ikke vært observert noe autoimmunn sykdom relatert til vaksinen. Det har det heller ikke for Pandemrix, som også har samme dose skvalen, forklarer Christian Syvertsen, biokjemiker og forsker hos Statens legemiddelverk.

Skummel kvikksølv?

Skeptikerne frykter også Thiomersal, en kvikksølvforbindelse som egentlig ikke brukes i norske vaksiner lenger. Allikevel står det på innholdsfortegnelsen til den kommende pandemivaksinen mot H1N1-viruset: 5 mikrogram thiomersal per dose. Hvorfor?

– Det er bare én grunn til det. Når man skal massevaksinere, må man bruke flerdosebeholdere. Thiomersal er det eneste konserveringsmiddelet man kan bruke som hindrer bakterievekst i et glass som er åpnet, sier Christian Syvertsen.

Verdens helseorganisasjon (WHO) krever konserveringsmidler i flerdosebeholdere.



THIOMERSAL: Hanne Nøkleby understreker at kvikksølv som er i pandemivaksinen ikke er skadelig som det som kan være i fisk.

«Friske bør ta den av hensyn til risikogrupper som gravide og kronikere.»

Christian Syvertsen

og muskelsmerter, hevder myndighetene. Hvis vaksinen er så trygg, hvorfor er produsenten GlaxoSmithKline (GSK) fritatt for erstatningsansvar?

Hanne Nøkleby, divisjonsdirektør ved Folkehelseinstituttet, mener det ikke er noe mystisk med det.

– Det ligger i den generelle beredskapsavtalen om vaksineleveranse i en pandemisituasjon. Da vi inngikk avtalen, visste vi ikke hvilket virus som var aktuelt, ikke om vaksineproduksjonen ville by på spesielle problemer, heller ikke om bildet angående sykdomsalvorlighet og slikt. Jo større usikkerhet det er rundt disse spørsmålene, jo mer nøler en produsent med å ta ansvar.

En av de mest fryktede bivirkningene er den autoimmune sykdommen Guillain-Barrés syndrom (GBS). I 1976 i USA forårsaket en hastevaksine mot svineinfluensa (med et annet virus) denne sykdommen. 500 av de 40 millioner vak-

virusinfeksjon ser ut til å trigge det. Man har spekulert på om skvalen kan ha noen årsak, men det er ikke funnet noen sammenheng der, sier Erik Hjelvin, medisinsk sjef i GSK.

GSK er ikke fritatt for erstatningsansvar i forbindelse med feil som skyldes produksjonen.

Ryktet om skvalen

Pandemivaksinen kommer i to beholdere. Den ene inneholder antigenet (viruset) den andre adjuvansen, et hjelpestoff som øker immunresponsen, slik at man i en pandemisk situasjon med begrenset tilgang til viruset, kan bruke mindre antigen.

Flere diskusjonsfora på nettet frykter adjuvansen. Den inneholder nemlig en olje i vann-emulsjon som kalles skvalen (squalene på engelsk). Det er en olje som til vaksinebruk utvinnes av hailever, og finnes blant annet også i olivenolje.

Vaksineskeptikerne hevder at skvalen er et

vaksinen?

– Thiomersal har vært brukt i vaksiner i over 70 år. Ingen vitenskapelige studier har funnet noen farlige bivirkninger av stoffet, legger han til.

– *Hvorfor er det da tatt vekk fra norske vaksiner til vanlig?*

– Det er etter press fra opinionen som frykter sammenheng mellom thiomersal og autisme eller andre hjerneskader.

– Du får ikke mer kvikksølv i deg ved å ta pandemivaksinen enn å spise litt røkelaks, påstår Erik Hjelvin i GSK.

Hanne Nøkleby forteller at fordi fisk med metylkvikksølv gir økt risiko for hjerneskade hos barn, har man også fryktet denne bivirkningen med thiomersal.

– Dette har ført til at man har undersøkt dette grundig, uten å finne tilsvarende risiko for thiomersal. Metylkvikksølv blir blant annet skilt ut mye langsommere enn thiomersal, sier hun.

Allergi gir vaksine-nei

Pandemrix er som vanlige sesonginfluensavaksiner dyrket i egg. Derfor skal personer som er svært allergiske mot egg og kyllingproteiner unngå å ta vaksinen. Det samme gjelder de som har hatt livstruende reaksjoner på følgende stoffer: ovalbumin (eggehviteprotein), formaldehyd (konserveringsmiddel), gentamicinsulfat (antibiotikum) og natriumdeokolat (konserveringsmiddel). De som har hatt allergisk reaksjon på thiomersal i vaksiner tidligere bør også unngå å ta vaksinen.

Mangelfull testing

Pandemivaksinen er en såkalt modellvaksine, det vil si at produsenten har laget og testet vaksinen med et annet virus (i dette tilfellet fugleinfluensaviruset H5N1). De kliniske forsøkene ble gjort på over 5 000 mennesker over 18 år og publisert i 2008. Vaksinen fikk så godkjennelse av europeiske legemiddelmyndigheter for raskt å kunne tilpasses en pandemisituasjon med et annet virus (i dette tilfellet H1N1).

– Med modellvaksine-systemet sparer vi to til tre måneder i tid, sier Christian Syvertsen.

Når Pandemrix kommer vil den først bli testet og godkjent for ulike grupper av European Medicines Agency (EMA) og Statens legemiddelverk. Deretter vil den tas i bruk i Norge samtidig

som fase fire-forsøk vil pågå med fortløpende registrering og rapportering gjennom blant annet SYSVAK-systemet.

– *Hva vil dere se etter da?*

– Da vil vi få bekreftet effekten, den er jo ikke kjent, sier Syvertsen.

– *Så dette er mest for å se på effekten, ikke bivirkninger?*

– Nei, vi vil også se på bivirkninger.

– *Kan det oppstå nye bivirkninger når et virus byttes med et annet i en ellers godkjent vaksine som i dette tilfellet?*

– Nei, det har man ikke tro på. Det har man gjort i mange tiår uten å se noe slikt.

– Dette gjøres hvert år med sesonginfluensavaksinen, og bivirkningene er generelt milde. Det kan imidlertid ikke utelukkes at det kan oppstå ukjente bivirkninger, sier direktøren i GSK, Åge Nærdal.

Ikke testet på gravide

Gravide er som kjent en spesielt utsatt gruppe for komplikasjoner ved influensa, men vaksinen er ikke testet på gravide. I USA er gravide blant de prioriterte gruppene som skal få pandemivaksine først, også gravide i første trimester. Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet og Statens legemiddelverk utarbeider en liste for hvilke grupper vaksinen skal gis til først i Norge.

– Prioriteringen vil være klar i rimelig tid til vaksinen kommer. Vi ønsker å få så mye erfaring som mulig før vi anbefaler noe. Vi vil se både på sykdomsspredning, komplikasjoner og hva andre land bestemmer seg for, sier Hanne Nøkleby.

EMA skriver i godkjenningen for Pandemrix at det mangler data på vaksiner som inneholder AS03-adjuvansen (GSK sin adjuvans med skvalen) hos gravide, og anbefaler helsepersonell å veie nytten mot de spesielle risikoene ved vaksinen hos gravide, og følge med på myndighetenes anbefalinger. Ved amming er vaksinen trygg.

– Vi har ikke gjort egne studier på gravide, men i de enkelttilfeller hvor deltakere i studien har blitt gravide, har vi fulgt dem opp spesielt uten å kunne vise noen påvirkning på fosteret, sier Erik Hjelvin i GSK.

Nøkleby påpeker at det ikke er noen risiko for fosteret i slutten av svangerskapet, men anser det som sannsynlig at de vil være litt forbeholdne med å anbefale vaksine for gravide i første trimester.

– *Er det spesielt skvalens eventuelle virkning på fosteret dere er usikre på?*

– Nei, men det er skvalen man har minst erfaring med, sier Nøkleby.

– *Hva skal helsesøstre svare de gravide som er usikre på om de skal ta vaksinen?*

– Gravide ser ut til å ha økt risiko for å få komplikasjoner. Anbefalingene for hvem som bør vaksineres vil ta hensyn til det og vi foreslår at helsesøstrene følger anbefalingene i sine råd til gravide. (Se mer side 18.)

Solidaritetsvaksinering

Christian Syvertsen synes det er synd at så få har bestemt seg for å ta vaksinen.

– Dette viruset smitter særlig unge, og vi har sett at de kan få dyp lungebetennelse og dø raskt. Vi kan ikke på forhånd si hvem som vil få komplikasjoner, sier han.

– *Men dette er i hovedsak en mild influensa. Mange vil vel heller gjennomgå den for å kunne bygge seg opp et bedre immunforsvar?*

– Jeg synes allikevel Dessuten trenger vi å opprettholde samfunnsfunksjoner. Pandemien vil komme i bølger og viruset kan plutselig endre seg og bli mer aggressivt.

– *Men de som har hatt svineinfluensa trenger vel ikke å vaksinere seg?*

– Hvis du er sikker på at du har hatt svineinfluensa vil du være immun i en periode. De fleste vil ikke vite dette sikkert og bør vaksinere seg, er rådet fra Syvertsen i Legemiddelverket. ■■■

Følg saken på
www.sykepleien.no

› Vil du være oppdatert på pandemien? Følg med på sykepleiens nettside sykepleien.no



Jordmødre må reagere raskt

Helsepersonell som følger opp gravide må bli flinkere til å reagere med én gang den gravide får influensa, skriver Lancet. De gravide skal ha Tamiflu når de blir syke og Relenza når de er utsatt for smitte.

Tekst **Eivor Hofstad** Foto **Marit Fonn**

Har du så nær kontakt med kollegaen at det ligner et samboerskap, bør det gis forebyggende behandling.

Overlege Sigurd Hortemo, Legemiddelverket

Gravide er alltid en risikogruppe for komplikasjoner ved influensa, men ved den pågående svineinfluensaen ser de gravide ut til å være særlig utsatt.

Nylig publiserte Lancet en artikkel om de amerikanske erfaringene fra de to første månedene av svineinfluensaen. I den første måneden var 34 av 5469 tilfeller hos gravide. De fleste av disse hadde ingen helseproblemer fra før. 11 av de 34 krevde sykehusinnleggelse, det vil si en firedobling i forhold til den generelle populasjonen. Bare halvparten fikk antiviral behandling, men kun åtte (24 prosent) fikk den etter boken – mindre enn 48 timer etter symptomstart.

Døde fikk for sein behandling

I løpet av de to første månedene var det seks av 46 dødsfall hos gravide. Fire av de seks skjedde i tredje trimester, og tre hadde ingen tilleggssykdom. Alle de seks fikk antiviral behandling for seint, seks til 15 dager etter symptomstart.

– Disse tallene maler et bekymringsfullt bilde av klinikerens reaksjonstid. Helsepersonell der ute må innse at influensa hos gravide ikke er trivielt, sier lege Deborah Money i en nyhetssak på Lancets nettsider. Hun er president i the Infectious Diseases Society for Obstetrics and Gynecology i Canada.

To midler til hver sitt bruk

De to antivirale midlene som finnes mot influensa er oseltamivir (Tamiflu) og zanamivir (Relenza). Ingen av midlene er i utgangspunktet anbefalt til gravide ettersom dokumentasjon mangler. Men europeiske legemiddelmyndigheter (EMA) har åpnet for bruk av begge midler til gravide ved en influensapandemi, og regner med at risikoen for fosterpåvirkning og fødselskom-

plikasjon av influensaen er større enn risikoen for at de antivirale midlene skal påvirke fosteret.

I Norge er rådet at influensasyke gravide umiddelbart skal få tilbud om behandling av Tamiflu. Gravide som har vært utsatt for smitte fra personer de har nær kontakt med, skal få tilbud om forebyggende behandling med Relenza. Nylig ble det hentet ut 6 000 doser fra berdeskapslageret for å sørge for dette.

Relenza virker lokalt og kan derfor teoretisk sett ha mindre påvirkning av fosteret. Det har ikke har vært påvist uheldige påvirkninger av fosteret i de tilfellene der antivirale midler har vært brukt hos gravide, etter at middelet kom på markedet for cirka ti år siden, ifølge overlege Sigurd Hortemo i Legemiddelverket.

Ingen forskrivingsrett til jordmødre

– Er det aktuelt å gi jordmødre forskrivingsrett til antivirale midler under den pågående svineinfluensaepidemien?

– Foreløpig er ikke dette aktuelt, men myndighetene vurderer fortløpende om ekstraordinære tiltak er nødvendig, sier Hortemo

– Ikke alle gravide får beskjed om at de er i risikogruppen for å utvikle komplikasjoner hvis de skulle få influensa. Bør ikke helsepersonellet som utfører svangerskapskontrollene opplyse dem om det?

– Det er alltid en avveining hvor mye man skal informere om uten å skape uro og utrygghet. Men gravide bør få vite at de er i en risikogruppe og raskt må ta kontakt med lege hvis de mistenker influensa.

– Skal forbyggende behandling gis til gravide som har en kollega med svineinfluensa?

– Det blir en skjønnsavveining. Har du så nær kontakt med kollegaen at det ligner et samboerskap, bør det gis forebyggende behandling, sier Hortemo.

Kan tas flere ganger

Fra produsenten av Relenza, får vi vite at det ikke er noe i veien for at gravide kan ta Relenza flere ganger dersom de skulle bli utsatt for smitte gjentatte ganger.

– Vanlig anbefalt dose er 10 mg én gang daglig i ti dager, men medisinen har også indikasjon for bruk 28 dager sammenhengende, slik at det ikke er noe grunnlag for å anbefale noe minimums tidsintervall mellom behandlingsperiodene, sier Erik Hjelvin, medisinsk ansvarlig hos GlaxoSmithKline. ■■■

NYHET!

Laktosefri melk og fløte med den samme gode smaken.



ZERO
LACTOSE™
by Valio
Expertise in Technology

Zero Laktose™
teknologi og
varemerke er
lisensiert fra
Valio Ltd

TINE lanserer laktosefrie produkter: TINE Laktosefri Lettmelk og TINE Laktosefri Matfløte. Dette er helt laktosefrie produkter med den samme gode smaken som vanlig lettmelk og matfløte. Selv om du har laktoseintoleranse har du mulighet til å bruke disse meieriproduktene. TINEs laktosefrie produkter finner du på Meny, Ultra, ICA Super og ICA Maxi, Coop Prix, Coop Obs og Coop Mega samt utvalgte Kiwi, Rema 1000, Spar, Joker, Coop Marked og Coop Extra-butikker. Les mer på tine.no/laktoseintoleranse



29-sep Nøtterøy	28-okt Grimstad
30-sep Fredrikstad	29-okt Risør
01-okt Askim	30-okt Larvik
02-okt Kongsvinger	01-nov Jessheim
04-okt Elverum	08-nov Florø
05-okt Røros	09-nov Nordfjordeid
06-okt Otta	10-nov Ålesund
07-okt Lillehammer	11-nov Molde
08-okt Fagernes	12-nov Oppdal
09-okt Gjøvik	13-nov Tynset
11-okt Ål	15-nov Melhus
12-okt Vikersund	16-nov Stjørdal
13-okt Drammen	17-nov Steinkjer
14-okt Sandefjord	18-nov Namsos
15-okt Horten	19-nov Kolvereid
16-okt Seljord	22-nov Bodø
18-okt Skien	24-nov Svolvær
20-okt Stord	26-nov Harstad
21-okt Akksdal	27-nov Narvik
22-okt Sandnes	28-nov Tromsø
23-okt Bømlo	30-nov Alta
25-okt Lyngdal	01-des Hammerfest
26-okt Kristiansand	02-des Lakselv
27-okt Arendal	04-des Vadsø

HENRIK

IBSEN

Med: Ulrikke Hansen Døvingen, Glenn André Kaada, Trond Høvik, Turid Gunnes, Håkon Ramstad og Sara Baban.

Regi: Anne-Karen Hytten. Scenografi/kostymedesign: Milja Salovaara. Musikk: Jon Christensen. Lysdesign: Morten Reinan. Lyddesign: Ola Erik Blæsterdalen

Et dukkehjem

Verdens mest spilte Ibsen-klassiker

Kr 100,- rabatt på hver billett for grupper på 5 eller flere.

Mer informasjon på www.riksteatret.no

– Det handler om makt

– Dette handler ikke om Erik K. Normanns lederstil (bildet), men om makt i sykehus, sier direktør i Divisjon for sykepleie, Janne Sonerud.

Tekst Kari Anne Dolonen Arkivfoto Lars-Erik Vollebæk



Torsdag 10. september trakk Erik K. Normann seg som direktør ved Akershus universitetssykehus (Ahus). Normann får 1,5 millioner kroner i sluttpakke, og granskningsrapporten om hans lederstil, som skulle legges frem 24. september, legges på hyllen. Ikke alle er fornøyd med det.

Glade leger

Legene er fornøyd med Normanns avgjørelse. I medieoppslag har det stormet rundt direktøren og mange i ledende posisjoner har sagt opp jobbene sine. Begrunnelsene har vært Normanns lederstil. I Aftenposten 11. september uttalte legenes tillitsvalgte, Odd Grenager, at kjernen i konflikten skyldes at sykepleierne har fått flere fullmakter som følge av ny organisering.

– Det har vært vanskelig fordi legene fortsatt sitter med det medisinske faglige ansvaret, men er blitt fratatt råderett over nødvendige ressurser.

Svart på hvitt

Direktør i Divisjon for sykepleie, Janne Sonerud, har også lest Aftenposten og Grenagers uttalelser.

– Jeg synes det er fint at dette er kommet svart på hvitt. Dette har lenge vært en skjult sak. Nå kan vi i det minste diskutere det det egentlig handler om: hvordan maktstrukturene på sykehuset er. Saken har aldri handlet om Normanns lederstil, sier hun.

Uendret rolle

Divisjonen Sonerud leder, spiller hovedrollen i saken.

– Hvorfor er legene så frustrerte over Divisjon for sykepleie?

– Tradisjonelt er sykehus organisert etter spesialiteter og gren-spesialiteter. Forutsetningene som er lagt til grunn for det nye sykehuset er standardisering og fleksibilitet. Dette innebærer at helsepersonellet skal komme til pasienten og at ikke pasientene skal forflyttes i sykehuset etter hvordan helsepersonell er organisert. Det betyr også at Divisjon for sykepleie er organisert med utgangspunkt i pasienten, sier hun.

Etableringen av divisjonen har ikke medført endring i opprinnelig ansvarsforhold knyttet til pasientene. Legene har fortsatt det fulle og

hele behandlingsansvaret for pasienten.

– Legenes rolle knyttet til faglig vurdering, diagnostikk og behandling er helt uendret, sier Sonerud.

Fleksible senger

Sengene i sykehuset skal benyttes fleksibelt og det er den medisinske ansvarlige som har ansvar for hvor pasienten plasseres i forhold til fagområde.

– Tidligere var korridorpatienter vanlig, men med denne fleksible bruken av senger får pasienter en ledig seng istedenfor å ligge i en korridor. Tanken er at pasientens behov kommer først. At det byr på utfordringer for legene, skjønner vi. Legene får flere arbeidsstasjoner med en slik organisering. Legene vil helst ha alle sine pasienter på ett sted. Det som gagnar legene, går ut over pasientene, sier hun.

– Handler denne saken om korridorpatienter?

– Det kan være ett av punktene. Men i all hovedsak dreier nok dette seg om sengekapasitet og behov for fagspesifikke senger. Jeg er uenig med

– Hva skjer med Divisjon sykepleien nå når Normann har gått?

Divisjon for sykepleie er vedtatt av styret, og ledergruppen i foretaket styrer etter det. Dette mener jeg er viktig. Ikke minst for å kunne ivareta helheten i pasientforløpet. Utvikling av sykepleiefaget settes i fokus, samt at det gir en god utnyttelse av tilgjengelige ressurser, sier hun.

En ting er hun helt sikker på:

– Vi løser ingen av utfordringene til sykehuset, verken økonomiske eller kapasitetsmessige, ved å gå tilbake til gammel organisasjonsmodell. Implementering av nye organiseringsmodeller tar ofte tre til fem år før de fungerer etter planen. Selvsagt må man justere underveis. Det må være en kontinuerlig prosess, sier hun.

Støtte blant sykepleieledere

Sonerud opplevde mange triste kollegaer dagen etter avgangen ble kjent.

– Majoriteten av sykepleieledere synes det er trist at Normann trakk seg. Han ble satt pris på av

« Legene vil helst ha alle sine pasienter på ett sted. Det som gagnar legene, går ut over pasientene » Janne Sonerud

Grenager som sier sykepleierne har fått flere fullmakter og at de ikke styrer over nødvendige ressurser. Uansett hvordan vi organiserer oss, får vi verken flere ansatte, eller flere senger. Vår oppgave er å sørge for at de ressursene vi har forvaltes til det beste for pasienten. Vi legger spesielt fokus på kompetanse, sier Sonerud.

Gammelt er ikke bra

Divisjon for sykepleie skal gjennom en evaluering i løpet av høsten. Sonerud er spent på hvordan det blir.

– Noen av forutsetningene som lå til grunn da divisjonen ble startet, er fremdeles ikke på plass. Vi har drevet i ett år og er klar over de områdene som ikke fungerer så godt. Det har vi tenkt å endre uansett, sier hun.

mange medarbeidere. At Normann gikk, gagnar verken sykehuset eller pasientene, sier hun.

Granskningsstopp

En rekke personer i lederposisjoner har trukket seg fra sine stillinger etter at Erik K. Normann ble direktør ved sykehuset i 2005. Ifølge Ukeavisen Ledelse oppgir 10 av 18 tidligere ledere Normann som direkte årsak til at de sluttet. Ifølge VG avbrytes trolig granskningen etter at Normanns trakk seg. Prosess Parteners granskningsrapport skulle legges frem 24. september. De 10 informantene er ifølge VG ikke fornøyd. De mener rapporten også omhandler styret og styreleder Peder Olsen.

– Om rapporten blir lagt frem eller ikke, vet vi ikke noe om, sier Sonerud. ■■■

Får ikke lønn for strevet

Sykepleiere som tar videreutdanning får sjelden gevinst i form av høyere lønn, viser en ny Fafo-rapport.

Tekst **Kari Anne Dolonen**

Fafo har gjort undersøkelsen på oppdrag fra NSF.

I rapporten viser det seg at sykepleiere er glad i å videreutdanne seg. Over 60 prosent av sykepleierne i undersøkelsen hadde spesial- eller videreutdanning. Over 20 prosent hadde mer enn en videreutdanning.

Høy lønn er viktig

Seks av ti sykepleiere svarte at lønn har «betydning» eller «stor betydning» for jobbtilfredshet. En sykepleier med en videreutdanning vil totalt ha rundt fem års høyere utdanning. Likevel svarer 37 prosent av sykepleierne i kommunene at de ikke har fått endring i lønn eller stilling. I helseforetakene svarer 23 prosent det samme.

I kommunene har flest sykepleiere tatt videreutdanning innen ledelse, tett etterfulgt av sykepleiere med helsesøsterutdanning og psykiatriutdanning.

I helseforetakene er klinisk spesialist i sykepleie den største gruppen, fulgt av intensiv og psykiatri.

Stort behov

Andelen sykepleiere med spesialutdanning er høyest blant de eldre

sykepleierne. Ifølge Fafos analyse, tyder det på at behovet er stort for å videreutdanne yngre. Ellers klarer man ikke å erstatte den kompetansen som forsvinner ut av institusjonene ved pensjon og lignende.

Flere funn

› Omtrent halvparten av sykepleiere med spesial-/videreutdanning fikk endret arbeidsoppgaver etter fullført utdanning. Det er imidlertid store forskjeller mellom kommuner og helseforetak.

› 33 prosent av kommuneansatte sykepleiere som har en spesial-/videreutdanning går i vanlig sykepleiestilling. For sykepleiere i helseforetak er tallet 18 prosent.

› Sykepleiere med videreutdanning jobber oftere fulltid.

› Jo eldre sykepleiere er, jo større er sannsynligheten for at de har spesial-/videreutdanning. ■■■

Fikk du stillingsendring eller lønnsøkning etter at du fullførte den siste spesial-/videreutdanningen?

	Kommune	Helseforetak
Ja, endret stilling	6,8	4,7
Ja, økt lønn	25,2	33,2
Ja, både stillingsendring og økt lønn	27,3	36,7
Nei, verken stillingsendring eller høyere lønn	36,7	22,5
Ikke sikker / ubesvart	4,0	2,8
TOTAL	100,0	100,0
N	278	316

Note: Tabellen er statistisk signifikant på 0,05nivå (kjkvadrat-test).

Inspirert av naturen.

Med spesielt utformede massasjeputer etterligner den manuelle brystpumpen babyens egen suging så effektivt at den kan pumpe ut mer melk enn det som er tilfellet for elektriske pumper som brukes på sykehus*. Våre pumper er en del av Philips AVENT brystpleieserie. Bruk av Philips AVENT gjør det enklere for mødre å amme lengre – enkelt og effektivt. www.philips.com/AVENT



PHILIPS
AVENT
sense and simplicity

* Basert på en klinisk test hvor man sammenlignet pumping (per bryst) med Philips AVENT manuell brystpumpe og Egnell Ameda Elite elektrisk brystpumpe.

Lona Gamst

Alder: 45 år

Aktuell som: Anestesisykepleier og etablerer av

Villa livsglede – et privat bo- og omsorgstilbud for eldre

BAKGRUNN:

For to år siden sa Lona Gamst opp jobben på akutten på Bærum-sykehuset i protest. Hennes leserbrev «Unnskyld at jeg banner» ble trykket i flere aviser over hele landet. Nå åpner hun et eldretilbud i et herskaps hus med badebasseng på Ringerike i Buskerud. Sammen med Trude Jensen, også sykepleier, vil hun vise politikerne hvordan eldreomsorgen bør være.

Fra akutten til eldre-villa

Du er mest kjent som hun som sa opp. Får du høre det ofte?

– Ikke så veldig. Mest når jeg er i sykehusmiljø.

Hva var det egentlig du protesterte mot?

– Nedskjæringer og dårlig bemanning. Og lite fokus på fag.

Du har begynt å jobbe igjen. Med hva?

– Jeg har undervist, laget seminarer. Så tok jeg ekstravakter på et sykehjem. Der ble jeg headhunted til et vikariat som avdelingsleder.

Hvorfor har du skiftet fra akutten til sykehjem?

– En tilfeldighet, måtte ha noe å gjøre. Fint å lære noe nytt. Ville hvile litt fra sykehusverdenen. Rett og slett.

Hvorfor åpne en villa for eldre?

– Ren idealisme. Jeg vil gi et bedre tilbud til eldre enn det som eksisterer. Og synliggjøre hvor viktig sykepleierne er i eldreomsorgen.

Hvordan ble ideen født?

– Jeg traff Trude på sykehjemmet. Vi ser det samme og er interessert i å gjøre en god jobb. Vi kritiserer ikke andre sykehjem, men vi vil vise at vi kan gjøre noe nytt og kreativt. Vi er stolte av at det er sykepleiere som drar i gang.

Et sted for minstepensjonister?

– På sikt håper vi det. De kan få råd til innskudd ved å bytte bolig.

Hva koster det?

– Alle må kjøpe seg inn med 1-2 millioner. I dette området er markedsprisen sånn. Et hus i Sogn ville koste mindre.

Planer om å ekspandere?

– Vi har allerede flere hus på hånden.

I Sogn?

– Sør- og Østlandet. Håper andre sykepleiere vil kopiere oss. Da hjelper vi dem gjerne i gang.



Noe leier bare sine hus. Fare for klasse-skiller?

– Jeg er ikke redd for det. Jeg håper på en modell der det offentlige kan fange opp dem som ikke har råd. Dette skal ikke bare være for de rike. Men inngangsbilletten er sånn, vi er nødt til det. Men mange har råd til å betale 1,5 mill. Veldig mange pårørende har ringt oss.

Er du for en privatisert eldreomsorg?

– Æhh, har ikke tenkt den tanken. Vil bare gi et bedre og annerledes tilbud, privat eller ikke. Hvis vi får penger fra staten, så kan vi drifte.

Skal du ansette haugevis med sykepleiere?

– En god del, ja. Sju i det første huset.

Får du fatt i dem?

– Evig nok søkere allerede. De har ringt etter oppslaget i Dagbladet.

Hvilke politikere er du mest irritert på?

– I valgkampen ble jeg litt skuffet over at det ikke skjer mer i eldreomsorgen. Det er raskummelt og uverdigg med så mange ufaglærte. Og det er uverdigg å la utenlandske sykepleiere som snakker dårlig norsk tro at de kan gjøre en god jobb. Selv om de er flinke ellers, kan de ikke det.

Kan pasientene bli litt ensomme der oppe i åsen?

– Nei, nei, nei. De søker trygghet. Mange sitter hjemme i utgangspunktet. Man kan være ensom på et sykehjem med 23 andre pasienter også.

Må det være badebasseng på de andre husene også?

– Veldig gjerne. Hvis ikke har vi jo bil til å kjøre pasientene i.

Ellers noe?

– Fint om sykepleierne ser på nettsiden vår: villalivsglede.no

Tekst Marit Fonn Foto Erik M. Sundt

Tema: Vold mot barn

27 Vold i Norge ›

28 Tilbyr et sted for barna ›

32 «Sykepleierne er flinke observatører» ›



BARNEHUS Det fins nå seks barnehus i Norge. På Hamar er det en jordmor som utfører de medisinske undersøkelsene.

Hver dag blir barn i Norge utsatt for krenkelser. Helsepersonell har et særlig ansvar for å melde fra ved mistanke.

Men det er enklest å la mistanken ligge. Sakene med vold og omsorgssvikt er ofte komplekse.

Det er råd å få. For eksempel fra landets seks barnehus, som er til for å hjelpe voldsutsatte barn.

Tekst og foto **Marit Fonn**

Sykepleiere svikter me

MELDE? Er det grunn til å tro at et barn som dette er utsatt for vold eller omsorgssvikt? Sykepleiernes hellige taushetsplikt må vike for meldeplikten til barnevernet. (Bildet er arrangert.)

Iddeplikten →



KAN HJELPES: Det kan gå bra med barn som har blitt utsatt for overgrep – bare de får god oppfølging.

«Helsesøstre jobber mye alene. De mangler kunnskap og mot.

Astrid Grydeland Ersvik

Sykepleiere skal melde fra når de har grunn til å tro at barn er utsatt for vold og omsorgssvikt. Men mange svikter opplysningsplikten sin.

det en sykepleier får en begrunnet mistanke om at et barn er utsatt for vold og krenkelser, opphører taushetsplikten. Da er det opplysningsplikten som gjelder.

Av ulike grunner vegrer sykepleiere seg for å melde fra til barnevern eller politi. De er avhengig av et tillitsfullt forhold til pasienter og pårørende. De vil heller hjelpe enn angi.

Barnevern og politi melder mest

Ifølge Statistisk sentralbyrå (SSB) er det nær familie som oftest melder fra til barnevernet om voldsutsatte barn. Barnevernet selv, politiet og skolen melder også ofte. Meldinger fra helsestasjoner og sykehus kommer sjeldnere. Barnevernet hadde 27 850 undersøkelsessaker i 2008.

6 512 av disse sakene dreide seg om omsorgssvikt og mishandling. 399 av meldingene kom fra helsestasjon eller skolehelsetjeneste. 356 fra lege/sykehus.

Politiet meldte 787 saker, barnevernet meldte 989 og familiene selv meldte 776.

Jobber alene

Tallene er litt misvisende, mener faggrupeleder for helsesøstre, Astrid Grydeland Ersvik.

- Helsesøstre motiverer gjerne foreldre til å melde selv.
- Men melder helsesøstre for lite?
- Utvilsomt.
- Hvorfor?

– Dette er komplekse saker. Helsesøstre jobber mye alene. De mangler støtte, kunnskap og mot. At meldingene ikke følges opp, gjør også at man kan la være å melde en annen gang.

I små kommuner arbeider helsesøstre uten nære kolleger. Ofte kjenner de familiene også privat. Terskelen for å melde kan bli temmelig høy. Faggrupelederen mener at interkommunalt samarbeid kan demme opp for dette. Også arbeidsgiverne har et ansvar for å styrke kompetansen til helsepersonell.

Nettsider med hat

Men Ersvik anmoder helsesøstre om å bli modigere.

– Husk at du er barnets talsperson. Bli tøffere til å melde, men spill mest mulig på lag med foreldrene.

– Mange er skeptisk til barnevernet? Å melde kan gjøre vondt verre?

– Barnevernets jobb er å hjelpe. Det er en sentral samarbeidspartner for helsesøstre. Det hender at barnevernet godtar dårligere omsorg enn det vi ville gjort.

Helse- og sosialarbeidere som har vært involvert i barnevernsaker kan få navnene sine på nettet. Selv står Ersvik på en slik liste.

– Der står du i mange år. Det oppleves ugreit. Det er hatefulle nettsider. Men alle saker om sviktede barn er ubehagelige. Det er ikke til å komme fra.

Tenker for mye på foreldrene

Faggrupeleder for barnesykepleierne André Grundevig mener at heller ikke sykehusene er ivrig til å melde.

– Men min erfaring er at vold og omsorgssvikt ofte diskuteres på barneavdelingene, både av leger, sykepleiere og hjelpepleiere. Spørsmålet er da: Tør vi å overse dette? Det er jo ikke familievern vi driver med, det er ungene vi skal verne.

Vegringen er likevel velkjent.

– Personalet tenker: «Hva hvis foreldrene kommer i fengsel? Hva da med ungen?» Så glemmer de hva barnet kanskje går oppi hver dag.

Som regel er det legene som formelt melder.

– Hvis en sak meldes til politiet, kommer det gjerne medisinske spørsmål som legen må besvare. Men ingen har sagt at det er de som skal, det er bare blitt en form for kultur.

– Hva hvis legen ikke vil melde og sykepleieren er uenig?

– Da ville jeg ringt til politiet eller barnevernet og sagt at her er det forskjellig syn, men jeg har ikke samvittighet til å overse dette. Ingen kan ta deg på det. Det er din plikt å si fra, understreker Grundevig.

Christoffer-saken

Fagdirektør Trygve Aass på Sykehuset i Vestfold er mer skeptisk til at sykepleierne går solo.

Melderutinene har blitt tema etter den kjente saken om Christoffer Gjerstad. Gutten døde etter å ha blitt mishandlet av sin stefar. Mange visste, men ingen meldte. Christoffer var blant

annet pasient ved Sykehuset i Vestfold.

– I ettertid erkjenner vi at vi gikk glipp av noe vi burde ha sett, sier Aass.

Han påpeker at gutten bare var hos dem én gang. Christoffer hadde bloduttredelser i ansiktet.

– Han ble ikke innlagt på grunn av skade. Bloduttredelsene ble oppfattet å ha andre årsaker enn mishandling.

Biologisk far krever oppreisning fra sykehuset. Sykehuset mener det ikke er rettslig grunnlag for det. Aass sier at de interne rutinene ikke er blitt endret etter den saken.

– Vi har rutiner for at barneavdelingene skriver i pasientjournal om det sendes melding om omsorgssvikt.

Han presiserer at det er viktig å få med i journalen at avdelingen har diskutert mistanke om mishandling, selv om saken ikke meldes.

– Det viktigste er at vi hele tiden tenker på muligheten for mishandling, sier Aas.

– Meldes det for lite?

– Statistikken tyder på det, sier Aas.

På Vestfold-sykehuset er det sosionomer som utformer meldingene, i samarbeid med leger og sykepleiere.

– Hva hvis en lege ikke vil melde, mens en sykepleier er uenig? Bør sykepleieren melde på egen hånd?

– Det skal opp i avdelingen. Omsorgssvikt er et tverrfaglig tema stadig vekk. Hvis noen føler de ikke blir hørt ...? Nei, jeg tror det er lett å bli hørt på en barneavdeling, fastholder fagdirektør og lege Trygve Aas.



KOMPLEKST:

Ofte er sakene sammensatte. Helsesøster anmoder gjerne foreldre om å melde selv, sier faggrupeleder Astrid Grydeland Ersvik.



Plikten til å melde

› Sykepleiere har opplysningsplikt til barnevernet når det er grunn til å tro at et barn er mishandlet i hjemmet eller utsatt for andre former for omsorgssvikt, eller når et barn viser alvorlige atferdsvansker.

› Opplysningsplikten følger av barnevernloven og helsepersonelloven.

› Plikten er et personlig ansvar.

› Opplysningsplikten går foran taushetsplikten

› Er ikke en meldt sak så alvorlig som sykepleieren hadde grunn til å tro, er likevel ikke taushetsplikten brutt.

Vold i Norge

Omfanget av vold mot barn i Norge ble kartlagt i 2007. I Nova-rapporten «Vold og overgrep mot barn og unge» deles krenkelsene inn i tre: Seksuelle overgrep, fysiske vold fra foreldre og eksponering for vold i hjemmet. Over 7 000 avgangselever i videregående skole har besvart et spørreskjema om krenkelser.

Et ikke ubetydelig mindretall opplever krenkelser av ulik art i løpet av oppveksten, slås det fast i rapporten.

Blant funnene:

› 15 prosent av jentene og 8 prosent av guttene sa de var blitt utsatt for alvorlige seksuelle krenkelser. Relativt mange har opplevd milde krenkelser, relativt få har opplevd grove.

› Få voldsutøvere var i nær familie. Halvparten var venn, kjæreste eller

bekjent. Halvparten av krenkelsene skjedde der begge var tenåringer.

› 8 prosent opplevde grov vold fra minst en forelder.

› En av ti hadde opplevd at en av foreldrene ble utsatt for fysisk vold. 6 prosent hadde opplevd grov vold.

Tause om seksuelle overgrep

– Gjentatt vold kan ha alvorlig negativ effekt for barnet, sier Svein Mossige, en av forfatterne av rapporten.

Mossige er forsker ved Nova og spesialist i klinisk psykologi.

– Særlig seksuelle overgrep er vanskelig å kartlegge, dels fordi det er vanskelig å bevise og fordi barnet ofte ikke snakker om det.

Mossige mener at selv om sykepleierne er usikre og ikke vet hva de skal

tro, så må de følge opp barna.

– Ha kontakt over tid, selv om man ikke vet om noe har skjedd. For desto viktigere er det å være tilgjengelig.

Helsesøster kan være en som barnet har tillit til og kan henvende seg til hvis det får lyst til å fortelle.

– Snakk om mistanken!

– Hva med sykepleiere på somatiske avdelinger der pasienten bare er innom én gang?

– Mistenker man overgrep, så snakk først med kolleger i egen enhet så du ikke står alene. Hvis man er veldig usikker, kan man dele bekymringen med noen utenfor systemet, for eksempel fastlegen. Og få mistanken med i pasientjournalen – men også usikkerheten.

Mossige er i tvil om helsepersonell straks bør kontakte barnevernet.

– Det avhenger av nivået på usikkerheten.

– Melder helsepersonell, inkludert sykepleiere, altfor lite?

– Det sies, men jeg vet ikke. Siden så mange saker blir henlagt av barnevernet, kan det tyde på at det ikke meldes for lite. Men så er det alltid alvorlige tilfeller som ikke meldes. Christoffer-saken er jo et eksempel på det. Hadde sykehuset tatt opp denne saken med fagfolk, kunne historien kanskje fått et annet forløp.

– Dette er Mossiges råd til sykepleiere: Forhold deg til din bekymring, men ikke alene. Ikke legg den bort fordi du er usikker.

UNDERSØKER: Jordmor Bodil Kollstrøm bruker kolposkopet for å filme den medisinske undersøkelsen av barnas underliv. Hun bruker den lille fuglen til å vise barna forstørrelsen før hun undersøker.



Tilbyr et sted for barna

Ett av landets seks barnehus er på Hamar. Her er flere profesjoner parat til å hjelpe barn som er utsatt for vold.

Midt i Hamar, i en loftsetasje, ligger barnehuset. Men denne dagen er det ingen barn her. Bare ansatte. De skal bidra til at barn som har opplevd vold og seksuelle overgrep skal få hjelp så fort og så skånsomt som mulig.

Dette er ingen bolig. Huset blir ikke nedrent av mishandlede barn. Men ekspertisen skal være på plass når det skjer for å ta tak i det som barna har opplevd. Her foregår dommeravhør, medisinske undersøkelser og oppfølgingssamtaler.

Først i Bergen

Det første barnehuset ble opprettet i Bergen, i november i 2007. Hamar fikk hus nummer to. Siden fulgte Kristiansand, Trondheim og Tromsø. Det siste kom nettopp på plass i Oslo 8. september. Alle helse-regioner har nå barnehus.

Regjeringen har opprettet disse husene fordi barn som blir utsatt for vold og seksuelle overgrep ofte opplever at hjelpen uteblir, kommer for sent eller må hentes fra flere ulike aktører. Barnehusene skal sikre disse barna bedre hjelpe- og behandlingstilbud.

Justisminister Knut Storberget ønsker å åpne flere barnehus. Han tenker først og fremst på Ålesund og Stavanger.

Jordmor på Hamar

Alle barnehusene har sykepleiere knyttet til seg. Hamar-huset har to. Daglig leder Anne Kristin Sandnes er psykiatrisk sykepleier og Bodil Kollstrøm er jordmor.

Kollstrøm viser rundt på loftet. Ett av rommene er for dommeravhør. Her skal bare barnet og en spesi-

alutdannet avhører fra politiet være til stede når de skal snakke om krenkelsene som kan ha skjedd. Men vis-à-vis bord og to stoler henger en hylle, og mellom en grønn plante og en bamse står et kamera. Avhørene filmes. Også i taket er det et kamera, i tilfelle barnet vil tegne det som skjedde.

I et rom ved siden av er et stort bord omringet av ni høyryggete stoler. På veggen to flatskjermer. Her er det plass til dommer, politijurist, bistandsadvokat og andre som kan følge med på avhøret. For bare et par dager siden ble to unge jenter avhørt her.

Slike værelser har alle landets barnehus. De har også rom med undersøkelsesbenk.

Her på Hamar er det jordmor Kollstrøm som utfører den medisinske undersøkelsen. På de andre barnehusene er det legens ansvar, med assistanse av sykepleiere. Der blir lege og sykepleier hentet inn fra sykehus i nærheten. Men her på Hamar er nærmeste kompetente fagmiljø i Oslo. Det blir upraktisk lang vei.

Kollstrøm hadde sin første undersøkelse i mars, etter opplæring på Ullevål sykehus. Åtte barn kom til henne fram til sommeren. Jordmoren samarbeider tett med Ullevål, og bruker blant annet telemedisin for å kommunisere med fagfolkene i hovedstaden.

Finner sjelden sædspor

Noen ganger leter hun etter spor etter misbruk. Men oftest er det for å bekrefte at det står bra til med barnet.

Under et blått dekke står kolposkopet. Det koster flere hundre tusen kroner. Kollstrøm bruker skopet for å ta video av undersøkelsen.

Hva er barnehus?


- › Finnes i Bergen, Tromsø, Trondheim, Kristiansand, Hamar og Oslo. Også foreslått i Stavanger og Ålesund.
- › Ingen bolig, men et eget hus med tverrfaglig personale som skal hjelpe barn utsatt for vold og seksuelle overgrep.
- › Her foregår dommeravhør, medisinske undersøkelser og samtaleoppfølging.
- › Gir råd og veiledning om overgrep. Alle kan ringe dit. Også anonymt.
- › Modellen oppsto på Island.
- › Er organisert under politiet.
- › Nettadresse: www.barnehuset.com

– Dette er ingen gynekologisk undersøkelse, understreker hun.

Når hun undersøker jenter som kan ha vært utsatt for seksuelle overgrep, trekker hun forsiktig i kjønnsleppene. Det gjør ikke vondt. Hun kan ta prøver fra skjedeåpningen, enten på jakt etter sædrester eller klamydia.

Hun sjekker også endetarmen, for det er like gjerne der hun kan finne spor.

– Spor etter sæd kan være bak øret, under armen, på magen, på innsiden av lårene. Blant annet. Men det er sjelden man klarer å finne bevis.

Det er dessuten sjelden oppdraget er forsikring. For Kollstrøm har det bare skjedd 

én gang. Beføling og onanering etterlater seg ingen rifter.

Ungen kan selv følge med på bildene på skjermen når filmingen pågår. Dette er alltid del av en topp-til-tå-undersøkelse. Den yngste Kollstrøm har undersøkt, var to år. Den eldste 11. En gang var oppdraget å sjekke om barnet var blitt kjønnslemlestet. Det ble avkreftet.

Opptakene blir lagret på en ekstern harddisk som låses ned.

«Er noe galt med tissen min?»

– Det viktigste med undersøkelsen er å berolige voksne og unger. De er gjerne bekymret for om det er noe galt med tissen. Det er godt for dem å vite

Hun ser gjerne at flere sykepleiere får denne oppgaven. Men mange kan det aldri bli.

– Det er ikke nok saker til at mange kan bli gode til dette.

Kollstrøm kan også ta bilder av blåmerker og sårskader. Men dreier det seg om grov mishandling som hodeskader, blir barna sendt til Ullevål for videre undersøkelser.

Barnehuset er i ferd med å opprette et samarbeid med sykehusene på Lillehammer og Elverum.

Kan loven

Leder Anne Kristin Sandnes har kontoret sitt vegg i vegg. Som sykepleier kjenner hun helsevesenet og hvilke muligheter som er der. Et viktig poeng

« Hvis du snakker med foreldrene, kan det bli verre for ungen.

Barnevernspedagog Kari Rostad

at kroppen er hel. Også for foreldrene. De roer seg etterpå.

Barn er ikke så opplyst som man tror. En historie er om jenten som lurte på om sæden kunne kapsles i kroppen slik at hun kunne bli gravid når hun senere kom i puberteten. Eller om man kan bli gravid av å kysse.

Kollstrøm synes sykepleierne egner seg godt til denne jobben.

– Jeg har selv nytte av å være jordmor. Jeg kjenner anatomen og er vant til å forholde meg til folk i intime situasjoner. Men fagmiljøet er lite.

med barnehusene er samarbeid med mange aktører.

De to sykepleierne har et bevisst forhold til helsepersonelloven. De kjenner nå nyansene: Helsepersonell skal melde når de har mistanke om vold og omsorgssvikt. Men det er barnevernet som skal undersøke saken videre. Politiets oppgave er å finne ut om det har skjedd noe kriminelt.

– Og selv om politiet henlegger saken, kan det fortsatt være at barnet lider under omsorgssvikt og trenger oppfølging. Her er det mange i hjelpeapparatet som misforstår, understreker Sandnes.

Sykepleierne ringer ikke

Barnehuset har fått rundt 100 konsultasjonstelefoner i år. De fleste som ringer er fra barnevernet. Foreldre og annen familie er den minste gruppen. Noen helsesøstre tar kontakt, men svært sjelden hører de noe fra sykepleiere på sykehus og andre steder.

– Hva lurer de som ringer på?

– Enkelt saker. En helsesøster kan fortelle om en 14-åring som har fortalt om et overgrep som skjedde for et halvt år siden. Sakene er ofte veldig kompliserte, sier Sandnes.

Hun har stor sympati med alle helsesøstrene som betjener små kommuner. De kan kjenne de fleste av familiene også privat. De har ikke nødvendigvis kolleger å snakke med.

– Et tenkt eksempel: En ungdom påstår hun har vært utsatt for overgrep. Hva hvis det er sønnen til lensmannen som er overgriperen? Slike tette forhold fører til underrapportering. Personlige hindre kommer i veien.

Eller hva med familien Hansen som har slått hverandre i fire generasjoner? Det har de fått lov til. Alle har visst det. Det kan bli tungt å ta tak i en sann sak på et lite sted.

Kan læreren over gripe igjen?

Etiske og juridiske dilemmaer oppstår stadig. Et pågående eksempel er en ungdom som påstår hun har vært utsatt for overgrep av en lærer på ungdomsskolen. Hun er nå på institusjon. En dag ønsker hun å anmelde, neste dag ikke.

– Dilemmaet er: Utløses meldeplikten? Denne jenten er ikke lenger utsatt. Men hva med andre unger læreren har tilgang til? Institusjonen sier at det er en tilbakeleggende sak. Vi er uenig, sier Sandnes.

Kollstrøm har selv jobbet på barneavdeling og

«Han tok meg på tissen»

Datteren var seks og et halvt da de oppdaget det.

Familiens nabo hadde en datter som deres egen datter lekte mye med. En gang moren hentet «Ida», var hun inne alene med venninnens far. De så på tv. Hans egen datter lekte utenfor.

De gikk hjem. Ida sa: «Han tok meg på tissen.»

– Jeg svarte «ja vel» og tenkte at han sikkert bare hadde kommet borti. Naboen var en sympatisk fyr.

Hjemme hadde de mye hverdagsstress, og det ble ikke mer snakk om

dette. Men et par uker senere spurte moren hva som hadde skjedd. Da sa Ida: «Han spurte om tissene våre kunne komme borti hverandre.»

– Da ble jeg redd. Jeg snakket med mannen min og ringte til en rådgivningstelefon. Der sa de at dette var overgrep og at jeg burde politianmelde og ta kontakt med barnevernet.

Det satt langt inne. Hun begynte med barnevernet.

– Et barn kjenner forskjell på en vanlig berøring og beføling, selv om det er utenpå klærne, fikk jeg vite.



Ville ikke tro det

Foreldrene ville fortsatt helst tro at det ikke var sånn. Men de anmeldte. Det ble avhør på barnehuset.

– Der fikk hele familien fantastisk hjelp. Vi fikk formidlet trygghet og at vi gjorde det rette.

Det kom fram at det antakelig ikke hadde skjedd noe grovere enn beføling.

– Vi følte oss heldige siden det ble oppdaget så tidlig.

I dag vil ikke datteren snakke om det.

– Jeg maser ikke. Det ser ut til at hun klarer seg bra. Men det ligger i bakhodet: Hva vil skje når hun kommer i puberteten? Vil overgrepet dukke opp igjen da? Vil hun slite?

– Ingen overgrep er like

Idas mor er sykepleier. Hun husker hun pleide å lure på om det kunne være pedofile i nabolaget. Hun visste at de gjerne var sjarmerende og hyggelige. Likevel vegret hun seg for å mistenke den greie naboen.

I ettertid tenker hun at de var heldige fordi datteren sa fra.

- › Hittil i år har barnehusene hatt 391 dommeravhør og 332 konsultasjoner.
- › Av disse var henholdsvis 167/97 i Bergen, 97/110 på Hamar, 56/63 i Trondheim, 70/50 i Tromsø, 1/12 i Kristiansand.
- › På Hamar har sakene fordelt seg slik:
- › Seksuelle overgrep: 52 saker
- › Vold: 39 saker
- › Vitne til vold: 10 saker
- › Gjennomsnittsalder på barnet er 10, 2 år.
- › I Bergen har barnas mor og/eller far utenlandsk opprinnelse i neste 50 prosent av voldssakene.

MISFORSTÅR: Selv om politiet henlegger saken, kan barnet fortsatt lide og trenger oppfølging. – Det blir ofte glemt, sier barnehusleder Anne Kristin Sandnes.



vet at sykepleiere kommer borti mange familier.

– Hadde jeg jobbet der nå, ville jeg observert annerledes.

– Hva ville du sett etter?

– Samhandling mellom foreldre og barn. Kroppsspråket. Noe de sier.

Sandnes føyer til:

– Unger med seksualisert atferd. Om de kan ord og uttrykk de ikke burde kunne.

Men begge har døtre med eldre søsken og vet at her må man trø varsomt og ikke bli hysterisk.

– Det er viktig å forebygge ved å informere ungene om at kroppene er deres egne. Og at de skal fortelle til mamma og pappa hvis noen gjør noe med dem som ingen andre gjør.

– Har du som sykepleier bedre forutsetning enn andre til å avdekke overgrep?

– Nei. Jeg har snakket med andre som har opplevd dette. Det er hårreisende mange, flere med bakgrunn i helsevesenet. Ingen overgrep er dessuten like. Og det var ikke mye om seksuelle overgrep da jeg ble utdannet.

Snart skal saken opp i retten. Hun regner med at uansett utfall så vil saken bli anket.

De har blitt overrasket flere ganger over hva de små har fått med seg både av ord og utfordrende posering.

Rødvinsmødre

Dårlige tenner og ernæring kan være tegn på omsorgssvikt. Og ikke all rus er synlig.

– Rødvinsmødrene er ikke de som raver rundt. Men ungen merker at mor blir rarere og rarere utover dagen, og at hun ikke kommer seg opp om morgenen, sier Kollstrøm.

– Da jeg var ung sykepleier, ville jeg ikke stilt de rette oppfølgingsspørsmålene for å avdekke overgrep. Nå ville jeg i større grad fanget opp hva barna sier. De tester oss ut og legger ut agn til oss, sier Sandnes.

Mange er usikre på når det er grunn til å melde. Sandnes vet råd:

– Clouet er begrunnet mistanke. Er du usikker på om begrunnelsen er god nok? Drøft! Dokumenter! Lag en logg. Hva skjedde? Hva ble sagt? Skriv det ned ordrett. Ikke tolk. Da vil man ofte se at man faktisk ikke kan la være å melde.

– Ikke snakk med foreldrene!

Lenger borti gangen har barnevernspedagog Kari Rostad kontor. Etter lang fartstid i barnevernet er hun krystallklar:

– Ved mistanke om vold, ta kontakt med barnevern umiddelbart. Hvis du snakker med foreldrene, kan det bli verre for ungen. Det kan bli et tilleggsovergrep. Barna kan bli truet med barnehjem og fengsel. De kan bli tause og livredde.

Hun mener man ikke kan melde for ofte.

– Men barnevernet sliter med for lite ressurser?

– Dette er alvorlige saker. Da må barnevernet

prioritere. Kjenner du usikkerheten i magen – ta kontakt med barnevernet. Unger er avhengig av at vi tør å se, tør å ta stilling.

Rostad poengterer at man ikke kan love noe om utfallet på en meldt sak. Hos barnevernet kan ett av tre skje: Saken kan bli henlagt. Før til frivillig hjelpetiltak for familien. Eller omsorgsovertakelse.

Helsesøstre må ikke love å tie

Psykolog Pål Hagen, som har barn til samtale, mener helsesøstre er gull verdt i arbeidet med å fange opp vold. Han forstår godt at en helsesøster vegrer seg for å melde når en tenåring har betrodd seg om overgrep, men ikke vil at hun skal si det til noen.

Men en helsesøster må aldri love å tie. Hun bør derimot si at ja, hun har taushetsplikt, men av og til må den vike.

– Da kan man risikere at jenten går sin vei?

– Ja. Og håpe på at hun kommer tilbake. Si at du er der.

Hagen tror det først og fremst oppleves som trygt for barn og ungdom at de voksne tar grep og sier: «Dette skal ikke skje.»

Men mange saker er kinkige, ikke minst når barnet er i ferd med å bli voksen. De fleste seksuelle overgrep skjer der begge er tenåringer.

Hagen vet at terapi hjelper.

– Det går an å få det bra etter et overgrep. Mange har tanker etterpå om at det er noe galt med dem. Noen er sinte. De må få vite at det er normalt og at det som skjedde ikke var deres ansvar.

– Før tenkte jeg at de fleste overgrep skjer tilfeldig. Nå ser jeg at det helst utføres av dem de unge har tillit til. Og at det skjer i alle sosiale lag, sier Bodil Kollstrøm.



VIL MELDE: Sykehusene melder ikke alle voldstiltfeller mot små barn. Kriminolog Camilla Stub Lundberg sier sykepleierne ville meldt mer hvis de hadde hatt en mer selvstendig rolle.



«Sykepleierne er flinke observatører

Camilla Stub Lundberg

– Sykepleierne er godt plassert for å oppdage vold. Bedre enn legene, mener kriminolog Camilla Stub Lundberg.

Lundberg tror at mange voldstiltfeller mot små barn ikke meldes ved sykehus.

Hun er forsker ved Skådalen kompetansesenter i Oslo. I 2007 intervjuet hun elleve sykepleiere og leger på barneavdelinger ved to store sykehus om vold mot små barn. Dette var en del av hennes masteroppgave i kriminologi.

Hun bekrefter at det gjerne er legene som melder.

– Sykepleierne fortalte at de selv ikke melder nok vold eller omsorgssvikt. De skulle ønske de jobbet mer for å påvirke legene. Og de trodde at hadde de hatt en mer selvstendig rolle og mer kunnskap, ville de meldt mer.

Viser seg dyktig for legen

Lundberg mener at sykepleierne, både på sykehus og ellers i helsevesenet, er godt plassert for å fange opp vold og omsorgssvikt.

– De er vel så godt egnet som legene. Foreldrene vil gjerne

viser seg som dyktige foreldre for legen, som de møter på korte visitter. Til sykepleierne forholder de seg mer uformelt. Sykepleierne ser om foreldrene har omsorg for barna.

Lundberg påpeker at vold og omsorgssvikt kan opptre samtidig eller hver for seg. Tegn kan være bleieutslett, flekkete klær eller fettbelagt hår. Det kan også vise seg i foreldrenes samspill med barna. Dette observerer sykepleierne.

– De er også flinke til å observere barnas kroppsspråk, som kan indikere behov for hjelp.

Stusset over faren

Mens legene var mest opptatt av selve skaden, la sykepleierne mer merke til hva som skjedde rundt barnet.

– For eksempel?

– Et barn kom inn med en hodeskade. Sykepleieren på nattevakt stusset over at faren var mer opptatt av å komme seg ut og røyke enn å følge med på hva som skjedde med barnet.

5 på gangen

Tekst Marit Fonn

Har du hatt grunn til å mistenke at barn har vært utsatt for vold?



Gunvor Andersen, sykepleier ved barneavdelingen, Sykehuset Østfold

Ja. Men rutinen her er at legene melder. Vi samarbeider meget godt, både med barneleger, kirurger og ortopedier. Vi sykepleiere kan rapportere til legen som så tar fatt i det. Barneavdelingen melder ikke ofte om vold.



Kari Tøsdal, ass. enhetsleder, seksjon nyfødt, Haukeland sykehus, Bergen

Våre premature barn har jo aldri vært hjemme, så foreldrene kan ikke ha utøvd vold. Men det hender vi ser ting som gjør at vi blir bekymret for hvordan foreldrene skal klare å ta seg av dette barnet alene. Da melder vi til barnevernet. Ikke dermed sagt at de bør bli fratatt barnet. Men de kan få hjelp, en krykke å støtte seg til. Premature krever mer enn friske, fullbårne barn.



Ingvild Mydland, helsesøster i Sagene bydel, Oslo

Ja. Jeg melder i snitt en til to i året. Har også prøvd mange ulike tiltak. Det kan være vanskelig å melde. Foreldrene argumenterer for at de kan klare det. Jeg er veldig opptatt av samspill. Noen ganger melder jeg sammen med foreldrene. Det er tøft å melde mot deres vilje. Og jeg undres over dem med utenlandsk bakgrunn. Hvordan har de fått så lydige barn? Jeg vet ikke om de blir slått.



Tove Wichstrøm, sykepleier ved Lade behandlingssenter for rusavhengige i Trondheim

Fysisk vold får vi vite lite om. Mange benekter det, de er redde for å bli fratatt ungene. Vi sender hyppig bekymringsmelding om barn som bor i hjem med rusmisbruk. Vi har faste rutiner på å vurdere om det er grunn for bekymring.



Kjerstin Møllebakken, ledende helsesøster, Kirkenes helsestasjon

Ja. Har meldt også. Vold mot barn skjer hyppigere enn det ser ut som. Det vanskelige er at de er lojale mot sine omsorgspersoner. De er ofte labile følelsesmessig, føler hat og kjærlighet samtidig. Mange fortrenger det. Volden er vanskelig å avdekke, både seksuelle overgrep og fysisk vold. Men også psykisk vold.

Sykepleierne Lundberg intervjuet syntes ofte det var vanskelig å gi slipp på taushetsplikten sin.

– Grunnsteinen i arbeidet deres er jo tillit. Hvis de melder, tenker mange at de kan bryte tillitsforholdet til foreldrene slik at de ikke vil komme tilbake.

Må skjule mistanken

Sykepleierne mangler metoder for å ta opp sine bekymringer med foreldrene.

– Ofte blir det lettest å unnlate å ta det opp. De er jo vant til å se foreldrene som en ressurs.

– *Er det foreldrene som utøver vold, så skal de vel ikke informeres om mistanken?*

– I de mest akutte sakene trenger barnet beskyttelse. Ved alvorlig hodeskade eller annen vold skal man ikke stille direkte spørsmål som viser mistanke, for helsepersonell er ikke etterforskere. Kanskje kan de heller stille spørsmål som viser forståelse: «Er det mindre slitsomt nå når barnet ditt er på sykehus?» Dette kan også passe ved mistanke om omsorgssvikt.

Når alarmen bør gå

Grov vold skjer ikke ofte.

– Men det er viktig å ha det i bakhodet hele tiden. Det er flere alarmflagg sykepleierne kan se etter: Ofte stemmer ikke skade og forklaring overens. Foreldrene kommer sent etter at skaden har oppstått. Og de endrer forklaring underveis.

Dreier det seg om alvorlige brudd- og hodeskader som «shaken baby syndrome», skal politiet involveres.

– Det er riktig at legene tar seg av politisaker, for det krever ofte medisinske bevis. Men sykepleiernes betraktninger er også viktige.

Kan bli bedre

Lundberg etterlyser mer systematikk når sykepleierne kartlegger og observerer vold mot små barn.

– Sykehusene må ha rutiner og manualer om meldeplikten beregnet for sykepleiere, ikke bare leger. Temadager er et godt tiltak. Rammevilkårene for sykepleierne er også viktig.

– De har travle dager, og skriver en rask rapport. I sakene med mistanke må de bruke mer tid på å skrive nøye, men objektivt.

Det er mange å rådføre seg med før man melder en sak til barnevernet.

– Mistanke kan involvere alt fra dårlig hygiene og ustelthet, til blåmerker, brudd og hodeskader. Helsestasjon kan kontaktes for mindre bekymringer. Og man kan godt ringe anonymt til barnevernsvakten.

Fordommer

Sykepleierne Lundberg intervjuet sa de lettere mistenkte foreldre med lav sosioøkonomisk status enn de med høy. Lundberg mener dette skyldes at mange sykepleiere selv tilhører øvre middelklasse. Når foreldrene forklarer omsorgssvikt og vold med tidsklemme og stress, kan sykepleierne identifisere seg med og unnskyldte dem.

– Sykepleierne må være oppmerksomme på sine fordommer. Overidentifikasjon kan hindre dem i å gripe inn. Men vold kan skje i alle samfunnslag og er ulovlig. Det viktigste er at volden opphører og at barnet blir beskyttet. ■■■

Når mistanken er der...

› Ikke vær redd for å ta feil. Det er bedre at barnet får hjelp enn at foreldrene skånes.

› Sett av ekstra tid til familien når du er bekymret.

› Handle raskt, det er i startfasen at mange bevis går til spille.

› Vold og omsorgssvikt er et offentlig anliggende. Erkenn at vold finner sted, altfor mange barn blir boende i dårlige hjem.

› Vær en pådriver for å ha klare rutiner ved mistanke om vold.

(Kilde: Kriminolog Camilla Stub Lundberg)

« Helsepersonell er ikke etterforskere

Camilla Stub Lundberg

Sextrakassert av pasienter

Danske sykepleiere fjerner etternavnet fra navneskiltet for å unngå trakassering og sjikane fra pasienter og deres pårørende. Tendensen er økende, mener Dansk Sygeplejeråd.

Den uønskede oppmerksomheten kan dreie seg om tilnærmelser, trusler og vold fra pasienter eller deres pårørende. For å spore opp sykepleierne privat bruker noen Facebook.



STREDE



RØYKFYLT FYLKE: I Aust-Agder er det flere som røyker både nikotin og hasj enn gjennomsnittet i Norge.

Åssen hær mi det?

Den 8. september hadde det nystartede Forum for Psykisk helse, rus og avhengighet i Aust-Agder sitt første arrangement i Arendal. Det var et møte om levekår i Aust-Agder, med den klingende tittelen «Åssen hær mi det?»

Innleder var en spesialrådgiver i folkehelse fra Fylkeslegen, som snakket om Aust-Agders spesielle utfordringer.

– Vi har blant annet flere unge, uføretrygda og flere som røyker både nikotin og hasj enn gjennomsnittet i Norge. Det er også flere som dropper ut av videregående skole, særlig blant guttene, dessuten har vi færre yrkesaktive kvinner enn landsgjennomsnittet, sier Eli Jorid Sveipe, psykiatrisk sykepleier og en av initiativtakerne til Forumet.



FA har svineinfluensa, men prøvetakingen kan være feil.

Mest forkjølelse, minst influensa

Ved Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) får de nå dobbelt så mange luftveisprøver som de ellers bruker å få i influensasesongen. Men i de to ukene etter skolestart var bare 2 prosent av prøvene på svineinfluensa (ny influensa A H1N1) positive, mens 42 prosent var positive på vanlig forkjølelsesvirus (rhinovirus). Om lag halvparten av prøvene de får inn fra luftveiene er altså negative.

Prøvene er fra Finnmark, Troms, Narvik-området og Sandnessjøen. Som ellers i landet har de sett en tydelig nedgang av positive resultat i august.

Det kan skyldes at prøvetakingen er feil. Pinnen skal langt inn i nesa – inn i nasofarynx. I tillegg kan det være lurt med prøve fra halsen. Prøven kan også være tatt sent i forløpet, influensa A (og sannsynligvis også H1N1) har et relativt kort «vindu» der man kan forvente å finne virus.

Les mer om:

38 Alkoholjakt på somatisk avdeling i **Stavanger** ›

46 Studenter føler seg lurt på **Lovisenberg** ›



sykepleien.no

› Ahus-direktøren har gått av. Følg utviklingen på Ahus på sykeplein.no



Anoreksi handler om sult

Ved hjelp av styrket selvtillit, varme og en datamaskin kan den som har spiseforstyrrelser lære seg å spise riktig igjen. Den svenske Mandometerklinikken har gode erfaringer med sin metode.

Tekst **Marie Skoglund** Foto **Mandometerklinikken**

Hva som gjør at noen unge jenter får den livstruende sykdommen anoreksi er omdiskutert. Traume, perfektjonisme, kroppsideal, prestasjonskrav – listen er lang. De fleste ser anoreksi som en sum av flere faktorer.

Mandometerklinikken søker i stedet svaret i sultens mekanismer. Ideen bak behandlingen ble født i laboratoriene. Gjennom neurobiologiske studier omkring spising og metthet vokste en metode frem som bygger på at når personer med spiseforstyrrelser lærer seg å spise og kjenne metthet, forsvinner angst og depresjon.

– Det er sulten som fremkaller anoreksiens psykiske symptomer. Det er hvordan du spiser, sier Cecilia Bergh, dr.med. og daglig leder på privateide Mandometerklinikken ved Karolinska Universitetssjukhuset i Huddinge.

– På midten av 40-tallet gjennomførte ernæringsforskeren Ansel Keys en stor undersøkelse i USA. Det viste seg at friske, frivillige menn som i løpet av en periode ikke fikk tilstrekkelig næring utviklet samme symptomer som anorektikere. De ble deprimerte, tvangsmessige, overspiste, fikk angst og ble redde for å bli tynne.

Bergh har utviklet metoden som ligger til grunn for behandlingen på Mandometerklinikken sammen med professor Per Södersten.

Belønning fra hjernen

Kroppene våre er laget for å klare perioder med mindre mat. Når maten minsker, reagerer hjernene våre først med å «belønne» oss ved at signalsubstansen dopamin frigjøres. Dopamin får oss blant annet til å føle glede og eufori, og får til og med vår fysiske aktivitet til å øke. Dette er en mekanisme som har vokst frem i løpet av menneskets utvikling. Da våre forfedre hadde lite mat, ble de tvunget til å bevege seg mer for å finne mat og være opplagte nok til å klare å gjøre det. Et annet system som aktiveres i hjernen inneholder noradrenalin,



PRATEJOBBS: Sykepleier Jennie Sjøberg (til høyre) sin jobb handler mye om å prate og vise pasienten omsorg. Hun er også tilstede når pasienten spiser og kontrollerer mengden med mandometeret.

som styrer oppmerksomheten vår. Vi er følsomme for belønning og veldig klar over hva som gir belønning, i dette tilfellet å gå ned i vekt.

– Det samme skjer når man faster. Til å begynne med føler du deg fysisk og psykisk sterk. Vi presterer bedre og er mer konsentrert, sier Cecilia Bergh. Når kroppen senere skal ta igjen det den har mistet, skiller biologien oss. Der gutter svarer med å spise mer og raskere, spiser jenter i stedet mindre og langsommere. De kan sitte fast i en tilstand med høyt aktivitetsnivå og lite mat.

Mer samtale og mindre teknikk

Sykepleier Jennie Sjøberg kom til Mandometerklinikken for to år siden fra en jobb som akuttisykepleier. Som leder for de til sammen tolv sykepleierne på klinikken kan hun fortelle at arbeidet handler mer om omsorg enn om ren medisinsk behandling. Runder og prøvetakinger er selvsagt en del av jobben, men mesteparten av jobben dreier seg om samtaler.

– Det er mange pasienter med angst, særlig om kvelden og i helgene, så mye av tiden går med til beroligende samtaler. Personalet her er også forbilder, og vi sitter sammen med pasientene gjennom dagens seks måltider. Til å begynne med leder vi, etter hvert legger vi stadig mer ansvar over på pasientene.

Personalet, forteller hun, ser ofte redsel og skyld-

følelse, men mange av de innlagte opplever en avstigmatisering i forhold til klinikkens holdning i forhold til å se sulten som årsak til problemet.

– Vi forsøker å formidle vårt syn, at hvem som helst kan bli syk og på grunn av hvilken som helst årsak. Dersom det finnes underliggende traumer, råder vi pasientene til å bearbeide dem ved en senere anledning. Vår erfaring er at det kan bli for utfordrende å bearbeide spiseforstyrrelser og andre problemer samtidig.

Motivasjonssamtaler

Så fort som mulig etter innskrivning holder man en samtale om målvekt.

– Pasientens lengde og vekt tolkes. For de yngre vurderer vi hva de skulle ha veid dersom de hadde fulgt en normal kurve, og så sjekker vi foreldrenes vekt. For eldre pasienter går vi etter KMI.

Behandlingen er en kombinasjon av å lære seg å spise riktig og motivasjonssamtaler. Vi trener de sidene av pasienten som behøver å styrkes. Vi legger vekt på sosial trening og det å komme tilbake til jobb og skole.

– For en som har vært syk lenge, kan det begynne med å ta kontakt med en gammel venn. Det kan også være å ordne en praksisplass, sitte ned og konversere andre eller gå ut på restaurant. Klinikken har også en lærer som hjelper til med skolearbeid.

Spising er et regnestykke

Spising kan beskrives som en matematisk utregning. Normalt skal vi få i oss 300–500 gram i løpet av 12–15 minutter. En anorektiker kan mange ganger spise porsjoner helt ned i 25 gram. Ved hjelp av et såkalt mandometer, en datamaskin som er koblet til en vekt, veiledes pasientene mot et friskt spisemønster. I datamaskinen finnes referanser til normal spisehastighet og metthet, samtidig som egne opplysninger lagres i maskinen ved hvert måltid.

– På datamaskinen kan de følge hvordan metthetsfølelsen vokser frem. På denne måten går det an å øve inn ny atferd. Hjernene reagerer på det nye og innlærte, sier Cecilia Bergh.

Mengden økes

Mengden mat som skal spises øker tre til fire ganger under behandlingstiden.

– Da kommer ofte atferden som er så vanlig ved anoreksi frem, for eksempel å helle vann på maten for å få den til å virke tyngre, eller at man blir veldig fysisk aktiv. Til slutt aksepterer likevel de fleste økningen, sier Bergh.

I tillegg til spisetrening inngår også varmebehandling. I spesielle kan pasientene selv regulere temperaturen, og varmen demper angst og den tvangsmessige aktiviteten etter måltidene. Mange blir trette



og sovner. Når de våkner føler de at det ikke lenger er så viktig med aktivitet.

Frivillig pleie

For å bli behandlet må pasienten være motivert. Den som ikke følger spillereglene risikerer å bli skrevet ut eller videresendt.

– Behandlingen er frivillig. Vi forsøker å støtte og motivere til det siste, men den som ikke følger reglene

«Jeg tror at denne innstillingen tiltaler foreldre, det avlaster skyldfølelse.»

våre kan ikke være her. Noen forsøker å manipulere gjennom å true med å skrive seg ut. Men når de forstår at vi er konsekvente gjør de i hovedsak ikke det, sier Jennie Sjöberg.

Foreldreforening

I foreldreforeningen møtes foreldrene til barn som behandles på klinikken og foreldre til ungdommer som er utskrevet. Der kan de ventilere uro og eng-

stelse og få svar fra foreldre med mer erfaring.

Motivasjonssamtalene er kun mellom oss og den som er i behandling, men i foreldresamtalene kan barnet være med. Behandlingen bygger på tillit.

Har møtt kritikk

Metoden med å fokusere på sulten som grunnproblem har møtt motstand opp gjennom årene. Noen kritikere hevder at løsningen er for enkel og at den ikke fungerer for alle og at man i tillegg må behandle de psykiske sidene hos pasientene. Andre kritiske røster peker på at Mando AB er et privat foretak som selger sine egne dataprogram.

Dr. med. Cecilia Berg

mange av våre «motstandere» at behandlingen vår er god, og de sender oss pasienter som deres egne behandlingsmetoder ikke virker på.

– For min del anser jeg behandlingen på Mandometerklinikken som en verdifull metode blant en rekke andre. Denne metoden skiller seg i realiteten ikke så mye fra andre når det gjelder arbeidsmåte, sier psykolog og forskningsleder Claes Norring som jobber på Stockholms sentrum för ätstörningar.

– Derimot er de alene i verden når det gjelder deres utgangspunkt om at anoreksi ikke har noe med psykiatri å gjøre. Jeg tror at denne innstillingen tiltaler foreldre, det avlaster skyldfølelse. Det passer også bra for enkelte pasienter, mens andre igjen antakelig ville ha vunnet på å konfrontere egne problemer.



DR. MED. Cecilia Berg leder Mandometerklinikken og har vært med å utvikle metodene.

Ettårig studie

En ettårig studie er gjennomført med 16 deltakere i behandling. Kontrollgruppen besto av 16 personer som sto i kø. Innen ett år var 14 av dem som mottok behandling friske, sammenlignet med kontrollgruppen. I samme studie deltok 168 pasienter for å fastslå sannsynligheten for å bli frisk, og 83 pasienter ble fulgt opp for å undersøke tilbakefall.

– Sannsynligheten for å bli frisk var 75 prosent, uansett diagnose. Blant dem som ble fulgt opp fikk knapt ti prosent tilbakefall, sier Cecilia Bergh.

I tillegg til Sverige brukes metoden i USA, Australia og Nederland. Behandlingsmetoden brukes nå også i forhold til overvektige. ■■■



Takk for tilliten!



Samtlige regionale helseforetak og Helseforetakenes Innkjøpsservice, HINAS, har valgt achima helse som leverandør av vikartjenester innen helsepersonell.

Det er en glede for oss å hjelpe deg med å løse hverdagens mange utfordringer.

Vi hjelper deg med korte eller lange oppdrag på en kostnadseffektiv måte.

For mer informasjon ring achima, tlf 23 33 33 00 eller gå inn på www.achima.no

For bestilling
tlf: 23 33 33 03
fax: 23 33 33 01
mail: bestilling@achima.no

www.achima.no

Mandometerklinikken:

Mandometerklinikken startet sine første behandlinger i 1993.

Ifølge Cecilia Bergh har hittil 530 pasienter med spiseforstyrrelser blitt friske i henhold til klinikken kriterier

Ti prosent får tilbakefall, men er da ofte lettere å behandle. Gjennomsnittsalderen for pasientene er ca. 17 år.

Hver pasient får en personlig behandler som oftest en atferdspsykolog. Man bruker mye tid på å styrke selvtilliten og å komme tilbake til normale rutiner. Sammen setter man opp mål for vektøkning, samtidig som atferd og evnen til å knytte sosiale kontakter trenes. Pasient så vel som familie får støtte og undervisning. Derimot bruker man ikke psykotteri og som regel ikke noen form for psykofarmaka.

Ingen ny sykdom

Allerede i 1684 beskrev den engelske legen Richard Morton en sultende ung kvinne med tvangsmessig atferd. I 1888 ga legen William Gull sykdommen navnet anorexia nervosa. Pasientene var sultne, overvektige og frøs, men ble bedre med næringsrik mat og varme.

Psykoanalysens far, Sigmund Freud, så sykdommen som en symbolsk handling, koblet til konflikter med lyst og seksualitet og redsel i forbindelse med kroppens overgang fra barn til kvinne.

Senere satte man pasientens familie i fokus og så dette i sammenheng. Først og fremst gransket man forholdet mellom mor og datter.

Straff- og belønningssystemet har blitt brukt i behandling av anoreksi. Å spise belønnes med fordeler, mens spisevegring straffes med inndragning av privilegier.

I dag behandles anoreksi ofte med familierterapi, kognitiv atferdsterapi, interpersonlig terapi og dialektisk atferdsterapi. Biologiske teorier har stadig blitt vanligere. Forskning på dette området peker på at anoreksi kan være arvelig betinget. Ifølge en teori forårsakes anoreksi av forstyrrelser i hjernens serotoninssystem, som igjen leder til en økt følsomhet for metthet.



Anna Oppedal Tokheim, Möller's ernæringsfysiolog

5-09

Hvorfor er Möller's Tran viktig for barn og gravide?

Under svangerskapet og i barndommen skal barnets kropp og hjerne utvikle seg og vokse. Da er riktig ernæring ekstra viktig. Möller's Tran inneholder en unik kombinasjon av naturlige næringsstoffer som er viktige for fosterets og barnets helse.

"Gi daglig tilskudd av vitamin D fra fire ukers alder ved å gi tran" - Helsedirektoratet

OPTIMAL UTVIKLING AV HJERNEN

Möller's Tran er rik på den spesielle omega-3-fettsyren DHA, som er nødvendig for å bygge cellene i hjernen. Forskning viser at mors inntak av DHA er viktig for optimal utvikling av hjerne-, nerve- og synsfunksjon hos fosteret og hos spedbarnet i ammeperioden. Det er viktig at barnet fortsetter å få tilført DHA for hjernens og synets videre utvikling og vedlikehold. En skje Möller's Tran gir hele 0,6 gram DHA, mer enn man finner i de fleste andre produkter.

UTVIKLING AV ET STERKT SKJELETT

Möller's Tran er en god kilde til vitamin D. Vitamin D er viktig for opptak av kalsium i kroppen, og dermed avgjørende for optimal utvikling av skjelettet til fosteret og barnet. Her i Norge, hvor vi har lite sol, viser det seg at mange får for lite vitamin D. En skje Möller's Tran gir 10 mikrogram vitamin D som er den anbefalte daglige dosen til små barn, gravide og ammende kvinner.

TRYGT KVALITETSPRODUKT

Möller's Tran er et naturprodukt laget av 100 % norsk arktisk fisk fra Lofoten og Vesterålen. På vei fra fisk til flaske gjennomgår Möller's Tran strenge kvalitetskontroller i alle produksjons-trinn for å sikre et produkt av høyeste kvalitet.

Lær mer om hvordan Möller's Tran lages på **mollers.no**



VIL DU VITE MER?
www.mollers.no
grønt nr: 800 80 555

MÖLLER'S

GRUNNLAGT 1854



Det er lurt å nærme seg forsiktig med aksept: «Det er vanlig å drikke.»

Alkoholjakt på somatisk avdeling

Vær obs på disse:

De vanligste somatiske tilstandene som kan skyldes et underliggende alkoholproblem:

- › Brystsmerter og hjertebank ved inntak av alkohol
- › Hode- og ansiktsskader, overfall, vold i hjemmet og ute
- › Fall, bruddskader, hjernerystelse med promille
- › Kollaps, kramper, blackout
- › Mage/tarmlidelser, infeksjon
- › Nedsatt allmenntilstand, forsømmelse av hygiene
- › Livskrise, depresjon, angst, forvirring, selvmordsforsøk
- › Gjentatte innleggelse

På Stavanger universitetssykehus (SUS) ser de ansatte etter tegn på helseskadelig alkoholbruk hos pasientene. Finner de det, kommer ruskonsulenten.

Blir for eksempel en pasient lagt inn med blødende magesår for andre gang, ringer varselklokkene. Tilstander som kan tyde på et helseskadelig alkoholforbruk, kan de på rams. Og de har sett at alkoholmisbruk finnes i alle sosiale lag.

Psykiatrisk sykepleier og ruskonsulent Åse Christiansen har snakket med 210 pasienter med et problematisk alkoholforbruk etter at hun for 15 måneder siden fikk ansvar for prosjektet «Tidlig oppdagelse – tidlig intervensjon». 90 av dem har blitt sluset inn i oppfølging eller tiltak i den kommunen de bor i. I utgangspunktet var alle lagt inn for en somatisk lidelse og over halvparten hadde ikke vært i noen form for rusbehandling før.

SUS har også et lignende opplegg med to andre sykepleiere/ruskonsulenter i forhold til legevakten og til pasienter under 18 år.

Før og etter Åse

– Dette vil ikke Åse si, for hun er et beskjedent menneske. Men på sykehuset regnes tidsalderen før og etter Åse, skryter Sverre Nesvåg.

Han er sosialantropolog og forskningsleder ved regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i

Helse Vest, med det Jeppe på Bjerget-inspirerte navnet «Korfor». Nå sitter han på møterommet til et tverrfaglig idékokeri. Her møtes folk som jobber med oppgaver innen tjenesteutvikling og forskning innen rusfeltet. Det befinner seg et par steinkast unna Stavanger universitetssykehus.

Rundt bordet sitter også omtalte Åse Christiansen og statsviter Espen Enoksen, daglig leder i Korfor og spesialrådgiver i RPS-teamet (rus-psykiatri-somatikk-teamet).

Arbeidsdagen til de tre handler om store temaer som rus, livsstil og helse. Men stemningen er lett og latteren sitter løst. De serverer mandler og kaffe i «psykosekoppene». Den svarte dekorasjonen på de hvite koppene lister opp symptomene på en psykose. Et reklamestunt for TIPS, et annet tidlig intervensjonsprosjekt ved sykehuset.

Inkluderte somatikken

– Tidlig oppdagelse – tidlig intervensjon, som er en del av strategi- og handlingsplanen for rus og somatikk ved SUS, er en oppfølging av rusreformen i 2004 da helseforetakene fikk et større ansvar i forhold til rus og tverrfaglig spesialistbehandling, forklarer Enoksen.

– Rus og psykiatri er mange opptatt av. Men i Stavanger har vi gått lenger og inkludert somatikken. En betydelig andel av pasientene på somatiske

sengeposter har faktisk et rusproblem. Man antar rundt 20 prosent, supplerer Nesvåg.

I 2005 startet forarbeidet. Målet skulle være å identifisere helseskadelig bruk av alkohol og å intervensjonere for å forhindre videre utvikling av et rusproblem. De valgte å konsentrere seg om alkohol siden forskning har vist at et økende konsum de siste 15 årene og mer liberale holdninger til alkohol har ført til en økning i alkoholrelaterte helseskader. De ansatte ble kurset i å se etter underliggende rusproblematikk og å tørre å ta problematiske russamtaler, samtidig som de ble fortalt om mangfoldet i behandlingstilbudet.

– Det er en altfor stor tro på kursing. De ansatte orker ikke se et problem hvis det ikke finnes tilbud. Finnes tilbudet, begynner de å se, slår Nesvåg fast.

Henviste spesialisten

Det ble grublet litt over hvordan de kunne få til en intervensjon overfor folk med alkoholproblemer tidligst mulig.

– Hvorfor må vi henvise til spesialister hele tiden? Kan vi ikke gjøre omvendt? spurte de seg.

Og slik gikk det. I april 2008 ble psykiatrisk sykepleier Åse Christiansen «henvist». Hun har mangeårig erfaring fra både rus, psykiatri og somatikk, fra både kommune og spesialisthelsetjeneste.



DAGENS SJEKK Ruskonsulent Åse Christiansen (til venstre) er daglig innom akuttavdelingen for å høre om de «har noen til henne». Til høyre står Marianne Amdal, avdelingsleder ved observasjons- og behandlingsavdelingen ved akuttmottaket.

– Det var avgjørende at vi fikk tak i en person som kjente sykehuset, kunne språket og kunne bli anerkjent av de ansatte der, sier Nesvåg.

God økonomi for sykehuset

Ved å samarbeide med professor Hanne Tønnesen ved WHO's samarbeidssenter i København om forskningsaktiviteter tilknyttet arbeidet, har teamet klart å overbevise legene ved sykehuset om at det er viktig med tidlig oppdagelse og tidligere intervensjon når det gjelder skadelig alkoholforbruk.

– Jeg tror ikke vi ville fått «hard-core»-medisinerne med oss hvis vi ikke hadde forsket. Og jeg tror ikke vi hadde fått sykehuset med oss hvis det bare var slik at alkohol

«Nå sier de bare: «Du kan få snakke med vår ruskonsulent. Det er rutine.» Da må pasienten protestere for å unngå samtalen med meg.»

Åse Christiansen.

fører til sykdom. Men fordi alkoholen kan gi skader videre i sykdomsforløpet og føre til kostbare reinnleggelser, blir det også interessant for sykehuset å drive med tidlig intervensjon, sier sosialantropologen.

Professor og kirurg Hanne Tønnesen er

en av dem som har drevet omfattende forskning innen feltet.

– Resultatene hennes viser at ved å kutte ut alkohol i fire uker før et kirurgisk inngrep, får man en halvering av komplikasjonene, sier Nesvåg.



Viktig ordvalg

Samme år som Christiansen kom, ble akuttavdelingen omorganisert til å kunne utføre observasjon og behand-

«Tidlig intervensjon er et ord vi har lært oss etter hvert. Før var vi mer i brannsløkkingsmodus, ikke i forebyggingsmodus.»

Avdelingsleder Marianne Amdal

ling over flere dager, ikke bare sluse pasientene videre til andre avdelinger ved sykehuset.

– På akuttmottaket er det vanligvis tut og kjø. Men nå ligger pasientene i to døgn gjennomsnittlig. Dermed får du personale som synes det er fascinerende ikke å trekke konklusjoner for tidlig, sier Nesvåg.

Sykepleierne får tid til å ta opp spørsmål rundt alkoholforbruk med pasientene. Dersom pasientene har et høyt eller problematisk forbruk, får de tilbud om å snakke med Christiansen.

Til å begynne med spurte sykeplei-

erne litt forsiktig: «Vi har en sykepleier her som kan mye om rus. Hvis du vil, kan du få snakke med henne».

– Det ble helt feil! Nå sier de bare: «Du kan få snakke med vår ruskonsulent. Det er rutine.» Da må pasienten protestere for å unngå samtalen med meg, sier Christiansen.

I begynnelsen var det derfor få som ville snakke med henne, mens nå er det kanskje 95 prosent.

– Det er utrolig hvor viktig ordvalget er. Nå ligger de bare og venter på meg når jeg kommer, sier Christiansen.

Fra brannsløkking til forbygging

Det er blitt tid for det daglige besøket på akuttavdelingen. Christiansen armerer seg med regnkåpe og paraply mot vestlandsværet og går bort til andre etasje på sykehusets akuttavdeling, kalt OBA (observasjons- og behandlingsavdelingen).

Der treffer vi avdelingsleder Marianne Amdal og assisterende avdelingsleder Grith Raarup. De forteller hva prosjek-

tet har betydd for avdelingen:

– Tidlig intervensjon er et ord vi har lært oss etter hvert. Før var vi mer i brannsløkkingsmodus, ikke i forebyggingsmodus. Da klarte vi bare å fange opp de helt synlige der leveren var så påvirket at de måtte på sykehus. Nå spør vi oss alltid om det pasienten er inne for kan skyldes for høyt alkoholforbruk, slik som andre gangs magesår, for eksempel, sier Amdal.

– Nå tør vi å snakke med pasientene om de har et farlig drikkemønster. Sykepleierne syntes det var nifst å ta disse samtalen før. Nå synes de det er spennende, sier Raarup.

– *Hvordan går dere fram?*

– Vi prøver å være mest mulig direkte og knytte samtalen opp til de fysiske årsakene til at pasienten er her. Vi henger den på medisinske fakta. «Du falt, og prøvene viser at leveren din er påvirket, for eksempel, sier Amdal.

– Det er lurt å nærme seg forsiktig med aksept: «Det er vanlig å bruke alkohol. Det gjør mange av oss», foreslår Christiansen.

Det kan være noe i livssituasjonen som gjør at noen får et helseskadelig forbruk. Sykepleierne kan for eksempel ta tak i det.

– En pasient som hadde opplyst at hun drakk 3 liter sprit i uka ville først ikke snakke med meg. Men da sykepleieren spurte om hun hadde barn, ville hun allikevel, forteller Christiansen.

Får en vekker

Sykepleien er på besøk en fredag. En pasient har fått beskjed om at det er rutine å treffe ruskonsulenten. Han vil ikke, men pårørende vil. Det er ikke hver dag det blir samtaler for Åse Christiansen, men på mandagene er det som oftest flere som venter på henne, etter helgens promillefylte utskielser. Da tropper hun opp med et registreringsskjema under armen og en test som pasienten selv fyller ut. Det er en såkalt alkohol-audit som gir pasienten en skår i forhold til alkoholvaner.

– Er skåren over åtte, er det grunn

KREATIVT TEAM Sosialantropolog Sverre Nesvåg (til venstre) og statsviter Espen Enoksen er ikke så firkantede som skjortepreferansen skulle tilsi. Deres nytenkning har ført til at sykepleierne oppdager alkoholproblemer de ellers aldri ville sett.





DE USYNLIGE: – Vi fanger opp de som har vært usynlige for hjelpeapparatet. Over halvparten av dem som snakker med meg har ikke vært i kontakt med noen form for rusbehandling tidligere, sier Åse Christiansen.

for tiltak. De fleste jeg snakker med har godt over 20, og da får de seg en vekker. Når jeg snakker videre med dem da, er det mange som nesten er i sjokk, sier Christiansen.

Hun kan ha opptil tre samtaler med hver pasient og har gjerne en oppfølgingsamtale etter tre måneder og et halvt år. Mange av dem blir henvist videre, mens andre får et forslag til hvor de kan henvende seg. Hun driver også rådgivning over telefon.

Alle sosiale lag

– Hvem er den typiske pasienten?

– Det er flest menn, mener Christiansen.

– De kommer fra alle sosiale lag. De i høye stillinger er ofte vanskeligst å oppdage. Slike kommer gjerne inn på grunn av et fall i fylla, sier Raarup.

– De på den lavere sosiale rangstigen lager mye støy og blir derfor mer synlige. De skal låne telefonen og har ikke klær. Vi har et lager fra Fretex liggende her for dem, sier Amdal.

– En voksende gruppe er polakker som jobber i byggebransjen. Unge menn i 30-årene som er veldig fulle eller har abstinenser, sier Raarup.

– Polakkene har vi laget et spesielt opplegg for, siden deres drikkekultur er så annerledes og de snakker et annet språk. Vi har knyttet til oss en katolsk pater som tilbyr samtalegrupper for dem, supplerer Christiansen.

De ansatte kan også benytte seg av Åse Christiansens ekspertise hvis de føler behov for det. Foreløpig har ingen hatt behov, men tilbudet er ikke så godt kjent ennå.

– Driker folk faktisk mindre etter å ha snakket med deg?

Tiltak:

Når pasientene henvises videre, er dette noen av tiltakene:

- › Psykiatrisk sykepleier
- › Hjemmetjenester (sykepleie/hjemmehjelp)
- › Henvisning til psykiatri (psykiatrisk ungdomsteam, psykiatrisk avdeling for innleggelse eller samtaleterapi)
- › Henvisning til rusbehandling (avrusning, døgntilrettelagt eller poliklinisk behandling)
- › Ruskonsulent i kommunen
- › Aktivitetssenter
- › Ny time hos fastlegen
- › Anonyme alkoholikere
- › Familievernkontor

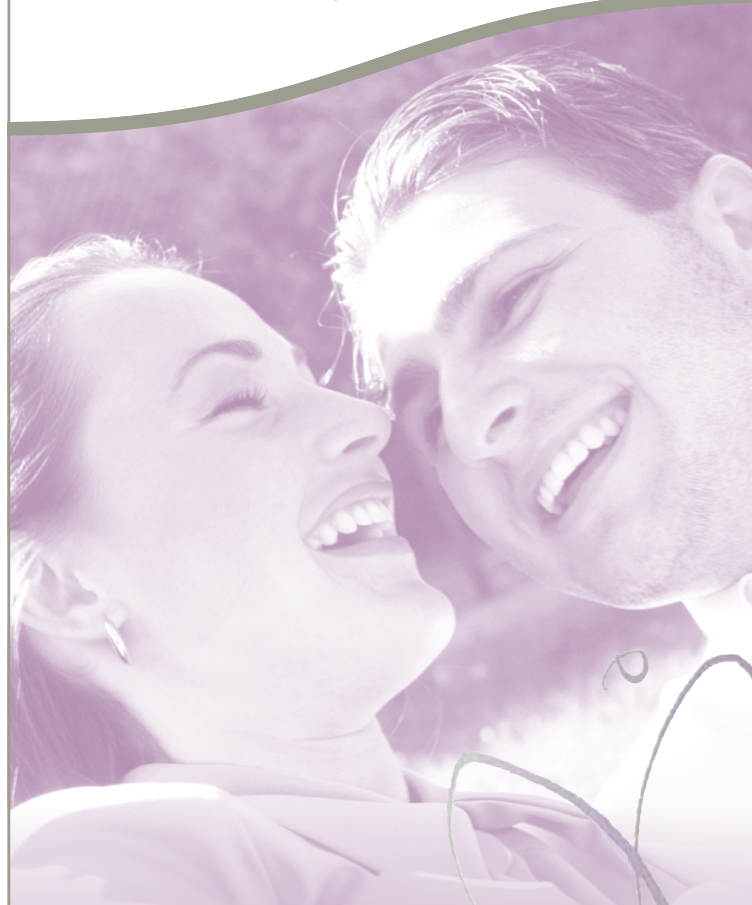
– Dette er noe vi ønsker å få svar på gjennom forskningsarbeidet vårt. Men ved St. James Hospital i London har de hatt en slik sykepleier som meg i ti år. Tallene derfra viser at sykehuset har fått færre reinnleggelser som i tillegg varte kortere. Legene ved SUS sier til meg at dette er kommet for å bli.

Foreløpig er det usikkert om prosjektet fortsetter til neste år, men initiativtakerne har god tro på at det skal bli et permanent tilbud.

– Vi ønsker at det blir tatt med i anbudsinnbydelsen i 2010, slik at det kan bli en del av det faste oppdraget som Rogaland A-senter har i avtalen med Helse Vest, sier Sverre Nesvåg. ■■■

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

ECOVAG
BALANCE



Er du plaget med lukt og irritasjoner i underlivet? Prøv Ecovag Balance, anbefales av gynekologer.

Ecovag Balance har dobbelt virkning mot ubehagelig lukt og irritasjoner i underlivet. Inneholder patenterte melkesyrebakteriestammer hentet fra friske norske kvinner.

NYHET



Anbefales av gynekologer!

Kjøpes i apotek

VITAFLO

Vitaflor Scandinavia AB · Norge · www.vitaflor.net



Terje Anderssen er anestesisykepleier med fagansvar Anestesiservice på Oslo Universitetssykehus, Rikshospitalet. E-post: terje.anderssen@rikshospitalet.no

I serien «Verkstedet» ser han på tekniske nyvinninger i helsetjenesten.

Effektiv forstøver

Flere medikamenter kan inhaleres ved hjelp av en forstøver som omdanner medikamentvæsken til små partikler med en ideell partikkelstørrelse fra 2,3 – 6 mikron (1 mikron (μm) = 1/1 000 000 meter). Fordelen med inhalasjon er en særlig rask og lokal effekt i luftveiene uten at en får så stor systemisk effekt.

Det er flere medikamenter som gis som forstøvet inhalasjon og det finnes flere typer utstyr til å administrere medikament aerosolen med. Det som er viktig er at pasienten får tilført medikamentet slik at det kommer ned i lungene og virker raskt.

På anesesiavdelingen på Rikshospitalet bruker vi primært en ultraforstøver (Aeroneb® Pro). Dette er blant annet basert på en oppgave skrevet av intensivsykepleier Edith Slaastad, Barneintensiv

ved Rikshospitalet og flere andre artikler som er skrevet om emnet.

Ved en ultraforstøver vibrerer et gitter elektromagnetisk slik at væsken (medikamentet) blir tvunget gjennom små hull som bestemmer partikkelstørrelsen i aerosolen som dannes. Dette tilfører ikke ekstra gasstilførsel i systemet. Det er en fordel ved samtidig bruk av respirator eller anesthesiapparat med sirkelsystem. Vi har med hell brukt systemet i forbindelse med pasienter ventilert med sirkelsystem på operasjonsstuen og på respirator på intensiv. Utstyret kan også lett brukes av selvpustende pasienter ved å bruke ett munnstykke.

På Rikshospitalet bruker vi to alternativer. 1: Aeroneb® Pro og 2: Sidestream®.



Aeroneb Pro

Fordeler

Rask og meget effektiv forstøving av medikamentet. Gir ca. 0,3 ml/minutt med forstøvet medikamentvæske og en partikkelstørrelse på ca. 2,4 mikron. Det er en tilnærmet ideell partikkelstørrelse. Aeroneb kan brukes til alle medikamenter. Mer enn 80 prosent av medikamentet blir forstøvet med partikkelstørrelse mindre enn 5 mikron. (2,3 – 6 mikron ideelt). Dette kan brukes med enhetens oppladbare batteri. Systemet kan etterfylle medikament uten noen luftlekkasje. Det har et meget stort anvendelsesområde ved at det kan brukes på alle pasientgrupper. Dessverre finnes det alltid unntak. Vi har laget en prosedyre for bruk i forbindelse med anestesi og sirkelsystem. Det går an å koble til en sprøytepumpe for å tilføre den nødvendige medikamentmengden i forstøveren ved behov for kontinuerlig innhalasjon over lengre tid.

Ulemper

Batteriet må lades/vedlikehold-lades. Flegangsutstyr krever rengjøring. Har dyrere deler enn engangsutstyr. Blir av og til kastet ved en misforståelse.



Sidestream

Som en reserve ved mange pasienter med behov for innhalasjonsmedisinering har vi også Sidestream®. Det er en forstøver drevet med friskgasstilførsel gjennom et venturisystem som lager forstøvertåke av medikamentet. En vanlig friskgasstilførsel på dette systemet er ca. 5 l/minutt, men dette kan justeres etter behov. Dette er en akseptabel løsning hvis vårt primærvalg Aeroneb® Pro ikke er tilgjengelig.

Fordeler

Engangsutstyr. Bruk og kast. Enkel i bruk. Kun justering av friskgassflow. Vanligvis er O₂ brukt som drivgass. Krever ingen strøm, batteri som må lades etc.

Ulemper

Gir ikke like «fin» forstøvertåke som Aeroneb® Pro og krever ekstra gasstilførsel. Det kan være et problem på særlig små intuberte pasienter. Det endrer også den forhåndsinnstilte gasskonsentrasjonen som eventuelt må justeres i forhold til pasientens behov.

REFERANSE:

Inhalasjon til barn på respirator av Edith Slaastad desember 2002. Barneintensiv, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet. Oppgave skrevet i forbindelse med søknad om klinisk spesialist i intensivsykepleie.

Ekspertpanel:



Bodil Bach er utdannet sykepleier og arbeider som rådgiver ved Nasjonalt Senter for Telemedisin. E-post: bodil.bach@telemed.no



Espen Helge Aspnes er seniorrådgiver ved Sintefs avdeling for teknologi og samfunn. E-post: EspenHelge.H.Aspnes@sintef.no



Brita Noorland er anestesisykepleier på Bærum Sykehus. E-post: noorland@online.no

Brynhild Rossbach Hesthamar

Alder: 47 år

Yrke: Helsesøster

Jobber: Kristiansund kommune

Prøver å se alle

Noe av det beste med jobben min er å få sitte foran et barn eller en ungdom og tenke: Hvem er du?

Jeg er nysgjerrig, ikke for mye, tror jeg, men på en måte som gjør det veldig tilfredsstillende for meg å jobbe med andre mennesker.

Jeg jobber særlig med to grupper: ungdom og flyktninger. Jeg bruker 90 prosent av tiden min på psykososialt arbeid.

To dager i uken er jeg på Nordlandet ungdomskole. Der starter jeg med å drikke en kopp kaffe med lærerne på lærerværelset. Jeg får gitt dem beskjeder de kan viderebringe og orientert dem om avtaler jeg har med elevene. Og lærerne kan henvende seg til meg hvis de er bekymret for noen av elevene sine.

Utenfor kontoret mitt sitter gjerne elever og venter på meg når jeg kommer. Ofte trenger de å snakke om tristhet, alvorlig depresjoner, negative tanker de har om seg selv, dårlig selvbilde eller konflikter i hjemmet. Jeg bruker også en del tid på seksuell veiledning: bruk av prevensjon og testing av kjønns sykdommer.

Enkelte dager underviser jeg om forskjellige temaer. Jeg har nettopp vært i en klasse der det går en jente som har alvorlig epilepsi. Sammen med læreren underviste jeg om hva epilepsi er og hva vi gjør når jenta får et anfall.

I tillegg jobber jeg i Helsesøstertjenesten for flyktninger. Mange kommer fra land i krig, de kan ha mistet nære familiemedlemmer eller levd under utrygge forhold. Jeg har vært med å opprette ekspressive grupper der de kan få traumebehandling gjennom forskjellige terapeutiske metoder: samtaler, dans og musikk.

Jeg har jobbet mye med muslimske jenter. De er ofte isolerte, og jeg har sett mange bli alvorlig psykisk syke. Disse jentene lever med mange og strenge restriksjoner; de får ikke lov til å gå på fester og kino, og mister derfor muligheten til å dele felles erfaringer og opplevelser med sine jevnaldrende.

Noen ganger bekymrer jeg meg for om det er noe eller noen jeg ikke har sett. Det kan være fysiske eller psykiske ting; forsinket utvikling eller selvmordstanker.

Ekstra glad blir jeg de gangene jeg opplever at det jeg gjør innebærer en forskjell. At en samtale med meg kan gi ungdommene noe nytt å tenke på, at det å undervise om kroppen til en gruppe med flyktningbarn kan gjøre at de plutselig forstår noe de ikke har skjønt før, eller at en jente som har vært mobbet og isolert tør å ta kontakt med andre, får noen nye venner. ■■■

Fortalt til **Susanne Dietrichson** Foto **Bjørn Hansen**





ETTERVIRKNINGENE AV AGENT ORANGE En sykepleier sitter på gulvet ved siden av et barn på et barnesenter i Vietnam. Det er varmt. Senteret, som ligger 60 km fra Hanoi, huser 140 barn. De fleste med alvorlige psykiske eller fysiske handikap. I følge eksperter er fortsatt mange barn rammet av ettervirkningene etter amerikanernes krigføring i landet. På 60-tallet ble store mengder av det kjemiske middelet Agent Orange sprøytet utover jungelen, i et forsøk på å stagge de vietnamesiske kommunistene. Vietnamesiske myndigheten mener at så mange som fire millioner innbyggere har lidelser og sykdommer som kan relateres til Agent Organge. Foto: Scanpix/EPA/Julian Abram Wainwright

Uten godkjenning lokker høyskolen med 60 studiepoeng og mulighet for mastergrad.

Føler seg lurt

Lovisenberg Diakonale høgskole – utdanningstilbud godkjent i Lånekassen 2009/2010

- › Sykepleie Bachelor
- › Videreutdanning, nyfødtsykepleie
- › Videreutdanning, ortopedisk sykepleie
- › Videreutdanning, aldersdemens
- › Videreutdanning, aldring og eldreomsorg
- › Videreutdanning, palliativ omsorg
- › Videreutdanning, sterilforsyningsansvarlige
- › Videreutdanning, intensivsykepleie
- › Videreutdanning, operasjonssykepleie

Dette handler ikke om penger, men om at vi er lurt til å søke et studium på falske premisser. Vi har lagt ned svært mye arbeid, men får ikke ordentlige papirer eller akkreditering for det. Skolen burde ha avklart dette med Nokut før studiestart. Ingen av oss ville vært interessert i å ta dette studiet dersom vi hadde visst at vi ikke skulle få studiepoeng, sier sykepleier og tidligere student Maren Falch Lindberg.

Sykepleien sitter sammen med fem sykepleiere i hagen utenfor Lovisenberg sykehus. For å skjønne innholdet i uttalelsen over, må vi tilbake i tid. Vi skrur derfor klokken tilbake til 2006 og lar sykepleiere fortelle sin historie.

For godt til å være sant

På Aker universitetssykehus og Lovisenberg sykehus henges det opp informasjon på oppslagstavlene på avdelingene. Sykehusene har i samarbeid med Lovisenberg Diakonale høgskole utviklet en videreutdanning som i første omgang gir 60 studiepoeng. På oppslaget stod det også at studiet kan bygges inn i en klinisk mastergrad på 90 studiepoeng.

Sykepleiere på begge sykehus fattet interesse. Studiet skulle gå over to år, arbeidsgiver betaler studieavgiften på til sammen 60 000 kroner. I tillegg ville man beholde sin lønn under utdanningen og ha muligheten til å ta en klinisk mastergrad. Sykepleiere på både Aker og Lovisenberg så frem til å kunne fordype seg i egne fagfelt, få studiepoeng og forhåpentligvis økt lønn etter at de var ferdig med studiet.

Godt og vel et dusin sykepleiere søkte om opptak.

– For meg var det fristende å kunne ta en mastergrad uten å leve som fat-

tig student. Det ble også trukket frem at dette studiet stod på egne bein. Vi slapp å søke NSF om å få godkjent studiet, ettersom studiet skulle akkrediteres gjennom Nokut, sier Elisabeth Sandstad.

– Det virket som en kjempemulighet. Men når noe virker å være for godt til å være sant, så er det ofte det, sier Merete T. Egeland.

Det blåser opp

I januar 2007 møtte de 12 sykepleiere som hadde fått plass på studiet, opp på Lovisenberg Diakonale høgskole. Sykepleierne fikk utdelt studieplan, og beskjed om å begynne å tenke på innsamling av data til mastergraden allerede nå.

Ett år inne i studiet kom beskjeden om at det slett ikke var sikkert studentene fikk studiepoengene de var lovet. Studiet var nemlig ikke godkjent av Nokut. Studentene skjønnte ingenting.

– Skolen hadde ikke sendt søknad til Nokut engang. Vi ble imidlertid beroliget med at søknaden nærmest var en formalitet, og at studiet nærmest garantert ville bli godkjent, sier Maren Falch Lindberg.

Tiden går

Ingen av de studerende sykepleierne var misfornøyde med selve studieopplegget.

– Innholdet i studiet og kompetansen til foreleserne holdt høy kvalitet. Vi følte vel alle at det ble stilt høye krav til oss og at vi lærte mye. Vi var alle i full jobb ved siden av studiene. Det var slitsomt, og underveis hoppet fire sykepleiere av, sier Falch Lindberg.

I desember 2008 var det derfor bare åtte sykepleiere som hadde gjennomført hele videreutdanningen. Stu-

dentene fikk med seg en midlertidig karakterutskrift.

– Årsaken var at sensuren på siste eksamen var i januar. Vi fikk beskjed om at vi ville få endelig vitnemål i posten, sier Sandstad.

Null poeng

Studentene og Lovisenberg hadde ved studiets slutt ennå ikke hørt noe fra Nokut. Men de uroet seg ikke nevneverdig ettersom skolen gjentatte ganger forsikret om at alt kom til å gå greit.

Først tre måneder etter at de hadde avsluttet studiet, april 2009 kom beskjeden: Nokut godkjente ikke studiet.

Beskjeden betydde at studentene ikke får studiepoeng.

– De fleste av oss ønsket å ta en master. De som fortsatt ønsker det, må i tilfelle begynne helt på nytt. Skolen søkte om utsatt ankefrist. Det ble avvist og Nokut har satt strek for saken, sier Falch Lindberg.

Svarteper

Åtte sykepleierstudenter føler de sitter igjen med svarteper. Det har gått åtte måneder siden de avsluttet studiet. Det verste sinnet har lagt seg. Sykepleierne snakker nokså avbalansert om det hele.

– Det er klart vi har lært mye og hevet kompetansen vår. Men årsaken til at mange av oss tok studiet, var for å få papirer og studiepoeng som vi kunne ta med oss videre. Skifter vi arbeidsgiver, har vi ingenting å vise til når lønn og kompetanse skal forhandles, sier Falch Lindberg.

– Jeg må si jeg blir irritert når kolleger og sjefer sier; Å så heldig du er som har fått et så flott studietilbud. Jeg tror ikke en ingeniør som bruker to år på en videreutdanning føler seg

LOVISENBERG DIAKONALE HØGSKOLE



VENTER: Hilde Hauge, Aker, Solveig Falk, Aker, Elisabeth Sandstad, Lovisenberg, Maren Falch Lindberg, Lovisenberg og Merete T. Egeland, Lovisenberg, håper studiet en gang vil gi de 60 studiepoengene, slik de ble lovet ved studiestart.

heldig etter å ha blitt snytt for 60 studiepoeng og potensielt mye høyere lønn, sier Hilde Hauge.

– Har dere fått vitnemål?

– Ingen har fått vitnemål. Vi har bare fått en dokumentasjon 18. juni i år på karakterer og at studiet er tilnærmet 60 studiepoeng. Noen av oss kontaktet høyskolen tidlig dette året for å få en bekreftelse på utdanningen for å levere til arbeidsgiver, siden vitnemålet lot vente på seg. Grunnen til dette var at arbeidsgiver krevde det i forbindelse med justering av stillingskategori. I den bekreftelsen

sto det at vi hadde fullført klinisk spesialist, 60 studiepoeng. Noen av oss har mast oss til et vitnemål, andre har fått en slags diplom hvor det står at de har gjennomført studiet, sier Hilde Hauge.

– Er dette lovlig?

– Vi som fullførte studiet føler oss mektig lurt av høyskolen. Vi kan ikke forstå at det er lovlig å drive utdanning på den måten, sier Solveig Falk.

– Det er rett og slett svindel. Litt pussig med tanke på Lovisenberg

Diakonale høgskoles verdisyn, sier Merete T. Egeland.

De åtte sykepleierne har skjont at det er lite de kan gjøre nå. Sannsynligvis vil de aldri få studiepoeng for de to årene videreutdanningen varte. De kommer imidlertid til å søke NSF om godkjenning som klinisk spesialist.

– Høgskolen reklamerer fremdeles for studietilbudet på sine hjemmesider. Skolen har sagt til oss at om de får godkjent videreutdanningen på et senere tidspunkt, kan vi få godskrevet studiepoengene i ettertid, sier Falch Lindberg.

– Hva er det viktigste for dere å få frem?

– Dette handler ikke om penger, men om at vi er lurt til å søke et studium på falske premisser. Vi har lagt ned svært mye arbeid, men får ikke ordentlige papirer eller akkreditering for det. Skolen burde ha avklart dette med Nokut før studiestart. Ingen av oss ville vært interessert i å ta dette studiet dersom vi hadde visst at vi ikke skulle få studiepoeng, sier Maren Falch Lindberg.

Tekst Kari Anne Dolonen Foto Erik M. Sundt

Pop å bli sykepleier

Finanskrisen bidrar til å øke søknaden til studier innen helse- og sosialfag.

Ved Høgskolen i Østfold tar de opp ekstra studenter i høst. Rektor ved Høgskolen i Østfold, Elin Nesje Vestli, forteller til Moss Avis at det dreier seg om omtrent 40 plasser.

Skolen hadde nærmere 200 personer på venteliste til sykepleierutdanningen.

– Det er stor interesse rundt sykepleierfaget og stort behov for det, og nå som det har kommet så mange nye studenter på grunn av finanskrisen så synes jeg dette tilbudet er bare positivt.

Verdt å vite

www.nokut.no har oversikt over alle studier og høyskoler som er akkreditert. Sjekk om studiet ditt gir deg de studiepoengene du er lovet.



Lovisenberg bryter reglene

Nokut er klar: Å starte opp studier før akkreditering, er ikke i tråd med regelverket.

Fakta om Nokut

Noen av Nokuts oppgaver:

- » Akkreditering av studietilbud ved høyskoler som høyskolene ikke har rett til å gjøre selv.
- » Revisjon av akkreditering som er gitt tidligere.
- » Evaluering for å vurdere kvaliteten i høyere utdanning.
- » Evaluering av kvalitetssikrings-systemene til norske universitet og høyskoler.
- » Akkreditering av høyskoler, vitenskapelige høyskoler og universitet.

Akkreditering

Private institusjoner som ikke har institusjonsakkreditering, må søke Nokut om akkreditering av alle studier de ønsker å starte. Per i dag gjelder dette:

- » Betanien
- » Haraldsplass
- » Diakonova
- » Lovisenberg

En akkreditert høyskole kan opprette videreutdanninger på lavere grads nivå, men de må søke Nokut om akkreditering av mastergradsstudier.

Mer informasjon om akkrediterte studier finner du på: www.nokut.no

Akkrediteringer er en lang prosess, og resultat av den sakkyndige vurderingen kan ikke forskutteres. Det er ikke riktig hvis skolen har antydning at dette er en formalitet. Alle søknader om akkreditering skal gjennom en sakkyndig vurdering, sier avdelingsdirektør for akkreditering i Nokut, Tove Blytt Holmen.

Hadde de åtte studentene selv måttet finansiere studiet, er sannsynligheten større for at de ville oppdaget at studiet ikke var akkreditert. De ville nemlig ikke fått lån i Lånekassen. I dette tilfellet fikk alle studenter utdanningen betalt gjennom arbeidsgiver. Det kan derfor være en god idé å sjekke om studiet man ønsker å ta kvalifiserer til lån i Lånekassen, helst før søknaden sendes.

Ikke bra nok

Nokut fikk søknaden fra Lovisenberg om akkreditering 30. april 2008, over ett år etter studiestart. Høgskolen fikk avslag fra Nokut året etter.

– Hva var årsaken til at Nokut ikke akkrediterte Lovisenbergs videreutdanning til klinisk spesialist i spesialisthelsetjenesten?

– Det var flere årsaker til det. Det var kriterier som ikke ble oppfylt både når det gjaldt studieplanen, fagmiljøet, infrastruktur, internasjonalt samarbeid og ordninger for internasjonalisering, sier Holmen.

– Er det første gang Lovisenberg starter opp en utdanning før den er akkreditert?

– Det har vi ingen opplysninger om. Lovisenberg har ifølge vårt arkiv tidligere søkt om videreutdanning i ortopedisk sykepleie. Søknaden ble avslått i 2004. Skolen søkte på nytt i 2006 og fikk akkreditering i 2008. De fikk akkreditering av videreutdanning i nyfødtsykepleie i 2006. Ellers har Lovisenberg flere videreutdanninger som de fikk eksamensrett i før 2003.

Ingen tilbakevirkende kraft

Ifølge studentene har Lovisenberg sagt at dersom Nokut godkjenner videreutdanningen på et senere tidspunkt, kan de åtte studentene få studiepoengene i etterkant.

– Hva er Nokuts kommentar?

– Det er ingen tilbakevirkende kraft for Nokuts akkrediteringer, sier Holmen og viser til Nokuts søkerhåndbok: «Søker frarådes å markedsføre studiet og ta opp studenter til studiet før det er akkreditert. Akkrediteringen er gyldig fra vedtaksdato.»

Tips fra Nokut

Før du begynner et studie, sjekk om det er akkreditert på Nokuts hjemmesider, eller ta kontakt med Lånekassen. Får du ikke studielån, er sannsynligvis studiet ikke akkreditert av Nokut.

– Kan de åtte studentene takke seg selv for den situasjonen de er i?

– Som den absolutte hovedregel må studentene kunne stole på at et tilbudt studium er akkreditert enten av høyskolen, i henhold til deres full-

«Hvis høgskolen blir akkreditert av Nokut, betyr det at høgskolen selv kan godkjenne videreutdanninger inntil 60 studiepoeng og tildele vitnemål. Studiedekan Gudrun Johannessen undersøker videre mulighet ved en eventuell akkreditering for at dette kan ha tilbakevirkende kraft slik at studentene kan få utstedt studiepoeng.»

Referat fra møte 12.06.09 mellom Lovisenberg og tidligere studenter fra videreutdanning til klinisk spesialist.



GÅR IKKE: Det er ikke mulig å akkreditere et studium etter det er avsluttet, opplyser Tove Blytt Holmen i Nokut. Foto: Nokut.

makter, eller av Nokut, sier Holmen.

Sanksjoner?

– Når høyskoler bryter regelverket, kan Nokut gi represalier?

– Dersom vi kommer over forhold som bryter med universitets- og høyskoleloven, blir departementet varslet. Det er imidlertid slik at det er mye som ikke er lov, men som ikke straffefølges. Vi regner med at skolene selv er interessert i å ha et godt rykte og ikke spekulerer i utkanten av regelverk. Jeg tror ikke det svarer seg på sikt, sier juridisk rådgiver i Nokut, Eva Liljegren.

Tekst **Kari Anne Dolonen**

– Skal aldri skje igjen

Rektor på Lovisenberg, Kari Gran Bø, forstår at studentene er frustrerte.

– Dette er vi like lei oss for som studentene, sier hun.

Rektor på Lovisenberg Diakonale Høgskole, Kari Gran Bø, legger ikke skjul på at hun synes saken er ubehagelig. Det er andre og mer positive ting hun heller hadde ønsket at Sykepleien tok opp. Men hun mener hun må ta sitt ansvar, når situasjonen er blitt som den har blitt. Hun vil ha alle kortene på bordet.

– Det første jeg må si er at jeg har full forståelse for at studentene er frustrerte. Jeg har ikke behov for å gå i forsvar i saken. Vi legger oss helt flate. Jeg tror vi er like lei oss for dette som studentene, sier Bø.

Skolen tok forbehold

– Når det er sagt, så er det en kjensgjerning at det ved studiestart ble tatt forbehold om godkjenning av Nokut. Dessverre for studentene ble ikke studiet akkreditert. Det har gått ut over studentene, det beklager vi. Men vi tok altså forbehold ved studiestart, sier hun.

– Er det ikke litt rart å starte opp før Nokut har godkjent studiet?

– Det er riktig. Det ligger en historie bak, men den vil jeg ikke forsvare nå. Denne erfaringen har imidlertid ført til at vi har skjerpet oss veldig. Lovisenberg kommer aldri til å starte opp studier som lover noe vi ikke kan stå inne for, sier Gran Bø.

– Hvorfor søkte dere først Nokut om godkjenning ett år etter studiet startet opp?

– Her kommer historien inn. Dette var et pilotprosjekt som ble startet opp etter initiativ fra Aker og Lovisenberg sykehus. De ønsket at vi skulle utvikle en klinisk videreutdanning som ga formalisert kompetanse. Vi startet studiet som pilotprosjekt og brukte første perioden til å bygge opp søknaden samtidig med utdanningens forløp.

– Har skolen tidligere startet opp en utdanning før Nokut har akkreditert den?

– Ja. Det har også skjedd med to andre fag, ortopedisk sykepleie og nyfødtsykepleie. Disse to fagene er nå begge akkreditert av Nokut og faglig

anerkjente program, sier hun.

Beskyldninger

Studentene ble beroliget med at å få akkreditering fra Nokut var en ren formalitet.

– Hva som er sagt og fra hvem, kan jeg ikke kommentere. Rett og slett fordi jeg ikke vet noe om det.

Når det gjelder å få ettergitt studiepoeng dersom videreutdanningen blir akkreditert på et senere tidspunkt, avviser hun.

– Det kan vi rett og slett ikke gjøre.

Veien videre

– Hva skjer videre?

– Vi kommer ikke til å ta opp nye studenter før studiet er akkreditert av Nokut. For de studentene som har gjennomgått studiet, har vi hjulpet med å skaffe all dokumentasjon som er nødvendig for at de kan søke NSF om å få klinisk spesialistgodkjenning. Rett og slett for å få noe igjen for strevet.

Rektoren gjentar mange ganger gjennom intervjuet at hun er lei seg på



NY: Kari Gran Bø er relativt fersk som rektor på Lovisenberg. Hun forsikrer om at nye grep er tatt, som skal forhindre at noe lignende skjer en gang til. Foto: Marit Fonn.

vegne av studentene. Hun betegner det hele som en tap-tap situasjon.

– Vi er interessert i å holde høy faglig kvalitet. For oss som høyskole er dette trist, for studentene er det trist og for arbeidsgiverne er dette trist. Alle taper. Men jeg kan love at så lenge jeg er rektor ved Lovisenberg vil ikke noe slikt skje igjen. ■■■

Tekst **Kari Anne Dolonen**



Fordelene ved å være ansatt i det offentlige blir større etter hvert

KLP Bilhamre • Foto: Håkan Linderholm



men;

Det finnes mange gode grunner til at så mange mennesker velger å jobbe i det offentlige. Gode pensjonsordninger er definitivt en av dem. I snart 60 år har vi i KLP jobbet med offentlig tjenstepensjon, slik at dere som er kunder hos oss kan gå tilværelsen som pensjonister trygt og optimistisk i møte. Når den tid kommer. Men underveis har vi også utviklet en rekke andre produkter. En meget gunstig skadeforsikring, for eksempel. Gode spareordninger. Og glimrende betingelser på alle typer lån. Dette er produkter du kan nyte godt av allerede i dag. Og i dagene som kommer.

Gå inn på klp.no så får du vite mer
- både om dagens og morgendagens fordeler.

KLP for dagene som kommer

Eldre blir «overliggere»
på sykehus i mangel på
sykehjems plass side 56

BOK OM LIVET ETTER TSUNAMIEN:

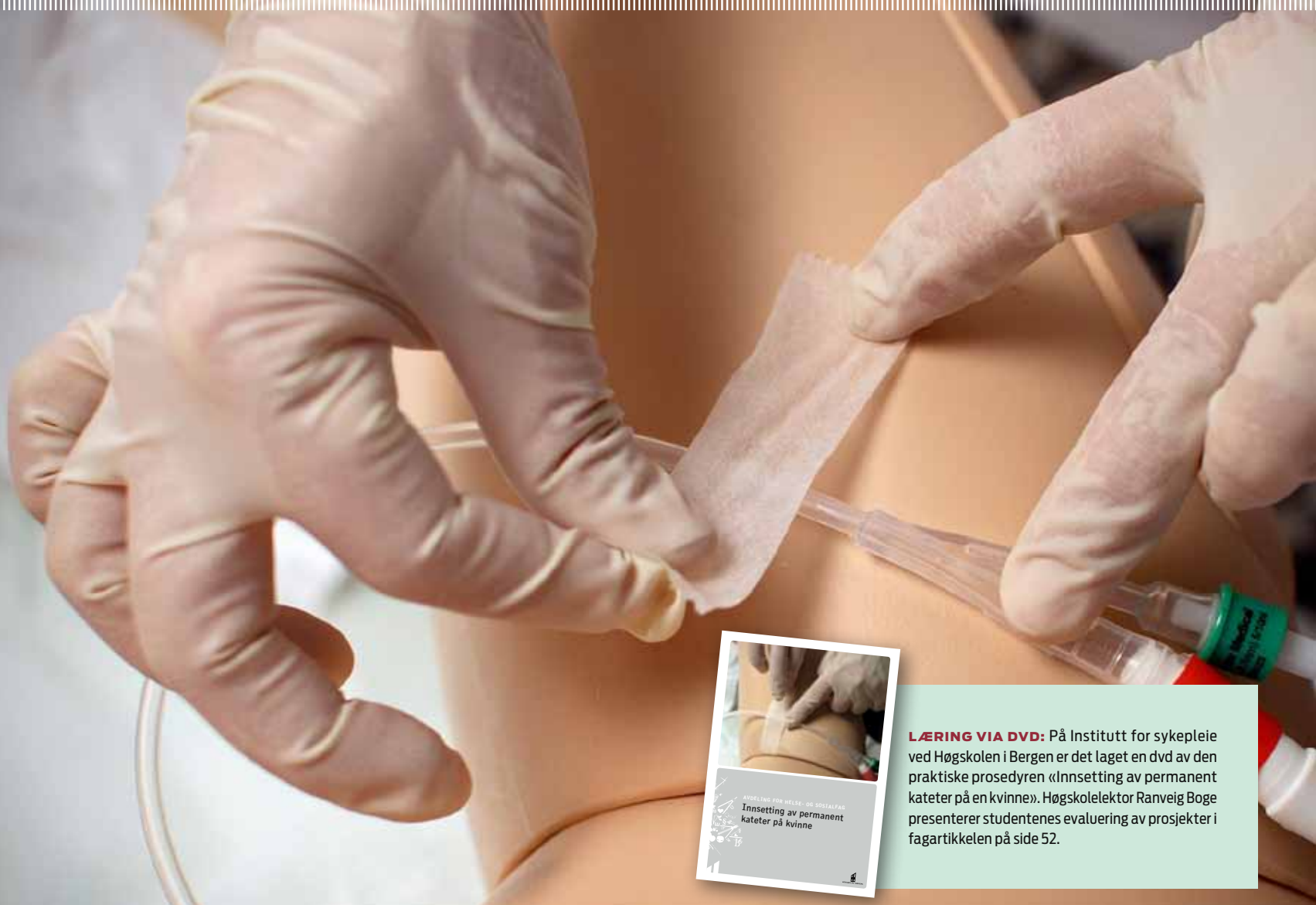
Esther Frydenlund var
der da bølgen traff side 60

Hvordan vurderer man
«evidensbasert
kunnskap» side 62

Ny bok
om fagutvikling
og forskning
**Se bokan-
meldelser**
side 63

Sykepleien

Fag & bøker



LÆRING VIA DVD: På Institutt for sykepleie ved Høgskolen i Bergen er det laget en dvd av den praktiske prosedyren «Innsetting av permanent kateter på en kvinne». Høgskolelektor Ranveig Boge presenterer studentenes evaluering av prosjekter i fagartikkelen på side 52.

3
om
diabetes

Anbefalt av
Tilla Landbakk, leder i NSF's
Faggruppe for Diabetes-
sykepleiere

RAGNAR HANÅS

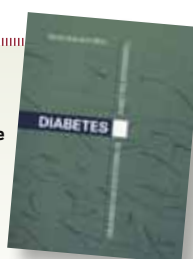
**Type 1 diabetes
hos barn, ungdom og
unge voksne**

En innholdsrik og informativ bok som omfatter det meste om type 1 diabetes. Bør være obligatorisk for alle som jobber med barn og unge med diabetes! Mye fagkunnskap og praktiske eksempler.



ANITA SKAFJELD (RED)

Diabetes
– grunnbok for sykepleiere
og annet helsepersonell
Ulike forfattere har bidratt innenfor sine fagfelt. Vi får innblikk i sykepleie til personer med diabetes i ulike aldre og livsfaser. Sykepleiere med lang erfaring fra praksis har bidratt med sin kompetanse.



SVEN GROTTDAL (RED.) NOR-
GES DIABETESFORBUND

**Livet med diabetes
i ord og bilder**

Unge og gamle reflekterer over sine liv som diabetikere. De deler av sine tanker, historier og erfaringer. Fint balansert med humor og alvor.





Ranveig Boge
Prosjektansvarlig, HIB,
Fag- og forskningssykepleier,
medisinsk avd., Helse Bergen.

Prosedyre på

Sykepleierstudenter i første årsenhet ved Høgskolen i Bergen rapporterer stort læringsutbytte av å kunne se video i forbindelse med prosedyretrening på øvelsesposten.

I samarbeid med Mediesenteret ved Høgskolen i Bergen og sykepleier/uroterapeut Jannicke Frugård ble det ved Institutt for sykepleie høsten 2008 produsert en video av den praktiske prosedyren «Innsetting av permanent kateter på kvinne». Videoen ble første gang brukt i forbindelse med undervisning og trening på prosedyren i november 2008. Evalueringen viser at et flertall av studentene mener video er et svært nyttig hjelpemiddel når nye prosedyrer skal læres.

Bakgrunn og hensikt

Våre studenter gjennomfører en praktisk prosedyreprøve i første studieår. Denne prøven må være bestått før studentene får gå ut i praksisfeltet. En av prosedyrene er å legge inn permanent kateter på en kvinnelig pasient. Vi har store kull på cirka 160 studenter og prosedyrene demonstreres enten i klasserom, hvor vi deler klassen i to, eller på øvelsespost hvor prosedyren demonstreres for grupper på cirka 30 studenter. Prosedyrene er detaljrike og det kan være vanskelig for studentene å få sett alt som blir gjort når prosedyrer demonstreres i klasserom eller på øvelsespost. Studenter har også selv gitt uttrykk for at de til tider opplever det som forvirrende hvis vi lærere ikke utfører og veileder helt likt i praktiske prosedyrer

på øvelsesposten. Vi ønsket derfor å prøve ut om video ville gi et bedre læringsutbytte. «Innsetting av permanent kateter» ble valgt, blant annet fordi prosedyren krever aseptisk teknikk. Ved aseptisk arbeidsmetode tilstreber en å holde arbeidsområdet mikrobefritt. Dette gjør at prosedyren stiller store krav til studentene både når det gjelder planlegging og gjennomføring, Studentene lærer å utføre prosedyren på en dukke.

Vi har erfart at videoproduksjon er relativt kostbart og tidkrevende så vi ønsket å se om bruk av stillbilder kunne være et mulig alternativ. Det ble derfor i tillegg tatt foto av utstyret som benyttes ved innlegging av kateter, og bilder som viste viktige momenter ved gjennomføring av prosedyren.

Video i klasserom

Videoen skulle vises i klasserom og utfyllende informasjon bli gitt av lærer. Video og bilder skulle videre gjøres tilgjengelige via høgskolens studiestøtteprogram «It's Learning» slik at studentene kunne forberede seg på treningen på øvelsesposten i forkant. Under prosedyretrening på øvelsesposten ville videoen i tillegg bli vist på to Smart Boards.

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

Søkeord:

- › kunnskapsbasert sykepleie
- › Kunnskapsbasert praksis
- › Forskning



nært hold

I forkant av prosedyretrening på øvelsesposten forventes det at studentene forbereder seg til prosedyrene ved å lese pensumlitteratur og ved å gjøre seg kjent med prosedyren som ligger på PPS (Praktiske Prosedyrer i Sykepleietjenesten). PPS er et elektronisk nett- og CD-rombasert opplegg for praktiske prosedyrer, bestående av 22 moduler som skal dekke de grunnleggende prosedyrer i sykepleietjenesten (1). Høgskolen i Bergen benytter PPS i forbindelse med prosedyretrening og studentene har tilgang til PPS via høgskolens studiestøtteprogram «It's Learning».

Før vi søkte om finansiering til en slik produksjon gjorde vi søk på internett, blant annet på BIBSYS, for å se om det fantes andre norske videoer av denne prosedyren som vi kunne bruke. I BIBSYS fant vi ikke noe som var aktuelt for vår undervisning. Søk på internett ga flere treff, de to mest relevante treffene var en prosedyrevideo fra Dalhousie University i Canada og en video publisert i The New England Journal of Medicine (2,3). Disse prosedyrene var heller ikke i tråd med norske retningslinjer for hygiene.

Studentevaluering

Før vi vurderer å produsere flere prosedyrevideoer ønsket vi å undersøke hvor velegnet studentene mente dette var for undervisningen. Vi ønsket å få vite hvor nyttig det hadde vært å ha tilgang til video og bilder på It's Learning i forkant av prosedyre-

treningen. Videre om det var noe forskjell på hvordan studentene vurderte læringsutbyttet ved å se video fremfor å få prosedyren demonstrert av lærer. Opplegget for øvelsesposten den aktuelle uken, og bruk av Smart Board, ville vi også evaluere. Evalueringsskjema ble derfor delt ut som en del av oppsummeringen på øvelsesposten etter trening på denne prosedyren. I tillegg til

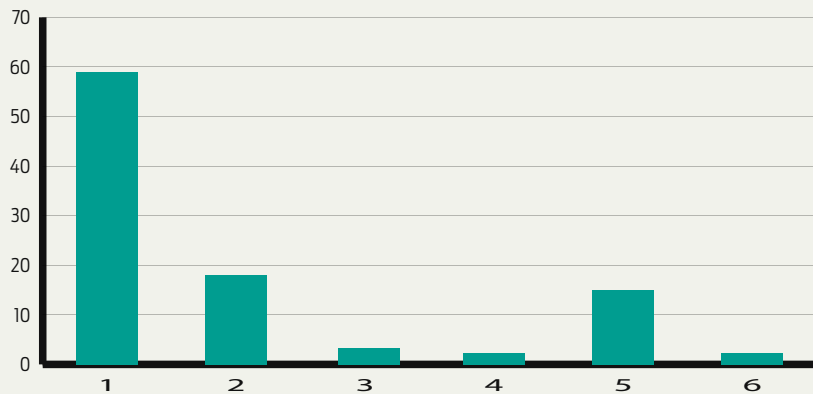
Veldig bra med video, for da får alle se hva som blir gjort.

studentenes evaluering oppfordret vi lærerne i 1. årsenhet til å komme med innspill.

Evalueringsskjemaet besto av fem spørsmål med fire svaralternativer. Under hvert spørsmål var det i tillegg satt av plass til kommentarer. På kull 08/09 var det 162 studenter, og skjemaet ble besvart av 133 studenter (82,1 prosent).

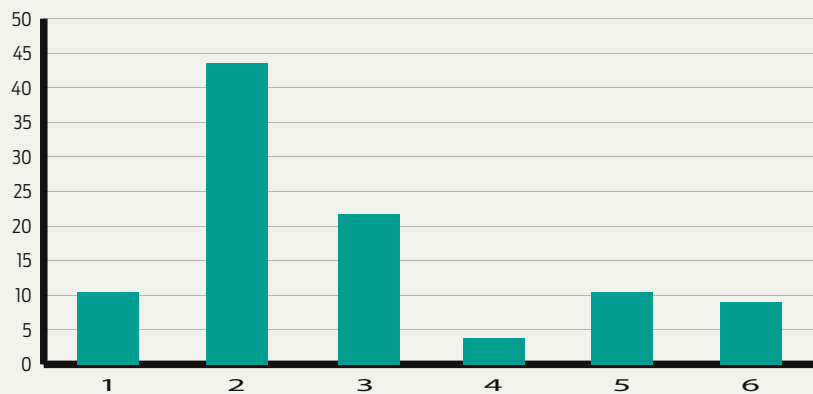


1. Hvor nyttig har det vært å kunne forberede seg til prosedyren ved å se video av prosedyren på It´s Learning?



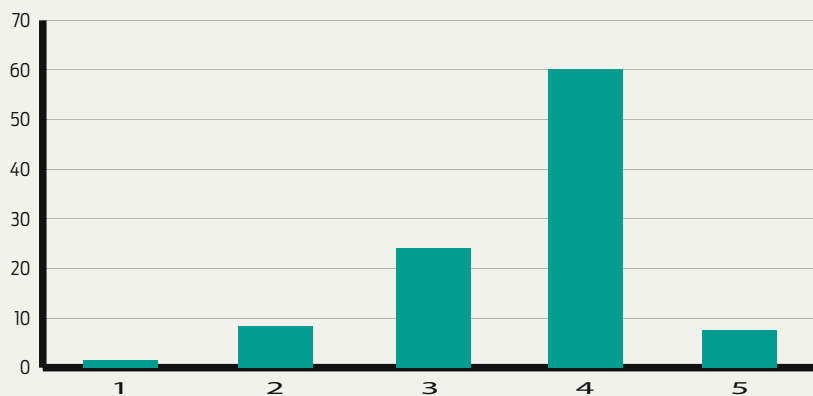
1. Svært nyttig (59,0 prosent), 2. Ganske nyttig (18,1 prosent), 3. Noe nyttig (3,3 prosent), 4. Lite nyttig (2,3 prosent), 5. Fikk ikke åpnet filen (15,0 prosent), 6. Ikke sett video (2,3 prosent).

2. Hvor nyttig har det vært å kunne forberede seg til prosedyren ved å se bilder av prosedyren?



1. Svært nyttig (10,5 prosent), 2. Ganske nyttig (43,6 prosent), 3. Noe nyttig (21,8 prosent), 4. Lite nyttig (3,8 prosent), 5. Fikk ikke åpnet filen (10,5 prosent), 6. Ikke sett bildene (9,0 prosent).

3. Tirsdag 25.11 ble video av prosedyren vist i klasserom som en del av introduksjonen til katetisering? Hvilket læringsutbytte hadde du av denne undervisningen?



1. Lite læringsutbytte (1,5 prosent), 2. Noe læringsutbytte (8,3 prosent), 3. Moderat læringsutbytte (24,1 prosent), 4. Stort læringsutbytte (60,2 prosent), 5. Ikke til stede (7,5 prosent).

Flere av studentene mente at det å kunne se ordentlig hvordan prosedyren skulle utføres gjorde øvelsen mye lettere: «Det er lettere å forstå helheten av prosedyren når man kan se hvordan det blir utført og ikke bare leser om det». 20 studenter (15 prosent) klarte ikke å åpne filen hjemme. Flere nærbilder og flere kommentarer underveis i videoen ble rapportert som forbedringsområder.

Denne oppsummering viser at studentene satte pris på bruk av bilder, men de ga det ikke like høy skår som bruk av video. Bilder av utstyret som brukes i prosedyren ble kommentert som positivt: «Greit fordi det gir bedre begrep om ulikt utstyr og det er ikke alltid like greit å vite hva ulikt utstyr er når man leser om det i en bok». En kommentar gikk ut på at det ikke er nødvendig med bilder siden det ligger bilder på PPS. 14 studenter (10,5 prosent) fikk heller ikke åpnet denne filen.

Over 60 prosent av studentene rapporterte stort læringsutbytte av å se video av prosedyren i klasserom og 24 prosent rapporterte moderat læringsutbytte. Kommentarer under dette spørsmålet var blant annet:

- › Veldig bra med video for da får alle se hva som blir gjort
- › Oversiktlig, presist, informativt
- › Synes det var bra, men må se den flere ganger
- › Video bør brukes mer i undervisningen
- › Veldig bra, da kunne man også stille spørsmål i forkant av øvelsesposten.

Passende tempo og muligheten til å stille spørsmål blir fremhevet som positivt når lærere demonstrerer prosedyrer. Demonstrasjon gjort av lærer på øvelsespost samme dag som den aktuelle prosedyren skal øves på, blir trukket frem som ønskelig av flere studenter. Kommentarene viser imidlertid at det oppleves forvirrende at lærerne ikke alltid underviser likt. 17 av de 36 kommentarene til dette spørsmålet går ut på at det er vanskelig å få med seg alt i et klasserom. Hvor mye man får med seg under prosedyredemonstrasjon kommer an på hvor man sitter i rommet.

Hele 118 studenter (88,8 prosent) rapporterte stort eller moderat læringsutbytte av opplegget for øvelsesposten den aktuelle uken. En stor del av kommentarene gikk her ut på at det var et godt opplegg, og at det hadde vært nyttig å se videoen etter selv å ha øvd på prosedyren. Det å kunne stille spørsmål til lærerne og kommentere videoen i plenum ble sett på som positivt. Noen ønsket imidlertid at videoen hadde blitt vist før en begynte å øve

Passende tempo og muligheten til å stille spørsmål blir fremhevet som positivt når lærere demonstrerer prosedyrer.

selv, andre kunne godt tenke seg å se videoen to ganger, både på begynnelsen og på slutten av prosedyretreningen. Studenter som ikke mente de hadde hatt særlig utbytte av øvelsesposten denne dagen oppga grunner som manglende utstyr, for liten tid til å trene selv og at det ble gitt ulik informasjon fra lærerne.

Konklusjon

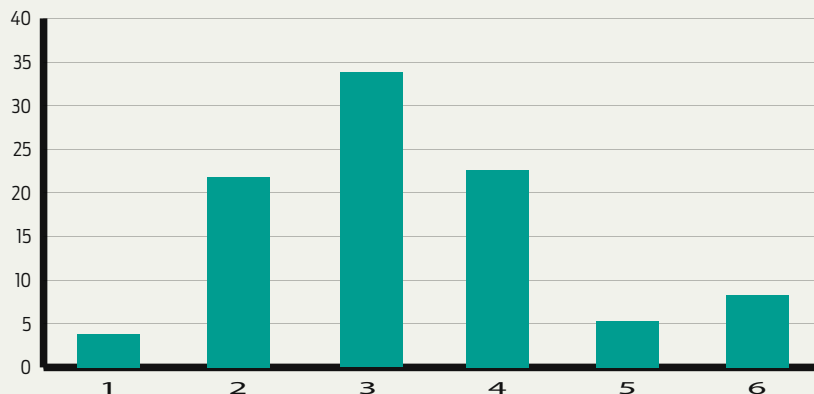
Det var ikke bare studentene som kunne tenke seg mer bruk av video. Lærerne på første året har også gitt uttrykk for at pilotprosjektet har vært nyttig. De ga spesielt tilbakemelding om at det var flott å kunne bruke våre to Smart Board på øvelsesposten på denne måten. Smart Board'en ble brukt aktivt ved at videoen ble satt på «pause» flere ganger og det ble mange nyttige diskusjoner og refleksjoner underveis.

Vår konklusjon er at det med fordel kan utvikles flere videoer til bruk i forbindelse med prosedyretrening. En viktig faktor i dette prosjektet var muligheten til å lage videoen på bakgrunn av prosedyren som ligger på PPS. Studentene fikk derfor se en prosedyrevideo produsert på bakgrunn av oppdatert forskning. Dette samsvarer også med NOKUTs krav om forskningsbasert undervisningsmaterieell (4). ■

LITTERATUR

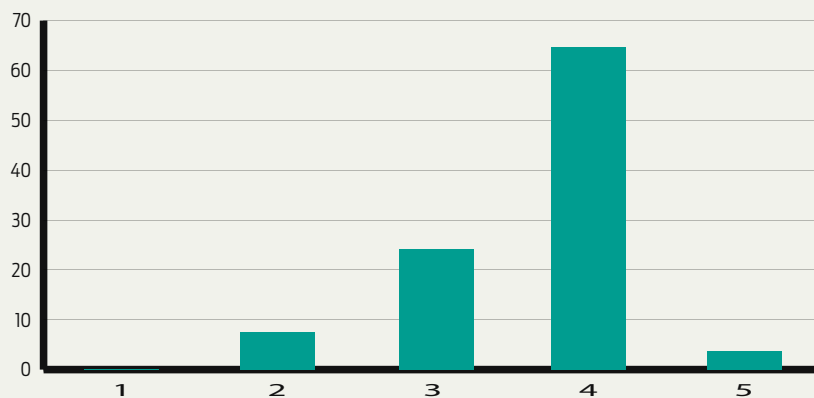
1. Praktiske Prosedyrer for Sykepleietjenesten (PPS); Tilgjengelig fra: <http://www.akribe.no/pps/> [Nedlastet 27.juli 2009]
2. Medical Procedure Video (2005).Tilgjengelig fra: <http://video.healthhaven.com/Urinary.htm#item0> [Nedlastet 18.september.2008] Dalhousie University
3. Ortega R, NgL, Sekhar P, Song M. Female Urethral Catheterization; The New England Journal of Medicine 2008; 14. Tilgjengelig fra: <http://content.nejm.org/cgi/content/short/358/14/e15> [Nedlastet 18. september 2008]
4. Nokut (2009); Forskningsbasert undervisning Tilgjengelig fra: <http://www.nokut.no/sw612.asp> [Nedlastet 27.juli 2009]

4. Hvilket læringsutbytte har du hatt av å få prosedyrer demonstrert av lærer i klasserom?



1. Lite læringsutbytte (3,8 prosent) 2. Noe læringsutbytte (21,8 prosent) 3. Moderat læringsutbytte (33,8 prosent), 4. Stort læringsutbytte (22,6 prosent), 5. Ikke svart på baksiden av skjemaet (5,3 prosent), 6. Annet (8,3 prosent).

5. Hvor stort læringsutbytte har du hatt av prosedyretreningen på øvelsesposten denne uken hvor opplegget har vært; 1) trening på prosedyren? 2) video av prosedyre, refleksjon/spørsmål sammen med lærer ca. 30 min. ? 3) pause 15 min. ? 4) trening på prosedyren, 1,5t. ? 5) rydding/oppsummering?



1. Lite læringsutbytte (0,1 prosent), 2. Noe læringsutbytte (7,5 prosent) 3. Moderat læringsutbytte (24,1 prosent), 4. Stort læringsutbytte (64,7 prosent), 5. Ikke svart på baksiden av skjemaet (3,8 prosent).





Hans Knut Otterstad
Norsk institutt for omsorgs-
tjenester

Klare for sykehjem, blir på sykehus

Utskrivningsklare pasienter som venter på sykehjemsplass blir liggende på sykehus.

Eldre pasienter på sykehus har gjerne flere sykdommer og høyere sykkelighet enn yngre pasienter. Med «eldrebølgen» og en økende spesialisering av sykehusdrift med avdelinger som er inndelt etter organsystemer, vil dette være en utfordring for sykehusene, som blant annet måler effektivitet i form av gjennomsnittlig antall liggedager per innleggelse. Eldre pasienter kan dermed bli en hemske for å få økt pasientsirkulasjonen i sengene. Antall utskrivninger per seng per år er lett å måle og det blir dermed enkelt å sammenligne sykehusene. De eldre pasientene, som det er vanskelig å skrive ut direkte til hjemmet, betegnes som «utskrivningsklare». Antall «utskrivningsklare pasienter» er nå større enn før, og sykehusene har innført et meldesystem for denne gruppen. Med utgangspunkt i statistikken for utskrivningsklare pasienter vil denne artikkelen forsøke å gi et kvantitativt bilde av situasjonen i Østfold i 2007.

Metode og materiale

Dataene som denne undersøkelsen bygger på er samlet inn av sykehusene i Østfold. De fører statistikk over antall utskrivningsklare pasienter som sendes til kommunene. Antall meldinger og antall dager som går før pasienten blir utskrevet registreres kontinuerlig. På årsbasis blir dette igjen fordelt på de enkelte kommunene i Østfold. Man kan dermed lese ut av statistikken både hvor mange pasienter som var utskrivningsklare i løpet av året og hvor lang den gjennomsnittlige liggetiden var for pasienter som fikk status som utskrivningsklare. Dette materialet omfatter «overliggerne» og det er i hovedsak pasienter som trenger utskrivning til sykehjem. Tilgjengeligheten på sykehjemsplass er flaskehalsen i behandlingsskjeden, og statistikken vil dermed kartlegge tilgjengeligheten og kapasiteten i kommunenes sykehjemsdrift. For å kunne sammenligne kommunenes tilgjengelighet for sykehjemsinnleggelse er antall liggedager i sykehus for «overliggerne» fordelt på antall innbyggere som er 80 år og eldre. Dette er samme metode som benyttes for å sammenligne sykehjemsdekningen i kommunene. Materialet består av i alt 1537 pasienter, med en samlet liggetid på 10108 dager som «utskrivningsklar» eller «overligger».

Sykehuset som «sykehjem»

Sykehusene spiller en viktig rolle i eldreomsorgen, spesielt gjennom sitt akuttmottak av syke eldre. Sykehusoppholdet til «utskrivningsklare pasienter» kan deles i to faser: den første delen som «vanlig pasient» og den siste delen som «korttidsopphold som sykehjemspasient» i sykehuset. (Sykehusene opplyser ikke hvor lang den første fasen var, og dette materialet inneholder ikke opplysninger om samlet antall liggedager.) Gjennomsnittlig liggetid som «overligger» var 6,6 dager. Vi vet imidlertid at sykehusene skriver ut eldre pasienter om-

«Overliggerne» er i hovedsak pasienter som trenger utskrivning til sykehjem.

trent like raskt som yngre, det vil si etter fem–seks dagers opphold i gjennomsnitt. Det er derfor rimelig å konkludere med at «overliggerne» som ikke kan utskrives direkte til eget hjem, men som trenger hjelp fra pleie- og omsorgstjenestene i kommunene for å kunne utskrives, har et samlet opphold på cirka fem–seks pluss sju dager. Avhengig av hvorledes man definerer «sykehjemsfunksjonen» til sykehusene har man to beregninger som gir helt forskjellig resultat. Man kan velge å betegne hele oppholdet som et korttidsopphold eller kun den siste fasen som «overligger». Dersom hele oppholdet inkluderes betyr det at cirka 50 sykehussenger ble brukt kontinuerlig til denne pasientgruppen. Dersom kun tiden som «overligger» inkluderes, reduseres tallet til 28 senger på årsbasis. Dette er relativt store tall som i betydelig grad påvirker sykehusets drift, og det er derfor forståelig at sykehusene er opptatt av denne problemstillingen.

Hypoteser og problemstillinger

I tillegg til å beskrive «sykehjemsfunksjonen» i sykehus og mottakskapasiteten til den enkelte kommunen, kan materialet benyttes til å teste ut to hypoteser som forklaring på de forskjel-

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

Søkeord:

- » eldre
- » geriatri
- » politikk
- » sykehus
- » sykehjem





lene mellom kommunene som blir beskrevet. En slik analyse vil kunne ha stor praktisk betydning for både planlegging og drift av sykehjemmene i kommunene.

- ▶ Dekningen av korttidsplasser i sykehjem målt som antall plasser per 100 innbygger på 80 år og eldre, vil avgjøre både antall personer og antall liggedager som registreres for «overliggerne». Flere undersøkelser viser at det er størrelsen på deknningen av korttidsplassene som bestemmer mottakskapasiteten i sykehjem (1).
- ▶ Den samlede deknningen av antall plasser i sykehjem og kollektive boformer med heldøgnspleie, målt per 100 innbygger på 80 år og eldre, vil avgjøre størrelsen på både antall pasienter og samlet antall liggedager.

Disse hypotesene er ikke gjensidig utelukkende fordi en kommune kan både ha høy dekning av samlet antall plasser til heldøgnspleie og av korttidsplasser.

Resultater

1. *Strømmen av «utskrivingsklare pasienter» fra sykehusene overskred mottakskapasiteten til sykehjemmene i fylket i 2007, og bidro til et betydelig press på sykehjemmene*

I 2007 registrerte sykehusene 1537 «utskrivingsklare pasienter» med 10.108 liggedager som «overliggere». Denne statistikken forteller ikke hvor gamle disse pasientene var og hvor lenge de lå i sykehus før de ble definert som utskrivingsklare. Vi vet fra andre data fra Østfold at rundt 55 prosent av disse pasientene er 80 år og eldre, og at det overveiende er geriatri det dreier seg om

(2). Moss kommune mottok 529 meldinger om utskrivingsklare pasienter i 2007 for pasienter som var 80 år og eldre, og av disse meldingene ble 218 klassifisert som søknad til sykehjem, det vil si cirka 40 prosent av meldingene. Det er cirka 200 sykehjemsplasser i Moss kommune, og litt under 300 utskrivninger – det vil si ledige plasser – i 2007. Dette betyr at sykehusene i Østfold ville fylt opp alle plassene i sykehjemmene i Moss i løpet av cirka ett år selv om alle plassene hadde vært ledig ved årets begynnelse. Men en relativt stor andel av de pasientene som ligger i langtidseng i sykehus har en liggetid på to år eller mer. Ut fra dette eksemplet kan en fastslå at kapasiteten i sykehjemmene i kommunene i Østfold er betydelig lavere, enn det ambisjonsnivået sykehusene hadde i 2007, i forhold til å overflytte pasienter fra sykehus til sykehjem. Det er derfor ikke vanskelig å forstå at det var et betydelig press på sykehjemmene i 2007 og at mange kommuner hadde sykehjemskø.

2. Store forskjeller mellom kommunene

Tabellen viser de store forskjellene både i antall utskrivingsklare pasienter og antall liggedager i sykehus for «overliggere». I 2007 hadde denne gruppen 0,21 liggedager i sykehus per 100 innbyggere på 80 år og eldre. Dette tallet kan konverteres til dekning av korttidsplass i sykehjem og sammenholdes med kommunenes dekning av antall korttidsplasser i sykehjem. (2,53 senger per 100 innbyggere 80 år og eldre i 2005). For flere kommuner var «overliggerne» en viktig avlastning for kommunenes eget tilbud av korttidsplasser. Gjennomsnittet for kommunene i Østfold i 2007 var imidlertid at «overliggeren» forbrukte litt under 10 prosent av tilbudet av korttidsplassene i sykehjem, men for-

GAMMEL OG SYK:

Sykehusene spiller en viktig rolle i eldreomsorgen gjennom sitt akuttinntak av syke eldre.

Arkivfoto: Stig Weston.



Antall pasienter meldt som utskrivingsklare og samlet antall liggedager for denne gruppen, fordelt i forhold til kommunenes eldrebefolkning i 2007

Kommuner	Antall pasienter som ble meldt som utskrivingsklar	Antall liggedager i sykehus for pasienter som er meldt utskrivingsklare	Antall pasienter meldt som utskrivingsklar per 100 innb. 80 år +	Antall liggedager per 100 innb. 80 år + fordelt over ett år, dvs. omgjort til sykehjemsplass
1	126	1001	8,0	0,17
2	241	1660	18,3	0,34
3	275	1840	11,4	0,21
4	378	2208	10,6	0,17
5	20	105	12,3	0,18
6	4	33	4,3	0,10
7	18	139	7,9	0,17
8	0	0	0,0	0,00
9	34	191	13,1	0,20
10	25	138	11,1	0,17
11	87	535	12,9	0,22
12	85	595	16,3	0,31
13	22	79	13,9	0,14
14	43	184	11,2	0,13
15	46	355	14,3	0,30
16	96	776	16,5	0,37
17	14	57	11,3	0,13
18	23	212	16,9	0,43
Østfold	1537	10108	12,0	0,21

skjellen mellom kommunene var stor. I dette regnestykket er imidlertid kun den siste fasen i «korttidsoppholdet» i sykehuset regnet med fordi dataene for første fase ikke foreligger. Dersom den forutsetningen som ble gjort innledningsvis er riktig – en samlet liggetid på cirka 12 dager – ville andelen liggedager utgjøre cirka 18 prosent av korttidsengene.

3. Kommunenes dekning av korttidsplasser er viktig for omfanget av denne gruppen sykehuspasienter

Det var en meget sterk og negativ sammenheng mellom kommunenes dekning av korttidsplasser i sykehjem og forbruket av sykehussenger for utskrivingsklare pasienter. Når dekningen av korttidsplasser øker med 1,0 sykehjemsseng per 100 innbygger på 80 år og eldre, reduseres forbruket av liggedøgn for «overliggere» med 15 liggedager per 100 innbygger 80 år +.

En regresjonsanalyse viser at variasjonen i dekning av korttids-plasser kan forklare hele 23 prosent av variasjonen i forbruk av sykehussenger for «overliggere». Dataene bekrefter derfor at hypotese nr. 1 medfører en stor grad av riktighet, og at kommunenes dekning av korttidsplasser i sykehjem er meget viktig for å få et effektivt samarbeid mellom tilbudet av pleie og omsorg i kommunene og sykehusdriften for geriatriske pasienter.

4. Samlet dekning av sykehjem og boliger med heldøgnspleie har liten betydning for denne pasientstrømmen

Hypotese nummer to ble testet ut med data for samlet dekning av plasser med heldøgnspleie i kommunene. Dette er interessant fordi sentrale helsemyndigheter har anbefalt at kommunene bør ha en samlet dekning av 25 slike plasser i forhold til eldrebefolkningen. En regresjonsanalyse viser at det ikke er noen sammenheng og at hypotese nummer to må forkastes.

Konklusjoner

Det er fire viktige funn i denne undersøkelsen:

1. Det var meget store forskjeller på kommunenes forbruk av sykehussenger for «overliggere» (i hovedsak pasienter som trenger utskrivning til sykehjem). I denne sammenheng fungerte sykehusene som en avlastning for kommunens tilbud av korttidsplasser, det som kan kalles «sykehjemsfunksjonen i sykehus». I Østfold lå dette forbruket på litt under 10 prosent av kommunenes eget forbruk av korttidsplasser i sykehjem i 2007, dersom en kun regner med tiden som «overliggere» En kan argumentere for at hele sykehusoppholdet skal inkluderes, og da blir andelen cirka 18 prosent.
2. Sykehusenes bruk av begrepet «utskrivingsklar sykehuspasient» og antallet slike pasienter som søkes overført til sykehjem i hjemkommunen er for de fleste kommunene meget overdimensjonert i forhold til kommunenes reelle mottakskapasitet. Dette leder nødvendigvis til at mange søknader må avslås. Dagens dekning og drift av sykehjem er i de fleste kommuner i Østfold dessuten på et slikt nivå at man i praksis aldri vil kunne oppnå en balanse mellom etterspørsel og mottak med det høye nivået på utskrivingsklare pasienter som sykehusene i Østfold opererer med i dag.
3. Det er ingen sammenheng mellom tilbudet av samlet antall plasser i sykehjem og boliger med heldøgnspleie i forhold til eldrebefolkningen og forekomsten av «ferdigbehandlede sykehuspasienter». Derimot er det en klar sammenheng mellom høy dekning av korttidsplasser i sykehjem og sykehusforbruket til «overliggere». Dette taler for at en bør øke dekningen av korttidsplasser i sykehjemmene dersom en skal redusere omfanget av «overliggernes sykehusforbruk».
4. Dagens meldesystem for «overliggere» er på den annen side betydelig overdimensjonert i forhold til kommunenes mottakskapasitet og bidrar til et stort press på sykehjemmene i kommunene. En bedre balanse mellom etterspørsel og tilbud vil gi betydelig gevinster både for helsevesenet og pasientene. Dette vil kreve en faglig gjennomgang av kriterier og definisjoner av hvilke behov som skal medføre plass i sykehjem. ■■■

En relativt stor andel av de pasientene som ligger i langtids seng i sykehus har en liggetid på to år eller mer.

LITTERATUR

1. Otterstad HK, Tønseth H. Store forskjeller i sykehjemsdrift og tilgjengelighet. Tidsskriftet Aldring og livsløp 2007; 2: SIDE 6-10.
2. Otterstad HK. Skrives ut til kø. Sykepleien 2008; 3: 64-66.



DECUBAL[®]

Effektiv og mild for vanskelig, tørr hud!

Fordi tørr hud ofte er sensitiv, inneholder Decubal kun rene, enkle ingredienser som pleier og gjenoppbygger huden fra topp til tå. Produktene er helt frie for parfyme og fargestoffer og kan brukes av hele familien. Decubal brukes også forebyggende eller som supplerende pleie i forbindelse med lett eksem og psoriasis.



**FÅ GRATIS
PRØVER!**

Gå inn på
www.decubal.no



Esther Cesilie Frydenlund

Aktuell med: Bare en overlevende

Yrke: Tidligere operasjons- og avdelingssykepleier

Bosted: Oslo

Alder: 55

Ennå merk tsunamien

Esther Frydenlund og familien overlevde da bølgen traff Thailand for snart fem år siden. Men livet slik de kjente det var over.

Tekst Geir Arne Johansen Foto Erik M. Sundt

Det sies at tiden leger alle sår. Tidligere sykepleier Esther Frydenlund kan bare si seg delvis enig i det. Fem år etter tsunamikatastrofen har hun og ektemannen fremdeles en posttraumatisk stresslidelse som gjør hverdagen vanskelig å håndtere.

– Du skal jo være så forbasket glad for å ha overlevd. Men det ligger ingen lykkefølelse i det. Bare beinhard jobbing og mye strev. Selv om jeg verken brakk armer eller bein, fikk jeg mange sjelelige kvestelser, sier Esther Frydenlund.

Før tsunamien var hun avdelings- sykepleier på kirurgisk klinikk i operasjonsavdelingen på Rikshospitalet. Etter katastrofen var det umulig å vende tilbake. Frydenlund fikk angst og depresjon. Hukommelsen og konsentrasjonen sviktet.

– Jeg sliter veldig med å si at jeg ikke orker jobben. Før taklet jeg lett å ha mange baller i luften, nå kan jeg bare gjøre én ting om gangen. Det er vanskelig å erkjenne disse begrensningene i meg selv.

Nå har den tidligere operasjonssykepleieren erstattet sykepleieruniformen med et speilreflekskamera. Fotograferingen gir henne både energi og en indre ro. Sammen med ektemannen Jan Faye Braadland har hun gitt ut boken «Bare en overlevende – Tekst og bilder i post-tsunamisk perspektiv». Han står for tekstene, hun

har tatt bildene. Motivene er hentet fra ulike steder, mange er fra minnestedet over tsunamiopfrene på Bygdøy.

Bokens første del forteller om det som faktisk skjedde. Tidlig på formiddagen 2. juledag 2004 har Esther Frydenlund og mannen hennes leid hurtigbåt fra Ao Nang og satt kursen mot øyparadiset Koh Hong. Med seg har de datteren Karoline og kjæresten hennes, Patrick. Solen står høyt på himmelen. Havet ligger som et speil. Perfekte forhold for bad og snorkling.

Men Frydenlund har en dårlig magefølelse. Den har hun hatt siden hun reiste fra Norge. Noe er i gjære. I dag har hun instinktivt latt almanakken og andre eiendeler hun er redd for å miste, ligge igjen på hotellet. Vel fremme ved stranden setter hun seg i vannkanten. Der kan det ikke komme båter mot henne og skade henne dersom det skulle skje noe med vannet, tenker hun. Ektemannen Jan, derimot, svømmer ut til lagunen like ved og snorkler blant tropisk fisk. Bølgen er bare minutter unna.

Plutselig, ut av intet, reiser det seg en ti-femten meter høy vegg av vann som kommer frådende mot henne. Esther Frydenlund rekker så vidt å se at datteren løper mot skogen, før bølgen omslutter henne.

– Alt jeg som sykepleier hadde lært om traumer for gjennom hodet mitt. Jeg husker at jeg hyperventilerte for å få så mye luft i lungene som mulig før

et av

vannet kom. Også tenkte jeg at «nå må jeg overleve uten å skade meg, slik at jeg kan hjelpe de andre etterpå».

Når bølgen trekker seg tilbake har hun fulgt med 150 meter inn i jungelen. Mannen hennes oppdager at han henger høyt oppe i en trekrone på stranden. Han aner ikke hvordan han har havnet der. Etter en stund finner Jan Faye Braadland sin kone igjen. I boken beskriver han det slik:

«Hun står der bare, forslått og urørlig, stirrer fremover mot stranden med tomt blikk, som forstenet. Jeg går bort, klapper henne lett på skulderen og spør: «Hva skjedde egentlig?» «En bølge!» svarer hun. «Hva med ungdommen, er alt vel med Ka og Pa?» «Ja, de lever begge to!» Fortsatt urørlig, brilleløs, desorientert, uten kontroll, i sjokk».

I ettertid har det vært vanskelig å takle at jeg ikke klarte å gjøre mer.

Frydenlund har bakgrunn fra traumerommet på Ullevål sykehus. Hun har fagkunnskap om traumer og kriser. Men i kaoset av døde og sårede, blir hun lammet av sjokk.

– I ettertid har det vært vanskelig å takle at jeg ikke klarte å gjøre mer. Jeg har bestandig vært en handlekraftig person. Vant til å ha kontroll.

Esther Frydenlund og familien kommer raskt tilbake til Norge. Men møtet med hverdagen blir tøft. Når det verste sjokket etter hendelsen har lagt seg, forventer venner og kolleger at de vil fortsette livet som før. De har jo tross alt overlevd, og har ikke noe å sørge over. I boken reflekterer

hun rundt fenomenet tsunami, posttraumatisk stress, traumer, og om det å være overlevende etter katastrofen.

– Vi overlevde en kollektiv katastrofe, og er slett ikke alene om å sitte igjen med vonde minner. Mennesker sliter hver eneste dag med å takle individuelle kriser og traumatiske opplevelser, sier Frydenlund, og legger til:

– Problemet er at vi som overlevende etter store katastrofer og ulykker ofte faller mellom flere stoler. Vi bærer på mange av de samme psykiske reaksjonene som etterlatte og pårørende, det være seg posttraumatisk stress, angst, depresjon, selvmordstanker, sorg over tap av sosial status eller yrke, frykten for en ny fremtid, eller hvordan mestre det nye livet.

Ifølge leder av Sosial vakttjeneste

ved Legevakten i Oslo kommune, Kari Kongstein, er det ikke lett å være heldig. Hun drev en samtalegruppe for overlevende våren 2005. Da bekreftet hun at også de som «bare» overlevde hadde store traumer, selv om de ikke mistet familie eller venner. I boken sier hun:

«Dette er et møte med døden som ingen har forventet, og møtet med døden og tankene om at du skal dø, er såpass sterke at det er vanskelig å omstille seg til å få livet i gave igjen».

I ettertid har det vært vanskelig å takle at jeg ikke klarte å gjøre mer. Jeg har bestandig vært en handlekraftig person. Vant til å ha kontroll. ■



Bokhøsten

VI GÅR INN i en kaldere og mørkere årstid. Naturen trekker sine siste åndedrag før vinterdvalen. Samtidig slår bokbransjen ut i full blomst. Det er bokhøst.

I disse dager presenteres årets bøker. Bokentusiaster kan glede seg over gjensyn med sine yndlingsforfattere. Det blir bokbad og bokmesser. Bokcafé og bokdebatt. Forfattere har fulle avtalebøker og veksler mellom å stille til portrett i dagspressen og ha opplesninger på Litteraturhuset.

Utenlandske forfattere flyr inn fra fjerne himmelstrøk for å ta del i bokfesten. Gigantiske telt settes opp i Oslo sentrum, og fylles med bøker. Forfattere stiller i stor stil og leser høyt for publikum. Tjue tusen møtte opp i fjor høst, da man inviterte til bokfest i selveste Operaen. Minst like mange besøkende er ventet i år.

Avisene fylles med anmeldelser og bokbilag. Høsten er bøkens årstid. Det særnorske fenomenet «Bokhøst» ser ut til å ha kommet for å bli. Litt paradoksalt egentlig, da en undersøkelse Bokhandlerforeningen gjorde for to år siden viser at nordmenn leser desidert mest om sommeren.

Hele 86 prosent av oss foretrekker leseropplevelsen akkompagnert av bølgeskulp og sand mellom tærne. Men skitt au. En god bok er minst like god når vinden uler og regnet høljer ned.



Cherime Johansen



Arne Teige er psykiatrisk sykepleier ved Førde sentralsykehus.

I denne serien på 10 artikler gir han en grunnleggende innføring i de vanligste forskningsmetodene. Serien «Det metodiske hjørnet» skal sette leserne i stand til kritisk å vurdere nyere forskning i sitt arbeid.

3 måter for å komme fram til et gjennomsnitt:

- › **ARITMETISK GJENNOMSNIITT:** hvor vi legger sammen alle målingene og deler på antallet
- › **MEDIANEN:** hvor vi rangordner målingene, og velger den midterste som gjennomsnitt
- › **MODALVERDIEN:** hvor vi velger den verdien som forekommer hyppigst

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

Søkeord:

- › Evidensbasert kunnskap
- › Gjennomsnitt



De fleste norske kvinner har flere bryst enn gjennomsnittet

Hvordan vurderer man «evidensbasert kunnskap»?

Dette spørsmålet vil jeg svare på i denne serien. Jeg vil beskrive vanlige statistiske begreper og metoder, vise hvordan metodene benyttes, og hvordan forskningsresultat sammenfattes for å skape «evidensbasert kunnskap».

Jeg vil forklare begrepene kort og poengtert, uten formler og matematikk, og benytter praktiske eksempler som alle kan vurdere. Jeg vil også angi de engelske begrepene, slik at det blir lettere å forstå og gjøre seg nytte av den internasjonale litteraturen. På sikt håper jeg at artiklene kan bidra til å øke den «evidensbaserte kunnskapen».

Gjennomsnitt

Gjennomsnitt er ett tall. Dette tallet er valgt som representant for ei gruppe tall som alle beskriver en tilstand eller egenskap – f.eks. «antall bryst hos voksne norske kvinner». Individene i gruppa vil ha ulikt antall bryst. Gjennomsnittsverdien er det tallet som best beskriver gruppa og tilstanden/egenskapen.

For å finne gjennomsnittsverdien, må vi enten telle eller måle. Dette enkle forholdet inneholder mange metodiske problemstillinger. Hva teller eller måler vi? (I eksemplet: Teller et «rekonstruert bryst» som et bryst?) Hva er måleinstrumentet? Hvordan standardiserer vi målingene? Hvor mye måler vi feil? Hvor mange må vi måle, for å være noenlunde sikre på gjennomsnittsverdien? Hvordan må vi velge forsøkspersoner for å være sikre på at de er representative for gruppa «norske kvinner»? Slike spørsmål vil jeg belyse etter hvert.

Forskjellige typer gjennomsnitt

Når vi måler noe, sammenligner vi. Måler vi høyden på skolebarn, sammenligner vi høyden til hvert barn med et metermål. Vi angir dette som Aud's høyde = 1,17 meter.

Vi kan sammenligne ved å legge sammen høydene til alle barna, og

deretter dele summen på antall barn. Det tallet vi da får, kalles aritmetisk gjennomsnitt (på engelsk «mean»), «aritmetisk» fordi vi har «regna ut» verdien. Vi kan da for eksempel si at Aud er 4 cm lavere enn gjennomsnittet i klassen.

Vi kan sammenligne på andre måter. Vi kan ordne alle barna i ei rekke, fra den laveste til den høyeste. Dersom Aud er midt i rekka, kan vi velge Aud sin høyde som gjennomsnittsverdi. Aud vil da ha like mange barn på hver side. En slik gjennomsnittsverdi kalles median (på engelsk «median»).

Her hvor jeg bor finnes fire dagligvarebutikker. Tre av disse hører til samme kjede, en butikk er uavhengig. I alle kjedebutikkene koster eplene 12.95 pr. kilo, hos den uavhengige kr 11.95. Jeg kan velge den verdien som hyppigst forekommer, som gjennomsnittsverdi, i eksempelet kr 12.95. Et slikt gjennomsnitt kalles modalverdien (på engelsk «mode»).

Sammendrag

Vi kan telle eller måle en til-

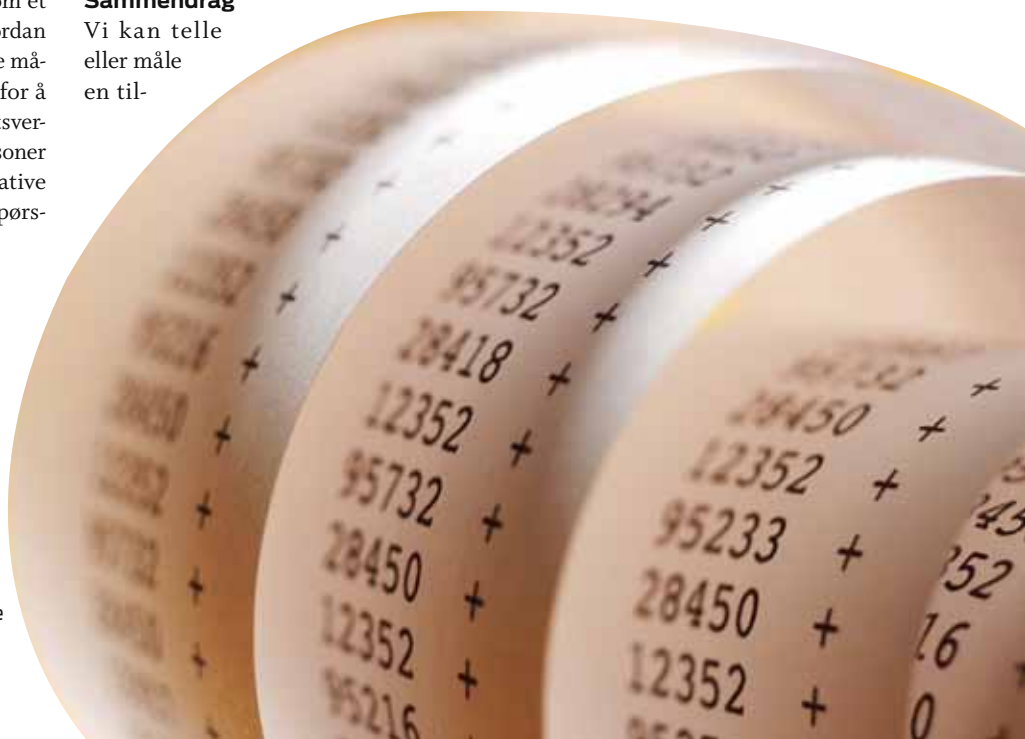
stand eller en egenskap. Å måle noe er å sammenligne med noe annet.

Det vi sammenligner med, kan være kjente og standardiserte «mål», som en meter. Eller det kan være en skala, for eksempel «Apgar-skåre».

Et gjennomsnitt er ett tall som «best sammenfatter» disse målingene eller tellingene. Jeg har beskrevet tre typer.

- › **ARITMETISK GJENNOMSNIITT:** hvor vi legger sammen alle målingene og deler på antallet
- › **MEDIANEN:** hvor vi rangordner målingene, og velger den midterste som gjennomsnitt
- › **MODALVERDIEN:** hvor vi velger den verdien som forekommer hyppigst

Som alt annet, har hver sine fordeler og ulemper. Det kommer jeg tilbake til.





Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie

– En ressursbok

Av Ida Torunn Bjørk og Marit Solhaug
210 sider
Akribe forlag 2008
ISBN: 978-82-795-0123-7
Anmelder:
Liv Wergeland Sørbye, sykepleier, cand philol, Phd, Diakonhjemmet Høgskole

Nyttig for studenter og erfarne sykepleiere

ANMELDELSE: Evidensbasert kunnskap er viktig både i forhold til forskning, fagutvikling og klinisk sykepleie. Hvordan skal en så forholde seg til et slikt sentralt, men samtidig noe dif-fust begrep? Forfatterne er dyktige fagpersoner og skribenter, som har belyst aktuelle begrep både pedago-gisk og informativt.

Boken omhandler betydningen av forskningens kumulative effekt. De ulike fasene i forskningsprosessen fra idé til ferdig produkt er instruktivt beskrevet. Hovedfokus er betydning- en av aktiv innhenting av publiserte forskningsartikler og annen aktuell faglitteratur relatert til det valgte forskningsspørsmål. Tre forsknings- og fagutviklingsprosjekter illustrerer hvordan en praktisk og teoretisk kan arbeide med prosjekter av ulik design.

Kapittel to og tre er sentrale i for-

hold til tilføring av ny kunnskap innen fagutvikling og metode i sykepleien. Her deler forfatterne informasjon om kunnskap og kunnskapskilder, og hvor- dan å finne kunnskap om et tema. Min erfaring er at mange prosjekt og stu- dentoppgaver viser til en rekke databa- ser og søkeord de har benyttet, uten at relevante forskningsartikler blir inte- grert verken i teori- eller drøftingsdel. Forfatterne kunne i større grad vekt- lagt betydningen av hjelp til å finne de best dekkende søkeordene. Det er også viktig å merke seg betydningen av å begrense litteratursøket på en korrekt måte (limitations). Søkeren må kritisk luke ut «falske» treff, til tross for en tilsynelatende god avgrensning i søket.

Forfatterne påpeker problemer ved å kvantifisere kvalitative data. Eksem- pler fra prosjektet «Minner for livet» illustrerer hvor lett tallmagi kan bedra.

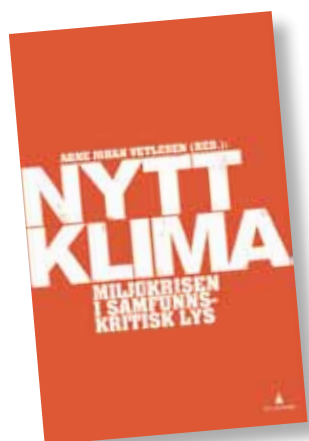
Dersom 94 prosent av utfylte skjema viser en øking i positive følelser hos de ansatte, burde alle sykehjem gjen- nomført tilsvarende prosjekt. Konkrete effektmål burde deretter testes regel- messig.

En godt voksen sykepleier som for første gang skal starte et forsknings- prosjekt, kan lett føle seg fanget og handlingslammet i nærkontakt med verdensveven. Ferske sykepleierstu- denter kjenner den digitale teknikken, men ikke faget. Fagboken er ment å fungere for begge grupper, og et nært samarbeid på tvers av generasjonene vil kunne gi positive resultater.

Boken har en leservennlig layout. Fargekoder gjør det lett for leserne å følge progresjonen i lærestoffet. Den vil være til stor hjelp i utviklingen av studentoppgaver, kliniske prosjekt og større forskningsprosjekt.

Man må tørre å diskutere det ubehagelige faktum at en del mennesker aldri skulle ha jobbet i eldreomsorgen eller med mennesker overhodet, og hvordan man skal bli kvitt den typen mennesker.

Kunstformidler Ellen Yvonne Mathisen



Nytt klima

– Miljøkrisen i samfunnskritisk lys

Av Arne Johan Vetlesen (red.)
312 sider
Gyldendal 2008
ISBN: 978-82-05-38473-6
Anmelder:
Karl-Henrik Nygaard, rådgiver

Dystert om klodens tilstand

ANMELDELSE: Når en finansminister fra SV oppfordrer til høyere forbruk, er det all grunn til undring og uro. Lar vi oss igjen lure til å tro at varig økonomisk vekst og konsum, er veien til det gode liv? Da er det all grunn til å trekke frem en av fjorårets bøker: Nytt klima.

I bokens sju kapitler sees klimakrisen i stor grad som en samfunns- og kul- turkrise. Dette perspektivet er særlig tydelig i artikkelen til filosofen Arne Johan Vetlesen. Han presenterer lese- ren for en etikk som handler om vårt grunnleggende forhold til naturen. Den innebærer en kritikk av vår egen livsstil, som på imperialistisk vis er eksportert til hver minste avkrok i verden. En livs- stil som har mistet kontakten med livet selv. Vi har tømt naturen for mening og iboende verdi, mener han.

Når naturen ikke har verdi i seg selv,

men kun som middel til vekst, vil også mennesket som art være ille ute. Denne utbyttingen har foregått i århundrer, men har særlig tatt fatt de siste 150 årene. Utbytting har ødelagt menneske- samfunnets naturgrunnlag i et omfang som slår direkte tilbake på samfunnets evne til å bestå.

Det er imidlertid den pågående ut- ryddelsen av arter og biologisk mang- fold Vetlesen særlig belyser. Som vanlig skriver han godt, og han synliggjør sitt budskap på en måte som rører ved lese-rens verdifokus. Hovedpoenget er at jo mer vi i dag tar ut av noe som kun fore- ligger i begrenset omfang, desto mindre blir tilbake for hver gang, til dem som følger etter oss i fremtiden.

Vi forbruker våre etterkommeres velferd og liv, og undergraver naturens evne til selvoppholdelse og balanse. Vet-

lesen har ingen tiltro til teknologiske løsninger. Kun ved å forankre vår livsstil i en grunnleggende miljøbevissthet og etikk, vil klimakrisen kunne unngås.

Leseren presenteres for klodens til- stand slik den fremstår i vitenskape- lige rapporter og observasjoner. Fra et biologisk perspektiv gis det en god beskrivelse av misforholdet mellom klimaforskningens dystre prognoser og den politiske viljen til å gjøre noe med utviklingen. Kritikken av politikerne og vekstpolitikken er gjennomgående.

Politikerne trenger imidlertid et handlingsgrunnlag i befolkningen. Velgerne får, ifølge Vetlesen, stort sett de politikerne de fortjener. Dersom bokens tanker og grunnholdning skulle legges til grunn ved høstens valg, var det ikke så mange av våre politikere som ville blitt gjenvalgt.

Dødsfallene kunne vært forebygget

Aids, tuberkulose og selvmord er blant de vanligste dødsårsakene hos unge verden over.

Tekst Geir Arne Johansen Foto Colourbox



AIDS: Dødeligheten blant unge mellom 10 og 24 år er høyest i fattig land, og aids er en av de vanligste dødsårsakene.

Det viser en fersk studie fra Verdens helseorganisasjon (WHO). Trafikkulykker, vold og komplikasjoner ved graviditet og fødsel, toppe også listen over de hyppigste dødsårsakene blant de 2,6 millioner unge mellom 10 og 24 år som dør hvert år.

Dødeligheten i aldersgruppen er høyest i fattige land, og da spesielt blant unge kvinner. Mange jenter og unge kvinner i fattige land dør av komplikasjoner som følge av mislykkede aborter og etter kjønnslemlestelse. Ifølge studien utgjør disse tilfellene, sammen med død som følge av komplikasjoner ved graviditet og fødsel, 15 prosent av dødsfallene blant tenåringsjenter og unge kvinner.

For mye uvitenhet

To av fem dødsfall skyldes ulykker eller vold, hvorav unge gutter og menn i delvis fattige regioner som Øst-Europa og Sør-Amerika er mest utsatt. Det er imidlertid trafikken som krever flest unge ofre. 10 prosent av alle dødsfall i aldersgruppen 10 til 24 år skjer på veiene. 14 prosent av alle gutter og unge menn i samme

aldersgruppe mister livet i trafikken.

Assisterende generaldirektør i WHO, Daisy Mafubelu, mener det må satses på undervisning og forebyggende arbeid blant unge for å få dødstallene ned.

– Tallene viser at det er et stort behov for opplæring og veiledning blant unge. Mer opplæring i trafikksikkerhet og bedre seksualundervisning er blant tiltakene som må på plass, slik at ungdom unngår atferd som kan få dødelige følger, sier hun.

Stor mødre dødelighet

En undersøkelse som ble utført av FNs Befolkningsfond (UNFPA), FNs Barnefond (UNICEF), WHO og Verdensbanken i 2007, viste at sannsynligheten for at en 15-årig jente vil dø av en komplikasjon relatert til graviditet eller fødsel i sin livstid, er høyest i Afrika med 1 til 26. I utviklede land er risikoen 1 til 7300.

Mindre enn 60 prosent av alle kvinner i utviklingsland, og bare 34 prosent i de minst utviklede landene, har tilgang på faglært helsepersonell. Enda færre føder på helseinstitusjon med faglært personale.

Røyking kan gi MS

Forskere har fått bekreftet mistanken om røyking øker faren for Multipel sklerose (MS). Snus øker imidlertid ikke risikoen for MS. Forskerne tror derfor det ikke er nikotinet som er årsaken til at røykere har en større risiko for å rammes av sykdommen. De tror årsakene til at røykerne er mer utsatt skyldes visse virusinfeksjoner som går på luftveien og som røykere er mer utsatt for enn andre.

Studien ble gjennomført ved Karolinska Institutet og skal publiseres i det vitenskapelige tidsskriftet *Neurology* i september.

Rundt 900 skandinaviske personer med MS-diagnose, og 1855 uten MS, deltok i studien. Dette er den største studien som er gjort.

Funnene i undersøkelsen viser at kvinner som røyker har femti prosent høyere risiko for å utvikle MS enn ikke-røykere. For mannlige røykere, er dobbles risikoen for å få MS.

Kilde: Pasienthåndboka.no

Tre døde hadde svineinfluensa

Helsemyndighetene fikk 10. september bekreftet at en 16-17 år gammel jente fra Larvik som døde mandag 7. september hadde influensa A (H1N1). Dette er det tredje dødsfallet i Norge som kan knyttes til den nye influensaen.

Tidligere er det meldt to dødsfall knyttet til influensa A (H1N1), en kvinne fra Lørenskog på 42 år og en dansk mann som døde mens han sov i lastebilen sin. De to norske hadde bekreftede tilleggsslidelser og døde før de kom på sykehus.





Snart 60 år.
Man tror det er løgn.





VI VOKSER STADIG

Sykepleiere er profesjonelle til fingerspissene. De ønsker stadig faglig påfyll, slik at de hele tiden kan utvikle seg. Da er det logisk å gi dem et samlingspunkt hvor det er mulig.

Sykepleien vil være det samlingspunktet, og heldigvis viser alle målinger at vi lykkes. Lesertallene våre vokser stadig, og det samme gjør vi. Slikt blir det utvikling av.

Sykepleien

Filmet prosedyrer

Hvordan håndtere sentrale venekatetre? Mange ulike prosedyrer florerer.

Tone Johnsgaard (bildet) rydder opp. På film.

Tekst og foto Marit Fonn



De to høyskolektorene ved Høgskolen i Bergen, Tone Johnsgaard og Marit Hegg Reime, er faglig ansvarlige for filmen som rett og slett heter «Sentrale venekatetre».

Skal pasientenes sikkerhet ivaretas, må dette utstyret håndteres riktig.

– Sykepleiere og leger som håndterer sentrale venekatetre må få grundig opplæring. Det er dokumentert at det er et av de viktigste infeksjonsforebyggende tiltakene, sier Johnsgaard.

Motivet for filmen er å bedre opplæringen i stell og bruk av sentrale venekatetre for studenter ved både bachelorutdanningen i sykepleie og videreutdanningen til akutt- og kritisk syke.

Studentene som begynte ved intensivutdanningen, der Johnsgaard underviser, hadde ulik erfaring med sentrale venekatetre.

– Mange hadde god kontroll på de hygieniske prinsippene ved bruk av

slikt utstyr. Andre hadde hatt liten erfaring. Felles for dem var at de syntes det var vanskelig å overholde aseptisk teknikk ved skift av flere løp og koblinger, hvilket er vanlig hos kritisk syke pasienter. De var frustrerte over at veilederne gjennomførte prosedyren på forskjellig vis, forteller Johnsgaard.

Filmen viser blant annet stell av innstikksted og skift av slanger og

koblinger. Ulike typer sentrale venekatetre blir vist. Filmen tar også for seg infeksjoner og komplikasjoner som kan oppstå.

– Den egner seg både for helsefagstudenter og ferdig utdannet helsepersonell, sier Johnsgaard.

«Sentrale venekatetre» finnes på dvd eller kan spilles av gratis fra <https://bora.hib.no>.

ARBEID: Tone Johnsgaard har brukt mye fritid på filmprosjektet.

De eldste er best

Nye p-piller gir en langt høyere risiko for blodpropp enn de eldre pillene, ifølge den hittil største studien om sammenhengen mellom blodpropp og p-piller.

Undersøkelsen ble publisert i tidsskriftet British Medical Journal.

Det er danske forskere som står bak. De har fulgt alle kvinner i Danmark fra 1995 til 2005 og undersøkt hvor hyppig venøs blodpropp forekommer både blant dem som ikke bruker p-piller, og de som gjør det. Det ble registrert 4213 tilfeller av venøse blodpropper blant

kvinnene i undersøkelsen.

Resultater: Bruk av tredjegenasjons p-piller gir 80 prosent høyere risiko for å utvikle blodpropp enn andregenerasjons p-piller.

Forskerne anbefaler kvinner som er arvelig disponert for blodpropp eller er overvektige bruke minipiller eller andregenerasjons p-piller.

I absolutte tall betyr dette følgende:

» Dersom 10000 friske kvinner bruker p-piller i ett år, vil 2-4 kvinner få blodpropp forårsaket av p-piller.

» Dersom 1 million friske kvinner bruker p-piller i ett år, vil 2-4 dødsfall skyldes p-piller.

Kilde: Pasienthåndboka.no

Velkommen til

INGA-LÅMI
LILLEHAMMER SKIKLUB
2010

Påmelding starter
20. september 09
på
www.inga-laami.no

Norges største jentelangrenn!

INGA-LÅMI
Lørdag 13. mars 2010
Lillehammer

Vil gjøre behandling av psykose bedre

NSF håper helsesøstre og psykiatriske sykepleiere blir med i teamene som skal lære å oppdage når pasienter utvikler psykose for første gang.

Tekst **Kari Anne Dolonen**

Forskning viser at det er viktig at pasienter som er i ferd med å utvikle en psykose oppdages og tilbys behandling så raskt som mulig.

– Dessverre er det slik i dag at mange får hjelp sent. Det går lang tid mellom psykosens opptrer og til behandlingen begynner, sier NSF's prosjektleder Wenche Jensen.

Felles innsats

Nå slår leger, sykepleiere, psykologer, hjelpepleiere og pårørende/brukere sin kompetanse sammen. I fellesskap setter de i gang det omfattende prosjektet: «Tidlig oppdagelse og behandling av første gangs psykose».

Team i hele landet

Det er Legeforeningen som har tatt initiativ til prosjektet. I skrivende stund skal alle kommuner samt spesialisthelsetjenesten ha mottatt invitasjon om å være med i prosjektet.

De som ønsker å være med må melde sin interesse innen 2. oktober 2009. Over hele landet skal det totalt etableres 20-25 team.

– Hvert team skal bestå av tre til fire personer og være tverrfaglig. Teamene får en veileder som skal være en støtte gjennom prosessen. Det vil arrangeres tre fellessamlinger til inspirasjon og læring for deltakerne. NSF håper selvfølgelig at mange helsesøstre og psykiatriske sykepleiere melder sin interesse for prosjektet, sier Jensen.

Fakta

Sjeflege Jan Olav Johannessen leder ressursgruppen.

Gruppen skal:

- › identifisere «best practice»
- › finne områdene der dagens rutiner og arbeidsformer ikke er optimale
- › foreslå forbedringstiltak.

Psykiatrisk sykepleier Torill Gjerpe Hansen og helsesøster Greta Jentoft er NSF's representanter i **ressursgruppen**. I styringsrådet er NSF representert med spesialrådgiver Svein Roald Olsen fra fagpolitisk avdeling. Prosjektleder er seniorrådgiver Wenche Jensen fra rådgivningsavdelingen i NSF. Et forskningsteam skal også følge prosjektet.

Mer informasjon: kontakt prosjektleder eller les mer på www.legeforeningen.no

Quiz

tekst Eivor Hofstad og Torhild Apall
foto Colourbox

Er du en kompetent sykepleier?

Test kunnskapene med vår aktuelle og nådeløse quiz!

1 Hva betyr egentlig det latinske ordet penis?

- A Blyant
- B Hale
- C Rør

2 Hvilken sykdom kalte franskmennene for «Napoli-syken» og italienerne for «den franske syke»?

- A Spanskesyken
- B Tuberkulose
- C Syfilis

3 Hva kalles den funksjonen i hjernen som gjør at impulser fra sanseorganene kan vekke minner?

- A Gnosis
- B Genesis
- C Déjà vu

4 Hva står forkortelsen DRG for?

- A Drit-raske grunker
- B Diagnostisk refusjonsgaranti
- C Diagnoserelaterte grupper

5 Hva er en «overligger» på sykehus?

- A Pasienter som er ferdigbehandlet på sykehus, men for pleietrengende til å reise hjem
- B Pasienter som må bli over natten på sykehus
- C En overskredet kostnadspost som er overført til neste års budsjett

6 Hva menes med eldre-bølgen?

- A Eldre er blitt en slagkraftig gruppe
- B Levealderen er blitt høyere
- C Andelen eldre i befolkningen er blitt større

7 Hva står PPS for?

- A Pasientenes prosedyresystem
- B Praktiske prosedyrer for sykepleietjenesten
- C Psykiatrisk prosedyresystem

8 Når gjelder taushetsplikten for sykepleiere?

- A Absolutt alltid
- B Når sykepleieren selv vurderer den som viktig
- C Bare når ikke meldeplikten går foran

9 Hvem har rett til individuell plan?

- A Psykiatriske pasienter i både første- og andrelinjetjeneste
- B Alle som har behov for langvarige og koordinerte sosial- og helsetjenester
- C Langtidssykemeldte i omskolering eller rehabilitering

10 Hvilken sykdom får mødre som føder barn med Downs syndrom 23 prosent oftere enn andre kvinner, ifølge ny norsk forskning?

- A Brystkreft
- B Multipel sklerose
- C Revmatoid artritt



ANATOMISK KURIOSA:
Har han halen mellom beina?

10 POENG: Imponerende. Pasientene kan ikke få nok av deg. (Sikker på at du ikke har kikket?)

6-9 POENG: Lovende. Men ikke treng deg på pasienter mer enn høyst nødvendig.

3-5 POENG: Bra. Men kanskje på tide med den videreutdanningen du har tenkt på så lenge?

0-2 POENG: Ikke bra. Hold deg mest mulig på vaktrommet og lat som du dokumenterer. (Sjekk at du virkelig er autorisert.)

Kilder: Norsk medisinsk ordbok, Lovende ord – Etymologi for alle.

SVAR: Svar: 1B, 2C, 3A, 4C, 5A, 6C, 7B, 8C, 9B, 10A

Det er blitt for mye butikk
og for lite politikk side 82

Begrav
jomfruhinnen! side 84

Tenk deg at bilen
din bryt saman side 80

Sterke
synspunkter?
Skriv til oss!

Mennesker & meninger

Sykepleien

Send inn din
mening på e.post til:
redaksjonen@
sykepleien.no
eller som brev til:
Sykepleien,
p.b. 456 Sentrum
0104 Oslo

TETT PÅ SIRI HATLEN

«Jeg har jobbet med store penge-
summer hele mitt yrkesaktive liv.
Milliarder er bare tall.»

Siri Hatlen

76

DILEMMA MARIE AAKRE

«Vi har lenge visst at travelhet kan
bli grusomhet og at ondskap kan
utvikle seg i pleiekulturer.»

Marie Aakre

74



NSF HAR ORDET Forbundsleder Lisbeth Normann

Stilling: Forbundsleder i Norsk Sykepleierforbund
E-post: anders.folkestad@unio.no

Sykepleiernes ubrukte kompetanse

Helseminister Bjarne Håkon Hanssen vil rekruttere leger til kommunehelsetjenesten ved å lokke med høyere lønn og kompetanseutvikling. Men hva skal kommunene med mer kompetanse når de ikke bruker den sykepleierne allerede besitter?

Da jeg leste intervjuet med statsråd Bjarne Håkon Hanssen i Dagens Næringsliv fredag 4. september, satte jeg kaffen i halsen. Intervjuet dreide seg om kritikken som har kommet mot samhandlingsreformen, og helseministeren fikk anledning til å komme med «siste ord». På spørsmål fra journalisten om hvordan statsråden ser for seg å få flere leger over til kommunehelsetjenesten fra sykehusene, svarte Hanssen: Gjennom å lokke med høyere lønn og tilbud om kompetanseutvikling.

Hvorfor reagerte jeg på denne uttalelsen? Jo, for det første slutter jeg aldri å irritere meg over hvor enkelt det er å tilby økt lønn når det er snakk om leger, mens vi fortsatt kjemper for en rettfærdig lønn til kvinnedominerede utdanningsgrupper – herunder sykepleiere.

Jeg reagerte også fordi jeg hadde en rapport fra Fafo ferskt i minne; «Sykepleiernes kompetanse. Etter- og videreutdanning, verdsetting og motivasjon». Denne rapporten er laget på oppdrag fra NSF, og bekrefter det vi vet fra tidligere rapporter, nemlig at sykepleierne som gruppe besitter en betydelig kompetanse som verken utnyttes eller verdsettes, og da spesielt i kommunesektoren. Fra denne siste kartleggingen kan vi fastslå at rundt 60 prosent av sykepleierne har tatt spesialist-/



PERLER Det må jo være å kaste perler for svin å få flere leger inn i kommunehelsetjenesten så lenge kommunene selv mener de ikke har bruk for økt kompetanse, skriver Lisbeth Normann. Bildet er fra arkivet. Sykepleiere og hjelpepleiere ved Haugmotun sjukeheim på Notodden. Foto: Lars-Erik Vollebæk.

og videreutvikler sin kompetanse, utnyttes ikke denne i kommunene. Undersøkelsen viser at det er et tydelig skille mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjeneste i forståelse av kompetanse og bruk av spesialsykepleiere. Hele 37 prosent av de som har tatt en videre/spesialutdanning i kommunene har verken fått stillingsendring eller høyere lønn.

Nærmere 9 av 10 av de spurte tror ikke at kompetanseheving i form av kurs og annen opplæring de siste 3-4 årene har hatt betydning for lønnen.

Ett av argumentene som kom frem i undersøkelsen som forklaring på dette, var at «kommunene ikke er spesialhelsetjeneste og derfor ikke trenger kompetanse». Dette forteller meg flere ting: For det første at kommunene ikke kan ha tatt kartlegging av problemene i blant annet eldreomsorgen

på alvor. Dette er graverende i seg selv. For det andre må det jo være å kaste perler for svin å få flere leger inn i kommunehelsetjenesten så lenge kommunene selv uttrykker at de ikke verdsetter eller har bruk for økt kompetanse. Det må jo være langt bedre å utnytte den kompetansen kommunene allerede besitter og som sykepleierne representerer fremfor å skulle «piske» flere leger over fra spesialisthelsetjenesten slik Hanssen legger opp til. Vi krever jo heller ikke like mye; bare at kompetansen blir sett, brukt og verdsett på lik linje med menns kompetanse. Og så hadde det jo vært fint med permisjon med lønn til etter- og videreutdanning. Jeg regner med at legene ikke hadde tenkt å betale sin kompetanseheving av egen lomme slik mange sykepleiere gjør ...

Kommunene kan ikke ha tatt kartlegging av problemene i blant annet eldreomsorgen på alvor

videreutdanning. 56 prosent av de ansatte i kommunene og 63 prosent i helseforetak har tatt slik utdanning. Over 20 prosent av disse har to eller flere videreutdanning. Dette betyr at andelen sykepleiere med videreutdanning øker med årene. For aldersgruppen 50 år eller eldre har nærmere 8 av 10 en spesialutdanning.

Selv om sykepleierne er blant de yrkesgrupper som i størst grad tar videreutdanning og fornyer

Presisering om menn og omsorg

I siste nummer av Sykepleien tar Lars Martin Jensvoll opp et viktig emne til debatt, nemlig menn og omsorg. Utgangspunktet er undertegnede kronikk i Aftenposten sist vår. Her stilte vi blant annet politikere og myndighetene en del spørsmål om deres vilje og evne til å gjøre noe med rekrutteringen av menn til sykepleieryrket. Det har, etter vår mening, vært en problematisk og vedvarende lav andel av menn som søker sykepleierutdanning. Under 10 prosent av norske sykepleiere er menn. Norge berømmer seg ofte og gjerne av å være verdensledende i likestilling. Når det kommer til rekruttering av menn til sykepleierutdanning er vi dårligst i Europa. Hvorfor?

Dette spørsmålet opptar oss i vår egen forskning, og vi brukte deler av denne forskningen i Aftenpostenkronikken. Blant annet trakk vi frem forskningsdata fra observasjoner av undervisningen i en øvelsespost. Det er data som gir oss interessant informasjon om hvordan mannlige og kvinnelige studenter forholder seg ulikt til noen av de studieoppgavene de blir stilt overfor. Når vi skrev om disse dataene i kronikken brukte vi formuleringer som «gutter tøyer og bøyer sykepleiens gullstandarder».

La oss med en gang rette opp en mulig misforståelse: Betegnelsen gullstandard er IKKE ment å beskrive en objektiv og evigvarende standard eller omsorgskvalitet. Tvert imot: Med denne betegnelsen innbyr vi til tenkning om at «naturliggjorte måter» å gjøre sykepleie på kan utfordres og diskuteres – av menn så vel som kvinner. Det er med andre ord slik vi også oppfatter poenget hos Jensvoll, en gullstandard i sykepleie som er konstruert av kvinnelige sykepleiere og som trolig kan virke fremmedgjørende på menn, uten å være ment sånn. Det var et av de poengene vi ønsket å få frem. Kanskje hadde vi komprimert resonnementet vårt vel mye til at denne hensikten kom klart frem? I så fall beklager vi det.

Det vi ønsket å formidle i kronikken, var med andre ord at studier av «nykommere» i sykepleie kan bidra til å synliggjøre «veteranenes» innarbeidede verdier og praksiser. Og muligens kan nettopp det å gjøre sykepleie på nye måter være et varsku om at etablerte standarder bør endres. Kanskje har ikke måten kvinnelige sykepleiere alltid har gjort sykepleie på et ubegrenset holdbarhetsstempel? Hva skal bevares og fornyes slik at nye generasjoner, både kvinnelige og mannlige yrkesutøvere, forvalter faget til det beste for alle dem som trenger sykepleie?

Dette er spørsmål som henger tett sammen og som vi ønsker å belyse nærmere gjennom vår forskning. Og som vi ønsker større oppmerksomhet rundt. Vi er derfor glade for at kronikken vår omkring dette temaet har vakt interesse og debatt. Det overordnede temaet, rekruttering til og kvaliteten i omsorg og pleie, er selvsagt SVÆRT viktig. Og akkurat på det punktet synes Jensvoll og våre tanker heldigvis å være helt i takt.

Kari Nyheim Solbrække og Kristin Heggen, Universitetet i Oslo

Hør på sykepleierne det gjelder!

Nå er det på nytt lagt fram «sjokktall» hva angår pleie og omsorgssektoren i dette landet. Man kommer ikke til å ha nok kvalifisert helsepersonell til å makte den kommende eldrebølgen. De som nå jobber med eldre ser ikke for seg at de kommer til å gjøre det veldig mye lenger. For oss som jobber i sektoren og har noenlunde gangsyn er ikke dette noe sjokk i det hele tatt. Norsk Sykepleierforbund har til stadighet de siste årene påpekt misforholdet mellom kommende antall eldre og antallet helsepersonell. Politikernes iver etter løsninger synes å øke proporsjonalt med deres stemmekåthet.

Det som er tragedien i saken er at det ikke er en eneste en av dem som spør eller lytter til dem det angår; sykepleierne selv. Bjarne Håkon relanserer et «braindrain-system» der vi skal utdanne utenlandsk sårt trengt helsepersonell for norske penger og hente dem hit til å jobbe for oss (vi er jo tross alt mye viktigere enn fattige og trengende i den tredje verden). KrF går nye veier for å få tak i sykepleiere; de vil ansette flere leger... Hvordan disse skal omsettes til sykepleiere er for meg en gåte. For å si det med deres eget språk blir jo det som å ansette flere prester for å få flere kirketjenere. FrP har begynt å snakke om likelønnsporten. Det er ord vi sykepleiere liker å høre, men de betyr så tragisk lite når de ikke evner å programfeste det. Da lukter det bare svidd valgflesk lang vei.

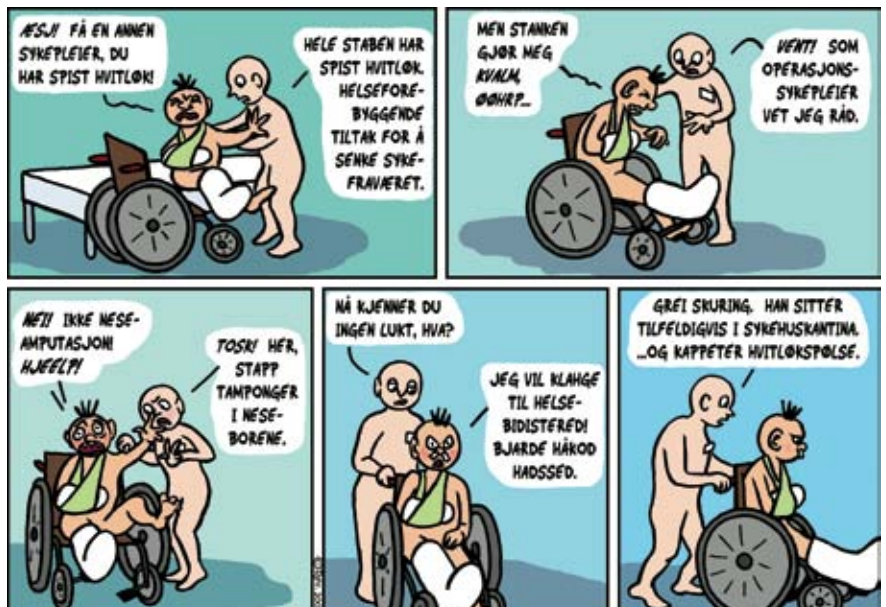
Det virker som om politikerne er noenlunde flinke til å ta med brukere og alle andre berørte når de skal fatte vedtak i alle sektorer utenom helsesektoren. Hvorfor spør dere ikke oss som har skoene på, når dere på død og liv skal finne ut hvor de trykker? Vi har for lengst sagt at lønnsnivået i helsesektoren må opp på et anstendig nivå, vi har for lengst sagt at heltid må være en rettighet og deltid en mulighet, vi (og arbeidstilsynet med oss) påpeker til stadighet at det må bli samsvar mellom oppgaver og ressurser i helsevesenet. Vi ber dere gjøre det mulig å leve av å jobbe med eldre.

Hvorfor hører dere ikke på oss?

Til slutt ber jeg alle sykepleiere se hva de enkelte parti har svart på noen spørsmål vi har sendt dem i forbindelse med valgkampen, der får vi se hva de virkelig har programfestet og dermed mener. Ta kontakt med din tillitsvalgte for å få fatt i svarene.

Kenneth Grip, tillitsvalgt i Norsk Sykepleierforbund

TERAPI av Bodil Revhaug



Var du i Nord-Norge 1945-1970?

Var du sykepleier eller jordmor i Nord-Norge i perioden 1945–70? Da ønsker jeg å høre fra deg!

Jeg holder på å samle tekster som beskriver arbeidet i primærhelsetjenesten i Nord-Norge i perioden 1945–70. Det er ikke snakk om data for vitenskapelig bearbeiding, men tekster som skildrer det daglige arbeidet. Tekster som kaster lys over rutiner, trivialiteter og drama, sykdomspanorama, særtrekk ved befolkningen, kommunikasjon og forholdene i den spesialiserte helsetjenesten og ved sykehusene. Dette vil være nyttig og interessant for nye kull helsepersonell, medisinskhistorisk interesserte og folk med særlig interesse for vår nordligste landsdel.

Jeg har per i dag noe stoff, men er sikker på at det rundt om i skrivebordene ligger mange tekster som bør gjøres tilgjengelig, kanskje etter anonymisering. Særlig vil det være interessant å få inn brev som skildrer arbeidet og hverdagen i helsevesenet og som redigert i samforstand med eierne vil utgjøre viktige bidrag til dette prosjektet.

Jeg mottar selvfølgelig gjerne tekster som forteller noe om lokale reaksjoner på helsepersonell utenfra, som kunne ha problemer med å forstå den lokale kulturen. Men særlig håper vi at helsevesnets veteraner nedtegner sine minner fra de utfordringer som de møtte i Nord-Norge i sin ungdom.

Jeg siterer litt fra en av tekstene jeg har fått:

«Etter avsluttet kontordag på et av stedene i kommunen skulle doktorbåten til å legge fra kai. På kaikanten fikk jeg øye på en eldre, meget blek mann som sto og så på meg. Jeg ba mannskapet om å vente litt, klatret opp på kaia, og snakket til mannen. Jo, han ville gjerne snakke med doktoren. Han var blitt så slapp og kortpusten. Hadde jeg bedt ham om å komme om bord, hadde han trolig falt i vannet. Det var ganske langt til det stedlige doktorkontoret, og enda lenger til der han bodde. Ting tydet på blodtap fra tarmen. Han syntes det var greit med en kort undersøkelse bak et sjøhus

SIDEN SIST

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

Feil ved ICN-oppslag

I reportasjen fra ICN-kongressen i Durban i Sykepleien nr. 11, nevnes foredragsholderne fra Norge og deres prosjekter. Representantenes prosjekter fra Avdeling for sykepleierutdanning, Høgskolen i Oslo er utelatt. Vår avdeling stod for 40 prosent av foredragene som ble presentert av norske deltakere. Dette er prosjektene fra Høgskolen i Oslo:

Bjørn Christiansen er førsteamanuensis ved Avdeling for sykepleierutdanning. Hun presenterte et paper som er utviklet i samarbeid med førsteamanuensis Ida Torunn Bjørk, Institutt for sykepleievitenskap og helsefag, UiO, knyttet til prosjektet: «Medstudentlæring på modellavdelingen.»

Christiansen presenterte også en poster fra en studie med fokus på fagutviklingspsykeleieren som brobygger mellom forskning og klinisk praksis.

Kari Hovland Aasen er høyskolelektor ved Avdeling for sykepleierutdanning. Hun presenterte prosjektet «The Tune of Confirmation in Guiding Nurse Students», hvor Dagfinn Nåden er medforfatter.

Dagfinn Nåden er professor ved Avdeling for sykepleierutdanning. Han presenterte resultater fra et prosjekt som er utviklet sammen med førsteamanuensis Ida Torunn Bjørk, Institutt for sykepleievitenskap og helsefag, UiO: «Challenges in Helping Patients in Wait for a Liver Transplant».

Nåden presenterte også resultater fra

et prosjekt hvor førsteamanuensis Berit Sæteren, Høyskolen Diakonova, er medforfatter: «To Witness the Patient's Call – Nurses' Perceptions of the Phenomenon of Confirmation in a Cancer Context».

I artikkelen «Over 5000 på ICN-kongress» står det at norske representanter holdt foredrag for første gang, noe som ikke medfører riktighet. Både på kongressen i Madrid i 1993 og i København i 2001 holdt Dagfinn Nåden og andre fra Norge foredrag.

Med vennlig hilsen Bjørn Christiansen, Kari Hovland Aasen og Dagfinn Nåden

Ikke første i Syden

Takker for et fint og interessant fagblad.

I utgaven av bladet 27. august sto det et fint stykke om et sykehjem på sydentur. «Som første sykehjem i Norge, reiste både ansatte, beboere og brukere av dagsenteret til Syden» sto det i teksten. Det er ikke tilfellet.

Etter inspirasjon fra Thyra Frank, både ved hennes besøk på Lotta sykehjem og ved hennes besøk i Grimstad kommune, dro Feviktun på ferie med 65 personer til Kypros i 2006. Vi reiste med demente og somatisk syke sykehjemsbeboere, pårørende, hjemmesykepleiers pasienter, tunge slagpasienter, dagsenterbrukere og ansatte i en uke.

Dette ble en svært spennende reise som satte sine spor hos oss alle, mest av alt på godt. Vi hadde opplevelser av svært syke pasienter som det skjedde ganske store endringer med i positiv retning. Vi opplevde mange svært gripende historier både under turen og i ettertid.

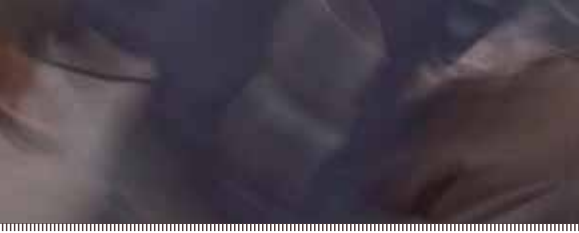
Disse endringene vi opplevde hos våre pasienter har vi fundert mye på. Hva skjedde og hvorfor endret de atferd? Året etter fant vi et nytt reisemål som var bedre tilpasset våre brukere. Dette var i Spania. Her opplevde vi de samme store endringene hos brukerne. Denne gangen reiste vi med 35 personer. Både kommunens aldershjem og dagsenter har etter dette gjort egne reiser til Spania og rapporterer om svært positive og vellykkede turer.

På grunn av de resultatene vi fikk, særlig hos mennesker med demenssykdom, på slike reiser, bestemte vi oss for å søke om eksterne midler og fikk 260 000 kroner av Aust-Agder kompetansefond til et forskningsprosjekt som heter «Sammen om læring og mestring». I dette prosjektet reiste vi med 6 demente på ferie. I forkant og etterkant er det foretatt intervju av pårørende og pleiere.

På turen ble pasientene observert. Observasjonene vil munne ut i en rapport som antakelig vil gjenspeile de observasjonene vi selv har sett på de ferieturene vi har gjort med våre ansatte og beboere og pasienter.

Vi føler at vi har gjort et viktig arbeid i





på kaia. Da jeg eksplorerte ham pr. rectum gikk jeg rett inn på en tumor. Han ble omgående innlagt i Tromsø og operert.»

Frist for innsending av bidrag er ut oktober 2009. Send bidrag til: Christian Fangel, Bakkeveien 4, 0281 Oslo. Telefon: 22 51 90 84, e-post: chr-fang@online.no

Når jeg får oversikt over alt materialet, vil det bli satt ned en redaksjonskomité, som vil ha de vanlige redaksjonelle rettigheter.

Christian Fangel, pensjonert lege

dette feltet og kan belyse og dokumentere at selv sykehjemspasienter vil ha godt av ferie. Hadde vært hyggelig om dere tok kontakt med oss om dette. Vi synes i det minste at vi fortjener en rettelse om at Fevikun hadde sin første sydentur i 2006

Anna M Særmno, enhetsleder ved Fevikun bo- og omsorgscenter

Vil ha mer om IKT

Jeg må si meg positivt overrasket over Sykepleien denne gangen. Temaet IKT i augustutgaven var meget interessant og illustrerte godt hvilken utvikling det er i helsevesenet i dag, både med tanke på telemedisin og elektronisk pasientjournal generelt. Temaet og presentasjonen falt virkelig i smak hos meg. Min kommentar i dag gjelder artikkelen «Helse i hvert tastetrykk», der dere har en gjennomgang av Helse- og sosialinformatikkstudiet ved universitetet i Agder samt mastergrad i sundhetsinformatikk. Jeg ønsker å komme med informasjon om at det allerede nå finnes en fullverdig mastergrad i Norge i helseinformatikk, nemlig ved NTNU.

Som det poengteres i artikkelen er det et stort behov for helseinformatikere i helsevesenet. Jeg vil derfor utfordre dere til også å omtale dette studiet og IKT videre i Sykepleien.

Med vennlig hilsen Ingrid Heitmann, sykepleier og førsteårsstudent ved masterstudiet ved NTNU

MINNEORD

Turid Hagelund

02.11.1942 – 29.07.2009

Vi som jobber på Enhet for alderspsykiatri og hukommelsessvikt i Psykiatrien i Vestfold, fikk en trist melding i sommer: Vår tidligere kollega Turid hadde gått bort. Turid ble nesten 67 år gammel.

Turid Hagelund tok sykepleierutdanning på Aker sykepleierskole 1962-1965. Hun tok spesialutdanning i både operasjonssykepleie og medisinsk sykepleie i årene etter grunnutdanningen og jobbet som operasjonssykepleier på Aker sykehus og Menighetsøsterhjemmet fram til 1973.

Turid var så hjemmearbeidende fram til 1984. I denne perioden fikk Turid tre sønner og en datter.

Turid startet så å arbeide i hjemmesykepleien i Stokke kommune. Hun ønsket mer kunnskap, og tok i 1996-1997 videreutdanning på Høyskolen i Vestfold i «Sykepleie til eldre og mennesker med langvarig funksjonssvikt».

Vi har hatt gleden av å jobbe sammen med Turid siden 1998. Hun ønsket å bruke sin kunnskap om eldre i et tverrfaglig miljø. Hun jobbet målrettet og engasjert for hver enkelt pasient og deres pårørende. Turid var en modig sykepleier som brukte hele seg i jobb. Turids hjerte banket for de eldre. Hun var opptatt av de etiske dimensjonene i arbeidet og å ivareta verdighetene til hver enkelt pasient. Vi opplevde at Turid trivdes godt på jobb både med pasienter og kollegaer.

Vi som jobbet sammen med Turid da hun ble syk, så hvordan hun kjempet for å bli frisk. Hun hadde så mye å leve for, ektefelle, barn, svigerbarn, barnebarn og gode venner. Hun holdt kontakt med jobben i perioder hun var syk og etter at hun ble pensjonist. Vi spurte henne om hva hun synes om å være pensjonist. Hun fortalte at hun hadde det fint, men synes at det var litt trist å ha så mye kunnskap som hun nå ikke lengre fikk brukt. Turid deltok på alle sosiale arrangementer vi kollegaer har, siste gang i juni på «Bok- og strikkekveld». Turid hadde da lest boka «Øya» og gledet seg til å reise til Kreta og besøke Øya Spingalonga sammen med datteren sin. Den turen var den siste av mange flotte turer og opplevelse Turid hadde sammen med familie og venner.

Turid hadde også et stort hjerte for naturen, dyr og planteliv. Og det tok ikke lang tid før vi hadde både fuglehus og meiseboller hengende utenfor vinduene på avdelingen. Både pasienter og personale har stor glede av å følge med i det yrende fuglelivet om vinteren.

Mange av var til stede i Turids begravelsen i Stokke kirke fredag 7. august. Det var en fin begravelse preget av Turids personlighet og hennes kristne tro.

Våre tanker går i denne tiden til Turids familie som har mistet så mye ved at Turid ikke lenger er iblant oss.

Vi lyser fred over Turids minne og takker for tiden vi fikk sammen med henne.

Kollegaer ved Enhet for alderspsykiatri og hukommelsessvikt, Psykiatrien i Vestfold.



DILEMMA

Marie Aakre om å ikke ha tid

Navn: Marie Aakre

Bakgrunn: Utdannet sykepleierleder, -veileder og -lærer.

Leder Rådet for sykepleieetikk

E-post: marie.aakre@sykepleierforbundet.no

Moralsk stress – og hva det gjør med oss

«Selv om jeg vet at jeg daglig er til hjelp og støtte for noen, vet jeg godt hvem jeg har gått forbi» skriver en sykepleier.

Sykepleiens handlingsrom har lenge vært trangt. Jeg møter stadig spørsmålene: Kan sykepleiernes yrkesetikk forenes med markedsløkken?

var fullt i avdelingen, mange pasienter og pårørende. Noen var uten hår, mange er magre og gule i huden, de fleste ser svært syke ut. Hvordan ser jeg ut?

På rommet var en av pasientene veldig skjelve, ustødig på hånden, sølte hele tiden. Han fikk en blå plastbleie til serviett. I morgenstellet er det kaotisk. Noen må ha hjelp, vi ser hverandre hele tiden, ingen

Andre studier bekrefter lignende funn. De etiske dilemmaene blir stadig mer komplekse, og kombinert med travelhet, mangel på noen å reflektere sammen med, ser sykepleiere ingen annen løsning enn å redusere på kravene og tilpasser seg rådende muligheter. Objektivisering av pasienter og tiltakende kynisme kan utvikle seg. Vi har lenge visst at travelhet kan bli grusomhet og at ondskap kan utvikle seg i pleiekulturer. Bevisst og ubevisst endres vaner og profesjonell selvforståelse.

Vi har lenge visst at travelhet kan bli grusomhet og at ondskap kan utvikle seg i pleiekulturer.

Er rådende menneskesyn forenlig med sykepleiens grunnlag? Hvem er ansvarlig for alt vi ikke rekker?

Hva gjør det med oss, de stadige reformene, endeløse omstillinger, dette tiltakende presset om effektivisering og kontroll? Hva gjør standardisering, markedsløkken, finansieringsordninger og teknologisering med den humane kapital, det kliniske blikk og de etiske idealer?

skjerming. Ute på gangen går vi mer og mindre påkledd med slanger og poser. På legevisitten sies ømfintlige opplysninger på vårt firesengs rom, og bare noen få hilser eller ser meg.

I etterkant har jeg undret meg over disse grensene som usynlig blir flyttet, litt etter litt hver dag.»

Utførte umoralske handlinger

Uløste etiske spørsmål kan lede til moralsk stress, som igjen kan gi alvorlige ringvirkninger. I en ny studie av Wenhce Malmedal svarer 8 av 10 sykepleiere ved 15 ulike sykehjem i Sør-Trøndelag at de har utført umoralske handlinger overfor pasienter. De føler seg ofte tvunget til å gå på akkord med sine idealer for å komme gjennom dagen.

En sykepleier forteller:

«Jeg trener på å stålsette meg. Jeg orker ikke mer skyldfølelse, jeg holder avstand. Hos oss handler det meste om tempo. Selv om jeg vet at jeg daglig er til hjelp og støtte for noen, vet jeg godt hvem jeg har gått forbi. I garderoben på vei hjem har jeg alltid skyldfølelse for det ugjorte. Men det gode med tempo er at det hemmer meg i å se klart.»

Vondt i magen

Mange kjenner seg nok igjen, den ubehagelige magesfølelsen, kvalmen. Det ser ut til at de som har utviklet en sterk etisk sensitivitet og dømmekraft, opplever det moralske stresset særlig belastende.

Når det er trangt blir prioriteringene

Faste bidragsyttere



Professor i sykepleie ved Høgskolen i Bodø
Berit Støre Brinchmann



Professor ved seksjon for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo
Per Nortvedt



Illustrasjonsfoto: Erik M. Sundt

tydeligere. Noen studier sier at både sykepleiere og leger velger å fokusere kun på behandlingen, da resten ikke er mulig. Mykere sider og laveste hierarki i virksomheten rammes mest. Ressurser til avansert behandling blir ofte uberørt mens trange ressurser til bemanning rammer pleiefunksjoner. Studier viser også en tiltakende vegring for å påta seg ledelse i helsetjenester på grunn av frykt for sanksjoner.

Farlig

Moralsk stress er helsefarlig for både pasienter og ansatte, og opplevelsen av moralsk forfall bør gi stor grunn til bekymring. Omsorgsmeldingen 2006 initierte et nasjonalt løft for anvendt etikk i norske kommuner. Mye er på gang for å styrke etisk bevissthet og etisk refleksjon i hverdagen, og sykepleiere har en særlig viktig rolle i dette arbeidet.

Men vår moralske uro er også vårt håp! Vi vet at reflektert praksis fremmer moralsk praksis. Yrkesetiske retningslinjer har som intensjon å være retningsgivende og til støtte i krevende omstillinger. Jeg håper de er lett tilgjengelig og brukes aktivt til refleksjon alle steder der sykepleie utøves. Sammen kan vi skape muligheter for å skjerme pasienters verdighet og fremme moralsk sykepleiepraksis. Det er etisk å melde fra når dette ikke er mulig. ■■



Til refleksjon

- › Har du/dere erfaringer av moralsk stress der du arbeider?
- › Har dere faste refleksjonssamtaler på din arbeidsplass?
- › Hvem drøfter du dine etiske dilemma med?
- › Merker du noe til moralsk forfall i egen praksis?

Send din mening på epost til interaktivt@sykepleien.no, eller skriv til Sykepleien, boks 456 Sentrum, 0104 Oslo. Du kan også lese inn din reaksjon på telefon 22 04 33 65. Reaksjoner fra leserne trykkes i neste nummer.

www.sykepleien.no

Her kommer det en tekst Luptaqueae. ipsam quatem. kommer det en tekst Luptaqueae.



TETT PÅ

Siri Beate Hatlen

Hvem: **Siri Beate Hatlen**

Alder: 52 år

Utdanning: **Sivilingeniør ved NTH. Har en Master of Business Administration (MBA) fra INSEAD i Frankrike**

Yrke: **Administrerende direktør ved Oslo universitetssykehus HF (OUS)**

Hvorfor: **Fordi hun er øverst leder for giganthelseteoretaket OUS som ble etablert 1. januar, med ansvar for tju tusen ansatte og et budsjettunderskudd på en halv milliard kroner**

Sterk i troen

Hun har et avslappet forhold til milliarder.
Ansvaret for ansatte og pasienter veier tyngre
på den nye sykehusdirektørens skuldre.

Tekst **Geir Arne Johansen** Foto **Stig Weston**



«Jeg har oppdaget at jeg trives best med det som er samfunnsnært.»



Det er klart jeg har respekt for penger, sier Siri Hatlen. Men direktøren for nye Oslo universitetssykehus (OUS) insisterer på at ansvaret for 20 000 ansatte og en endeløs rekke pasienter føles større. Sykepleien møter henne på jobb. Det summer av hektisk aktivitet i korridorene som leder frem til hjørnekontoret. Her har den ferske direktøren styrt den nye sykehusgiganten i snaut to måneder.

- Budsjettet ditt er på tjue milliarder kroner...?
- Det høres kanskje litt rart ut. Men jeg har jo jobbet med store pengesummer hele mitt yrkesaktive liv. Milliarder er bare tall, smiler Siri Hatlen.

CV'EN SPENNER fra 15 år i offshore (Statoil) til lederjobb på Henie Onstad Kunstsenter. Hun har hatt styreverv i Vinmonopolet og Statens lånekasse. Dette vet vi. Men hun er sparsom med opplysninger om privatlivet. Ingen vet for eksempel hva hun stemmer. Et søk på Google avslører imidlertid at hun er gift og

Sykepleierne har veldig klare oppfatninger om hvordan de ønsker dette. Samtidig er det mange andre grupper med helsefag som skal ivaretas.

har fire barn. Og at hun drar til fjells så snart anledningen byr seg. Til fots eller med ski på beina, står det å lese i et intervju.

- Jeg er glad i å lese og gå på teater også. Prøver å holde fransken ved like ved å lese franske bøker. Vi har bodd i Frankrike i til sammen to år.

Siri Hatlens karriere særpreges, ifølge henne selv, av at hun har holdt på med mye forskjellig. Hun har jobbet i store og små bedrifter. Fra 2001 til 2006 var hun styreleder i Helse Øst. I 2007-2008 konserndirektør i Statkraft. Nå er energibransjen byttet ut med sykehusdrift.

- Jeg har oppdaget at jeg trives best med det som er samfunnsnært.

FRA SITT midlertidige kontor i Forskningsveien har hun utsikt mot Rikshospitalet. Sterke fagmiljøer fra tidligere Rikshospitalet – Radiumhospitalet, Ullevål og Aker skal få én felles iden-

titet etter å ha blitt slått sammen til Oslo universitetssykehus 1. januar i år. Og selv om tidligere forsøk på samarbeid mellom Oslo-sykehusene har mislyktes, har Hatlen klokkertro på at de skal lykkes denne gangen.

- Ved tidligere forsøk oppdaget vi fort begrensningene som lå i veien for samarbeid. Det var spesielt vanskelig fordi Rikshospitalet og Ullevål lå i ulike helseregioner. Og det er jo ingen hemmelighet at det var et ganske tøft konkurranseforhold mellom de to sykehusene, sier Hatlen, og legger til:

- Mange ønsket å samarbeide. Men det var ulike styrings-systemer. Ulike budsjetter. Da er det vanskelig å få til en type åpenhet og dialog som kan føre til løsninger som tjener begge parter. Jeg trodde i mange år at det var mulig å få til, og hevdet lenge at man måtte kunne klare å samarbeide over slike grenser.

- Hvorfor skal det gå bedre denne gangen?
- Sykehusene er nå samlet i ett felles foretak, så vi må få det til. Det vil kreve gjensidig respekt for det den andre part har med seg. Det er ikke slik at alt er bedre det ene stedet. Det er summen som skal bli bra. På sikt kreves større samlokalisering av like miljøer. Det må ikke ta for lang tid. Skal man samarbeide, er det selvsagt mye lettere å jobbe samlet.

Noen spesialbehandlinger vil kunne flyttes raskt. Andre oppgaver, som for eksempel kreftbehandling, vil driftes på to steder i lang tid. Det er store, og til dels nye, bygg både på Ullevål og tidligere Radiumhospitalet. I mellomtiden vil det bli etablert felles ledelse, rotasjonsordninger, nettverk, samlinger og andre måter å bli kjent på.

- Vi vil ha på plass felles ledelse for alle nye klinikker i løpet av høsten. Så må vi ta det videre derfra. Vi må rett og slett finne måter for hvordan vi kan bygge de ulike organisasjonene sammen som team.

ULLEVÅLS LEGER har tidligere uttrykt bekymring for at fagmiljøene raseres. Hatlen opplever nå at mange av fagmiljøene er motiverte og utålmodige etter å komme i gang.

- Jeg ser at det er en egen drivkraft i miljøene etter å få lov til å jobbe sammen med andre flinke fagpersoner. Det er med på å løfte frem fag og forskning. Når vi smelter miljøene sammen, og tar det beste med fra alle kulturer, kan vi få til noe som er enda bedre.

- Ja, kom inn?
- Det banker lett på døren. En mannlig kollega kommer inn og setter fra seg en lunsjtallerken på skrivebordet.

- Åh, så snilt av deg! Tusen takk skal du ha, smiler Hatlen.
- Gjør du dette for alle?
- Bare til sjefen, smiler mannen, og lukker døren diskret bak seg.

- Det koster flekk å slå sammen sykehusene. Hvor skal du kutte?
- Jeg har en annen tilnærming enn «kutte og spare». Det har alltid vært krevende økonomi i sykehusene. Og jeg tror ansatte

i sykehus kommer til å føle at de har for lite penger også i fremtiden. Det er bestandig noe mer man kunne gjort, eller ønsker at man kunne gjøre. Det tror jeg er iboende. Fagmulighetene utvikler seg hele tiden, sier Hatlen.

Trikset er å stille spørsmålet motsatt, mener direktøren. Det bør snarere være «Hva er det beste vi kan få til innenfor rammene vi blir tildelt?». Da handler det ikke lenger om å kutte.

– Det er to måter å tilnære seg en budsjettprosess på: «Så mye fikk vi. Og slik fordeler vi det best mulig». Eller: «Så mye ville vi gjerne hatt. Så fikk vi mindre. Hvor skal vi kutte?» Jeg sier ikke at det er lett.

Et langsiktig mål er å ha penger til å fornye utstyr. Investere og vedlikeholde gamle bygg.

– Situasjonen er utfordrende. Vi er midt i en krevende driftssituasjon. Med omstillinger og integrasjon. Vi bruker mye tid på å diskutere hvordan vi skal unngå å kutte med osthøvel. Stadige kutt er utrolig slitsomt for de ansatte.

Siri Hatlen har ingen fasit på hvordan få dette til. Foreløpig.

– Vi jobber med å organisere arbeidet slik at hyppige kutt kan unngås i fremtiden, understreker hun.

Direktøren har ukentlige møter med tillitsvalgte. De gir kontinuerlige stemningsrapporter om hvordan det står til i organisasjonen.

HUN HAR HØRT det før. Bekymringene. Gjennom seks år som styreleder: «Det er altfor lite penger til investeringer». «Åh, så slitsomt med disse innstrammingene hele tiden».

– Jeg tviler ikke på at det oppleves slik. Mange synes nok at det blir tøffere for hvert år. Vi er veldig opptatt av å følge med på sykefravær og turnover.

– *Hvordan forholder du deg til disse signalene?*

– Som øverste leder kan du ikke gå inn i den enkelte situasjon. Men det er viktig at ledere på alle nivå tilrettelegger og er motiverte for å fange opp slike signaler.

Dialogen med de tillitsvalgte må være god. Først da kan krevende spørsmål løses, mener Hatlen. Hun forsikrer at hun hører hva som blir sagt. Og at hun ser hvor vanskelig endringsprosessen kan oppleves for mange. Blant både ledere og andre ansatte.

– Jeg er opptatt av å finne løsninger for å kunne jobbe på en annen måte. Men det skjer ikke over natten.

Det gjelder å finne måter å håndtere dette på som ikke gir stor daglig slitasje, mener hun.

– Jeg hører at det er tøft og slitsomt. Samtidig ser jeg at pasientene får den omsorgen de trenger. De ansatte gjør en kjempeinnsats. Og akkurat dét særpreger de som jobber i helsesektoren: Pasienten kommer først. Den innstillingen gjør det flott å jobbe her.

Det viktigste er, ifølge direktøren, å sikre et bedre tilbud for pasientene. De skal slippe å føle seg som kasteballer i systemet.

– Vi er svært opptatt av å styrke lokalsykehus tilbudet like godt som det høyspesialiserte. Det nære lokalsykehus tilbudet skal ha



én dør inn. Alle pasienter skal få et likeverdig tilbud. Samtidig vil vi tilby alle landets pasienter det beste av norsk og skandinavisk medisin.

– *NSF er oppgitt over at du ikke har noen i staben som kan ivareta sykepleiertjenesten?*

– Sykepleierne har veldig klare oppfatninger om hvordan de ønsker dette. Samtidig er det mange andre grupper med helsefag som skal ivaretas.

– Selv om sykepleierne er den overlegent største gruppen, og sånn sett den viktigste, må vi ikke glemme de andre gruppene.

I DISSE DAGER starter prosjektet helsefag. Det er en del av integrasjonsarbeidet, hvor sykepleiere og andre faggrupper er bred representert. De er velkomne til å dele tanker og innspill om hvordan man best kan ivareta intensjonen i ønskene som legges frem.

– Foreløpig har jeg ikke akseptert at det bare er én måte å gjøre dette på. Jeg er mer opptatt av å finne løsninger for å ivareta det vi ønsker å oppnå, enn å tegne nye organisatoriske bokser.

– *Hvordan har tiden som sykehusdirektør vært så langt?*

– Akkurat nå tenker jeg at vi har det ganske bra. Vi er godt i gang med prosessene som skal gå denne høsten. Det er utrolig mye å gjøre. Mange positive muligheter og mye å ta tak i. Vi holder høyt tempo. Mye skal på plass på kort tid.

Hun krysser fingrene for at ingen blir liggende med svineinfluensa.

– Det har vi ikke tid til. ■■■



Trond Aarre,
psykiater og avdelingsteiar
Nordfjord Psykiatrisenter

Eit hushaldnings- perspektiv på psykisk helsevern

I kvardagslaget gjer me for mykje og tenkjer for lite. Det er så mykje som skulle vore gjort. Me kastar oss over dei mest påtrengande sakene, løyser dei etter evne og går tungpustne heim frå endå ein hektisk arbeidsdag.

Som helsearbeidarar er me utsette for mange yrkessjukdomar. Den vanlegaste er at me vert nærsynte. Me gløymer å reflektere over det me driv med. Utan nærare grunngeving går me visst ut frå at me har organisert oss på beste måte og arbeider så lurt som det går an. Eg skulle ynskje det var sant.

Denne artikkelen handlar om to grunnleggjande spørsmål. Det fyrste er kven sine interesser som har styrt organiseringa av tenestene våre – profesjonane eller brukarane sine. Det andre er om det går an å tenkje at me har nok ressursar og at det no er spørsmål om korleis me driv god hushaldning slik at dei strekk

Kvifor har me ventelister når dei aller fleste seier at det er eit problem? Det må vere nokon som ser seg tente med dei, og eg trur diverre at dette er helsetenesta sjølv. Eg ser på ventelistene som eit av mange gode døme på korleis helsetenesta har lett for å organisere seg ut frå eigen trong, sjølv om det stundom kan gå ut over dei som treng tenestene våre.

Hjelp når du treng det?

Tenk deg at bilen din bryt saman. Du kontaktar firmaet som driv med bilberging. Etter tre veker får du dette brevet i posten: «Vi bekrefter at vi har mottatt Deres henvendelse. Vi skal hente Deres Volvo og bringe den til verkstedet så snart vår kapasitet tillater det. Ventetiden er for tiden på 20 uker. De vil høre nærmere fra oss. Takk for at De valgte Finck Bilberging.»

Eg set pengane mine på at du hadde vore lite nøgd med dette. Du kontakta jo Finck fordi du treng hjelp no – ikkje om eit halvt år. Som dei

fleste andre ynskjer du hjelp umiddelbart. Men dersom du treng hjelp for ei psykisk lidning, må du nok fint ta til takke med ein brev i posten og ein plass på ventelista. *Tolugt mod er godt å hava*, seier Ivar Aasen.

Kvifor har me organisert oss slik at me let pasientar vente i lange tider når dei treng hjelp? Me er gode til å argumentere for auka løyvingar og viser då gjerne til kor alvorlege konsekvensar dei psykiske lidningane får. Dersom me trur på dette, skulle me kanskje by brukarane våre helsehjelp straks i staden for å by dei ein plass på lista over oppgåver me ikkje tykkjer me har kapasitet til å ta oss av? Mest sannsynleg set dei like stor pris på snarleg time i poliklinikken som du set pris på at bilbergaren rykkjer ut når du treng det.

Eit spørsmål om ressursar?

Argumentet for ventelister er som oftast manglande kapasitet på grunn av for lite ressursar. Men min påstand er at dette like gjerne kan skuldast profesjonssentrerte haldningar og vanar – for ikkje å

Kvifor har me ventelister når dei aller fleste seier at det er eit problem? Eg trur at helsetenesta sjølv ser seg tente med dei...

til. Som eit døme vil eg nytte eit fenomen eg aldri har greidd å forstå: ventelister i psykiatriske poliklinikkar.

Kva er problemet?

Eg trur at ventelister er moralsk forderveleg av tre grunner:

- › når me let pasientar stå og vente, signaliserer me at det ikkje er så nøye med helsehjelpa, og slik er det jo ikkje
- › når me let pasientar stå og vente, signaliserer me at vi har viktigare ting å gjere enn å ta oss av menneske som blir vist til oss, og slik er det jo ikkje
- › når me let pasientar stå og vente, held me oss med luksuriøse haldningar av at det er våre arbeidsmetodar og vår eigen disponering av tida vår som skal avgjere om folk får hjelp i rimeleg tid, og i eit offentleg helsevesen kan det jo ikkje vere slik.

seie uvanar – og manglande refleksjon over kva signal me sender til dei som treng oss. Det finst poliklinikkar som ikkje held seg med ventelister. I staden sender dei straks brev til pasienten med timeavtale. Pasientane tykkjer det er godt å straks få vite når dei vil få hjelp og kven dei kjem til å møte. Då kan dei jo kontakte rette vedkomande dersom ventetida vert vanskeleg. Det gjev ein heilt anna kjensle av å bli tatt på alvor enn å få brev med bod om at du står på ei venteliste.

Poliklinikkar som ikkje fører ventelister har ikkje betre kapasitet enn andre. Dei har fyrst og fremst andre haldningar til arbeidet sitt og til pasientane dei skal tene. Men ordskiftet vert vanskelegare enn det eigentleg er av at spørsmålet om ressursar blir teke opp. Mange hevdar at ventelistene kan avviklast dersom vi berre får nok ressursar, det vil som oftast seie fleire tilsette. Sjølv trur eg at ventelistene kan bli avvikla straks i alle poliklinikkar dersom det er vilje til det.

Mine vener i skulen fortel meg at dei når som helst kan oppleve at familiar med ressurskrevjande born i skulepliktig alder flyttar til kommunen. Då må skulen ta i mot eleven straks. Det er ingen som spør om det er ledig kapasitet, og det kjem aldri på tale å setje eleven på venteliste til lærarane har nok tid og krefter til å ta seg av han. Det finst altså system som ikkje godtek vår måte å gjere ting på. Kanskje me kan lære litt av dei.

Eit utriveleg spørsmål tvinger seg på: er det haldningane eller kapasiteten det skortar på?

Hjelper ventelistene mot ressursmangel?

Dersom det er sant at me ikkje har tilstrekkelig kapasitet, korleis skal me organisere oss for å gjere det beste ut av det? Dette er eit spørsmål om god hushaldning og om ansvarlege haldningar til oppgåvene. Etter mitt syn er ventelister den verst tenkjelege måten å organisere seg på. Ventelistene gjev lett eit misvisande inntrykk av for liten kapasitet. Er det verkeleg slik at ventelistene syner oss manglande samsvar mellom oppåver og ressursar?

Mange avdelingar har nokså stabile ventelister og er nøgde med at dei klarer å halde listene på eit stabilt nivå. Det inneber at systemet er i balanse, at det er omtrent like mange pasientar som blir søkte til handsaming som det er pasientar som avsluttar handsaminga. Var det ikkje slik, ville ventelistene bli lengre med tida. Etter mitt syn har dei soleis vist det motsette av det dei seier, nemleg at avdelinga har eit godt samsvar mellom oppgåver og kapasitet. Dersom dei tilsette går i lag om ein kortvarig dugnad for å ta unna ventelista, ville avdelinga ha løyst problemet, og det ville snart bli balanse mellom tilviste og avslutta saker.

Eit anna spørsmål er kva ventelistene gjer med produktiviteten. Dersom alle går saman om å unngå ventelister og tek unna saker slik at dei ikkje hopar seg opp, kan produktiviteten auke. Dersom me i staden godtek at pasientar vert sette på ei liste for å vente på ledig kapasitet, har me innført et styringsprinsipp som går på at den einskilde medarbeidaren eller den overordna kan definere kva som er øvre grense for kor mange saker den einskilde skal arbeide med. Vanlegvis fører dette til at me senkar skuldrene og tek på oss færre oppgåver enn me elles ville gjort. Det kan verke demoraliserande når systemet sjølv seier at det har for liten kapasitet. Eg har sjølv blitt kritisert for å ta på meg for mange saker. Den som sprenger akkorden, må ikkje rekne med å bli ein avhalden mann.

Det er rart at me sjølv har så lett for å avgjere at kapasiteten er



for dårleg. Me insisterer på kva arbeidsmetodar me skal nytte, legg arbeidsdagen opp etter dette og blir vonbrotne når det viser seg at etterspurnaden etter tenestene våre er større enn det som kan sameinast med arbeidsmetodane. Under slike tilhøve er det ikkje mange vegar ut av uføret. Den eine vegen er å fullføre det arbeidet me har byrja på og utsetje nye oppgåver ved å opprette ventelister. Den andre vegen er å hindre at tilviste pasientar får eit tilbod i det heile – ved å heve terskelen for å få rett til prioritert helsehjelp.

Den tredje vegen er å ta utgangspunkt i at det vanlegvis er rett at folk blir tilvist og så tilpasse arbeidsmetodane til oppgåvene – i staden for å gjere det motsette ved å styre saksmengda etter måten vi arbeider på. Då tek me i mot dei som vert tilviste, men avpassar omfanget av helsehjelpa til kapasiteten vi har. Det kan føre til at pasientane får nokre færre samtalar enn dei elles ville fått, at det er klårare kriterium for avslutning av handsaminga eller at me har lågare terskel for å vise pasienten attende til fyrstelinetenesta etter vurdering.

Den tredje vegen inneber at me seier det motsette av det som er vanleg. Me gjev for alltid avkall på å klage over at me er for få, har for lita tid og druknar i oppgåver. Me seier i staden til oss sjølve og alle andre at det faktisk er nok ressursar tilgjengeleg for dei som treng hjelp. Då er det opp til oss å drive god hushaldning med desse ressursane for å sikre at dei som treng det mest, får hjelp fyrst. Er det i det heile råd å tenkje slik?

Eit liv utan ventelister

Det finst sjølv sagt døme på at det objektivt er for lite ressursar i høve til oppgåvene. Men ressursmangel er eit argument som ofte vert nytta i utide. Det er stundom betre å forhalde seg ansvarleg til dei ressursane ein faktisk har og tenkje at ansvaret for å drive god hushaldning ikkje ligg hjå andre enn oss sjølve. Men det forpliktar. Me blir tvungne ut av den passive rolla, der me druknar i oppgåver som me ikkje rekk over. I staden vert me myndige forvaltalar som driv god hushaldning til beste for folket. Den siste rolla er mykje meir morsam. Eg skriv av røynsle, for eg har prøvd begge delar. Så neste gong det vert snakk om at me har for mykje å gjere og for få på jobb, skal eg seie høgt og med patos «- også vi når det blir krevet!» slik at me kjem i hug overeinskomsten om at me har dei ressursane me har. No gjeld det berre å drive betre hushaldning. Verre er det ikkje. ■

POLIKLINIKKAR som ikkje fører ventelister har ikkje betre kapasitet enn andre.



Jeg ser ikke noe alternativ til dagens modell. Det vil skape et betydelig demokratisk tomrom og mer byråkrati.

Sonja Mandt-Bartholsen, sykepleier og Aps helsepolitiske talskvinne

Strides om syke

Første januar 2002 overtok staten ansvaret for spesialisthelsetjenesten fra fylkeskommunene. Fem regionale helseforetak ble etablert – i dag fire – og de fikk i oppdrag å styre sykehusene på statens vegne. Sykehusene ble gjort om til egne helseforetak.

Nå er det igjen strid omkring organiseringen av spesialisthelsetjenesten. Kristelig Folkeparti ønsker å avvikle de regionale helseforetakene (RHF), noe Arbeiderpartiet mener er et svært lite gjennomtenkt forslag.

Laila Dāvøy: – De regionale helseforetakene skal ha anerkjennelse for jobben de har gjort med å rydde opp i sykehusstrukturen i Norge. Da helsereformen trådte i kraft i 2002 ble det etablert rundt 50 helseforetak, som i dag er blitt redusert til 20.

Nå mener imidlertid Dāvøy at RHFene er i ferd med å gjøre seg selv til et overflødig byråkrati. Hun trekker blant annet fram sammenslåingen av Helse Sør og Helse Øst til helsegiganten Helse Sør-Øst med 65 000 medarbeidere i sine helseforetak og et budsjett på 52 milliarder kroner.

– Lar denne regionale kolossen seg styre? Det er lite som tyder på det. Da den ble opprettet i 2007 var en av begrunnelsene at det var opp til en milliard kroner å spare. Resultatet har blitt økonomiske overskridelser på flere hundre millioner kroner.

Dāvøy er også kritisk til Helsedepartementets uvilje til å styre.

– Hvert år utarbeider departementet oppdragsdokument for RHFene med en liste over

prioriterte oppgaver. Her har det blant annet blitt etterlyst økt satsning på cochlea-innplantering, bedre smertebehandling og flere geriatrikere. Når oppdraget ikke følges opp, har helseministeren ikke kunnet love annet enn at han vil følge opp RHFene. Det er ikke politisk styring, det er å frskrive seg ansvar.

Dāvøy mener de politiske signalene ofte blir filtrert i RHFene, og at det vil åpne for bedre styring uten dem.

Sonja Mandt-Bartholsen: – Strukturen med staten som eier og oppdragsgiver, og RHFene og de lokale helseforetakene som utøvere kan helt sikkert bli bedre. Men jeg ser ikke en avvikling av RHFene som veien å gå.

Tvert om, mener Mandt-Bartholsen

– Å avvikle RHFene og i stedet legge deres oppgaver til helsedepartementet eller opprette et eget statlig direktorat vil gi et demokratisk tomrom og et betydelig byråkrati. Vi snakker her om en sektor med rundt 120 000 ansatte og et budsjett på over 100 milliarder kroner.

– Ved å fjerne det regionale nivået vil vi være tilbake til situasjonen før 2002. Med stadige budsjettoverskridelser på sykehusbudsjettene og minimal styring med landets samlede behandlingstilbud.

– Hva er alternativet til dagens ordning?

Laila Dāvøy: – KrF ønsker å legge dagens 20 helseforetak direkte inn under Helsedepartementet, knyttet til for eksempel eieravdelingen i departementet. Det vil gi bedre oversikt og mer

Det er blitt for mye butikk og for lite politikk.

Laila Dāvøy, sykepleier og KrFs helsepolitiske talskvinne

husreform

direkte styring av spesialisthelsetjenesten.

Når RHFene avvikles ser Dāvøy for seg at de lokale helseforetakene vil komme til å spille en mer framtreddende rolle ut fra den lokale kompetansen de besitter.

– De lokale helseforetakene vil også bli viktige i forbindelse med den foreslåtte samhandlingsmodellen, hvor det blir lagt vekt på tettere samarbeid mellom sykehusene og kommunene.

Sonja Mandt-Bartholsen: – Ap ser ikke noe alternativ til dagens modell. Men jeg er enig i at dagens modell kan bli bedre. Dette har vi også tatt konsekvensen av, blant annet ved å få politikere inn i foretaksstyrene for å øke den politiske styringen.

Mandt-Bartholsen er uenig i at RHFene vil få mindre betydning i forbindelse med den nye samhandlingsreformen.

– RHFene er viktige når vi skal sette samhandlingsreformen ut i livet. Uten RHFene vil avstanden mellom eier og det lokale nivå bli enorm. RHFene er helt nødvendige for å kunne koordinere og gi signaler om samhandling nedover til de lokale foretakene. Eller skal det bli fritt fram for lokale initiativ?

– Hva er din dom over norsk sykehusvesen etter at staten tok over?

Laila Dāvøy: – Det er blitt for mye butikk og for lite politikk. Helt ned på avdelingsnivå internt i sykehusene opplever vi at det er inntekter knyttet til diagnoserelaterte grupper (DRG) som rår grunnen. Taperne er kronikerne og pasienter

med sammensatte lidelser. De blir i stadig større antall henvist til ventelister.

– Målet med sykehusreformen var å skape et mer likeverdig helsetilbud over hele landet. Her gjenstår mye. Selv om sykehusreformen i en viss grad har skapt et mer likeverdig tilbud internt i de enkelte helseforetakene, er det fortsatt store forskjeller mellom de regionale helseforetakene.

– Det er ikke mye politisk styring når statens øverste helseansvarlig stilt overfor dette faktum avfeier det med at «Jeg stoler på de regionale helseforetakene».

Dāvøy opplever at sykehusreformen, som skulle samle ansvaret, er blitt en reform for ansvarsfraskrivelse.

Sonja Mandt-Bartholsen: – Dagens ansvarsfordeling mellom helsedepartementet, RHFene og de lokale helseforetakene som ble innført med sykehusreformen har bidratt til en mer helhetlig tenkning rundt tilbudene spesialisthelsetjenesten skal tilby. Det har skapt økt forutsigbarhet og mer likeverdig tilgang på offentlige helsetjenester rundt om i landet.

Mandt-Bartholsen vil ikke friskmelde sykehusreformen helt, men avviser kontant at den har vært mislykket.

– Det bør ikke overraske noen at en så stor og omfattende reform trenger tid på å falle på plass. For selv om strukturen er lagt må innholdet i modellen stadig evalueres og justeres. Slik er det bare. ■■■

tekst Bjørn Arild Østby foto Erik M. Sundt





REFLEKS

Gjesteskribent Trude Aarnes

Navn: Trude Aarnes

Yrke: Jordmor og privatpraktiserende sexolog

E-post: trudeaarnes@hotmail.com

Begrav jomfruhinnen!

Jeg har undervist 15-åringer i sexologiske emner siden 1996. Deres kunnskap om jomfruhinnen er både feil og myteomspunnet.

Mange unge tror at dette er en seig hinne som dekker skjedeinngangen og som penis må presse seg gjennom ved første samleie. Mange er redd for at den er så seig at det umuliggjør penetrering. Mange tror at første samleie er svært smertefullt og at alle jenter blør.

Mange tror at en partner kan se på hennes kjønnsorganer om hun allerede har hatt sitt første samleie.

Dette er bare myter. Myter som fører til at mange jenter blir unødig engstelige for sitt første samleie. Mange føler seg unormale fordi de ikke blør eller har sterke smerter ved første samleie. Mange er redde for at deres partner skal kunne avsløre at de har hatt sex med en eller flere partnere tidligere.

Jeg har visst det i mange år. At jomfruhinnen ikke er en hinne,

med en partner første gang vil hun kanskje ikke merke noe spesielt fra jomfruhinna si.

Jomfruhinne skal altså vise til hinnen som beviser at jenter er jomfru. Og hva er en jomfru?

Ordets opprinnelse er fra den gang jenter ikke skulle ha sex før bryllupsnatten. Da kalte man henne jomfru før hun hadde hatt sitt første samleie.

I dag utforsker og nyter de fleste unge jenter seksualiteten sin både alene og sammen med en partner. Når de har sitt første samleie har de allerede hatt mye annen form for sex. Derfor er jomfru et gammeldags ord, som det ikke er bruk for lenger. Bortsett fra i noen miljøer i Norge der det kreves at jenter er «urørte» inntil bryllupsnatten.

Det sier noe om hvilket syn på seksualitet som har dominert når slike misvisende ord som jomfruhinne er blitt tatt i bruk. Andre eksempler på misvisende ord er: brystvorte, som slettes ikke er noen vorte – skamlepper, skamben, skambehåring, som overhode ikke har noe med skam å gjøre – å miste sin uskyld, etterpå er hun altså skyldig, skyldig i hva?

Vi har fått seksualiteten for å nyte den, alene eller med en partner.

Med det som formål må seksualopplysning være ærlig og gi kunnskap om virkeligheten.

Jeg foreslår derfor å begrave ordet jomfruhinne for godt. Når ordet forsvinner, tror jeg at mange av mytene også vil forsvinne. I hver fall over tid.

Jeg foreslår skjede-hals eller skjedekant. Disse ordene skjuler ikke myter, men betegner virkeligheten med enkle og betegnende ord.

Det sier noe om hvilket syn på seksualitet som har dominert når slike misvisende ord er tatt i bruk.

Jomfruhinnen er en ujevn kant eller ring som befinner seg på skjedeveggen på innsiden av skjedeinngangen. Tykkelse, stramhet og utseende er like individuelt som utseende på kjønnsleppene. Denne kanten kan hos enkelte jenter være ganske stram, slik at det merkes trangt første gang jenta har samleie. Det kan blø litt fra slimhinnen når den utvider seg ved første inntrenging av for eksempel en penis, men bare enkelte blør. Og det er ikke mye blod.

Mange jenter bruker tamponger. De masturberer med egne fingre eller et sexleketøy i skjeden. Eller partneren gjør det. Da blir den såkalte jomfruhinna utspilt. Det fører til at når hun har samleie

Trude Aarnes

Øvrige gjesteskribenter 2009:



Anders Folkestad
Leder i Unio



Martine Aurdal
Leder av samfunns-
avdelingen i Dagbladet



Camilla Leinebø
Nyttdannet sykepleier



Jon Hustad
Journalist i Dag og Tid

I DAG KAN VI GJØRE MER


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

NOE DU KANSKJE IKKE VET om humant papillomavirus og **Gardasil®**

- Årlig koniseres det i Norge 3,000 kvinner pga HPV-induserte celleforandringer på livmorhalsen¹
 - dette inngrepet øker risikoen for premature fødsler og senaborter 4- 5 ganger²
- Årlig diagnostiseres det i Norge ca. 300 tilfeller av livmorhalskreft³
 - 70-80 kvinner dør
- **Gardasil®** er en vaksine som skal forhindre premaligne genitale lesjoner (cervikale, i vulva og vaginale), cervixcancer og kjønnsvorter (condyloma acuminata) som har årsakssammenheng med HPV av typene 6, 11, 16 og 18⁴

**Gardasil® kan foreskrives
til jenter fra 9 til 26 år!**



1. Rapport fra en arbeidsgruppe nedsatt av Nasjonalt folkehelseinstitutt for å vurdere bruk av HPV-vaksine i Norge – Vaksine mot humant papillomavirus (HPV), Rapport 2007/9.

2. Albrechtsen S et al, Pregnancy outcome in women before and after cervical conisation: population based cohort study, BMJ 2008;1-5

3. Cancer Registry of Norway. Cancer in Norway 2006 – Cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway, Oslo: Cancer Registry of Norway, 2007.

4. Norwegian SPC 090309

www.gardasil.no

Se nyheter og informasjon
om desinfeksjon på vår nye
nettside www.antibac.no

Stor overflatenyhet fra Antibac.

De nye overflateklutene fra Antibac er den perfekte løsningen for en rask og effektiv desinfeksjon av store flater. Klutene er av meget tykk og god kvalitet, klare til bruk, og størrelsen er hele 24 x 40 cm.

Antibac virker som kjent raskt og effektivt mot alle bakterier, sopp og ulike virus og de nye klutene inneholder 75% etanolbasert desinfeksjonssprit. Når du har behov for å desinfisere en overflate åpner du

bare klaffen øverst på forsideetiketten og tar ut en klut. Deretter desinfiserer du det angitte området og kaster kluten.

Til slutt lukker du igjen klaffen og det er klart til neste gangs bruk. Hver pakke inneholder 12 kluter.

