

Stoler på argumentene

Siri Sørli er hovedtillitsvalgt i Porsgrunn. Side 90



Menn hersker i helsetjenesten

18 av 22 sykehusdirektører er menn. Side 12



Bedre liv med mobil oksygen-tilgang

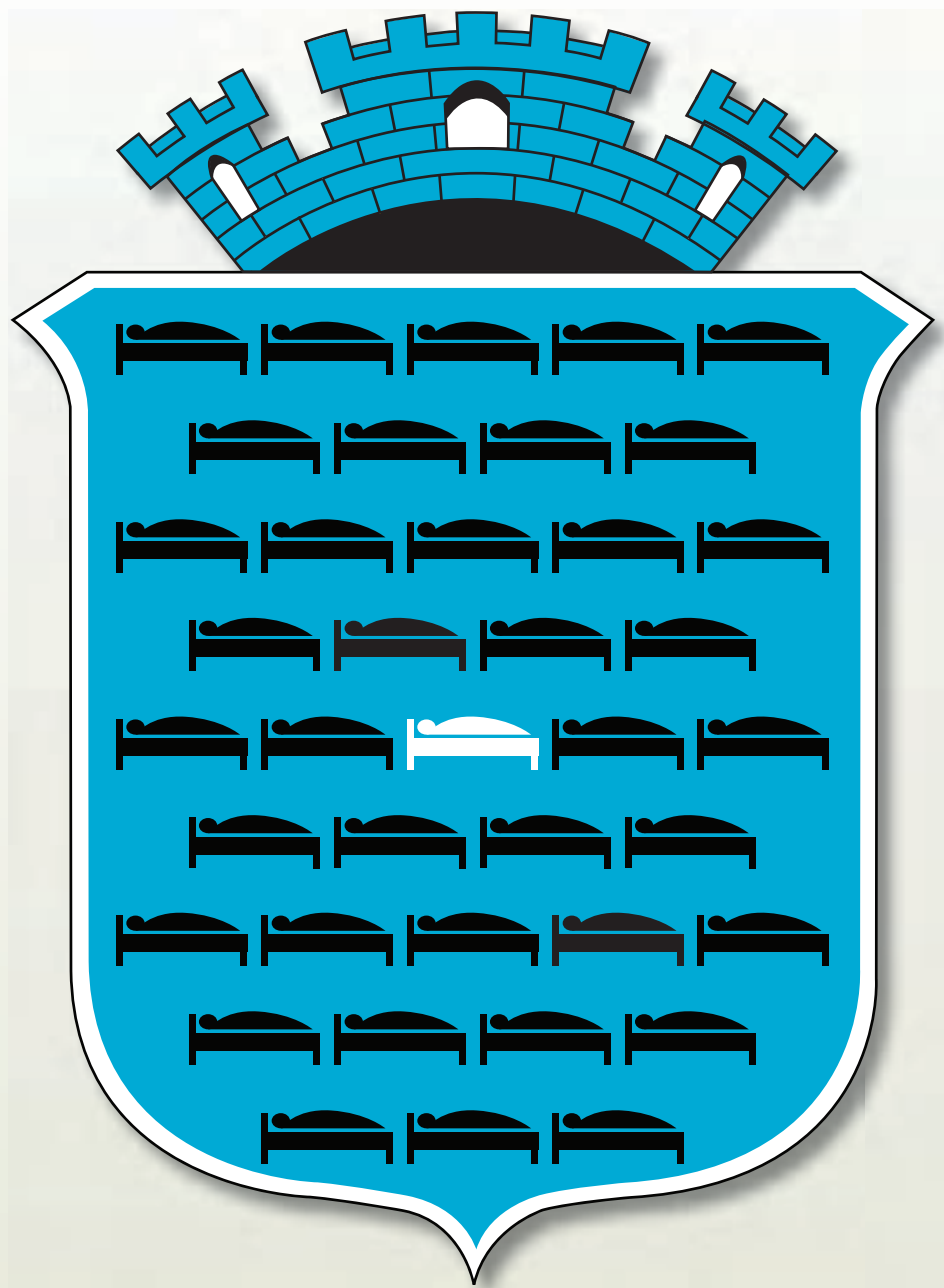
Side 44



Sykepleien

LISBETH NORMANN: Vi ønsker samhandlingsreformen velkommen. Sykepleierne vil få en nøkkelrolle.

2 2010
4. februar
2010
98. årgang

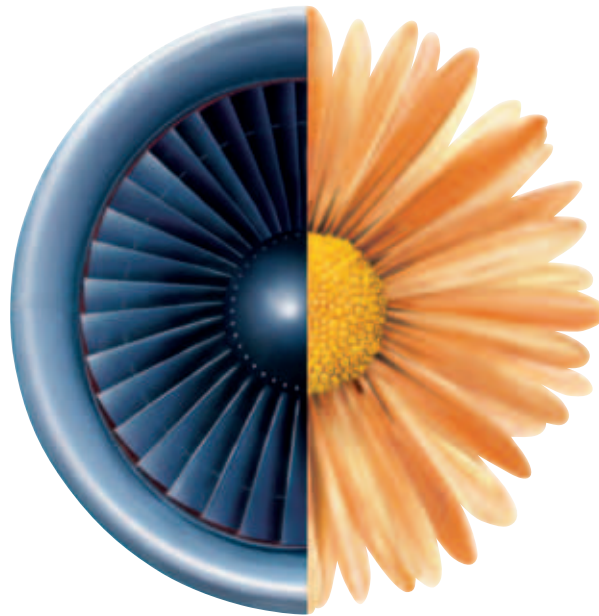


Snart må kommunene ta imot svært syke pasienter.
Samhandlingsreformen

kan **sprengne** rammene

NYHET!

**EFFEKTIV
MOT STERKE
SMERTER**



Bevarer
naturlig
tarmfunksjon

 **TARGINIQ[®]**
oksykodon/nalokson

TIL HVEM?

Til pasienter med sterke smerter som kun kan behandles tilfredsstillende med opioide analgetika.

HVORFOR?

Opioidantagonisten nalokson er tilsatt for å forhindre opoidindusert obstipasjon. Nalokson blokkerer oksykodons virkning på opioidreseptorer lokalt i tarmen.



www.targiniq.no

A TARGINIQ mundipharma

Analgetikum ved sterke smerter.

ATC-nr.: N02AA55

DEPOTTABLETTER 5 mg/2,5 mg, 10 mg/5 mg, 20 mg/10 mg og

40 mg/20 mg: Hver tablett inneh.: Oksykodonhydroklorid tilsv. oksykodon 4,5 mg, resp. 9 mg, 18 mg og 36 mg, naloksonhydrokloriddihydrat tilsv. nalokson 2,25 mg, resp. 4,5 mg, 9 mg og 18 mg, laktosemonohydrat 71,8 mg, resp. 64,3 mg, 54,5 mg og 109 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: 5 mg/2,5 mg: Brijantblått FCF [E 133], titandioksid [E 171]. 10 mg/5 mg: Titandioksid [E 171]. 20 mg/10 mg og 40 mg/20 mg: Jernoksid [E 172], titandioksid [E 171].

Indikasjoner: Sterke smerter som kun kan behandles tilfredsstillende med opioide analgetika. Opioidantagonisten nalokson er tilsatt for å forhindre opioidindusert obstipasjon ved å blokkere oksykodons virkning på opioidreseptorer lokalt i tarmen.

Dosering: Tilpasses smerteintensitet og pasientens følsomhet. Voksne: Den analgetiske effekten er ekvivalent med depotformuleringer av oksykodon. Vanlig startdose ved første gangs bruk av opioider er 10 mg/5 mg hver 12. time. Pasienter som allerede får opioider kan starte med en høyere dose, avhengig av tidligere erfaring med opioider. 5 mg/2,5 mg er tiltenkt dosetitrering ved oppstart av opioidbehandling og individuell dosejustering. Maks. døgndose er 80 mg/40 mg oksykodonhydroklorid/naloksonhydroklorid. Ved behov for høyere doser bør det i tillegg gis oksykodondepot til samme tidspunkt. Maks. døgndose er 400 mg oksykodondepot. Naloksons gunstige effekt på tarmfunksjonen kan da reduseres. Preparatet er ikke tiltenkt behandling av gjennombruddssmerter. Behov for analgetika med umiddelbar frisetling som akuttmedisin mot gjennombruddssmerter, kan derfor oppstå. En enkeltdose akuttmedisin bør tilsvare en sjuendedel av den ekvivalente døgndosen av oksykodonhydroklorid. Behov for akuttmedisin >2 ganger daglig er vanligvis en indikasjon på at dosen bør økes. Doseøkning bør foretas hver eller annenhver dag, med 5 mg/2,5 mg, eller ved behov 10 mg/5 mg oksykodonhydroklorid/ naloksonhydroklorid 2 ganger daglig, til en stabil dose nås. Målet er dosering hver 12. time som kan opprettholde adekvat analgesi, med bruk av så lite akuttmedisin som mulig. Hos enkelte pasienter kan asymmetrisk dosering tilpasset smertemonsteret være gunstig. Skat ikke brukes lengre enn absolutt nødvendig. Behov for langtids smertebehandling krever grundig og regelmessig revurdering. Når pasienten ikke lenger har behov for opioidbehandling anbefales det at dosen nedtrappes gradvis. Tablettene skal svelges hele og ikke deles, tygges eller knuses, da dette medfører raskere frisetning av virkestoffene og absorpsjon av en potensielt dødelig oksykodondose. Etter seponering, med påfølgende bytte til et annet opioid, kan forverring av tarmfunksjon forventes.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdsstoffene, enhver situasjon hvor opioider er kontraindisert, alvorlig respirasjonsdepresjon med hypoksi og/eller hyperkapni, alvorlig kronisk obstruktiv lungesykdom, cor pulmonale, akutt alvorlig bronkialastma, ikke-opioidindusert paralytisk ileus, moderat til alvorlig nedsatt leverfunksjon.

Δ Forsiktighetsregler: Ikke egnet til behandling av abstinenssymptomer. Ved parenteralt, intranasalt eller oralt misbruk hos individer som er avhengige av opioidagonister, som heroin, morfin eller metadon, forventes uttalte abstinenssymptomer, pga. av naloksons opioidreseptorantagonistegenskaper. Ethvert misbruk hos stoffmisbrukere frarådes på det sterkeste. Anbefales ikke til barn <18 år pga. manglende sikkerhets- og effektdata. Det foreligger ingen klinisk erfaring hos pasienter med kreft relatert til peritoneal karsinomatose eller med subokklusivt syndrom ved fremskredne stadier av gastrointestinal kreft og bekkenkreft. Bruk i denne pasientgruppen er derfor ikke anbefalt. Største risiko ved opioider er respirasjonsdepresjon. Det bør utvises forsiktighet hos eldre eller svake pasienter, ved opioidindusert paralytisk ileus, alvorlig nedsatt lungefunksjon, myksødem, hypotyrose, Addison's sykdom (binyrebarkinsuffisiens), toksisk psykose, gallestein, prostatahypertrofi, alkoholisme, delirium tremens, pankreatitt, hypotensjon, hypertensjon, underliggende hjerte- eller karsykdom, hodeskader (pga. fare for økt intrakraniell trykk), epileptisk sykdom/disposisjon for krampes, ved bruk av MAO-hemmere og ved lett nedsatt lever- eller nyrefunksjon. Grundig medisinsk overvåking er spesielt nødvendig ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon. Diaré kan anses som en mulig bivirkning av nalokson. Etter langtidsbehandling med høye opioiddoser kan overgang til Targiniq innledningsvis utløse abstinenssymptomer som kan kreve spesifikk oppfølging. Ved langtidsbruk kan det utvikles toleranse som krever høyere doser for å opprettholde ønsket analgetisk effekt. Kronisk bruk kan medføre fysisk avhengighet. Det er fare for utvikling av psykologisk avhengighet overfor opioidanalgetika. Bør brukes med spesiell forsiktighet hos pasienter med alkohol- og legemiddelmisbruk i anamnesen. Oksykodon har en misbruksprofil tilsvarende andre sterke opioidagonister. Abstinenssymptomer kan oppstå ved brå seponering. Anbefales ikke til preoperativt bruk eller de første 12-24 timer postoperativt. Avhengig av kirurgitype og -omfang, anestesi prosedyre, annen samtidig medisiner og pasientens tilstand, er nøyaktig tid for oppstart av postoperativ behandling avhengig av en grundig individuell nytte-risikovurdering. Den tomme tablettmatriksen kan sees i avføringen. Kan påvirke evnen til å kjøre bil eller bruke maskiner, spesielt ved behandlingsstart, etter doseøkning eller bytte av legemiddel og i kombinasjon med andre CNS-hemmende midler.

Interaksjoner: Substanser med CNS-hemmende effekt (f.eks. alkohol, andre opioider, sedativa, hypnotika, antidepressiver, sovemedisiner, fentiaziner, antipsykotika, antihistaminer og antiemetika) kan gi økt CNS-hemmende effekt (f.eks. respirasjonsdepresjon). Klinisk relevante endringer i INR kan forekomme ved samtidig bruk av kumarinantikoagulantia. II: N02A opioider]

Graviditet/Amning: Overgang i placenta: Oksykodon og nalokson passerer placenta. Langtidsbruk av oksykodon under graviditet kan gi abstinenssymptomer hos nyfødte. Gitt under fødsel kan oksykodon utløse respirasjonshemming hos nyfødte. Skal kun brukes under graviditet hvis nytte oppveier mulig risiko for barnet.

Overgang i morsmelk: Oksykodon går over, nalokson ukjent. Amning bør avbrytes under behandling.

Bivirkninger: Vanlige (≥ 1/100 til < 1/10): Gastrointestinale: Magesmerter, diaré, munntørhet, flatulens, oppkast, kvalme. Hjerte/kar: Blodtrykksfall. Hud: Kløe, hudreaksjoner, svelling. Luftveier: Rhinoré, gjesping. Muskel-skjelettsystemet: Muskelspasmer, muskelyrkinger, myalgi. Neurologiske: Hodepine, sedasjon, tremor. Psykiske: Angst, rastløshet. Stoffskifte/ernæring: Nedsatt/tap av appetitt. Øre: Vertigo. Øvrige: Abstinenssyndrom, kulde- og varmetfølelse, frysninger, astenitilstander. **Mindre vanlige (≥ 1/1000 til < 1/100):** Hjerte/kar: Angina pectoris ved koronarsykdom i anamnesen, palpitasjoner, blodtrykksøkning. Immunsystemet: Overfølsomhet. Kjønnsganer/bryst: Erekttil dysfunksjon. Luftveier: Dyspné. Neurologiske: Oppmerksomhetsforstyrrelser, parestesi, taleforstyrrelser. Psykiske: Unormal tankegang, forvirring, depresjon, hallusinasjoner. Øye: Synsforstyrrelser. Øvrige: Brystsmarter, søvnløshet, sykdomsfølelse, perifert ødem, ulykkeskader. **Sjeldne (≥ 1/10 000 til < 1/1000):** Neurologiske: Krampes (spesielt ved epileptisk sykdom eller disposisjon for krampes). **Svært sjeldne (< 1/10 000), ukjent:** Gastrointestinale: Forstoppelse. Lever/galle: Galleveiskolikk. Neurologiske: Synkope. Bivirkninger av oksykodon alene: **Svært vanlige (≥ 1/10):** Gastrointestinale: Forstoppelse, oppkast, kvalme. Hud: Kløe. Neurologiske: Sedasjon (fra søvnighet til nedsatt bevissthetsnivå), svimmelhet, hodepine. **Vanlige (≥ 1/100 til < 1/10):** Gastrointestinale: Hikke, dyspepsi. Luftveier: Dyspné. Neurologiske: Synkope, parestesi. Nyre/urinveier: Urinretensjon, dysuri, akutt vannlatingsbehov. Psykiske: Endret stemningsleie og personlighetsforandring (f.eks. depresjon, eufori), nedsatt aktivitet, psykomotorisk hyperaktivitet, uro, nervøsitet, søvnløshet, tankeforstyrrelser, forvirring. **Mindre vanlige (≥ 1/1000 til < 1/100):** Gastrointestinale: Munnsmå, stomatitt. Hjerte/kar: Takykardi, vasodilatasjon. Lever/galle: Galleveiskolikk. Luftveier: Dysfoni, hoste. Neurologiske: Migrene, dysgeusi, hypertoni, ufrivillige muskelsammentrekninger, hyposteser, koordinasjonsforstyrrelser. Psykiske: Persepsjonsforstyrrelser (f.eks. hallusinasjon, derealisasjon), nedsatt libido. Øre: Nedsatt hørsel. Øvrige: Smarter, ødem. **Sjeldne (≥ 1/10 000 til < 1/1000):** Gastrointestinale: Melena, tannsykdom, tannkjøttblødning, dysfagi. Hud: Tørr hud. Infeksiøse: Herpes simplex. Kjønnsganer/bryst: Amenoré. Psykiske: Psykologisk avhengighet. Stoffskifte/ernæring: Dehydrering, økt appetitt. Øvrige: Vektøkning, vekttap, tørste. **Svært sjeldne (< 1/10 000), ukjent:** Gastrointestinale: Ileus. Hud: Urticaria. Immunsystemet: Anafylaktisk reaksjon. Lever/galle: Økte leverenzymmer. Luftveier: Respirasjonsdepresjon, bronkialspasmer, undertrykket hosterefleks. Øye: Miose. Øvrige: Legemiddeltoleranse, spasmer i glatt muskulatur.

Overdosering/Forgiftning: Symptomer: Oksykodon kan gi miose, respirasjonsdepresjon, søvnighet til apati, slapphet i skjelettmuskulatur, bradykardi, hypotensjon, i alvorligere tilfeller koma, ikke-kardiogent lungeødem og sirkulasjonssvikt, ev. med et fatalt utfall. **Behandling:** Opioidantagonister (f.eks. nalokson 0,4-2 mg i.v.) med 2-3 minutters mellomrom, etter behov, ev. infusjon med 2 mg nalokson i 500 ml 0,9% natriumklorid eller 5% dekstrose (0,004 mg/ml nalokson) med en hastighet tilpasset tidligere bolusdoser og pasientens respons. Ventrikeltømming kan vurderes. Støttetiltak (kunstig åndedrett, oksygen, karkontraherende midler og infusjoner) ved behov, for å håndtere sirkulatorisk sjokk. Hjertestans eller arytmier kan kreve hjertemassasje eller defibrillering. Se Giftinformasjonens anbefalinger for oksykodon N02A A05 side d.

Egenskaper: Klassifisering: Naturlig opiumsalkaloid kombinert med opioidreseptorantagonist. **Virkningsmekanisme:** Oksykodon og nalokson har affinitet til opioide kappa-, mu- og deltareseptorer i hjernen, ryggmarg og perifere organer (f.eks. tarm). Opioidreseptorantagonisten oksykodon gir smertelindring ved binding til endogene opioidreseptorer i CNS. Nalokson er en ren antagonist som virker på alle typer opioidreseptorer. Grunnet uttalt «first pass»-metabolisme etter oral administrering er en klinisk relevant systemisk effekt av nalokson lite sannsynlig. Ved lokal kompetitiv antagonisme av den opioidreseptormedierte oksykodoneffekten i tarm reduserer nalokson opioidinduserte tarmfunksjonsforstyrrelser. **Absorpsjon:** Biotilgjengelighet 87%, nalokson <3%. **Proteinbinding:** Ca. 45%. **Fordeling:** Distribueres i hele kroppen. **Metabolisme:** I lever. **Utskillelse:** I urin og feces.

Pakninger og priser:

5 mg/2,5 mg: 28 stk. (endose) 310,80. 98 stk. (endose) 930,20.

10 mg/5 mg: 28 stk. (endose) 310,80. 98 stk. (endose) 952,00.

20 mg/10 mg: 28 stk. (endose) 562,30. 98 stk. (endose) 1824,60.

40 mg/20 mg: 28 stk. (endose) 1406,20. 98 stk. (endose) 4523,90.

Refusjon: § 3a, ref §2, refusjonskode 71 eller 90.

Sist endret: 06.08.2009

For fullstendig preparatomtale (SPC), se www.legemiddelverket.no/spc

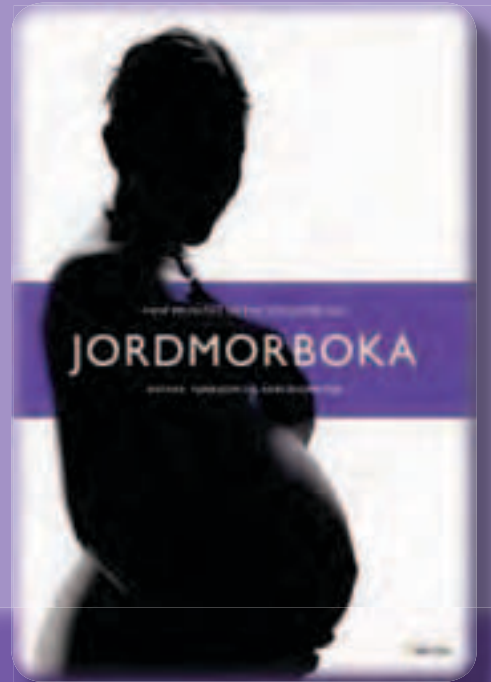


Mundipharma AS • Vollsveien 13c • 1366 Lysaker
Telefon: 67 51 89 00 • Telefaks: 67 51 89 01
www.targiniq.no

THAU 01/10

NY BOK

- BESKRIVER DET GRUNNLEGGENDE INNEN JORDMORFAGET
- BELYSER JORDMORFAGETS KOMPLEKSITET
- KUNNSKAPSBASERT
- SKREVET AV SENTRALE FAGPERSONER MED LANG ERFARING FRA SINE RESPEKTIVE FELT
- RIKT ILLUSTRERT
- FYLDIGE REFERANSELISTER



Forfattere:

Bjørn Backe, Harm-Gerd K. Blaas, Ellen Blix, Gunnhild Blåka, Anne Brunstad, Raija Dahlø, Kåre Edvard Danielsen, Sturla H. Eik-Nes, Bjørnar Eilertsen, Martina Moter Erichsen, Siri Foyn, Anne Margrethe Fylkesnes, Wenche Haaland, Britt Hamre, Mette Ness Hansen, Marit Heiberg, Gunnar Houge, Tone Kringeland, Ingebjørg Laache, Alf Meberg, Mette Haase Moen, Liv Merete Reinart, Kjell Å. Salvesen, Johanne Sundby, Arne Sunde, Eva Tegnander, Lita Tobiasen, Ingeborg Ulvund, Marit Alice Venheim, Hildegunn Høberg Vetti, Pål Øian.

Kjøp boken i bokhandelen eller på www.akribe.no

Pris kr 980,- • lb.

ISBN 978-82-7950-113-8

Akribe
www.akribe.no

Sykepleien

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

E-post:

redaksjonen@sykepleien.no
interaktivt@sykepleien.no

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

Medarbeidere:

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

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

Journalist Nina Hernæs
tlf. 22 04 33 67/90 69 14 11
nina.hernes@sykepleien.no

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

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

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

Journalist Ann-Kristin Bloch Helmers
tlf. 22 04 33 73
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/deskleder Ellen Morland
tlf. 22 04 33 60 / 41 02 56 22
ellen.morland@sykepleien.no

Grafisk formgiver Hege Holt (permisjon)
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

Markedsjef 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:



I Verkstedet forteller **Brita Noorland** om et nytt mini-ultralydapparat og nye måter å bruke ultralysteknikken på. Side 52



Den høye strykprosenten i legemiddelregning blant sykepleiestudenter bør føre til strengere krav til matematikkunnskaper ved inntak til studiet. Faget bør også få høyere status i rammeplanen, skriver Brynjar Foss og **Elisabeth Harbin** i kronikken på side 86.



Marie Aakre mener Facebook ikke er stedet for samtaler mellom pasient og sykepleier. Det er også for usikkert til bruk i intern kommunikasjon på sykehus. Side 88.



Arne Teige sitt tema i det metodiske hjørnet er utvalg. Side 78



Innhold

Sykepleien

AKSJONISTEN: «Mange mennesker

Hva skjer

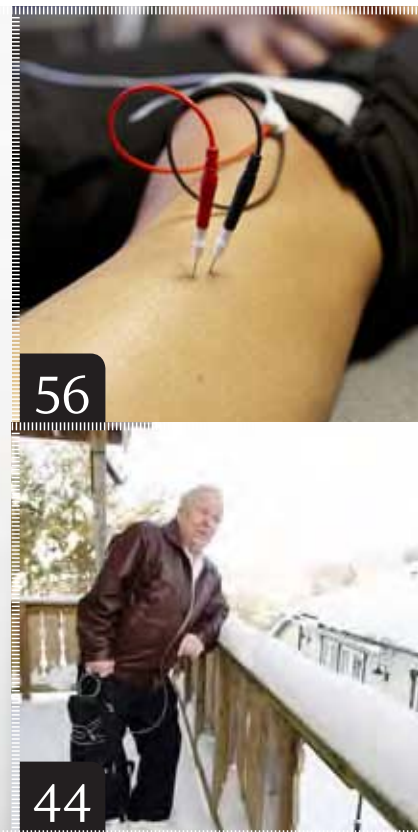
- 7 Aksjonisten
- 8 Hva skjer – smånytt
- 10 EU-direktiv mot stikk-risiko
- 12 Direktør-menn styrer kvinnearbeidsplasser
 - – For stor mismatch
 - Flest menn, flest leger
- 16 Streiker for retten til tariffavtaler
- 18 Brøt loven – får bot
 - – Toppen av et isfjell
- 22 Varsler rettssak om offentlig pensjon
- 24 Jordmødre på deltidstoppen
- 26 Frykter mindre amming
- 29 Samler gutta – og de kommer til orde
- 30 Begrenset organisasjonsfrihet i NSF
- 33 Vi bare spør Lars Mathisen

Der ute

- 44 Et annerledes liv
 - – Forskjellsbehandling
- 48 Hennes vanskeligste oppdrag hittil
- 50 Ble ufør av malariamedisin
 - Ny mening med livet
- 52 Verkstedet
- 53 Min jobb
- 54 Øyeblikket
- 56 Hvorfor har hun mer vondt enn ham?
- 58 – Pleie- og omsorgssektoren er arbeidslivets tredje verden
- 60 Ingen rettssak om arbeidstida ved Nordfjord sjukehus
- 61 Røde doseter for demente
- 62 Vant rettsak om canadisk sprøyterom
- 64 Vil ha flerkulturell ambulansetab



76



56

44

Tema: Slik blir samhandlingsreformen

- 36 – Vi er på et B-sykehus
- 39 Kritikk av finansiering
- 40 – Slå sammen kommuner
- 41 The missing link
- 42 Fremtiden i deres hender

34



sliter med overdreven respekt for autoriteter.»

2 • 2010

4. februar 2010 • 98. årgang

Fag og bøker

- 66 Hjelper på hjemmebane
- 70 Gi eldre en verdig død
- 74 Måler funksjon ved slag og demens
- 76 Forfatterintervju: Ola Hunderi
- 78 Det metodiske hjørnet
- 79 Bokanmeldelser
- 80 Quiz
- 80 Obs! Klorheksidin kan gi reaksjon under operasjon

Mennesker og meninger

- 82 Lisbeth Normann om samhandlingsreformen
- 83 Meninger og Riskhospitalet
- 85 Minneord
- 86 Brynjar Foss og Elisabeth Harbin om matematikk
- 88 Dilemma
- 90 Tett på Siri Sørli
- 94 Hør her: Sven Magnus Carlsen vs. Anne Bærug
- 96 Refleks: Trude Aarnes

- 97 Stillingsannonser
- 107 Meldinger, skoler og kurs

Gjestereskribenten:

«Latter og utrop av seksuelle ord kan være reaksjonen på min presentasjon.»

Trude Aarnes

96



«Vi støtter alle som kjemper for tariffavtale.»

16

90



“Ømme ledd - ikke lenger et problem!”

“Mitt arbeid i helsevesenet innebærer mange tunge løft og er fysisk krevende. Jeg hadde i mange år slitt med både stive og vonde ledd før jeg prøvde Möller's Godt for Leddene. Nå plages jeg ikke lenger av stivhet og nyter et friskt og aktivt liv!”

Mette S. Natvig

Mette S. Natvig
Sykepleier

• PRØV DU OGSÅ •
• OPLEV EFFEKTEN •



Dokumentert
omega-3

Möller's Godt for Leddene er rik på omega-3-fettsyrene DHA og EPA, som har en dokumentert effekt mot ømme og stive ledd.



Ømt og stivt ledd



Normalt ledd

“Norsk Revmatikerforbund anbefaler Möller's Godt for Leddene på grunn av ingrediensenes gunstige effekt på leddplager.”

Jack Skrolsvik
Jack Skrolsvik
Generalsekretær NRF



Vær oppmerksom på at produktet er et kosttilskudd og må ikke forveksles med et legemiddel.

www.mollers.no 800 80 555

Produktet finnes i din dagligvarebutikk.

Barth Tholens om juks

Stilling: Redaktør i Sykepleien

E-post: barth.tholens@sykepleien.no



Mens vi venter på postmannen

Hvis pasienter ikke kan være sikre på å bli kalt inn til sykehuset til riktig tid, vil vi få en helsetjeneste hvor de mest ressurssterke pasienter får best behandling.

Mange mennesker sliter med en overdreven respekt for autoriteter. De tror at politiet alltid beskytter oss mot kriminelle, at prester alltid vil oss vel og at leger gjør alt de kan for å få oss friske. Mange lever også i den troen at juks og fanteri er noe som bare skjer i utlandet og at det offentlige er garantist for rettferdighet.

Respekten for autoritetene ser ut til å øke jo mindre utdanning man har. De som tjener mest og som sitter nærmest makten, er også de som har **minst** tro på autoritetenes ufeilbarlighet. Antageligvis fordi de av erfaring vet, at maktutøvelse kan være vilkårlig.

I helsetjenesten har de rike og best utdannende pasienter alltid hatt en viss fordel. Selv om det norske helsetilbud er tuftet på tanken om likhet for alle, vet en hver som kan litt om innsiden av helsetjenesten at du får bedre og raskere behandling jo mer du står på. Dette gjelder ikke bare de «informerte» pasientene som vet mye om sine egne sykdommer og behandling. Det gjelder særlig de som ikke lar seg avspise med et «nei» eller «vent til

eller menneskelige feil. Det som er klart er at sykehuset har spart penger på det som har skjedd og at feilen ikke ble oppdaget før lenge etterpå. I ettertid er det også mistanke om at andre helseforetak har hatt samme praksis med å endre datoer for innkallelser, i strid med gjeldende pasientrettigheter.

Før politietterforskningen er avsluttet, skal vi være forsiktige med å utrope noen til skurker i denne historien. Men det er allerede klart hvem som er ofrene. Om helseforetak bevisst triksjer med pasientrettigheter, så er dette en skandale uten sidestykke. Men også når det hele skyldes tilfeldigheter, er brudd på elementære pasientrettigheter ytterst alvorlig. De som i god tro har ventet på sykehusets innkallinger og beskjeder, er derfor de største taperne i denne saken. De har måttet svi for sin egen «naivitet».

Dette er selvfølgelig ikke noe vi kan leve med. Helsetilsynets kontante reaksjon i form av en politianmeldelse er derfor prisverdig. Her må vi til bunns i årsakene. Tillater myndighetene at det jukses med systemet, undergraver dette oppslutningen om vår offentlige helsetjeneste. Slagordet «pasienten i sentrum» blir gjort til latter. Det kan ikke reageres strengt nok mot slikt.

Derimot er jeg uenig med de som hevder at finansieringen av helseforetakene nærmest «inviterer» til juks og at det derfor er modent for revidering. I dag kan pasienter som må vente for lenge ved sitt eget sykehus, henvende seg til Helfo. Denne instansen kjøper sengeplass til pasienten ved et annet sykehus med kortere ventetid. Regningen sendes så til pasientens opprinnelige sykehus.

Systemet er bygget på tanken om at sykehusene trenger økonomiske incitament for at de skal behandle pasienter raskest mulig. Vi vet jo hvordan det var før! Å ta vekk de økonomiske incitamentene er ikke løsningen, men vil bare føre til at ventetidene vil øke igjen. Og da vet vi i hvert fall hvordan det går: Noen går «kjøkkenveien», mens andre tålmodig finner seg i å vente på postmannen.

Slagordet «pasienten i sentrum» blir gjort til latter.

du får beskjed fra oss». Den vanskelige, bedrevitende pasienten har alltid et stort overtak over alle de som tålmodig venter på å bli innkalt til neste prøve.

Systemet med definerte pasientrettigheter skulle egentlig gjøre slutt på slik forskjellsbehandling. Men det forutsetter at alle kjenner hvilke rettigheter de har. Nå har Helsetilsynet politianmeldt Vestre Viken helseforetak for uforsvarlig helsehjelp og mangelfull intern kontroll ved Sykehuset Asker og Bærum. Pasienter ved sykehusets poliklinikk som skulle vært innkalt til behandling og kontroll, fikk ikke beskjed om dette og har måttet vente lenger enn den lovlige fristen tilsier.

I skrivende øyeblikk er det ikke klart om dette bruddet på pasientrettigheter skyldes bevisst manipulering, systemsvikt



Arkivfoto: Erik M. Sundt

De kristne vil slå seg sammen

Høgskolen Diakonova og Lovisenberg Diakonale Høgskole (bildet) ønsker å slå seg sammen fra 1. januar neste år. Hvis alt går etter planen, skal den nye høyskolens hovedaktivitet legges til Lovisenberg. Hva den nye høyskolen skal hete, er ikke bestemt, melder DagenMagazinet.

Under lupen

Fastleger og privatpraktiserende legespesialister skal granskes av Konkurransetilsynet.

Tilsynet er nemlig redd for at svak konkurranse går ut over både kvalitet og effektivitet, slik det viste seg da Konkurransetilsynet gjennomgikk ordningen for fysioterapeuter. Legeforeningens president, Torunn Janbu, avviser overfor Dagens Næringsliv at det finnes problemer.

– Vi kan ikke se at samme konkurransemessige forhold som gjelder fysioterapeutene, også gjelder for oss, sier hun til DN.



Flere overlever kreften

Tall fra kreftregisteret viser at to av tre nordmenn som får kreft, overlever. Hovedårsaken er flere screeninger og bedre diagnoser fordi kreften oppdages tidligere. I tillegg er behandlingsmetodene mer presise. For 40 år siden overlevde tre av ti en kreftdiagnose.

Hva skjer

Les mer om:

- 10** Stikkskader skal forebygges ›
- 12** Menn styrer helsekvinnene ›
- 16** Sykepleiere i streik ›
- 18** Helsetilsynet brøt loven og får bot ›
- 22** Varsler rettssak om afp ›
- 24** Jordmødre på deltids-toppen ›
- 26** Frykter mindre amming ›
- 29** Gutter dropper ut ›
- 30** Begrenset organisasjonsfrihet i NSF ›

sykepleien.no

Sykepleiere i privat sektor streiker. Følg utviklingen på sykepleien.no



Ny livredningsmetode

I Nord-Trøndelag tar ambulanspersonell i bruk et nytt hjelpemiddel. Målet er å sikre pasienters luftveier på en både raskere, enklere og sikrere måte

– Det er genialt, vi skal sette tuben i spiserøret – der det vanligvis ikke skal gå, sier ambulansarbeider ved Stjørdal ambulansstasjon til ambulanse.no, Haldor Kvello.

Det nye hjelpemiddelet er en larynx-tube. Den har en vinklet innretning som føres ned i spiserøret. Når tuben står riktig, blåses to ballonger på tuben opp, og sperrer spiserøret og svelget. På den måten er ambulanspersonalet sikker på at luft går til lungene – og ikke til magesekken.



Besøk av Sykepleien?

Vil du gjerne at Sykepleien skriver om din arbeidsplass? Da kan du nå invitere tidsskriftets nettredaksjon. To journalister vil rykke ut og møte sykepleiere og andre som har noe de ønsker å formidle til andre. Sakene publiseres «live», det vil si samme dag på sykepleien.no. Redaksjonen vil selv sørge for at aksjonen blir klarert med ledelsen på din arbeidsplass.

God idé? Skriv til barth.tholens@sykepleien.no

– Personvern kan ikke være hinder

– Jeg ville aldri tilgi noen dersom personvernet skulle være til hinder for muligheten til å få riktig behandling av beste kvalitet, sa helseminister Anne-Grete Strøm-Erichsen på konferansen Helse i utvikling.

Kreftregisteret er malen for registre ministeren ønsker seg. Neste helseregister som kan komme på plass er hjerte- og kar-register.

Helse- og omsorgsdepartementet har sendt et forslag for samordning av helse- og kvalitetsregistre ut på høring, og 11. februar skal Stortinget ta stilling til en endring i helseregisterloven og helsepersonelloven.

Endringene skal gi adgang til å gi helsepersonell dispensasjon fra taushetsplikten. Lovforslaget legger opp til at det i særskilte tilfeller kan gis tillatelse til bruk av direkte personidentifiserbare opplysninger som for eksempel navn eller fødselsnummer.

Formålet med fritak fra taushetsplikten er kvalitetssikring, administrasjon, og planlegging og styring av helsetjenesten.

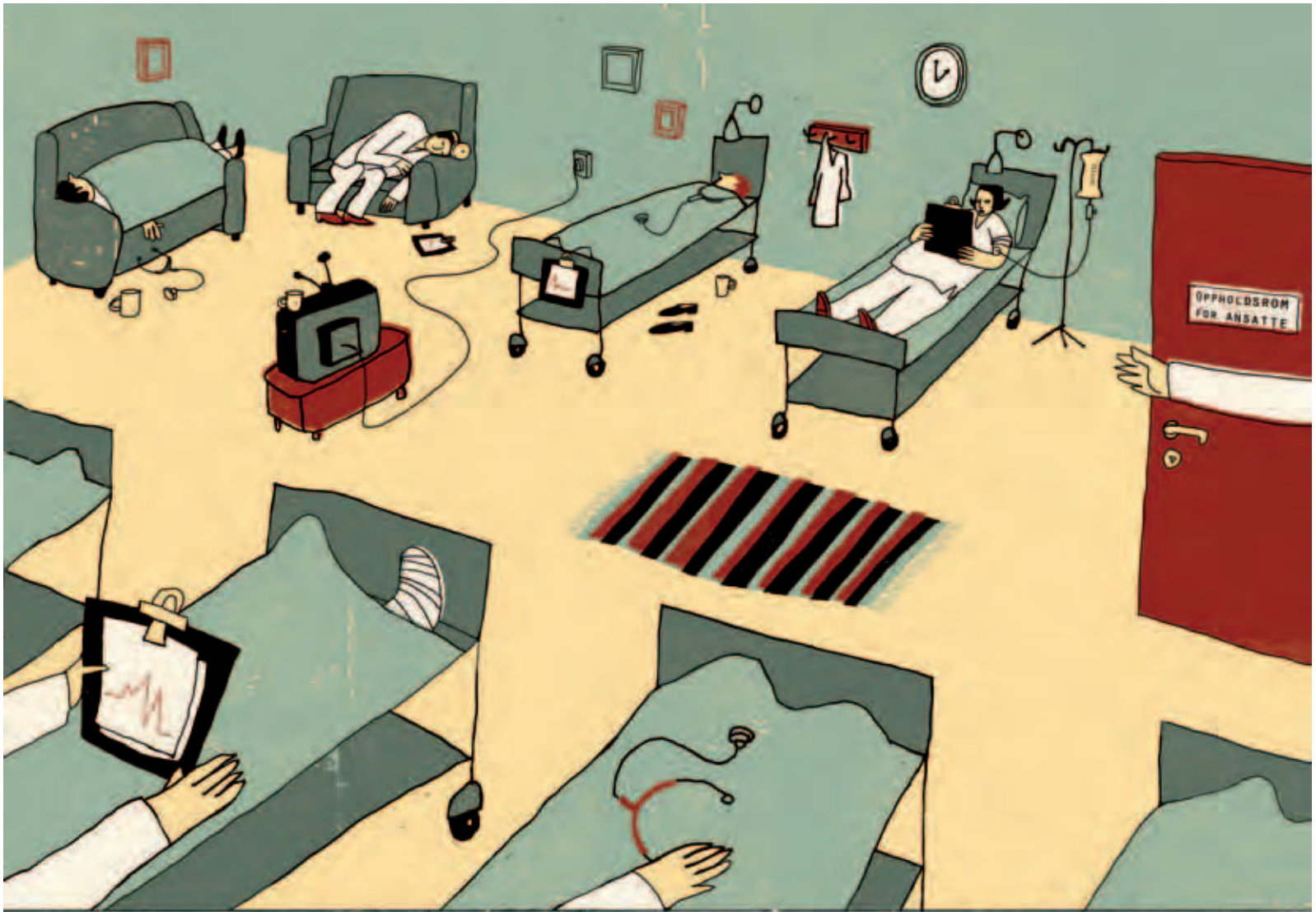
Sogningene klager mest

Fylkeslegen i Sogn og Fjordane, Petter Øgar, mottok 70 tilsynsaker i 2009. Det er en dobling fra året før.

Fylkeslegen har ingen forklaring på økningen. Klagen han har fått på bordet i 2009, er ikke mer alvorlig enn tidligere år. Pasienter klager fordi de er misfornøyd med tjenesten de har fått. Det er få som har klaget på rettigheter.

Til NRK Sogn og Fjordane, sier fylkeslegen at det virker som om folk har lavere terskel for å klage på en tjeneste de er misfornøyd med, enn å klage på en tjeneste de ikke har fått tilgang på.





SOM DU SER, HELSEMINISTER, NÅ STILLER VI PÅ JOBB UANSETT FORM!

Oversikt over helseregionene per 31.12.2008.

- Region Nord**
 463 425 innbyggere
 5 780 605 kjørte km for ambulanse
 5,5 senger per 1000 innbygger
 24 700 kr per innbygger
- Region Midt-Norge**
 666 164 innbyggere
 4 614 407 kjørte km for ambulanse
 19 800 kr per innbygger
- Region Vest**
 996 712 innbyggere
 4 181 492 kjørte km for ambulanse
 4,1 senger per 1000 innbygger
 17 300 kr per innbygger
- Region Sør-Øst**
 2 672 951 innbyggere
 14 491 144 kjørte km for ambulanse
 4,6 senger per innbygger

Kilde: SSB

Meninger fra www.sykepleien.no



Sykepleierstreik

” STÅ på sykepleiere!
 Vi støtter dere. Hold hode hevet,
 sammen er vi sterke.

Nina

TV – blindpassasjer eller verktøy?

” Det er greit å se på tv inni-
 mellom, problemet kommer når tv-
 en blir «barnevakt».

Kirsten S. Nilsen

EU-direktiv mot stikk-riisiko

Til våren kommer sannsynligvis et direktiv som pålegger alle EU- og EØS-land å forebygge stikkskader i helsesektoren.

Tekst **Kari Anne Dolonen**

EU sine arbeidsgivere og arbeidstakeres organisasjoner i helsesektoren har inngått en rammeavtale om beskyttelse mot stikkskader. Den vil trolig bli gjort om til et direktiv, og dermed forplikte norsk helsevesen.

– Etter at systemet med sosial dialog mellom arbeidslivets parter ble etablert i EU, er det første gang at en undertegnet rammeavtale blir vurdert omgjort til direktiv, sier spesialrådgiver Per Godtland Kristensen i NSF.

Han har deltatt i disse forhandlingsmøtene på vegne av NSF.

Automatisk beskyttelse

– Det er en meget god avtaletekst. Etter partenes ønske har EU-kommisjonen iverksatt en prosess for å omgjøre avtalen til et direktiv. Den forrige kommisjonen rakk å anbefale dette før den gikk av, sier Kristensen.

Kristensen regner med at spørsmålet skal behandles under ministerrådsmøtet i mars. Det vil enten godkjenne eller forkaste avtalen som et direktiv. Avtaleteksten vil også bli fremlagt for EU-parlamentet.

Det er en detaljert avtale som legges frem, og den inneholder 11 kapitler som gjennomgår arbeidstakeres og arbeidsgiveres plikter og rettigheter innen forskjellige områder.

– Hva betyr dette i praksis for sykepleierne her i landet?

– At man sikres bedre beskyttelse mot skader og påfølgende infeksjon fra sprøytespisser og andre skarpe instrumenter. Avtalen inneholder viktige elementer som ikke finnes i nåværende norsk avtaleverk. For eksempel bestemmelsen om at all praksis med «recapping» – det vil si at man manuelt dekker en benyttet sprøytespiss med plasthylse, skal opphøre, sier han.

Arbeidsgivere må altså anskaffe sprøyter med automatisk beskyttelse av spissen etter at injeksjonen er satt.

– I tillegg vil jeg vise til at avtalen også omtaler beskyttelse av studenter i klinisk praksis, noe

blant annet NSF Student med god grunn har etterlyst tidligere.

En million stikk

– Vet man noe om omfanget av stikkskader på helsepersonell?

– Det er vanskelig å finne gode norske data om dette. Men på europeisk plan mener man at helsepersonell utsettes for over en million stikk fra brukte sprøytespisser hvert år. Sykepleiere er den mest utsatte gruppen. Man mener også at infeksjonsrisikoen er en av tre stikkskader for Hepatitt B, 1 av 30 for Hepatitt C og 1 av 300 for hiv. Problemet er dermed til stede i et uakseptabelt omfang. Vi skal heller ikke glemme den psykiske belastning det ofte utgjør for en sykepleier å vente på avklaring om en slik skade faktisk har ført til infeksjon, sier Kristensen.

Inn i norsk lov

EU har totalt 37 sektorkomiteer for sosial dialog mellom arbeidslivets parter i Europa.

– EUs regler fastslår at en fremforhandlet avtale kan omgjøres til direktiv. Dersom det skjer, må hvert medlemsland ta opp innholdet i nasjonal lovgivning. Siden saken er EØS-relevant, vil et direktiv også bli bindende for Norge. Etter at systemet med sosial dialog mellom arbeidslivets parter ble etablert i EU, er det første gang at en undertegnet avtale blir vurdert omgjort til direktiv.

Kristensen påpeker at lovgivning vil sikre at avtalen vil gjelde alle deler av helsetjenesten.

– Medlemslandene, inkludert Norge, må forplikte seg til å gjennomføre direktivets innhold. Det vil med andre ord ikke bare være et partsansvar, sier han.

Kristensen sier det er viktig fordi avtalen som sådan kun er bindende kun for den norske spesialisthelsetjenesten, i og med at det bare er Spekter av de norske arbeidsgiverne som er medlem i HOSPEEM (den europeiske arbeidsorganisasjonen).

Fakta:



Formålet med rammeavtalen:

- › Å oppnå sikrest mulig arbeidsmiljø for helsearbeidere
- › Å hindre at helsearbeidere skader seg på skarpt medisinsk utstyr som for eksempel sprøyter
- › Å beskytte arbeidere i faresonen med:
 - opprette og integrere HMS verktøy
 - etablere retningslinjer for risikovurdering
 - systematisk forebygging
 - systematisk opplæring
 - systematisk informasjon
 - drive holdningsskapende arbeid og overvåking
 - å få på plass gode respons- og oppfølgingsrutiner

EU-organisasjonene:

- › HOSPEEM (European Hospital and healthcare Employers' Association) er helse-arbeidsgivernes interesseorganisasjon. Norske Spekter er med her
- › EPSU (European Federation of Public Services Union) er helse-arbeidstaker-organisasjonen. NSF er med her

– Den omfatter ikke KS-området og private arbeidsgivere. På sin side er imidlertid Spekter, Fagforbundet og NSF i gang med å få avtalen oversatt og implementert. Det vil ta litt tid, men prosessen er i gang, sier han.

Erstatning?

– Vil denne avtalen gjøre det lettere for helsepersonell å få erstatning ved et eventuelt uhell?

– Kravene til forebygging, informasjon, opplæring og etablering av prosedyrer og kontrollsystemer skal først og fremst bidra til at skade ikke oppstår, men det er aldri mulig å gardere seg 100 prosent. Uten at jeg er ekspert på norske erstatningsregler vil jeg tro at det blir enklere å påvise at skade faktisk har skjedd og at avtalens innhold dermed vil bidra til smidigere oppfølging av en uønsket hendelse, inklusive erstatningsspørsmålet, sier Kristensen. ■■■

Vil du lese helse avtalen finner du den her: http://www.epsu.org/IMG/pdf/EN_Final_agreement_signed.pdf

TEST PASIENTENE: ER DE MUNNTØRRE?

Her er symptomene:

- Såre, sprukne slimhinner
- Sviende fornemmelse i munnen
- Ubehag ved å snakke, spise og svelge
- Dårlig ånde
- Hull i tennene

Sykdom, medisiner, alder og livsstil kan gi munntørret

Det kan være mange årsaker til munntørret. Likevel er det få som er klar over at munntørret kan gi fysiske plager og være sosialt hemmende. Er du helsepersonell, spør pasientene dine om symptomene og sørg for at de får hjelp. Xerodent fremmer spyttsekresjonen, forebygger karies og hemmer bakterievekst i munnhulen.

***FØRSTEVALGET**

Bestill smaksprøver og brosjyrer på e-post:
kundeservice@actavis.no eller tlf: 815 22 099 (man-fre 9-15)

Xerodent® - mot munntørret

Xerodent sugetabletter er et legemiddel som inneholder natriumfluorid. Forsiktighet bør utvises ved naturlig fluorinnhold i drikkevannet over 0,75 mg/l. Fluordosen i sugetablettene virker sammen med fluor fra andre produkter som tannkrem og skyllevæsker. Les pakningsvedlegget.

*Kilde: Den norske tannlegeforening "Tidende", 2005; 115: 642 - 6



Direktør-menn styrer

Sykehusene er dominert av kvinnelige ansatte. Men ikke på toppen:

- 18 av 22 direktører er menn.
- Under fire av ti i sykehusledelsene er kvinner.

Tekst **Marit Fonn**



kvinnearbeidsplasser

Majoriteten av dem som jobber på sykehus er kvinner. Sykepleierne er den største profesjonsgruppen. Men øverst i hierarkiet er kvinnene i mindretall, og legegruppen har vokst seg større enn sykepleierne.

Fonna og Finnmark

Sykepleien har kartlagt både kjønns- og profesjonsfordelingen blant lederne i de 22 lokale helseforetakene i hele landet. (Se tabell side 15.)

Det er altså fire kvinner på sykehustoppen for tiden. To av direktørvinnene er sykepleiere. De befinner seg i Helse Fonna og i Helse Finnmark. De to andre kvinnene er sivilingeniør Siri Hatlen i Oslo universitetssykehus og statsviter Astrid J. Eidsvik i Helse Sunnmøre. Hun er for øvrig landets mest erfarne sykehusdirektør, etter 16 år i stillingen.

Fem av direktørene er sykepleiere, og fem er leger. Alle legedirektørene er menn.

Flere leger enn sykepleiere

Helseforetakene har selv definert hva de kaller ledelsen. Størrelsen på ledergruppen varierer fra seks personer til 24.

Et flertall av lederne totalt har helsefaglig bakgrunn: 23 prosent er sykepleiere, 30 prosent er leger og 8 prosent har annen helsefaglig utdanning, som bioingeniør og radiograf.

Helse Fonna på topp!

Når sykehusdirektøren både er kvinne og sykepleier, blir det skikkelig fart i kvinnekvoteringsen i ledergruppen, kan det se ut til. I hvert fall hvis man ser på hvordan det står til i Helse Fonna.

I Helse Fonnas ledelse på 10, er sju kvinner. Fire av dem er sykepleiere. Det er også Kari Ugland, den administrerende direktøren.

– Er det bevisst at du har sørget for så mange kvinner og så mange sykepleiere i ledelsen din?

– Det er det nok ikke. De fleste ble rekruttert før jeg begynte for snart to år siden, sier hun.

Forrige direktør var mann og lege.

– Kvinnedominansen har eksistert i mange år. Ugland svekker dermed Sykepleiens hypotese om hennes påvirkningskraft som kvinne og sykepleier.

– Det som teller, er en god sammensetning i ledelsen. Vi trenger ulike personer, og ulike kompetanse. For meg er det viktigste kompetanse. Kjønnsperspektivet er ikke så interessant.

– Er det for få leger på toppen i Helse Fonna?

– Det hadde vært ønskelig med flere. Det er min utfordring å ivareta det medisinskfaglige perspektivet på andre måter, sier Ugland.

Også Helse Finnmark har kvinnelig toppdirektør med sykepleierbakgrunn. I landets nordligste helseforetak er seks av 11 i ledergruppen av hunnkjønn. Tre av lederne er sykepleiere, én er lege.

Verstingen i Møre

Verstingen er Helse Nordmøre og Romsdal. Her

«Jeg håper over tid å få flere kvinner med i ledelsen.»

Bjørn Engum, adm.dir. i Helse Nordmøre og Romsdal

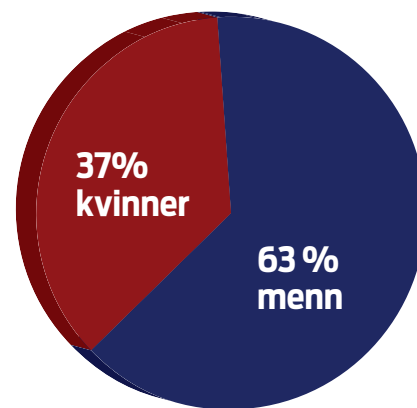
er det bare én kvinne i ledelsen. Og ingen er sykepleiere. Tre er leger.

– Det kan vi ikke bortforklare, sier administrerende direktør Bjørn Engum, som selv har helseadministrativ utdanning.

Han skynder seg å legge til at det ideelle hadde vært en god miks av kjønn, alder og bakgrunn.

– Men dessverre, da vi satte sammen ledergruppen i høst, så ble det slik med de gode kandidatene vi hadde.

Han er bekymret for at de ikke har en bedre blanding av kjønn og har tatt dette opp med styret. At ingen sykepleiere er med, bekymrer ham mindre.



LEDELSEN I HELSEFORETAKENE har flest menn (63 %) og færrest kvinner (37 %). De gjenspeiler ikke de ansatte: Kvinner utgjør 75 % av årsverkene, ifølge Statistisk sentralbyrå.

Han viser til at flere kvinner og sykepleiere i helseforetaket hans nå går på det nasjonale topplederprogrammet.

– Er du likevel litt flau over å være versting?

– Jeg håper over tid å få flere kvinner med i ledelsen.

– Er det noe spesielt som lider nå når kvinnene er i manko?

– Vanskelig å peke på det. Men det er jo dokumentert at ledergrupper med en god blanding av

kjønn er mer velfungerende, sier Engum.

– Stusslig

– Ikke så gærnt, sier Lisbeth Normann, leder i Norsk Sykepleierforbund (NSF).

Hun synes det er ganske mange damer, og ganske mange sykepleiere i lederstatistikken.

– Overrasket?

– Egentlig ikke. Men 18 av 22 direktører er menn. Det er jo litt stusslig.

Normann påpeker at det viktige er at sykepleierne er plassert slik at sykepleiefaglige innspill kommer fram der beslutningene tas.

De store regionsykehusene har gjennomgå-



«18 direktører er menn. Det er jo litt stusslig.»

Lisbeth Normann, NSF-leder

ende flere leger enn sykepleiere. Normann ser på tallene for Oslo universitetssykehus, som nylig er omorganisert. Der er det ni leger og tre sykepleiere i ledelsen.

– Jeg er ikke overrasket over at legene er i overvekt, med det utgangspunktet de hadde, kommenterer hun.

Savner oversykepleierne

Men Normann legger forsonende til at toppledelsen er på et profesjonsuavhengig nivå, der lederne

leder også andre enn egen profesjon. Derfor mener hun nivåene under kan være vel så viktig.

– Men mange av mellomlederne er borte. Det er langt opp fra avdelingssykepleierne, som jo er veldig mange, til klinikksjefene.

Det betyr ganske krevende samhandling, påpeker hun.

– Det er jo store forskjeller i erfaring og kompetanse mellom profesjonene. Vi må ikke organisere oss bort fra sykepleierne innspill. Dette var sikret da det var oversykepleiere imellom bunn og topp.

Hun viser til forskning fra USA som konkluderer med at fjerner man mellomledere, går det ut over kvaliteten på tjenestene.

– Viktigst å være god leder

– Siden sykepleierne er den største gruppen ansatte på sykehus, burde de også dominere i ledelsen?

– Det er vanskelig å påstå det. Det viktigste er å ha kvalifikasjoner og egnethet til å være leder. Men selvsagt er det best om ledelsen gjenspeiler dem som jobber i virksomheten. Det er mer enn nok kvalifiserte sykepleiere.

At så mange som 61 prosent av lederne har helsefaglig bakgrunn, synes hun er bra.

– Men noen helseforetak har jo noe å ta fatt på. Og det er mange mannlige direktører, sier NSF-lederen tørt.

– For stor mismatch

– Typisk. Og veldig uheldig, sier likestillingsombud Sunniva Ørstavik om kjønnsbalansen i sykehusene.

At kvinner er så sterkt underrepresentert i toppledelsen, synes ikke likestillingsombudet noe om.

Profesjonsfordelingen har hun ingen kommentarer til, det er ikke en sak for ombudet.

– Dårlig kjønnsbalanse i ledelsen kan få store konsekvenser, mener hun, og viser til at menn og kvinner har ulik erfaringsbakgrunn.

med. Sykehusene likner kommunene som arbeidsgiver. Også der er kvinnene i flertall som ansatte, men ikke i ledelsen.

Ørstavik påpeker at i de kommunene som prioriterer likestillingsarbeid, endrer kjønnsbalansen seg på ledernivå.

– Dette arbeidet må arbeidsgiver gjøre systematisk. Vi snakker for lite om det i helse-



BALANSE: Kjønnsbalanse er best – av mange grunner, minner likestillingsombud Sunniva Ørstavik om. (Foto: Likestillings- og diskrimineringsombudet)

«Dette er midt i kjernen av det vi jobber med.»

Sunniva Ørstavik, likestillingsombud

For eksempel er det forskjell på kvinnehelse og mannshelse. Hun trekker også fram manglende likelønn.

– Dessuten blir sykehusene bedre som arbeidsplass når de er likestilte.

Midt i kjernen

– Er Sykepleiens statistikk interessant for likestillingsombudet?

– Dette er midt i kjernen av det vi jobber

sektoren. Det er mulig å få til forandring. Det dreier seg om holdninger og praktisk arbeid.

Vil gjerne kontrollere sykehusene

Helseforetakene plikter, både som tjenesteyter og arbeidsgiver, å jobbe aktivt for likestilling og redegjøre for sin innsats i årsberetningen.

Ombudet har kontrollert 40 kommuner og noen departementer og gitt refs for

mangelfullt likestillingsarbeid.

– Vil du også kontrollere sykehusene?

– Håper å gjøre det etter hvert. Det er jo vår plikt. Men vi har ingen timeplan på det nå.

– 3,5 av 10 i sykehusledelsen er kvinner, det er vel ikke så ille?

– Jo, når man tenker på hvem som dominerer disse arbeidsplassene, er det en stor mismatch, sier Ørstavik. ■■■

Her er direktørene som er sykepleiere:

Kari Ugland, Helse Fonna.
Eva Håheim Pedersen, Helse Finnmark
Jon Bolstad, Helse Førde
Morten Lang-Ree, Sykehuset Innlandet
Stein-Are Agledal, Psykiatrien i Vestfold

Flest menn, flest leger

Tabellen viser kjønnsfordelingen i helseforetakenes ledergrupper, og blant administrerende direktører.

Høyre kolonne viser hvor mange i ledergruppene som har bakgrunn som leger, sykepleiere

eller andre helseprofesjoner. Det er også markert hvilke direktører som er utdannet sykepleiere eller leger.

Sykepleien har hentet inn opplysningene fra helseforetakene.

HELSEFORETAK	Total ledergruppe	Antall kvinner	Andel kvinner	Antall menn	Andel menn	Adm. direktør	Helsebakgrunn i ledelsen
Helse Nord RHF							
Helse Finnmark HF	11	6	55 %	5	45 %	Kvinne (sykepleier)	1 lege, 3 sykepleiere, 3 andre
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	20	9	45 %	11	55 %	Mann (lege)	9 leger, 5 sykepleiere, 1 andre
Nordlandssykehuset HF	17	6	35 %	11	65 %	Mann	5 leger, 4 sykepleiere
Helgelandsykehuset HF	6	1	17 %	5	83 %	Mann	1 lege, 1 jordmor
HelseMidt-Norge RHF							
Helse Sunnmøre HF	14	3	21,5 %	11	78,5 %	Kvinne	4 leger, 3 sykepleiere, 1 andre
Helse Nordmøre og Romsdal HF	11	1	9 %	10	91 %	Mann	3 leger, 0 sykepleiere, 2 andre
St. Olavs Hospital HF	24	10	42 %	14	58 %	Mann (sykepleier)	12 leger, 5 sykepleiere, 3 andre
Helse Nord-Trøndelag HF	12	5	42 %	7	58 %	Mann	2 leger, 4 sykepleiere, 1 andre
Helse Vest RHF							
Helse Stavanger HF	13	7	54 %	6	46 %	Mann	4 leger, 3 sykepleiere, 1 andre
Helse Fonna HF	10	7	70 %	3	30 %	Kvinne (sykepleier)	0 leger, 4 sykepleiere, 1 andre
Helse Bergen HF	11	2	18 %	9	82 %	Mann lege	4 leger, 2 sykepleiere
Helse Førde HF	12	2	17 %	10	83 %	Mann (sykepleier)	1 lege, 1 sykepleier, 2 andre
Helse Sør-Øst RHF							
Akershus universitetssykehus HF	18	5	28 %	13	72 %	Mann konst. (lege)	8 leger, 2 sykepleiere, 1 andre
Oslo universitetssykehus HF	18	7	39 %	11	61 %	Kvinne	9 leger, 3 sykepleiere
Psykiatrien i Vestfold HF	10	4	40 %	6	60 %	Mann (sykepleier)	2 leger, 2 sykepleiere, 2 andre
Sunnaas sykehus HF	13	7	54 %	6	46 %	Mann	2 leger, 5 sykepleiere, 2 andre
Sykehuset i Vestfold HF	11	4	36 %	7	64 %	Mann	3 leger, 3 sykepleiere
Sykehuset Innlandet HF	16	6	37,5 %	10	62,5 %	Mann (sykepleier)	4 leger, 9 sykepleiere, 1 andre
Sykehuset Telemark HF	14	2	14 %	12	86 %	Mann	4 leger, 1 sykepleier
Sykehuset Østfold HF	12	5	42 %	7	58 %	Mann (lege)	4 leger, 3 sykepleiere
Sørlandet sykehus HF	11	5	45 %	6	55 %	Mann	2 leger, 4 sykepleiere, 2 andre
Vestre Viken HF	13	5	38 %	8	62 %	Mann (lege)	4 leger, 3 sykepleiere
TOTALT	297 ledere	109 kvinner	37 %	188 menn	63 %	18 menn + 4 kvinner	88 leger, 70 sykepleiere, 23 andre

Minste andel kvinner

Ingen leger

Ingen sykepleiere

Størst andel kvinner

Mange leger

Mange sykepleiere

Streiker for retten til tariffavtale

På andre uke streiker NSF-sykepleiere ansatt hos NHO Service for retten til tariffavtale. Per i dag er 93 sykepleiere tatt ut i streik. Fra 13. februar vil 45 nye sykepleiere bli tatt ut.

Tekst Bjørn Arild Østby Foto Kari Anne Dolonen

I snart tre år har Norsk Sykepleierforbund (NSF) jobbet for å få på plass en tariffavtale for sine 300 medlemmer i NHO Service-området.

– At NHO ikke innfrir et slikt krav er helt uforståelig, sier forbundsleder Lisbeth Normann i NSF.

– Tilbudet vi har fått fra NHO Service var en minstelønn på 290 000 kroner. Det betyr at sykepleierne får 21 000 kroner mindre i minstelønn enn tilfeller er i andre deler av privat sektor og i det offentlige. Motparten nekter også å garantere full lønn under sykdom, svangerskap, fødsel og adopsjon. Det kan vi heller ikke akseptere, sier Normann.

NSF krever samme lønnsvilkår for sine medlemmer i NHO Service som i KS- og HSH-området. Det vil si en begynnerlønn på 310 700 kroner, stigende til 352 700 kroner etter ti år.

Normann reagerer også på at tilbudet fra NHO Service ikke inneholder minstelønn for spesialsykepleiere.

Støtte fra Fagforbundet

På NHO Service sitt eget nettsted begrunner administrerende direktør i NHO Service, Petter Furu-lund, avvisningen av tariffavtale på følgende måte:

– NHO Service har i dag en tariffavtale med Fagforbundet som dekker sykepleierne. Det er umulig for NHO Service at et annet forbund, som vi i dag ikke har avtale med, skal få andre vilkår enn nåværende avtale.

«Vi støtter alle som kjemper for tariffavtale.» Kjellfrid Blakstad, Fagforbundet

– Det stemmer ikke. Den inngåtte avtalen tar ikke opp sykepleierens lønn, sier leder Kjellfrid Blakstad i Fagforbundet, Helse og Sosial

I en pressemelding fra NHO Service blir det også antydnet at konflikten dreier seg om en in-



STREIK: Hver tredje NSF-medlem i NHO Service-området er tatt ut i streik.

teressekamp mellom NSF og Fagforbundet. Det blir tilbakevist av Blakstad. Hun støtter NSF's krav om tariffavtale ved de private sykehjemmene tilsluttet NHO Service.

– Vi støtter alle som kjemper for tariffavtale, uttaler hun til frifagbevegelse.no.

Lisbeth Normann er glad for støtten.

om anbud, mener forbundslederen i NSF.

Langvarig streik?

Det har ikke vært kontakt mellom partene siden streiken startet. Og det virker lite sannsynlig at partene på eget initiativ setter seg ved forhandlingsbordet, eller at de kontakter Riksmeklingsmannen. Selv kan ikke Riksmeklingsmannen gripe inn før det er gått 28 dager.

En annen mulig utgang på konflikten er tvungen lønnsnemnd, fordi det er fare for liv og helse.

– NSF vil aldri gå så langt at det blir snakk om fare for liv og helse, sier Lisbeth Normann. Så langt har forbundet innvilget rundt halvparten av dispensasjonene som er kommet. ■■■

Redaksjonen ble avsluttet 1. februar. Følg streiken på www.sykepleien.no og www.sykepleierforbundet.no



NYHET

Kun 100ml



Effektiv og sk nsom h ndhygiene...

N ogs i lommeformat!

N f r du Dixin Desinfeksjonsgel ogs i lommeformat, slik at du kan sikre deg mot u nskede bakterier og smitte uansett hvor du er.

Dixin Desinfeksjonsgel tilfredsstiller krav i bl.a. EN1500 og EN12791, har i tillegg dokumentert effekt mot Norovirus, og er dermatologisk testet.



Dixin-serien er anbefalt av
Norges Astma- og Allergiforbund

Dixin

- effektiv omsorg for hendene

Brøt loven - får bot

Helsedirektoratet har bevisst brutt loven og betalt ut millioner til en konsulent som Legeforeningen ville ha for å sikre at e-Reseptprogrammet skulle bli en suksess.

Tekst **Kari Anne Dolonen** Foto **Marit Fonn**

I 2006 lekte ledende helsebyråkrater med en tanke om å innføre et dataprogram i helsevesenet som skulle gjøre livet enklere for alle involverte. Dette dataprogrammet fikk navnet e-Resept. Programmet skulle brukes til å rekvirere, ekspedere og dokumentere reseptpliktige legemidler, medisinsk utstyr og næringsmidler. Både Legeforeningen og Helsedirektoratet mente at dette ville gjøre hverdagen til mange leger, apotek og laboratorier enklere.

Klok av skade

Av tidligere erfaringer var Helsedirektoratet klar over at et slikt prosjekt krever mye for at det skal bli en suksess. Ikke minst fordrer det at legene vil bruke det. Mange gode ideer og prosjekter har spilt fallitt fordi ingen av brukerne tar verktøyene i bruk. For Helsedirektoratet ble det derfor viktig å få Legeforeningen med på lasset. For å sikre at det skjedde, lot de Legeforeningen velge «sin» mann som konsulent med it-ansvaret for utviklingen av programmet.

For å unngå at konsulenttjenesten måtte konkurransesettes, ble verdien av tjenesten satt til 380 000 kroner. Dermed trengte ikke direk-

toratet å lyse konsulentjobben ut på anbud. Det er først nødvendig dersom verdien av tjenester og varer går over 500 000 kroner.

Helsedirektoratet mente at de da hadde fulgt alle regler, og samtidig sikret at Legeforeningen støttet prosjektet. Sjansen for at e-Reseptprogrammet skulle bli en suksess, økte etter Helsedirektoratets mening da betraktelig.

28. mars 2007 ble det skrevet kontrakt mellom konsulent og Helsedirektoratet. I avtalen står det at kontrakten gjelder fra 1. januar 2007, og at arbeidet til konsulent skulle avsluttes 31. mars samme år.

Hår i suppa

Det direktoratet kanskje ikke hadde regnet med var Riksrevisjonens falkeblikk. I sin årlige revisjon for budsjettåret 2007, oppdaget de at ikke alt var som det skulle. I sin rapport påpeker Riksrevisjonen nemlig at Helsedirektoratet i seks tilfeller har kjøpt varer og tjenester som skulle vært konkurransesatt fordi verdien er over 500 000 kroner. En av disse avtalene gjelder e-Reseptprogrammet og konsulenten.

Riksrevisjonen gjorde ikke noe mer med saken. Det var NHO som senere oppdaget Riksrevisjonens anmerkning mot Helsedirektoratet. De bestemte seg for at dette ikke burde gå upåaktet hen, og klaget Helsedirektoratet inn til Klageorganet for offentlig anskaffelse (KOFA).

Det skjedde 24. februar 2009.

KOFA tar saken

Når KOFA begynner å etterforske saken, viser det seg at konsulenten har mottatt langt mer penger enn de 360 000 kronene som er oppført i kontrakten. Konsulenten har jobbet med e-Reseptprogrammet fra juli 2006 og ut 2008. I denne perioden har Helsedirektoratet betalt ham nesten tre millioner kroner for arbeidet

som helse- og it-konsulent. KOFA fant ut dette når de begynte å spørre om å få oversikt over alle utbetalinger som var gjort til konsulenten. For å omgå reglene om å konkurransesette konsulentjobben, forlenget Helsedirektoratet avtalen med konsulent for tre måneder om gangen – muntlig. Det finnes derfor kun én skriftlig kontrakt. Forlengelsene Helsedirektoratet inngikk fortløpende, finnes det ikke noe skriftlige avtaler om.

KOFA er ikke tvil om at Helsedirektoratet har brutt lovverket om offentlige anskaffelser. Det strengeste KOFA kan gjøre, er å gi gebyr på inntil 15 prosent av en kontrakts verdi. Ettersom det bare finnes en skriftlig kontrakt, må KOFA forholde seg til det.

I desember 2009 sendte det et forhåndsvarsel til Helsedirektoratet. KOFA slår fast at Helsedirektoratet er skyldig i ulovlig direkte anskaffelse. Gebyret de får varsel om er på 12 prosent.

Helsedirektoratet får beskjed om at dersom de ikke har flere anmerkninger i saken, kommer KOFA til å fatte endelig vedtak i saken. Sykepleien vet at Helsedirektoratet ikke har anmerkninger. KOFA skal nå gjøre et endelig vedtak. Om gebyret blir på 12 prosent, gjenstår å se.

Helsedirektør Bjørn-Inge Larsen blåste i anbudsloven for å sikre at legene skulle ta i bruk dataprogrammet e-Resept. Når får han svi.

Helsedirektoratet tar Kofas avgjørelse til etterretning. Fungerende divisjonsdirektør i administrasjonsdivisjonen, Margrethe Halvorsen opplyser til Sykepleien at direktoratet har nedsatt en prosjektgruppe som skal vurdere og iverksette tiltak for å lukke avvikene som Kofa og Riksrevisjonen har påpekt. De umiddelbare tiltakene omfatter inngåelse av rammeavtaler på områder med stort volum; bedre oppfølging av krav til dokumentasjon samt å sikre tilgang til anskaffelseskompetanse.

Korrupsjon

Korrupsjon er når en person i en betrodd stilling eller verv, privat eller offentlig, setter ansvaret og forpliktelsene som er knyttet til stillingen eller vervet til side og misbruker makten som ligger i stillingen eller vervet, og ved dette oppnår enten en privat fordel eller belønning, eller urettmessig tilstreber en fordel til egen organisasjon eller firma. Det betyr at dersom en leverandør gir en oppdragsgiver gaver eller penger for å oppnå en kontrakt, vil det betegnes som korrupsjon.



e-Resept

Programmet for e-Resept Norge ble opprettet for å få en helhetlig elektronisk løsning for å rekvirere, ekspedere og dokumentere reseptpliktige legemidler, medisinsk utstyr og næringsmidler. Les mer på: www.helsedirektoratet.no/eresept/

Tips

Har din arbeidsplass nettopp inngått avtaler eller gjort storinnkjøp over 500 000 kroner? Finn ut om anskaffelsene har vært utlyst på www.doffin.no og søk i kunngjøringer. Dersom du ikke finner noe, kan det være at sykehuset eller kommunen din har skaffet seg varer og tjenester på ulovlig vis.

KOFA

Er et klageorgan for leverandører når det gjelder offentlige anskaffelser. KOFA behandler saker og vurderer om lovverket er brutt. KOFA behandler også saker om ulovlig direkte anskaffelser. Dersom disse sakene overstiger 500 000 kroner, kan KOFA gi gebyr opp til 15 prosent av kontraktens verdi. Med ulovlig direkte anskaffelse menes en anskaffelse som ikke er kunngjort i forhold til reglene om offentlig anskaffelser.

Mer om KOFA. www.kofa.no

FORBEDRER: Direktør i Helsedirektoratet, Bjørn-Inge Larsen, som nå vil gjennomgå praksisen etter Riksrevisjonens reaksjon.



Tre år med regler

STORTINGET besluttet å innføre hjemmel for KOFA til å utferdige overtredelsesgebyr ved ulovlige direkteanskaffelser med virkning fra 1. januar 2007. Det var Stoltenberg 1 regjeringen som fikk dette på plass, med statsråd Heidi Grande Røys i Fornyings- og administrasjonsdepartementet, som primus motor.

– Et klassisk eksempel på ulovlig direkte anskaffelse er: En kommune eller et helseforetak tildeler en kontrakt til noen uten å utlyse. Da får ingen andre leverandører mulighet til

å være med å konkurrere om kontrakten. Leverandører vet heller ikke at det har vært en konkurranse. Det er først i ettertid man ser at man oppdager, ser at der er kommet nytt utstyr, eller at et firma har fått en konsulentkontrakt, sier advokat i NHO, Arnhild Dordi Gjønnes.

Et utvalg oppnevnt av Nærings- handelsdepartementet, la frem en rapport som til slutt resulterte i at KOFA kunne illegge gebyr dersom det ble påvist direkte ulovlige anskaffelser. For at KOFA

kan vurdere en sak som gebyrsak, må kontraktsummen overstige 500 000 kroner.

– Hvem som helst kan nå klage en sak inn for KOFA dersom de mener det er snakk om ulovlig direkte anskaffelse, sier Gjønnes.

EU-domstolen har sagt at ulovlig direkte anskaffelser er den alvorligste overtredelse av anskaffelsesregelverket. EU-kommisjonen har vedtatt et håndhevelsesdirektiv med strenge sanksjoner som skal gjennomføres

i alle EU/EØS land, inkludert Norge. Ulovlig direkteanskaffelse kan bli dømt til å være ugyldige.

I Norge er det et eget utvalg som jobber med å få dette inn i lovverket. NOUen kommer sannsynligvis i begynnelsen av april.

– Ulovlig direkte anskaffelser har vært et kjempeproblem for alle europeiske leverandører, fordi man frem til nå ikke har hatt noen sanksjonsmuligheter mot dette, sier Arnhild Dordi Gjønnes.

– Toppen av et isfjell

Helsedirektoratet har foretatt en ulovlig direkte anskaffelse over flere år. NHO tror saken med Helsedirektoratet, bare er toppen av et isfjell.

Tekst **Kari Anne Dolonen** Foto **Marit Fonn**



ADVOKAT: Arnhild Dordi Gjønnnes i NHO er fornøyd med at saker som denne blir oppdaget.

Norge foretar offentlig sektor innkjøp for over 380 milliarder kroner hvert år, ifølge tall fra Statistisk sentralbyrå.

– Regelverket for offentlige anskaffelser skal sikre at disse midlene utnyttes best mulig gjennom kostnadseffektive innkjøp, samtidig som offentlig sektor gjennom sine anskaffelser bidrar til utvik-

tildes utvalgte leverandører uten konkurranse, tjener ingen, sier Gjønnnes.

Utbredt

– Hadde NHO oppdaget dette hvis ikke Riksrevisjonen hadde påpekt dette forholdet?

– Nei, det hadde vi ikke. Det er også en av grun-

gebyr på 12 prosent av kontraktens verdi. Der- som KOFA gjør endelig vedtak, er dere fornøyd?

– Vi er fornøyd med at sakene blir oppdaget, slik at ingen kan føle seg trygge når det tildeles kontrakter uten konkurranse.

– Tror dere denne saken er spesiell?

– At konsulentoppdrag gis uten konkurranse, er ikke spesielt. Fordi man får et godt forhold til enkelte leverandører. Dersom man tildeler kontrakter over en lang periode til samme leverandør uten konkurranse, da lager man monopol. Det er viktig å huske på at det offentlige forvalter penger på vegne av skattebetalere og har et ekstra ansvar å sørge for at befolkningen får best mulig tjeneste og kvalitet til den økonomisk mest fordelaktige pris, sier Gjønnnes

– Er dette korrupsjon?

– Nei. Men generelt kan det sies at tildeling av kontrakter der det ikke er åpenhet om tildelingene, skaper større muligheter for at korrupsjon og smøring oppstår, sier hun. ■■■

«Det «svir» når Riksrevisjonen uttaler seg så sterkt.» Arnhild Dordi Gjønnnes

ling av et konkurransedyktig norsk næringsliv, sier advokat i NHO, Arnhild Dordi Gjønnnes.

– Riksrevisjonen gjør en meget god jobb på området offentlige anskaffelser. Det «svir» når Riksrevisjonen uttaler seg så sterkt som de har gjort i saken med Helsedirektoratet. Bakgrunnen for at vi klagde Helsedirektoratet til KOFA, var at vi ikke bare kan se på at næringslivet ikke får delta i konkurranser på like vilkår. At kontrakter

nene til at NHO tror at konsulentinnleie er et av de markedene hvor ulovlig direkte anskaffelser er svært utbredt. Det dukker tilfeldigvis opp noen saker her og der, som blir klaget inn. Det er all mulig grunn til å tro at de sakene kun representerer toppen av et isfjell, sier Gjønnnes.

Ingen bør føle seg trygge

– Helsedirektoratet har gitt forhåndsvarsel med

Direktekjøp gir størst risiko for korrupsjon

Direktekjøp representerer den åpenbart største risikoen for korrupsjon, vennskapskorrupsjon eller forfordeling av lokale leverandører, står det å lese i en svensk rapport bestilt av svenske «Konkurrensvirket» og utført av «Brottsförebyggande rådet».

Sykehussektoren er spesielt utsatt fordi den forholder seg til mange bransjer. Risikobransjene og produktområdene som pekes ut, er lege- midler, IKT, medisinsk-teknisk utstyr, transport, rengjøring, reiser, kontormateriell, vaskeri og næringsmidler. Det er ikke bare innkjøpere som er interessante personer for bransjene.

Lobbyister, innkjøpskonsulenter,

bransjeorganisasjoner og foreninger er interessante «mellommenn». Også bestiller er i søkelyset, liksom prosjektledere med ansvar for innkjøp, står det i rapporten.

Dette kan gjøres:

I rapporten lanseres sju forslag som bør følges for å få bukt med korrupsjon:

- ▶ Næringslivet må informeres om gjeldende regler, ikke bransjevis, men sektorovergrepene. Et eksempel er sykehussektoren, der bransjer som le- gemiddelindustrien, medisinteknikk- foretak og IKT-bransjen virker.
- ▶ Ikke bare innkjøperen, men også

bestilleren må få bedre kunnskap om marked og produktegenskapene.

- ▶ Innkjøperens og innkjøperfunksjonens status i det offentlige bør heves, for eksempel bør innkjøpssjefen inngå i virksomhetens ledelse. På den måten får innkjøpsspørsmål mer tyngde.
- ▶ Innkjøpere med ansvar for bestemte bransjer bør rotere, slik at det ikke oppstår for sterke vennskapsbånd. Ulempen er at slik rotering reduserer den enkelte innkjøpers bransjekunnskap.
- ▶ Før man setter i gang en anskaffelsesprosess, bør deltakerne i prosjektgruppen informeres om at korrupsjon

ikke må finne sted. Ingen må ha private interesser som kolliderer med hensynet til upartisk innkjøp.

- ▶ Det bør vurderes om de såkalte «skal»-kravene i noen tilfeller i stedet bør være «bør-krav», fordi for mange og strenge «skal»-krav innsnevrer markedet. Små virksomheter har ofte vanskelig med å tilfredsstille for mange og for strenge slike krav.
- ▶ Kunngjør oppdragene der leverandørene finnes, ikke bare i egne lokalaviser eller i de elektroniske basene som man etter lovverket skal.

Kilde: Doffin.no

Bli bedre venn med hjertet ditt på 30 dager!

GRATIS motivasjonsprogram på hjertergolivsstil.no

Anbefales av

Nasjonalforeningen
for folkehelsen



 Foto: Magnus Olsen

Hjertego' livsstil er et nettbasert motivasjonsprogram.

Gjennom positiv psykologi motiveres folk til å gjøre en endring. Hensikten er at programmet skal hjelpe brukeren å gjøre en del av det man egentlig vet man burde gjøre, og som man kanskje har litt dårlig samvittighet for. Hjertego' livsstil skal i seg selv oppleves som så selvbelønnende, morsomt og underholdende at brukeren kommer tilbake hver dag de fire ukene programmet varer.

Dette programkonseptet har tidligere blitt benyttet i forbindelse med Alkokutt og Røykeslutt og er en velutviklet metode for å skape en livsstilsendring.

Hjertego' livsstil passer for alle, det er helt gratis og inneholder ikke produktreklame.



Godt for hjertet, godt for deg

Varsler rettssak om offentlig pensjon

LO, YS, Akademikerne og Unio går til rettssak hvis regjeringens forslag til oppfølging av pensjonsavtalen i offentlig sektor blir vedtatt.

– Forslagene betyr et årlig pensjonstap på 20 000 kroner eller mer for enkelte pensjonister, sier Unio-leder Anders Folkestad.

Tekst Bjørn Arild Østby Foto Stig M. Weston og Unio

I tariffoppgjøret i offentlig sektor i 2009 ble partene enige om at dagens regler for tjenstepensjon og avtalefestet pensjon (afp) skal videreføres, men med tilpasninger til ny alderspensjon i folketrygden fra 2011.

I november i fjor sendte Arbeidsdepartementet på høring et forslag til nye opptjeningsregler, levealdersjustering, fleksibelt

uttak fra 62 år og nye regler for regulering av pensjon.

– Departementet skaper en alvorlig situasjon når de kommer med forslag som innebærer betydelige innsparinger og kutt, og som går langt ut over det partene ble enige om i tariffoppgjøret i fjor, mener Unio-leder Anders Folkestad.

ringssvar skriver at det går langt ut over det partene ble enige om i tariffoppgjøret i 2009.

Den gang ble det understreket at opptjente brutto pensjonsrettigheter i offentlige tjenstepensjonsordninger var vernet av Grunnloven. Et grunnlovsværn som sikrer at opptjente rettigheter per 2011 ikke skal kunne reduseres ved levealdersjustering.

Forslaget om individuell garanti vil for eksempel ikke gjelde en arbeidstaker som i 2011 er 51 år og har arbeidet i offentlig sektor siden hun var 21 år, fordi garantien bare tar med de første ti årskullene etter 2011.

Hovedsammenslutningene foreslår i stedet å skille opptjent og framtidig opptjening før og etter 2011. – Det vil da bli synlig hva som er vernet og hva som rettmessig kan levealderjusteres, heter det i høringssvaret.

Ny regulering

I dag får alle arbeidstakere som tar ut afp pensjonsgrunnlaget sitt beregnet som om de hadde stått i arbeid til 67 år.

Departementet foreslår i høringssvaret at fra 2011 gjelder: «Alderspensjoner under utbetaling skal som hovedregel reguleres i samsvar med lønnsveksten og fratrekkes deretter 0,75 prosent.» Forslaget omfatter også afp-pensjonister, ifølge departementet.

Beregninger hovedsammenslutningene har gjort viser at en arbeidstaker som i 2015 går av med afp ved 62 år vil kunne få sin alderspensjon fra 67 år redusert med over 20 000 kroner i året som følge av departementets forslag.

– Dette ser jeg som et forsøk fra departementet på å få til noe det ikke fikk til i tariffoppgjøret i fjor. Nemlig innsparinger og kutt

«Jeg håper regjeringen tenker om igjen, og justerer sitt forslag.» *Unio-leder Anders Folkestad*



FORSLAG: – Departementet tøyer ikke bare avtalen, men går langt ut over den i forsøk på å få til noe de ikke fikk i tariffforhandlingene i fjor, sier Unio-leder Anders Folkestad.

I midten av januar leverte LO, YS, Akademikerne og Unio et felles høringssvar til Arbeidsdepartementet hvor de reagerer på flere av forslagene.

Levealdersjustering

Levealdersjusteringen skal ifølge departementet gjelde alle som går av med alderspensjon etter 1. januar 2011. Det betyr reduksjon i pensjonen allerede fra første årskull, og at dagens regel om at alle er sikret minimum 66 prosent av sluttlønn fra 67 år med 30 års tjenestetid, ikke lenger gjelder.

Departementet foreslår i stedet en individuell garanti for opptjente rettigheter i tjenstepensjonsordningene for medlemmer som per 2011 har 15 år eller mindre igjen til fylte 67 år. Disse skal være sikret 66 prosent av pensjonsgrunnlaget ved 67 år etter 30 års opptjening.

Forslaget er svært dårlig mottatt av hovedsammenslutningene, som i sitt felles hø-



AVTALE: Ved tariffoppgjøret i offentlig sektor i 2009 ble partene enige om at dagens regler for tjenestepensjon og avtalefestet pensjon (afp) i offentlig sektor skal videreføres.

i pensjonene, sier Anders Folkestad.

Unio-lederen viser til følgende beregninger sammenslutningene har gjort:

For en arbeidstaker som er født i 1953, som har 350 000 kroner i sluttlønn, som tar ut afp som 62-åring i 2015 og som har 33 år i en offentlig tjenestepensjonsordning før 2011 og 10 års opptjening etter 2011, vil alderspensjonen fra 67 år kunne reduseres med godt over 20 000 kroner per år sammenliknet med det som hovedsammenslutningene mener er en riktig tolkning av tariffavtalen fra 2009.

Hovedsammenslutningene mener avtalen fra 2009 heller ikke gir grunnlag for endringer av ytelser eller regulering for pensjonister med særaldersgrense som fratrer før fylte 67 år.

Til domstolen

De fire hovedsammenslutningene ber departementet legge seg så tett opp til dagens tjenestepensjonsordning som mulig der avtalen ikke sier noe konkret, og at endringene må ligge innenfor grunnlovsvernet.

– Blir forslagene fra regjeringen lagt fram for Stortinget og vedtatt, vil det bli prøvet

for domstolene, heter det i det felles høringsvaret.

– Jeg håper regjeringen tenker om igjen, og justerer forslaget sitt. I høringsnotatet tøyer departementet ikke bare avtalen, men går langt ut over den i forsøk på å få til noe de ikke fikk i tariffoppgjøret i fjor, sier Unio-leder Anders Folkestad. ■■■

Pensjonsreformen

Ny alderspensjon i folketrygden ble vedtatt i mai 2009. Denne inneholder nye opptjeningsregler, levealdersjustering, fleksibelt uttak fra 62 år og nye regler for regulering av pensjon.

Under tariffforhandlingene våren 2009 ble partene enige om at dagens regler for offentlig tjenestepensjon og avtalefestet pensjon (afp) i store trekk skal videreføres, men med såkalte nødvendige tilpasninger til innføring av fleksibel alderspensjon i folketrygden.

Arbeidstakerorganisasjonene mener regjeringens forslag til oppfølging av avtalen går langt ut over det partene ble enige om.

De nye reglene skal iverksettes fra 1. januar 2011.



Jordmødre på deltidstoppen

Jordmødre er de sykepleierne som jobber mest deltid. Og aller mest i kommunene.

Tekst og foto Marit Fonn

Nesten sju av ti jordmødre i kommunene, og seks av ti jordmødre i spesialisthelsetjenesten, jobber deltid. Blant sykepleiere totalt er det drøyt fem av ti som jobber redusert.

Dette viser statistikk Norsk Sykepleierforbund (NSF) har bestilt av Statistisk sentralbyrå. Ifølge statistikken jobber også helsesøstre en tanke mer deltid enn sykepleierne totalt.

Skamløst

– Arbeidsgiverne både i sykehus og kommuner spekulerer i å tilby lave stillingsbrøker, sier leder for Jordmorforbundet i NSF Eva Sommerseth.

Det er hun og mange jordmødre lei av.

– Det er ikke mulig for selvstendige kvinner å takke ja til så lave stillingsbrøker. Jeg får mange meldinger fra medlemmer som ønsker å jobbe som jordmødre, men de sier nei til slike skamløse tilbud.

– Så da jobber de ikke som jordmødre?

– Nei, de holder heller på sine faste sykepleierjobber. De tør ikke si dem fra seg.

Sommerseth mener at kommunene ikke tar sitt lovpålagte ansvar på alvor. Selv om ikke alle kan tilby fulle jordmorstillinger, kan problemet løses.

– Så det er ingen unnskyldning. Man kan lage

kombinasjonsstillinger. Det er jo behov for jordmødre. Mange sier de har altfor dårlig tid til å gi det tilbudet kvinnene trenger og har krav på.

Sommerseth vil ha flere stillinger, og flere hele stillinger.

Håpefull

Hun får støtte i stortingsmeldingen «En gledelig begivenhet» om fødetilbud, som kom i fjor vår.

Helsedirektoratet vil lage en handlingsplan.

– Vi er for tiden i møter med direktoratet og prøver å påvirke alt vi kan. Det er håp om økte ressurser, sier Eva Sommerseth. ■■■



NOK Å GJØRE: Det er behov for flere jordmødre. Samtidig er det flere jordmødre som ikke jobber som jordmødre.

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 moderate ikke-krefte smerter der opioidbehandling er nødvendig for å oppnå adekvat smertelindring. Ikke egnet til behandling av akutte smerter.

Dosering: Påføres hver 7. dag. **Voksne ≥18 år:** Laveste dose, 5 µg/time, brukes som startdose. Under oppstart og titrering bør pasienter i tillegg bruke de vanlige anbefalte dosene av korttidsvirkende analgetika etter behov. Dosen bør ikke økes før etter 3 dager, når maks. effekt av en gitt dose er oppnådd. Påfølgende doseøkninger kan titreres ut fra behov og respons. Dosen kan økes ved å bruke et større depotplaster eller 2 depotplaster på forskjellige steder. Et nytt depotplaster skal ikke settes på samme sted påfølgende 3–4 uker. Pasienter bør følges grundig for vurdering av optimal dose og behandlingsvarighet. **Nedsatt leverfunksjon:** Pasienter med nedsatt leverfunksjon bør følges godt opp, og ved alvorlig nedsatt leverfunksjon bør alternativ behandling vurderes. Depotplasteret påføres ikke-irritert, intakt hud på yttersiden av overarmen, øvre del av brystkassen, øvre del av ryggen eller siden av brystkassen, og ikke på hudområder med store arr. Påføres et hudområde som er nesten hårfritt eller har relativt lite hår. Hvis ingen er tilgjengelige, skal håret på området klippes med saks, ikke barberes. Påføringsstedet kan vaskes med rent vann. Såpe, alkohol, olje, lotion eller slipemidler må ikke brukes. Huden må være tørr før depotplasteret påføres. Umiddelbart etter at depotplasteret tas ut av den forseglede posen fjernes det beskyttende laget, og depotplasteret presses godt på plass med håndflaten i ca. 30 sekunder, slik at det blir fullstendig kontakt, spesielt rundt kantene. Depotplasteret skal sitte på kontinuerlig i 7 dager. Hvis et depotplaster faller av skal et nytt påføres. Bør ikke brukes lenger enn absolutt nødvendig. Hvis langtidssmerbehandling 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, opioidavhengige pasienter og ved legemiddelasistert rehabilitering, tilstander hvor respirasjonsstøtte og -funksjon er betydelig hemmet eller kan bli det, MAO-hemmere siste 2 uker, myasthenia gravis, delirium tremens.

Forsiktighetsregler: Brukes med forsiktighet ved krampelidelse, hode-skade, 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. abstinenssyndrom 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, dekspropoksifen, kodein, deksrometorfan, noskapin), visse antidepressiva, sedative H1-reseptorantagonister, alkohol, anxiolytika, antipsykotika, klonidin og beslektede substanser (i: N02A opioider).

Graviditet/Amming: Overgang i placenta: Skal ikke brukes under graviditet. **Overgang i morsmelk:** Bør ikke brukes under amming.

Bivirkninger: Svært vanlige (≥1/10): Gastrointestinale: Forstoppelse, munntørrhet, kvalme, oppkast. Hud: Kløe, erytem. Neurologiske: Hodepine, svimmelhet, søvnighet. Undersøkelser: Økt ALT, vekttap. Øvrige: Kløe og reaksjon på administreringsstedet. **Vanlige (≥1/100 til <1/10):** Gastrointestinale: Buksmerter, diaré, dyspepsi. Hjerne/kar: Vasodilatasjon. Hud: Utslett, svette, eksantem. Luftveier: Dyspné. Neurologiske: Parestesi. Psykiske: Forvirring, depresjon, søvnløshet, nervøsitet. Stoffskifte/ernæring: Anoreksi. Øvrige: Tretthet, asteni, smerter, perifert ødem, erytem og utslett på administreringsstedet, brystmerter. **Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):** Gastrointestinale: Flatulens. Hjerne/kar: Angina pectoris, palpitasjoner, takykardi, hypotensjon, sirkulasjonsforstyrrelser, hypertensjon, rødming. Hud: Tørr hud, ansiktsødem, urticaria. Immunsystemet: Overfølsomhet. Luftveier: Forverret astma, hoste, hypoksi, rhinitt, tungpustethet, hyperventilering, hikke. Muskelskjelettsystemet: Muskelkramper, myalgi, muskelsvakhet, muskelspasmer. Neurologiske: Sedasjon, smaksforstyrrelse, dysartri, hypoestesi, svekket hukommelse, migræne, synkope, tremor, abnormal koordinasjonsevne, svekket konsentrasjonsevne. Nyre/urinveier: Urinretensjon, vannlatingsforstyrrelser. Psykiske: Søvnforstyrrelser, rastløshet, agitasjon, depersonalisering, euforisk humør, påvirket labilitet, angst, hallusinasjoner, mareritt. Stoffskifte/ernæring: Dehydrering. Øre: Tinnitus, vertigo. Øye: Tørr øyne, tåkesyn. Øvrige: Fatigue, influensalignende

syddom, feber, kuldegysninger, malaise, ødem, abstinenssymptomer. Tilfeldige skader, fall. **Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000):** Gastrointestinale: Divertikulitt, dysfagi, ileus. Kjønnsganer/bryst: Erekttil dysfunksjon, seksuell dysfunksjon. Lever/galle: Gallestensmerter. Luftveier: Respirasjonshemming, respirasjonsvikt. Psykiske: Nedsatt libido, psykotisk lidelse. Neurologiske: Balanseproblemer, taleforstyrrelser. Øye: Synsforstyrrelser, øyelokkødem, miøse. Øvrige: Inflammasjon på administreringsstedet. **Svært sjeldne (<1/10 000), ukjent:** Hud: Pustler, vesikler. Immunsystemet: Anafylaktiske reaksjoner. Neurologiske: Ufrivillige muskelkontraksjoner. Psykiske: Avhengighet, humørsvingninger. Øre: Øresmerter.

Overdosering/Forgiftning: Symptomer: Respirasjonshemming, sedasjon, dosighet, kvalme, oppkast, sirkulasjonsvikt, uttalt miøse. **Behandling:** Fjern ev. plastre, opprett hold respirasjon, kroppstemperatur og væskebalanse. Oksygen, vasopressorer, andre symptomatiske tiltak og nalokson 5–12 mg i.v. ved behov. Se Giftinformasjonens anbefalinger N02A E01 side d.

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 buprenorfin-konsentrasjonen 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 metabolitt: Norbuprenorfin. **Utskillelse:** Galle- og nyreutskillelse.

Andre opplysninger: Brukte depotplastre 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.

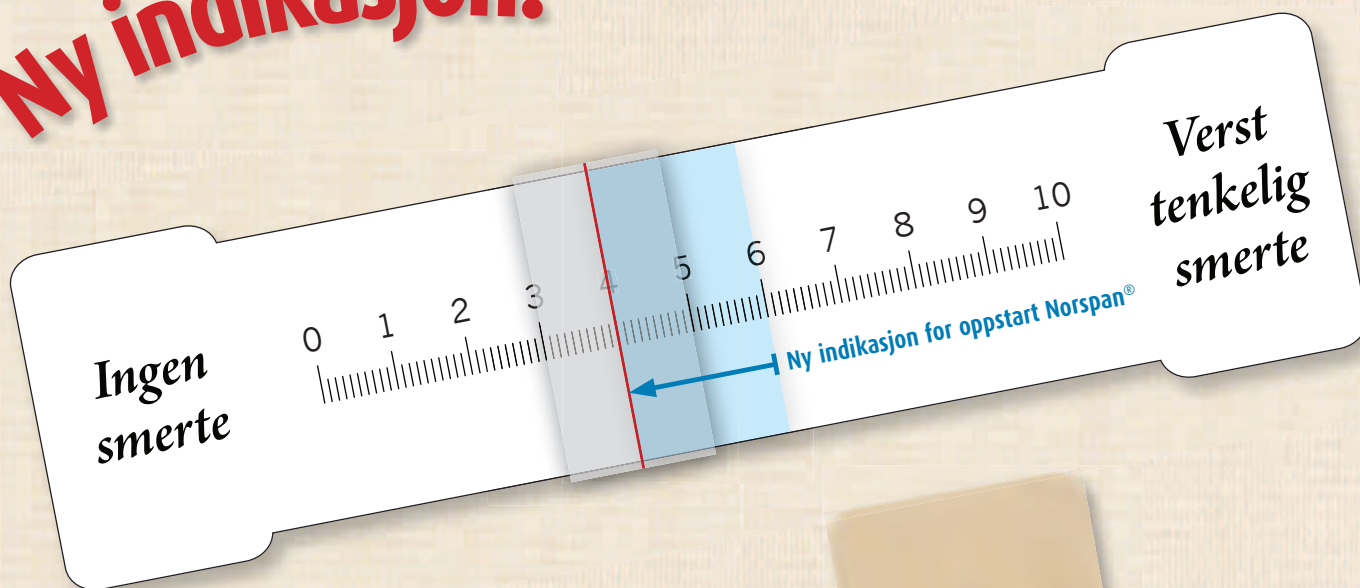
Refusjon: Se N02A E01 – 1 Depotplaster, injeksjonsvæske, sublingvaltbløtt, side f. i Refusjonslisten.

Sist endret: januar 2010



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

Ny indikasjon!



Større bruksområde

Ny indikasjon tilsier at Norspan® kan brukes allerede ved moderate smerter når f.eks. paracetamol eller NSAIDS ikke gir tilstrekkelig effekt.

Ny indikasjon: Behandling av moderate ikke-kreft smerter der opioidbehandling er nødvendig for å oppnå adekvat smertelindring*.

Ett Norspan® depotplaster gir 7 døgns smertelindring:

- 3 lave styrker: 5, 10, 20 µg/t
- Enkel behandling: Skiftes kun én gang i uken
- God compliance^{1,2,3}
- Til artrose, osteoporose-smerter eller andre langvarige opioidfølsomme smerter

Norspan®
Buprenorfin
Lavdosert smertepaster

* Ikke egnet til behandling av akutte smerter.

1. Budd K, Buprenorphine and the transdermal system: The ideal match in pain management, JICP Supplement 133, February 2003: 9-14
2. Kusnik S et al, Transdermal buprenorphine in chronic pain: indications and clinical experience. Expert rev. Clin. Pharmacol. 1(6), 729-736 (2008)
3. Evans HC, et al. Transdermal buprenorphine. Drugs 2003; 63 (19)



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

Frykter mindre amming

Jordmødre og helsesøstre advarer: Kortere liggetid på landets barselavdelinger kan føre til at færre vil amme.

Tekst **Nina Hernæs** Foto **Marit Fonn**



GÅR IKKE ALLTID AV SEG SELV: De fleste ammeproblemene oppstår de første dagene etter fødselen.

Kvinner blir sendt hjem uten at melkeproduksjonen er kommet ordentlig i gang, sier Eva Sommereth, leder for jordmødrene i Norsk Sykepleierforbund.

Hun er bekymret for utviklingen der kvinner skrives stadig raskere ut fra sykehus etter fødsel. Noen steder så raskt som 48 timer.

– Det er ikke den korte liggetiden i seg selv som bekymrer oss, påpeker hun.

– Problemet er at helsestasjonene ikke er rustet opp til å ta seg av dem.

Problemet er at det er kuttet i liggetiden på sykehuset uten at det engang har vært en dialog med helsestasjonene om hvordan de skal følge opp barselkvinnene.

Grydeland Ersvik ser at det er størst press i storbyene.

Hos Nasjonalt kompetansesenter for amming ser de samme tendens.

– Vi har ikke statistikk som forteller at det har blitt mer ammeproblemer, sier jordmor og ammeveileder Mette Ness Hansen.

til alvorlige brystbetennelser. De fleste problemene oppstår de første dagene etter fødselen.

– Og de aller fleste problemer løses dersom kvinnen får kyndig hjelp, påpeker hun.

Ness Hansen er redd for at manglende hjelp kan føre til at flere kvinner vil gi opp ammingen.

Samtidig er helsemyndighetene klare i sin anbefaling om at norske kvinner bør amme barna sine.

Helsesøsterleder Astrid Grydeland Ersvik peker også på logistikkproblemer.

– Det kan ta opptil to uker før helsestasjonene får opplyst at kvinnene er skrevet ut fra sykehus. Skal vi tilby hjelp, må vi i det minste vite at de er kommet hjem.

Slike meldinger går i dag via posten. Noen steder gir sykehusene beskjed om at kvinnene selv skal ta kontakt med helsestasjonen og informere om at de er kommet hjem.

– Men informasjonsflyten bør jo være et offentlig ansvar, kommenter Grydeland Ersvik.

Hun vet også at pressede helsestasjoner nedprioriterer hjemmebesøk til nybakte mødre, selv om dette er noe de er lovpålagt.

– Konsekvensene av alt dette er at mange får en unødvendig tøff start på samspillet mellom mor og barn, sier hun. ■■■

«Skal vi tilby hjelp, må vi i det minste vite at de er kommet hjem.»

Helsesøsterleder Astrid Grydeland Ersvik

Hun får jevnt og trutt meldinger fra bekymrede jordmødre og jordmorstudenter.

Bekymring

Lederen for helsesøstrene, Astrid Grydeland Ersvik, melder om det samme.

– Vi får bekymringsmeldinger fra helsesøstre om at det er flere kvinner som sliter med ammingen, sier hun.

– Men vi er absolutt bekymret for at kort liggetid skal gå ut over ammingen.

Selv har hun erfart å møte kvinner som er blitt sendt hjem fra sykehuset uten at barnet engang har tatt brystet.

Anbefalt å amme

Ifølge Ness Hansen kan ammeproblemer dreie seg om alt fra såre brystknopper, som er det vanligste,

– Prøver å være i forkant

OGSÅ AMMEHJELPEN følger med på liggetiden ved sykehusene. – Det kan sikkert fungere med kort liggetid, men vi ser at mange mangler et tilbud når de

kommer hjem, sier leder Vibeke Høgseth. Ammehjelpen er en uavhengig organisasjon som tilbyr gratis og kvalifisert veiledning om amming. – Vi følger med

og er redd for at kortere liggetid kan bli et alvorlig problem, sier Høgseth. – Vi merker oss hva slags henvendelser vi får, for eksempel om vi får mange telefoner

fra helt nybakte mødre. Ammehjelpen prøver også å være i forkant, og oppdaterer hjemmesiden sin med best mulig informasjon om amming.

ANBEFAL

Flux fra første tann - og livet ut



Nyhet!
Bringebær-
smak!



Flux
sugetabletter
fra 1. tann

Det eneste godkjente
fluortilskuddet til de
minste barna!



Nyhet!



**Flux
Junior**
fra 6 år

Forebygger karies, styrker
emaljen og hemmer bakterie-
vekst. Uten parabener!



**Flux
fluorskyll**
voksne

Forebygger effektivt hull
og lindrer ising i tennene.
Uten parabener!

Flux har styrket tennene til barn og voksne siden 1963.
Men husk at god tannpleie ikke automatisk går i arv
- det må læres.

Bestill smaksprøver og brosjyrer på www.fluxfluor.no eller kundeservice@actavis.no.

Flux sugetabletter er et legemiddel som inneholder natriumfluorid. Forsiktighet bør utvises ved naturlig fluorinnhold i drikkevannet over 0,75 mg/l. Fluordosen i sugetablettene virker sammen med fluor fra andre produkter som tannkrem, skyllevæsker og tyggegummi. Les pakningsvedlegget.

FLUX

For familien. Mot hull.

Edward Albees

Hvem er redd for Virginia Woolf?



foto: Jo Michael

Med ANETTE HOFF, INGAR HELGE GIMLE, NILS JØRGEN KAALSTAD, MARIAN SAASTAD OTTESEN.

Oversatt av PETER MAGNUS. Bearbeidelse / regi PETER NÆSS. Scenografi/kostymedesign: LEIKO FUSEYA.

Musikk: NILS PETER MOLVÆR. Lysdesign: TORHEL SKJÆRVEN. Lyddesign: ERIK HEDIN. Maskedesign: HELGE BJØRNÅ.

Er dere fem eller flere som bestiller samlet, får dere hundre kroner i rabatt på hver billett

19-feb Oslo / Nydalen
20-feb Oslo / Nydalen
22-feb Oslo / Nydalen
23-feb Oslo / Nydalen
27-feb Larvik
01-mar Horten
02-mar Nøtterøy
03-mar Jessheim
04-mar Drammen
05-mar Vikersund
07-mar Skien

08-mar Seljord
09-mar Bø
10-mar Gjøvik/Raufoss
11-mar Fagernes
12-mar Ål
15-mar Egersund
16-mar Sandnes
17-mar Bømlo
18-mar Haugesund
21-mar Rena
22-mar Elverum

23-mar Tynset
24-mar Kongsvinger
25-mar Sandefjord
26-mar Fredrikstad
07-apr Harstad
08-apr Finnsnes
09-apr Tromsø
12-apr Bodø
13-apr Mo i Rana
14-apr Mosjøen
15-apr Namsos

16-apr Inderøy
17-apr Orkanger
19-apr Røros
20-apr Stjørdal
21-apr Oppdal
22-apr Åndalsnes
23-apr Molde
24-apr Ålesund
26-apr Ørsta
27-apr Nordfjordeid
28-apr Florø

29-apr Sogndal
03-mai Bergen
04-mai Bergen
07-mai Kristiansand
08-mai Kvinesdal
09-mai Arendal
10-mai Grimstad

DnBNOR

Mer informasjon om forestillingen og billetter finner du på www.riksteatret.no



RIKSTEATRET

Samler gutta – og de kommer til orde

Bare en av ti sykepleierstudenter er menn, og de slutter oftere på skolen enn sine kvinnelige kullinger. Derfor startet Høgskolen i Vestfold egne mannegrupper ved gruppearbeid.

Tekst Eivor Hofstad Foto Høgskolen i Vestfold

Om 20 år vil Norge mangle 14 000 sykepleiere. Kjønnfordelingen i yrket er som kjent skjev; ni av ti sykepleiere er kvinner. Samtidig viser tallene at nesten 40 prosent av de mannlige sykepleierstudentene slutter under studiet, mens bare 26 prosent av kvinnene faller fra.

Alt dette var ifølge dekan Solveig Sandvik medvirkende årsaker til at Høgskolen i Vestfold startet egne mannegrupper for førsteklasingene høsten 2008. Gruppene hadde mannlige lærer. Året etter fordoblet antallet mannlige studenter seg: I 2008 begynte ti mannlige studenter, hvorav åtte er igjen, mens i 2009 begynte 19, hvorav 15 er igjen. Nå ligger andelen menn i første klasse på 11 prosent.

Menn tar mer selvstendig ansvar

Kjønnsdeling ble gjort ved gruppearbeid, blant annet i øvingslaboratoriet. Siden den mannlige læreren sluttet i fjor, har ikke skolen klart å fortsette kjønnsdelt gruppearbeid like ofte, men det gjøres til en viss grad fremdeles. Sandvik sier det bidrar til at mennene får boltre seg mer på sitt vis og ikke så mye på kvinnes premisser.

– Hvordan bolttrer mennene seg til forskjell fra de kvinnelige studentene?

Sandvik overlater svaret til førsteamanuensis Betty-Ann Solvoll:

– To forskere observerte mannegruppen, og de rapporterte hvordan studentene diskuterte ansvar med læreren. Gutta prøvde i større grad ut sitt faglige ansvar på en annerledes måte. De diskuterte for eksempel med lærer og hverandre, hvordan dagligdage utfordringer kan håndteres av sykepleier og hvor grensene går for sykepleierens profesjonsansvar, i forhold til andre profesjoners ansvar, sier hun.

Slentrer med kaffekopp

– Andre forskjeller?

– Min erfaring er at guttene har en annen gullstandard. De er ikke nødvendigvis så opptatte av detaljer som for eksempel vaskeklutgrepet, de vil primært få pasienten vasket. Sykepleie har tradisjonelt normer som går på å være veldig nøye og korrekt, mens de mannlige studentene gjerne kommer slentrende med kaffekoppen til



MALE BONDING: På Høgskolen i Vestfold får menn være menn... Bildet er et par år gammelt og inkluderer noen fra videre- og etterutdanningene også.

Mannlige studenter i tall

Totalt er det 12 075 sykepleierstudenter i Norge. I 251 av dem er menn, det vil si 10,4 prosent. Høgskolen i Narvik har den høyeste andelen menn (15,6 prosent), mens Betanien diakonale høgskole har lavest (5,9 prosent). Flest antall menn finner vi på Høgskolen i Oslo, hvor 205 stykker er menn (14,8 prosent).

Kilde: Norsk Samfunnsdata, 2009

undervisningen. Likevel kan de være utrolig vare og oppmerksomme på omsorgsrelaterte problemstillinger som vi diskuterer.

Solvoll mener denne forskjellen er berikende.

– Men går ikke studentene glipp av berikelse fra begge kjønn ved kjønnsdelte grupper?

– Det kan hende dette grepet vi har gjort ikke er så godt. Vi diskuterer det internt, og vi har heller ikke like mye kjønnsdelte grupper i år som i

gutt i gruppene så de ikke føler seg alene. Fokuset bør derfor heller være å rekruttere flere gutter slik at man får kjønnsblanda grupper, sier han.

– Hvordan skal man klare det?

– Det er på tide å innføre kjønnspoeng for gutter som søker sykepleierutdanningen. Man må også ha et bevisst forhold til hvordan man markedsfører studiet. I brosjyremateriell og annet

«Gutta er ikke like opptatte av detaljer som for eksempel vaskeklutgrepet, de vil primært få pasienten vasket.» Betty-Ann Solvoll, førsteamanuensis

fjor. Men når det er én gutt og resten jenter på en gruppe, er det en fare for at guttene vil føle seg litt utenfor. Mange av dem synes jentene «plaprer» så mye, så de kommer ikke helt til orde.

Kjønnspoeng for gutter

Studentleder i Norsk Sykepleierforbund, Bård Nylund, synes reine kjønnsgrupper ikke bør være idealt.

– Men man bør etterstrebe å ha mer enn én

rekrutteringsarbeid må man synliggjøre gutter også. Dessuten er det viktig at det blir kommunisert at sykepleieryrket er noe mer enn bare ei hand å holde i, skifting av bleier og bistand ved dusj – selv om dette selvsagt er viktige ting.

Nylund tror kanskje at kvinner og menn tilnærmer seg faget på en noe ulik måte uten at den ene nødvendigvis er bedre enn den andre.

– Det er viktig å se på et slikt mangfold som noe som styrker faget, sier studentlederen. ■■■

Begrenset organisasjonsfrihet i NSF

Fylkestyrene og faggruppene i NSF må søke forbundsstyret hvis de vil være medlemmer i en organisasjon. Det ønsker fylkeslederne i Oslo og Oppland en debatt om.

Tekst **Eivor Hofstad**

Lokale organisasjoner er avhengige av lokal tilhørighet, og den vil være ulik i de 19 fylkene i landet, sier Oslos fylkesleder i Norsk Sykepleierforbund (NSF), Eli Gunhild By.

Hun opplevde i 2005 at NSF Oslo måtte melde seg ut av organisasjonen «Oslo 2005», en sammenslåing av ulike fagforeninger i Oslo som ønsket et politisk skifte i forbindelse med valget.

– Det hadde ikke noe med partipolitisk tilknytning å gjøre, men det handlet om at dette var radikalt, sier hun.

Fylkesleder i Oppland, Jette Struck, opplevde rundt årsskiftet 2006/2007 at fylkestyret plutselig var utmeldt av organisasjonen «For Velferdsstaten», fordi forbundsstyret hadde meldt seg ut sentralt.

– Vi hadde lagt ned masse krutt i å bygge opp et slagkraftig nettverk i Oppland gjennom denne organisasjonen og savnet nok at utmeldingen ble diskutert med oss først, sier hun.

Siden Gjøvik var det lokallaget som hadde kommet lengst i nettverksarbeidet, søkte de om å få fortsette medlemskapet sitt og fikk tillatelse ut 2009. Struck antar at det ikke vil by på pro-

blemer å få fortsette medlemskapet for Gjøvik.

Ulike tolkningsmåter

I NSF's vedtektshefte står det at det er forbundsstyrets mandat å «fatte vedtak om innmelding av NSF og/eller NSF's organisasjonsledd i andre organisasjoner».

– Denne formuleringen ble vedtatt av NSF's landsmøte i 1995 for å sikre en helhetlig organisasjon utad. Tilsvarende hadde vært gjeldende i mange år, men nå ble beslutningsmyndigheten for de fleste saker flyttet fra landsmøtet til forbundsstyret. Formålet er blant annet å unngå innmeldinger i organisasjoner som er på kant med NSF's formålsparagraf, sier spesialrådgiver Per Godtland Kristensen i NSF.

By er enig i at paragrafen er hensiktsmessig for en organisasjon å ha, men påpeker at den må forvaltes med klokskap.

– En slik formulering kan tolkes både begrensende og på en måte som åpner for muligheter. Jeg mener det er viktig å legge vekt på en åpen tolkningsmåte, sier hun.

Struck synes man godt kan trenge mer opp-

merksomhet rundt paragrafen fordi den ikke er veldig tydelig formulert.

– Særlig når det i 2011 skal velges nye fylkestyret, blir det viktig å være oppmerksom på hva alle paragrafene våre egentlig betyr, sier hun.

I 2005 godkjente forbundsstyret daværende medlemskap i andre organisasjoner for fylkesledd og faggrupper. Siden den gang er det mottatt og godtatt ytterligere to søknader om medlemskap i andre organisasjoner, ifølge Kristensen.

– Forbundsstyret har ikke fått noen klager på sine avgjørelser og jeg har ikke inntrykk av at dette er noe stort tema, sier han.

– Begrenser lokaldemokratiet

Eli Gunhild By synes det blir mindre lokaldemokrati i organisasjonen med en begrensende tolkning av bestemmelsen.

– Det begrenser oss i utøvelsen av politikk. Og politikk handler om nettverk, om å diskutere saker. Når du skal skape politikk, må du våge å være uenig og å diskutere. Du må skape deg et nettverk og være synlig på arenaer for slike meningsbrytninger. Vi hadde for eksempel aldri blitt invitert til å holde appell på Blå 1. mai i 2005 om vi ikke hadde vært med i «Oslo 2005».

By mener at det ikke er tvil om at NSF's viktigste politiske saker som likelønn, pensjon og arbeidssosiale saker oftere har et ståsted til venstre i politikken enn til høyre. Det kan være annerledes i andre saker:

– For eksempel er høringen vår rundt sykehjemsetaten forenlig med Frps ståsted. Og vi samarbeidet med Venstre i forbindelse med forlengelse av driften av sprøyterommet, sier hun.

– Ligger det en konflikt i at NSF skal være partipolitisk nøytral og likevel jobbe med arbeids- og helsepolitikk?

– Nei, men vi må tørre å tone flagg og diskutere. Og vi må tåle at noen medlemmer ikke er enig bestandig. ■■■



TONER FLAGG: NSF's fylkesledere Eli Gunhild By (til venstre) Jette Struck savner en debatt rundt formålsparagraf 7A, punkt 11 i vedtektsheftet til NSF. Foto: Stig M. Weston og NSF

zendium - mild og effektiv tannkrem

- velg mellom 8 varianter tilpasset forskjellig behov

zendium tannkrem inneholder noen av de enzymer som inngår i spyttet. Voksenvariantene inneholder dessuten colostrum (melkeprotein) som supplerer bestanddelene i spyttet. Alle zendium varianter inneholder natriumfluorid i forskjellige konsentrasjoner, som øker tennenes motstandskraft overfor karies.

Slipemiddel og skummiddel i alle zendium varianter er både skånsomme og effektive. zendium inneholder ikke natriumlaurylsulfat (SLS).

Til pasienter med behov for basis beskyttelse:

zendium Classic

En basis fluortannkrem til hele familien. Inneholder enzymer, sink og colostrum

Fluor: 1100 ppm. RDA*: 75



Til pasienter med spesielle behov:

zendium Sensitive

En ekstra mild og skånsom tannkrem med kaliumnitrat som beskytter følsomme tannhalsar og forebygger ubehagelig ising.

Fluor: 1450 ppm. RDA*: 50

zendium Syreforsvar

En tannkrem som inneholder proteiner som i samspill med spyttet hjelper til med å beskytte tannemaljen mot syreskader.

Fluor: 1450 ppm. RDA*: 80



Til pasienter med lette misfarginger eller et ønske om friskere ånde:

zendium Fresh+White

Inneholder ekstra sink som motvirker dårlig ånde, samt en ekstra rengjørende ingrediens (pyrofosfat), som reduserer misfarginger.

Fluor: 1450 ppm. RDA*: 80

zendium Mild Whitener

Inneholder en ekstra rengjørende ingrediens (pyrofosfat), som reduserer misfarginger skånsomt.

Fluor: 1100 ppm. RDA*: 75

zendium Cool Mint

En basis fluortannkrem med frisk mint, til hele familien. Inneholder ekstra sink som binder de vondtluktende bakteriene, slik at dårlig ånde reduseres.

Fluor: 1100 ppm. RDA*: 80



Til barn:

zendium Første Tann med Postmann Pat

En mild tannkrem til de aller minste barna (0-5 år) med ekstra mild smak og skummiddel.

Fluor: 1000 ppm. RDA*: 60

zendium Junior med Asterix

En mild tannkrem til de litt større barna (6-12 år) med mild smak og skummiddel.

Fluor: 1000 ppm. RDA*: 80



zendium er mye mer enn tannkrem. Vi har også zendium Saliva Gel som motvirker munntørrehet, zendium munnskyll og Postmann Pat barnetannbørste. Les mer på www.zendium.no

Sara Lee Household & Body Care

Postboks 653, 1411 Kolbotn

* RDA: Slipemidler måles i RDA verdier: 0 – 50: lavt slipende / 50 – 100: middels slipende / 100+: kraftig slipende

*Voksenvariantene inneholder små mengder egg- og melkeprotein.





Anna Oppedal Tokheim, M Iler s ern ringsfysiolog

Det finnes ingen snarvei til god helse



5b-09

Hvorfor er M Iler s Tran viktig for barn og gravide?

Under svangerskapet og i barndommen skal barnets kropp og hjerne utvikle seg og vokse. Da er riktig næring ekstra viktig. M Iler 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 gi tran - Helsedirektoratet

OPTIMAL UTVIKLING AV HJERNEN

M Iler 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 M Iler s Tran (5ml) gir 1,2 gram omega-3, hvorav hele 0,6 gram DHA.

UTVIKLING AV ET STERKT SKJELETT

M Iler 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 M Iler s Tran gir 10 mikrogram vitamin D som er den anbefalte daglige dosen til små barn, gravide og ammende kvinner.

TRYGT KVALITETSPRODUKT

M Iler s Tran er et naturprodukt laget av norsk arktisk fisk fra Lofoten og Vesterålen. På vei fra fisk til flaske gjennomgår M Iler s Tran strenge kvalitetskontroller i alle produksjonstrinn for å sikre et produkt av høyeste kvalitet.

Lær mer om hvordan M Iler s Tran lages på mollers.no



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

MÖLLER'S

GRUNNLAGT 1854



Lars Mathisen

Alder: 52 år

Aktuell som: Sykepleier med fersk doktorgrad

BAKGRUNN:

Lars Mathisen er intensivsykepleier på torakskirurgisk intensivhet på Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet. 20. januar disputerte han. Han har fulgt 120 pasienter som er hjerteoperert. Doktoravhandlingen hans heter: «Pasientopplevd resultat etter kransarteriekirurgi med og uten bruk av hjerte-lunge-maskin.» Mathisen er kanskje den første sykepleieren med doktorgrad som er i full turnus og har ansvar for pasienter.

Full turnus og doktorgrad

Hva kan doktorgradsarbeidet ditt brukes til?

– Til å vise at det er gangbart og viktig å bruke livskvalitet som ett av flere verktøy når man evaluerer nye metoder i helsevesenet.

Hva har du egentlig funnet ut?

– Tre ting: Vi har kartlagt sammenhenger mellom subjektive og objektive mål på helse. Og hvor viktig det er å bli mer presis i kommunikasjonen med pasienten om forventning til inngrep og resultat.

Det var to ting?

– Nei, én. Det andre er at ut fra pasientopplevd helse kan man ikke anbefale kransarteriekirurgi med hjerte-lunge-maskin framfor uten slik maskin, og omvendt. Og så har jeg styrket teorien om at helse avhenger både av hvordan man har det og hvordan man tar det.

Nyttige funn?

– Nyttan er på gruppenivå. Jeg har ikke undersøkt verdien av å jobbe med livskvalitet for den enkelte pasient.

Hvor lenge har du holdt på?

– Analysene startet i 2003.

Det er en stund?

– Det er konsekvensen av å holde på med mange ting parallelt.

Jobber du full turnus?

– Ja, de siste årene har jeg gjort det. Dag, aften, natt og helg. Har vært leder et par år også. Da ble det for travelt til å forske.

Hvordan føles det å bli ferdig?

– Veldig behagelig å kunne gjøre det jeg har lyst til, ikke bare det jeg burde. Og det er fint

å ha fått bekreftet at selv om vi kan være uenige om sykehusdrift, så går det godt an å samarbeide med andre forskere både om vitenskap og om enkeltpasienter.

Er avhandlingen et lærestykke eller mesterstykke?

– Jo lenger jeg har holdt på, jo mer er jeg blitt klar over at det er et lærestykke. I både forskning og formidling.

Var det verdt innsatsen?

– He-he. Ja, fordi jeg har kunnet ha et godt liv ved siden av forskningen.

Bør sykepleiere ta doktorgrad?

– Hmmm. Godt spørsmål ... Tror at formalkompetansen kan gjøre deg til en god samarbeidspartner for andre sykepleiere. Den effektiviserer arbeidet med kunnskapsbasert praksis og kan få fart på prosessen med å måle pasientresultater.

Så svaret er ja?

– Det kan du godt si.

Bør man jobbe ved siden av eller bare forske?

– Intensiv forskning vil øke antallet doktorgrader. Men jeg tror det er viktig å utnytte den troverdigheten som oppdatert klinisk kompetanse gir deg.

Hva skal du gjøre nå?

– Fortsette som pasientansvarlig sykepleier. I turnus.

Så du treffer pasienter hver dag?

– Pasienter og pårørende. De gir arbeidsglede. Det er en viktig bit av livet. Så har jeg en leder som har blick for flere oppdrag, så jeg kan bruke en del av stillingen til å forske.

Du blir ikke lei av turnus?

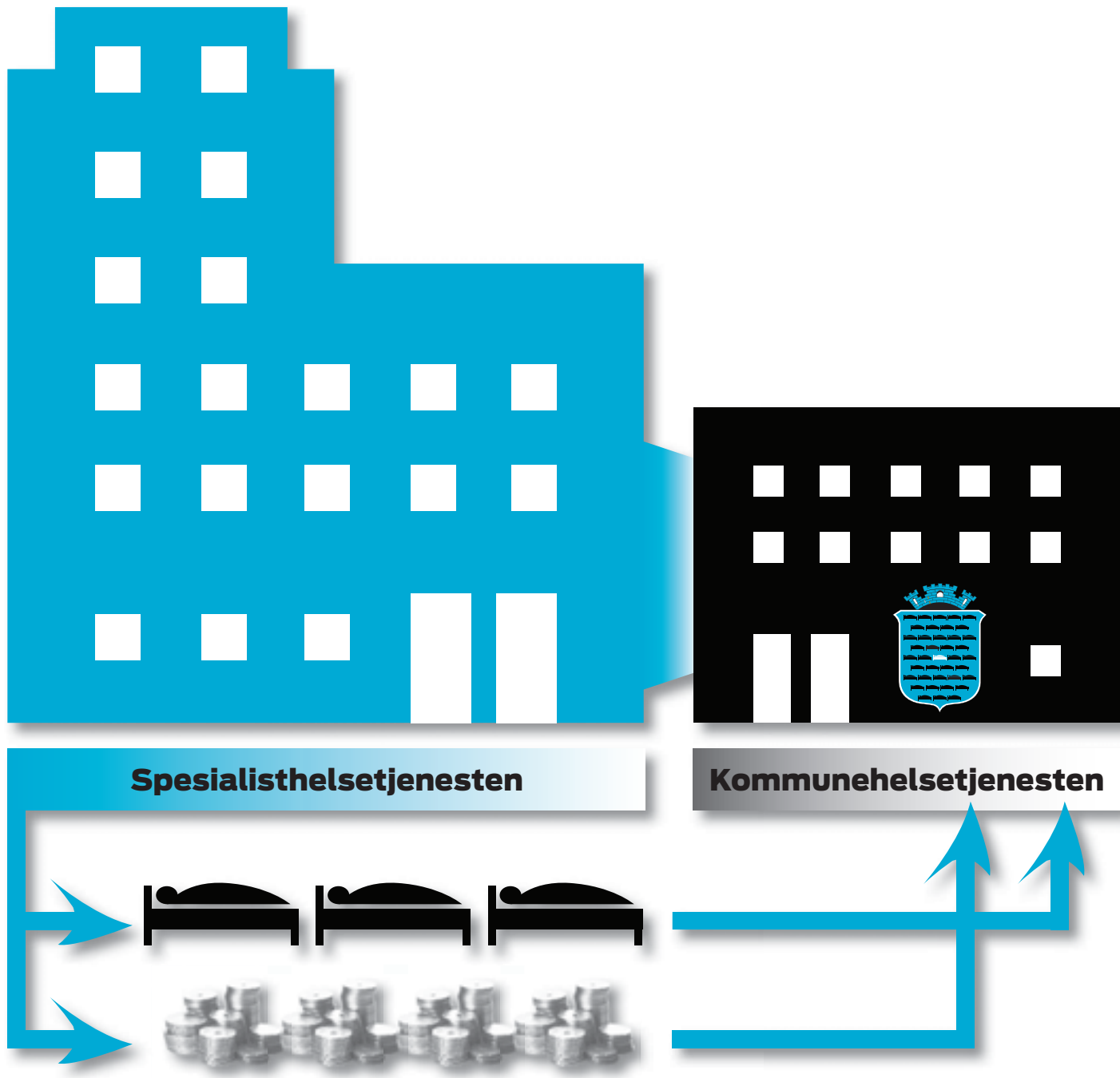
– Det følger med jobben. Jeg får arbeidsfelleskap på kjøpet. Det er verdifullt.

Er du en idealist?

– Ja.

Tekst Marit Fonn Foto Erik M. Sundt

- 36 – Vi er på et B-sykehus ›
- 39 Kritikk av finansiering ›
- 40 – Slå sammen kommuner ›
- 41 The missing link ›
- 42 Fremtiden i deres hender ›



Slik blir samhan

Samhandlingsreformen er en av de viktigste sakene som blir behandlet i denne stortingsperioden.

Alle sykepleiere vil bli berørt.

Hvordan, bestemmes akkurat nå.

Tekst **Ann-Kristin Bloch Helmers** Foto **Erik M. Sundt** Illustrasjon **Hilde Rebård Evensen**



FREMTID: Intravenøs behandling skal bli en vanligere kommunal oppgave.

Hovedideen med samhandlingsreformen er at flere pasienter skal behandles ute i kommunene. Sykehusene skal kun behandle de aller sykeste.

For å få dette til, skal sykehus og kommuner lokkes med økonomiske «gulrøtter». Det skal lønne seg å samhandle.

I praksis ønsker regjeringen å gi kommunene et økonomisk medansvar for pasienter som behandles i sykehus. Kommunene skal betale en andel av kostnadene ved å behandle en pasient på sykehus. Regjeringen foreslår blant annet å overføre 20 prosent av tilskuddene til de regionale helseforetakene til kommunene, men dette diskuteres nå heftig både i fagmiljøer og blant politikere.

Vil det virke?

Spørsmålene er både om små kommuner vil klare å betale for seg, om 20 prosent er en gulrot stor nok for å etablere egne tilbud i kommunen, og om kommune-landskapet i Norge i det hele tatt passer for en slik modell.

Det er også forslag om å etablere større helsekommuner med interkommunale helsesentra eller helsehus med intermediære sykehjemsavdelinger og tverrfaglig samarbeid. Dette blir en slags «halvannenlinjetjeneste» som kan ta imot pasienter som er for syke til å være hjemme eller på vanlig sykehjem, men for friske for sykehus.

I forhold til finansiering, vurderes flere ting; en generell med-

finansiering, en avgrensning knyttet til enkeltdiagnoser og en avgrensning knyttet til alder.

Kommunene får også økonomisk ansvar for utskrivningsklare pasienter fra 2012. I forslaget ligger det at dette finansieres ved at kommunene får overført pengene det koster å ha disse pasientene liggende i sykehus. Poenget med det, er å gi kommunene et økonomisk insentiv til å etablere kommunale tiltak som koster mindre, og så ha mulighet til å bruke de sparte midlene til andre ting.

Kommunene vil ha økonomiske grunner til å finne det behandlingstilbudet som koster minst i hvert enkelt tilfelle, og tanken er da at forebygging og lokal rehabilitering vil lønne seg.

Pisken

Hvis kommunene ikke klarer å behandle så mange pasienter lokalt som de kunne gjort, flyr pengene. En sykehusseng koster mer per døgn enn en kommuneseng.

Regjeringens pisk er utvetydig. I Stortingsmelding 47 – Samhandlingsreformen, heter det: «Regjeringen mener at dersom det ikke settes inn tiltak vil utviklingen bli en trussel mot samfunnets bæreevne, både med hensyn til tilgang på arbeidskraft og samfunnsøkonomi over tid gjøre det nødvendig med prioriteringsbeslutninger som vil bryte med grunnleggende verdier i den norske velferdsmodellen».

Reformen skal settes i verk fra 2012. Men i Drammen er den nesten realisert. Se neste side.

dlingsreformen →



DRAR TIL: Ole Kristian Mortensen får rask og effektiv behandling ved Drammen geriatriske kompetansesenter – et tilbud mellom første- og andrelinjetjenesten. Astrid Westeng er spesialutdannet fysioterapeut, og passer på at Mortensen gir alt.

«Vi er et B-sykehus

Björg Myhre, spesialsykepleier i geriatri

Drammen kommune ligner på fremtiden.

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

Ole Kristian Mortensen tar høye kneløft for å forsere erteposene som ligger strødd utover gulvet. Han svaier et øyeblikk, men tar seg inn igjen.

– Litt høyere, sier fysioterapeut Astrid Westeng.

Westeng har spesialistutdanning i rehabilitering og nevrologi. På rehabiliteringsavdelingen ved Drammen geriatriske kompetansesenter veileder hun Ole Kristian Mortensen med sikker hånd.

Det er bare en drøy måned siden Mortensen fikk livet snudd på hodet. Han besvimte som frisk, våknet lam i halve kroppen.

– Rett oppunder jul sto jeg i kjelleren med hånden i en bønne med tjue fisker og iskaldt vann.

Ole Kristian Mortensen forberedte rakfisklag for tolv personer. Det kalde vannet i fiskebøtta gjorde at temperaturen i kroppen sank. Han gikk fra kjelleren opp på badet, og kjente at han ble

svimmel. Blodtrykket falt drastisk, og han våknet opp på Sykehuset Buskerud, lam i venstre side av kroppen.

Fremtidsrettet

I et bystyrevedtak i oktober 2005, gjorde drammenspolitikkerne noe som skulle vise seg å være visjonært og fremtidsrettet. De bestemte seg for et såkalt geriatriløft. Metoden skulle være å samarbeide mer på tvers av linjene, og samarbeide med høyskolen om fagutvikling. Drammen geriatriske kompetansesenter ble stedet dette arbeidet skulle utvikles. Senteret hadde tidligere vært et ordinært sykehjem. Nå ble flere avdelinger gjort om.

Fire år senere ble Stortingsmelding 47 – samhandlingsreformen – overlevert Stortinget. Den bygger på de samme prinsippene: Behandling på tvers av linjene og bedre pasientflyt. Drammens måte å organisere helsetjenestene sine på kan ligne den

som landet for øvrig vil se fra 2012, når reformen settes i verk.

Nå er ikke drammenserne de første i historien som tenkte at samarbeid kan lønne seg. Tidligere helseminister Bjarne Håkon Hanssen hadde sett både til Danmark, Sverige – og til Trondheim før han lanserte samhandlingsforslaget. I tillegg har blant andre kommunene Stjørdal, Arendal, Oslo og Skien jobbet med forskjellige modeller for å få til et «sømløst» helsetilbud.

Økonomisk – på sikt

Mens samhandlingsreformen har som et av hovedmålene å bremse de eskalerende helsebudsjettene, var ikke det hovedintensjonen i Drammen. Det var ønsket om å forbedre kvaliteten på behandlingen for de sykeste eldre. Man ønsket helhetlig utredning, behandling og oppfølging. Systemet med litt helseklattung her og der uten at aktørene visse om hverandre, fungerte ikke optimalt. Bedre forståelse mellom nivåene og økt fokus på fag og kompetanse var også gevinster både sykehus og kommune ønsket seg før arbeidet ble satt i gang. Videre var det et ønske å gi de ansatte økt yrkesstolthet – og skape et mer positivt inntrykk av eldreomsorgen.

Kompetansesenteret er i praksis den halvannenlinjetjenesten helsemyndighetene etterspør. En sykehuslege jobber på huset, og de ansatte er organiserte i team. Pasientene her har lungebetennelser, diabetes, slag, hjertesvikt – gjerne fem-seks diagnoser samtidig. Hit kommer pasienter som er for syke til å være hjemme – men for friske til å ligge på sykehus. De er ikke ferdig behandlet.

Utskrivningsklar

Dette er grunnen til at Ole Kristian Mortensen fikk besøk av en representant for kontor for tjenestetildeling mens han fremdeles lå på sykehuset. Kontorrepresentanten gjorde en vurdering – og sluset ham inn på rehabiliteringsplass i kommunen.

Nyttårsaftnen ble han skrevet ut fra sykehuset, utskrivningsklar – men ikke ferdigbehandlet – fremdeles med lammelser og en hevelse på hjernen. Noen dager senere er han på plass på rehabiliteringsavdelingen ved Drammen geriatriske kompetansesenter.

– Jeg ble sendt hjemom en tur før jeg fikk komme hit, men det gikk greit likevel, forteller han.

Holdningsendring

Drammen geriatriske kompetansesenter merket, da det fremdeles var et vanlig sykehjem, at pasienter ble utskrevet fra sykehusene stadig tidligere.

– Det var vanskelig for oss å håndtere, forteller virksomhetsleder Inger Johanne Flingsorp.

Da avdelinger skulle gjøres om, trodde de ansatte at den største utfordringen ville være alt det tekniske utstyret.

– Vi måtte kjøpe inn masse pleieteknisk utstyr, men nå blunker vi ikke lenger over sårpumper, smertepumper og intravenøs væske-terapi. Det tekniske utstyret handler bare om god opplæring. Den store utfordringen har vært å snu holdningene. Nå må vi tenke helhet for pasientene – enten de skal hjem eller få en verdig avslutning her hos oss, sier hun.

Den forsterkede sykehjemsavdelingen ved Drammen geriatriske kompetansesenter gjør mye som ikke vanlige sykehjem har kompetanse til. Her får pasientene intravenøse væsker, sykepleierne blander og gir antibiotika. Leger, fysioterapeut, ergoterapeut, hjelpepleiere og sykepleiere møtes for å diskutere pleieplanene, og det er regelen mer enn unntaket at de blir forandre, siden pasientene som kommer inn ofte er svært ustabile.

– Mange dør på denne avdelingen. Få blir sendt tilbake til sykehus. Det er et tegn på at de er på riktig sted på huset. Her er det høyest medisinsk kompetanse, sier Flingsorp.

Men målet er at pasientene skal tilbake hjem. Det er ikke alltid like enkelt å forholde seg til for de ansatte.

– Det ligger mange etiske utfordringer i det – det kan være vanskelig når vi ser pasienter som ikke klarer seg selv. Samtidig ser vi at aktiv og målrettet innsats ofte gir rask utvikling hos pasientene. Gevinsten kan være stor hos pasienter som tidligere ble liggende passive i en sykehusseng, sier hun.

« Hit kommer pasientene mye tidligere enn på et vanlig sykehjem.

Björg Myhre, spesialsykepleier i geriatri

– Hva må til for at samarbeidsmodellen deres skal lykkes i resten av landet?

– Kompetanse, kompetanse, kompetanse. Det er hovednøkelen for å lykkes – og det tar tid. Vi har satset mye på systematisk videreutdanning, faggruppene samarbeider på tvers, sier Flingsorp.

– B-sykehus

Inne på den forsterkede sykehjemsavdelingen, er det middagstid. Ved første øyekast ligner det et helt vanlig sykehjem. En hvitkledd



Drammen geriatriske kompetansesenter

- ▶ Åpnet 1. september 2006
- ▶ 5 avdelinger – 85 plasser
- ▶ Inneholder geriatrisk poliklinikk, ambulant tverrfaglig team, FoU-enhet, og har en egen kvalitetskoordinator
- ▶ Nettobudsjett for 2009 er 56 millioner kroner

– **STIMULERENDE:** Björg Myhre er spesialsykepleier i geriatri, og tar nå sårpumper, smertepumper og intravenøse behandlinger på strak arm.

HELSE+TRIVSEL:

Drammen geriatriske kompetansesenter prioriterer trivsel. Kjøkkenhjelp Sissel Hatrud serverer ved bordene, og Knut Bjørhus er fast gjest.



pleier mater en eldre dame i rullestol ved ett bord, en liten gjeng eldre herrer spiser uten hjelp ved et annet.

– Vi er et B-sykehus, sier spesialsykepleier i geriatri Bjørg Myhre.

– Hit kommer pasientene mye tidligere enn på et vanlig sykehjem.

« Det vi ikke vet, er hvor lenge de er hjemme, og hvilket funksjonsnivå de har da. *Inger Johanne Flingtorp, virksomhetsleder*

Myhre har tidligere jobbet mange år i kommunehelsetjenesten, men først etter at hun kom hit, fikk hun erfaring med intravenøst, sondemat, dren, forskjellige kateter.

– Vi blander og gir forskjellige typer antibiotika – og etter å ha lært det, ser jeg jo at det er for galt å sende pasienter på sykehus bare for å gjøre det. For pasienter som er utskrivningsklare fra sykehus, tror jeg det er veldig trygt å komme hit i stedet for å bli sendt rett hjem, og de fleste kommer seg ganske fort. Før pasienten reiser hjem, har vi alltid møte med blant

andre familien og hjemmesykepleien, her hos oss, for å sikre oppfølgingen videre.

– *Hvor lenge blir pasientene liggende her?*

– De fleste blir i to til tre uker. Men siden det er for få langtidsplasser, blir det propper – pasienten blir liggende her lenger enn nødvendig i påvente av ledig plass på langtidsavdeling. Det er en utfordring, for da kan vi ikke ta imot nye, utskrivningsklare pasienter fra sykehuset sier Bjørg Myre.

– *Dere ligger geografisk nær Sykehuset Buskerud, er den nærheten avgjørende for at dere skal kunne ta ansvar for såpass syke pasienter?*

– Faktisk tror jeg sykehuset like gjerne kunne ligget i for eksempel Hokksund. Det er ikke så ofte pasientene må tilbake til sykehuset, og med ambulanse går det raskt nok. Laboratoriesvar får vi til faste tider hver uke, og vi har en sykehuslege som jobber her på huset, sier den erfarne sykepleieren.

Stor sykepleiertetthet

Det er ikke bare pasientene som er annerledes på denne sykehjemsavdelingen. Også de ansatte er det. Her er de aller fleste sykepleiere, noen er hjelpepleiere, og det er noen få assistenter.

– Faglig sett er det veldig lærerikt og interessant å jobbe som vi gjør, i team. Det er stimulerende å ha tett kontakt med andre yrkesgrupper, og vi får mye undervisning, sier Bjørg Myhre.

– *Hva tror du om samhandlingsreformen?*

– Jeg tror det er en veldig god idé, særlig pasienter som bor langt unna nærmeste sykehus tror jeg kan ha nytte av et slikt tilbud. Når det gjelder samarbeid mellom kommuner, er det vanskelig å mene noe, men for at det skal bli et godt nok tilbud, så må de nok på en eller annen måte slå seg sammen for å klare det, sier hun.

Vil vite hvordan det går

Analysebyrået Agenda har evaluert Drammens-modellen, og gir tommel opp på de fleste områder. Kompetansen er bedret, legeressursene har vært et viktig tiltak for å sikre den medisinske oppfølgingen, samarbeidet med høyskolen har vært viktig for forsknings- og utviklingsarbeidet. Det er samfunnsøkonomisk lønnsomt.

Likevel er ikke alt rosenrødt. Sykefraværet er høyt, det er blant annet behov for å styrke pleiekompetansen ved andre avdelinger enn ved den forsterkede korttidsavdelingen. Det er også behov for mer samhandling – innad i kompetansesenteret. I tillegg anbefaler Agenda-rapporten at alle avdelinger som samarbeider med kompetansesenteret bør ha en utskrivningsansvarlig sykepleier.

Geriatrilløftet i Drammen skal nå videreutvikles. Flere kommuner skal med. Større enheter krever større oversikt. Av foreløpige uløste utfordringer, er kunnskap om hva som skjer med pasientene etter utskriving. Dette etterlyser Flingtorp.

– Vi har cirka 800 pasienter i året, og cirka 640-650 reiser hjem igjen. Det vi ikke vet, er hvor lenge de er hjemme, og hvilket funksjonsnivå de har da. Pasientene har mange diagnoser, slag, brudd, lungebetennelse, sår som ikke vil gro, hjertesvikt, lungebetennelse og diabetes er de vanligste. Det er komplekse sykdomsbilder. Kan-skje er dette et interessant tema for en masterstudent, foreslår hun.

Måltrettet rehabilitering

Nede i kjelleren, i rehabiliteringsavdelingens lille gymsal, har Ole Kristian Mortensen gått fra balansebrett til armtrening. Som den skiløperen han var tidligere, trekker han vairene som henger ned fra taket i lange, seige drag.

– De har sagt at jeg ved å trene sannsynligvis blir helt som jeg var før dette skjedde, sier han mellom takene.

Første mål etter at han skrives ut, er allerede klart:

– 22. januar skal jeg ha nytt rakfisklag.

– Fisken ligger i bøtta i kjelleren ennå. Den blir bare bedre og bedre.

Kritikk av finansiering

Kommunene kommer ikke til å bygge opp egne tilbud, bare betale, mener kritikerne.

Tekst **Ann-Kristin Bloch Helmers**

Det viktigste økonomiske virkemidlet i den foreslåtte sam-handlingsreformen er at kommunene skal overta 20 prosent av budsjettet til spesialisthelsetjenesten, mot å overta noen av spesialisthelsetjenestens oppgaver.

Det er også foreslått å la medfinansiering gjelde kun enkelte pasientgrupper, eller for eksempel bare de over 80 år. Regjeringen har lagt mest vekt på 20 prosent-modellen, og det er den som har vakt mest debatt.

Samtidig som kommunene skal medfinansiere, er forslaget at sykehusene skal få mindre DRG-finansiering, og økt ramme – fra dagens 40/60-forhold, til 30 prosent DRG-finansiering og 70 prosent rammefinansiering. Dette er for å hindre at sykehusene tar inn pasienter unødige, for å cashe inn DRG-poeng.

Kommunenes interesseorganisasjon, KS, går imot et generelt medfinansieringsansvar.

En rapport KS har bestilt fra analysebyrået Agenda, er sterkt kritisk: Det er tvilsomt om endringene vil bidra til oppbygging av kommunale tilbud som alternativ til spesialisthelsetjenester, eller at kommunene ønsker å overta ansvaret for tilbud spesialisthelsetjenesten har i dag. Endringene vil heller ikke føre til økt innsats på forebygging, konkluderer rapporten. Andelen kommunal medfinansiering må være høyere innenfor prioriterte områder enn de foreslåtte 20 prosentene i stortingsmeldingen.

Agenda mener det finansieringsmodellen må vurderes nøyere, gjerne gjennom konkrete pilotprosjekter.

Negative erfaringer i Danmark

Agenda-rapporten konkluderer med at den danske modellen, som ligner mye på den som regjeringen foreslår i Stortingsmelding 47, ikke har hatt ønsket effekt. Danmark gikk i 2007 inn for en modell hvor deler av finansieringen ble overført fra sykehusene til kommunene. Allerede nå må de justere kursen.

Danmark er delt inn i fem regioner, som har ansvaret for sykehusene, samt primærlegene. Etter 2007 har kommunene overtatt mange av oppgavene det tidligere fylket (amtet) hadde ansvar for – blant annet forebygging, rehabilitering og på rusområdet. Kommunene betaler opptil 20 prosent av kostnadene i spesialisthelsetjenesten. Den kommunale betalingen er delt mellom et aktivitetsavhengig og et innbyggerbasert bidrag – det første er variabelt, mens det andre er et grunnbidrag.

Utover kommunal medfinansiering, har regionene mulighet til å innkreve en pleietakst for utskrivningsklare pasienter som

Drammen kommune

› 61 400 innbyggere

› I underkant av 3000 innbyggere over 80 år – 12,4 prosent på institusjon, 34,9 prosent har hjemmetjenester

› 511 institusjonsplasser (fordelt på 10 institusjoner)



TENKER HELHET: – Kompetanse er nøkkelen til samhandling, og den tar det tid å bygge opp, sier Inger Johanne Flingtorp, virksomhetsleder ved Drammen geriatrisk kompetansesenter.



venter på tilbud i kommunen. Pleietaksten skal betales fra den dagen pasienten regnes som ferdigbehandlet.

Virker ikke i små kommuner

Poul Erik Hansen i den danske Sundhedsstyrelsen, pekte under et seminar i helseøkonomi i Oslo i desember, på problemstillinger rundt den danske finansieringsmodellen. Tre år etter innføringen, viser det seg at små kommuner heller betaler enn å handle, fordi de økonomiske incitamentene ikke er store nok.

I Danmark har de nå satt ned et utvalg som skal revurdere de økonomiske incitamentene, og de skal også ha en grundig gjennomgang av utskrivningsforløpet for eldre medisinske pasienter, og sammenligne kommunene og regionenes innsats.

På bakgrunn av de danske erfaringene, feller Agenda en hard dom over forslagene om finansieringsmodell i Stortingsmeldingen: «Endringene slik de nå er foreslått, vil etter vår oppfatning ikke bidra til at kommunene bygger opp alternative tilbud som erstatning for eksisterende tilbud innenfor spesialisthelsetjenesten», konkluderer rapporten.

Agenda mener at finansieringsordningen heller ikke vil stimulere kommunene økonomisk til økt innsats på forebygging, en av kjernetankene i reformen.

For høy risiko

Jan Erik Askildsen ved Rokkansenteret har vært med på å lage en utredningsrapport om finansiering av kommunale helsetjenester, og mener at det største problemet er at mange kommuner er for små til å ta risiko ved kostnadskrevende behandling, og at det er et spørsmål om gevinsten er stor nok til å få til samarbeid mellom kommunene.

Også en rapport utarbeidet av Terje P. Hagen ved institutt for helseledelse og helseøkonomi ved Universitetet i Oslo, er kritisk til den foreslåtte fordelingsmodellen. Rapporten konkluderer med at en generell økning av det kommunale helsetilbudet ikke vil dempe etterspørselen etter spesialisthelsetjenester i vesentlig grad.

– Slik jeg ser det, er det fire hindre for samhandling i dag: Vi har tjenester på to forvaltningsnivåer, kommunestruktur og geografi er et hinder, primærhelsetjenesten er fragmentert og privatisert, og vi har profesjons- og kulturkontraster kombinert med kompetansemangel. Jeg kan ikke se at Stortingsmelding 47 fjerner noen av disse hindrene, sa lege og professor ved Universitetet i Tromsø, Olav Helge Førde på helsekonferansen «Helse i utvikling» i slutten av januar.

Terje P. Hagen var klar på samme konferanse:

– I stedet for å sette i gang en stor reform, bør vi ta oss tid til å lage pilotprosjekter og eksperimentere først. Eldrebølgen kommer ikke til å skylle over oss i 2012.

– Slå sammen kommuner

Reformen foreslår større enheter, men hvor store må helsekommunene være for å klare å gi innbyggerne et forsvarlig helsetilbud?

Tekst Ann-Kristin Bloch Helmers Foto Erik M. Sundt



RISIKO: Kommunesammenslåinger vil lette arbeidet med samhandlingsreformen, mener økonomiprofessor Jon Magnussen.

Mens Danmark har gjennomsnittlig cirka 55 000 innbyggere i hver kommune, har norske kommuner i gjennomsnitt knapt 11 000 innbyggere. Over halvparten av kommunene har færre enn 5000 innbyggere.

Økonomiprofessor ved NTNU, Jon Magnussen, mener kommunesammenslåinger vil gjøre det lettere å gjennomføre intensjonene i samhandlingsreformen.

– Alternativet er et sterkt og formalisert interkommunalt samarbeid, blant annet om økonomi.

– Hvor store bør enhetene ideelt sett være i en slik finansieringsmodell?

– Jo mindre kommuner jo større risiko.

Magnussen kommer med følgende eksempel:

– For en kommune med 10 000 innbyggere vil vi med mer enn 50 prosent sannsynlighet få et «tilfeldig» avvik mellom faktisk bruk og tildelte ressurser i størrelsesorden 5 prosent. Dette kan enten komme i form av lavere eller høyere bruk. For mindre kommuner vil sannsynligheten for større avvik være betydelig større. Ut fra dette mener noen at 20 000 er en naturlig størrelse. Som sagt vil dette avhenge både av hvordan man håndterer avvik og hvilke andre avveininger man gjør i forhold til kommunestørrelse.

– Anbefaler du pilotering av prosjekter eller ytterligere utredninger før reformen blir gjeldende for hele landet?

– Ytterligere utredninger må til, den foreliggende Stortingsmeldingen er jo mer et dokument som beskriver en visjon, enn et dokument som beskriver hvordan man skal nå den visjonen, mener han.

– Pervers

Regjeringens forslag til finansieringsmodell har også blitt slaktet av blant andre tidligere Høyre-statsråd og økonomiprofessor Victor Norman, som uttalte til Dagens Næringsliv at

insitamentene i reformen er «pervers», og vil virke mot sin hensikt.

Norman pekte på at det ikke er kommunene som bestemmer hvorvidt pasienten skal på sykehus el-

ler sykehjem, men at det er de som bestemmer kvalitet og kapasitet. På bakgrunn av det går økonomiprofessoren inn for en finansiering hvor pengene følger pasienten.

The missing link

Når virkeligheten ute i helsevesenet endres, må sykepleierutdanningen følge med. Eller er den the missing link i debatten, spør Sissel Tollefsen.

Tekst **Kari Anne Dolonen** Foto **Stig M. Weston**

Når samhandlingsreformen innføres, vil den legge føringer på profesjonsutdanningene.

– Virkeligheten ute i helsevesenet endres. Reformen stiller nye krav til helsepersonellens kompetanse, noe som igjen vil kreve endringer av innholdet i utdanningene, mener Sissel Tollefsen, instituttleder for sykepleierutdanningen ved Høgskolen i Bergen.

Hun tok opp spørsmålet på en utdanningskonferanse i regi av NSH.

– Regjeringen har som mål å styrke relasjonene mellom utdanning, praksis og forskning og utvikling i de kortere profesjonsutdanningene. Da må den offentlige forskningsinnsatsen innrettes slik at problemstillingene i primærhelsetjenesten får en større plass i medisinsk og helsefaglig forskning enn den gjør i dag, sa Tollefsen.

I tillegg mener hun samarbeidsorganene i helseforetakene må vurdere avtalene de har inngått med utdanningene, mandatet og sammensetningen av samarbeidsorganene.

Forskjellige oppdrag

I styringskravene fra myndighetene er det forskjell på kravene til helseforetak framfor kravene til kommunene.

– Myndighetene har pålagt de regionale helseforetakene å legge til rette for et riktig antall, og kvalitativt gode praksisplasser for studentene. Det gjør de i de årlige oppdragsdokumentene. Kommunene har et tilsvarende ansvar knyttet til praksisplasser, men det formidles ikke i konkrete styringskrav til den enkelte kommune, forklarte hun.

Pleie og omsorgstjenestene har i større grad enn spesialisthelsetjenesten problemer med å innfri kravene til kvalitet på veiledning til studentene fordi de mangler fagfolk eller ikke har erfarne veiledere.

– Sykehuset har et mangeårig historisk ansvar for utdanning av helsepersonell. Spesialisthelsetjenesten har som følge av behovet for kompetanse, utviklet fagmiljøer og forskning som bygger opp under dette ansvaret, sa Tollefsen.

Hun mener derfor mangelen på gode fagmiljøer i pleie- og omsorgstjenestene er en utfordring.

– For eksempel ser vi at mangel på fagmiljøer er noe av begrunnelsen for den vanskelige rekrutteringen av nyutdannede sykepleiere til sykehjem.

Samarbeid er avgjørende

– Det er tydelig i den nye samhandlingsreformen at sentrale myndigheter ser utfordringen. Det er avsatt et eget kap. 13 i helse reformen til omhandling av kompetansebygging, etablering av fagmiljøer og helsefaglig forskning. En styrking av samarbeidet mellom høyskole og kommunehelsetjenesten vil være avgjørende.

Tollefsen mener utfordringene i større grad blir å finne frem til en samarbeidsform med pleie- og omsorgstjenestene som klarer å utnytte kompetansen i praksisfeltet, samtidig som kompetansen fra utdanningene etterspørres.

I dag er det gjort mange studier og undersøkelser som viser at ny-

utdannede sykepleiere opplever at det er stor avstand mellom behovet for kompetanse i yrket og den kunnskap og kompetanse profesjonsutøveren har med seg fra grunnutdanningen.

– Hvorvidt vi skal lykkes med å møte de nevnte utfordringene i samhandlingsreformen knyttet til kompetanse og fagmiljø, vil være avhengig av om vi får til et godt samarbeid mellom utdanning og pleie- og omsorgstjenestene. Høgskolen må involvere seg i de utfordringene som pleie- og omsorgstjenestene står overfor, og som den

« En styrking av samarbeidet mellom høyskole og kommunehelsetjenesten vil være avgjørende. *Sissel Tollefsen, instituttleder*

har kompetanse til å gjøre noe med. Som for eksempel utvikling av fagmiljø, undervisning og kompetansebygging og være pådriver til helsefaglig forskning.

– Skal være generalister

Leder i NSF Student, Bård Nylund, er positiv til samhandlingsreformen, og er enig med Tollefsen om at studenter må utdannes til den virkeligheten de skal møte.

– Sykepleierutdanningen vil nok se annerledes ut om noen år, enn den gjør i dag. Når det er sagt, er det viktig at det ikke går på bekostning av kvaliteten. En nyutdannet sykepleier bør fortsatt være en generalist som skal kunne jobbe over alt i helsetjenesten, sier Nylund.



PRAKSISPROBLEMER: Mangel på gode fagmiljøer i pleie- og omsorgstjenesten gjør den mindre i stand til å veilede studenter påpeker Sissel Tollefsen, instituttleder for sykepleierutdanningen ved Høgskolen i Bergen.

Fremtiden i deres hender

Det er fremtidens helsevesen som står på spill, innsatsen er 90 000 sykepleiere, deg inkludert.

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

Som du sier, Arvid. Vi hører hva de andre sier. Klokken på veggen i syvende etasje i Norsk Sykepleierforbunds (NSF) hovedkontor viser tolv. Om en halvtime skal forbundsleder Lisbeth Normann møte Helse- og omsorgskomiteen til høring i Stortinget. Høringen er en av de desidert viktigste mulighetene for å påvirke - i tillegg til lobbyvirksomhet.

– Det er to farmasøytiske foreninger før oss. Da er det viktig å

« Jeg er veldig i tvil om medfinansiering er så lurt. *Lisbeth Normann, forbundsleder*

understreke at det ikke hjelper med riktig medisin om det ikke er sykepleiere som sikrer at riktig pasient faktisk får den, sier Anne Marie Flovik.

Små grønne lapper fylles i et frenetisk tempo.



KLAR, FERDIG...: Forbundsleder Lisbeth Normann er klar for å overbevise Helse- og omsorgskomiteen på Stortinget. Til venstre Torunn Janbu i Legeforeningen.

– Økonomi?

Anne Marie Flovik, rådgiver i samfunnspolitisk avdeling, og leder samme sted, Arvid Libak, briefer Lisbeth Normann for siste gang før høringen. Ingen av dem ser spesielt stresset ut.

– Økonomi? spør Flovik.

– Det har vi lite mening om, altså. 70-30, eller... nei, det har vi ikke tatt stilling til. Men jeg er veldig i tvil om medfinansiering er så lurt.

– Skal du si noe om det? spør Libak.

– Nei. Det vet jeg ikke.

Trykte meninger

I det pent innbundne heftet som om en knapp halvtime skal leveres komiteen, mener imidlertid forbundet noe om finansieringen. Økt kommunalt ansvar må følges opp med tilstrekkelig ressurser. «Vi vil i den forbindelse påpeke at nødvendig kapasitets- og kompetanseoppbygging i kommunene også kan løses gjennom de ordinære bevilgningene, forutsatt at disse knyttes til faglig normering og styring for å sikre god måloppnåelse,» er det skriftlige budskapet.

De to andre hovedsynspunktene NSF vil presentere for Helse- og omsorgskomiteen går på kommunesamarbeid og kompetanse. «Helsekommuner/kommuneområder som utgangspunkt for nødvendige helsetilbud er etter vår mening påkrevd. Lov og forskrift må både kreve og fremme etablering av «helsekommunesamarbeid» og hensiktsmessig finansiering, samt presisere faglige og organisatoriske krav.»

I forhold til kompetanse, er budskapet flere ansatte med helsefaglig kompetanse. Robuste fagmiljøer i de lokalmedisinske sentrene og i forebyggende helsearbeid. Og – alle nytilsatte bør være faglærte. 2 av 3 av disse bør ha minst 3-årig høyskole.

Legeforeningen er på plass

Inne ventehallen foran høringssalen fylles det opp. Norsk Fysioterapeutforbund, Norsk Ergoterapeutforbund, Norske Sykehusfarmasøytters Forening, Den norske jordmorforening, Den norske legeforening.

– Samhandling er viktig

Etter at alle har fått satt seg, leses det med skjelvende stemmer opp synspunktene fra ferdigskrevne manus. Normann skriver intenst på de små, grønne lappene, blar i papirene, og streker under.



BRIEFER: Arvid Libak og Anne Marie Flovik briefer forbundslederen en halvtime før høring.

Nå er det Sykepleierforbundets tur. Hun har fem minutter på seg for å formidle til komiteen hva forbundet, med sine nærmere 90 000 sykepleiermedlemmer, mener om det som kommer til å bli en svært omfattende endring – alle sykepleiere kommer på en eller annen måte til å merke reformen.

– Komiteen er vel allerede kjent med våre synspunkter, spør hun.

– Men vi gjentar dem gjerne.

– Ja, samhandling er viktig, og vi må holde fokus på de viktige områdene.

Tiden ute

I løpet av de første minuttene har hun vært igjennom både komunesamarbeid og kompetanse, med mest vekt på kompetanse. Hun får sagt at sykepleiere ønsker seg til arbeidsplasser med tydelig ledelse og mulighet for faglig utvikling.

– Vi mener også at det må tvinges fram et forpliktende samarbeid mellom kommunene, i form av helsekommuner.

– Når det gjelder økonomi, støtter vi oss på Legeforeningen – fordelingsmodellene må utredes grundig. Men vi mener at reformen må gjelde for alle, ikke bare de over 80.

Minuttene går fort.

– Og så støtter vi Legeforeningen i forslaget om pilotering og forsøkskommuner.

Tiden er ute.

Et par spørsmål fra komiteen, og så er det over.

Nå ligger fremtidens helseorganisering i Helse- og omsorgskomiteens hender. Der blir den liggende til 20. april. Da sendes den over til Stortinget, som behandler den 27. april. ■■■



Høring:

Fagkomiteene står helt fritt i å velge hvem som skal høres i hver enkelt sak. Sykepleierforbundet fikk fremme sine synspunkter sammen med seks andre forbund 11. januar.

Kan hjelpe mot lette kramper i bena



Et velldosert magnesiumpreparat kan fylle opp depoet hurtig og hjelpe til en avslapning i hele kroppen. Floradix Magnesium er et utmerket kosttilskudd som kan tilføre ditt daglige behov av magnesium. Oppløst i fruktjuicer og urter kan det lett taes opp i kroppen. Floradix Magnesium® er velsmakende og lett å svelge!



Floradix® Magnesium

Flytende mineraltilskuddspreparat

Kosttilskudd

Velsmakende tilskudd av 250 mg magnesium pr. 20 ml.

250 ml

Uten konserveringsmidler og fargestoffer!

life **ULTRA**
MATVAREINSEKT
REMA 1000

Floradix Magnesium® kjøpes hos Life helsekost, ULTRA, Rema 1000, helsekostforretninger og enkelte apotek.



Tlf. 23 37 37 40 • Faks 23 37 37 59
post@naturimport.no • www.naturimport.no



Foto: Scamix

USA VIL TRENGE OVER EN MILLION nye sykepleiere de neste årene, og enda flere hvis den foreslåtte helsereformen blir vedtatt.

Sykepleier-hunger i USA

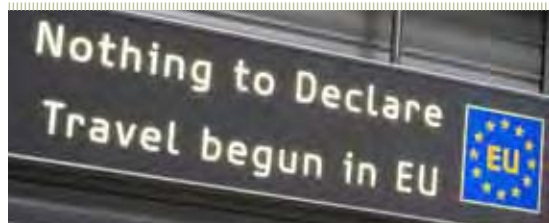
Norge kan mangle 14 000 sykepleiere om 20 år, men det er bare peanuts i forhold til hva USA behøver allerede om fire år. Der trengs mer enn 1,2 millioner sykepleiere innen 2014, et tall som bare vil bli større dersom Obamas helsereform går igjennom og 46 millioner mennesker får tilgang til helsetjenester for første gang. I Storbritannia har dette ført til vekst i rekrutteringsbyråer som for eksempel «Healthcare Locums». Selskapet har det siste året økt sine kontoransatte i USA fra tre til 20, samtidig som aksjeværdien har steget med 112 prosent det siste året.

Kilde: Financial Times

Alkoholindustrien benekter skadeomfanget

Martin McKee, professor i europeisk folkehelse ved London School of Hygiene and Tropical Medicine, advarer i British Medical Journal EU-kommisjonen mot arbeidsmetodene til alkoholindustrien. Han påstår den bruker samme taktikk som tobakksindustrien gjorde i sin tid, da den benektet at deres produkter forårsaket noen skade eller at forebyggende tiltak ville ha noen effekt. En rapport bestilt av The Brewers of Europe argumenterer for at det ikke trengs noen europeisk plan for å få ned alkoholkonsumet på tvers av grensene. Rapporten konkluderer for eksempel med at det ikke er nok bevis for at det er noen sammenheng mellom alkoholanonsering og konsum.

– Da kan man spørre seg hvorfor industrien bruker så mange penger på reklame, kommenterer McKee.



DRIKKER MER: Friere flyt av alkohol har fått sine konsekvenser for europeerne.

Dyrt med billig alkohol i EU

I løpet av januar må EU-kommisjonen bestemme seg om den vil gjøre noe med de negative helseeffektene av alkoholkonsumet, som bare har steget de siste årene i Europa. Alkoholrelaterte lidelser står for omtrent 8 prosent av sykdomsbyrden i Europa. En av årsakene er det indre markedet i EU, som i mange land har ført til lavere alkoholpriser og lettere tilgang til alkohol, mener Martin McKee, professor i europeisk folkehelse. I 2005, ti år etter at Finland ble med i EU, hadde dødeligheten av cirrhose steget med 50 prosent. I Storbritannia har denne dødeligheten økt med 136 prosent fra 1985 til 2005. EU-samfunnets alkoholrelaterte utgifter er anslått til 84 milliarder pund hvert år, pluss kostnadene for tapt liv på svimlende 182 milliarder pund hvert år.

Kilde: Kommentar i British Medical Journal

Der ute

Les mer om:

- 48** Fra fengsel til behandling i Bergen >
- 50** Harstad-sykepleier ufor av malariamedisin >
- 56** Forsker på smerte i Oslo >
- 58** Engledebatt i Oslo >
- 60** Ingen rettsak i Nordfjord >
- 61** Røde doseter i Ålesund >
- 62** Vancouvers sprøyterom overlevde >



sykepleien.no

Fag og forskningsartikler som har stått i Sykepleien og Sykepleien Forskning finner du på sykepleien.no



DER UTE SKI

Svein Gustavson har kols i fjerde og siste fase. Han har bestemt seg for å leve mens han kan. Et bærbart oksygenapparat gjør livet lettere.

Tekst **Kari Anne Dolonen** Foto **Stig Weston**

Ute er det minusgrader og ordentlig norsk vinter. For Svein Gustavson betyr det at han bør oppholde seg innendørs. Den kalde luften er ikke bra for lungene. Det første man hører idet man trer over dørstokken i et koselig hvitmalt hus på Ski, er duren av oksygenkonsentrator som står i inngangspartiet. I enden av oksygenlangen, finner vi Gustavson.

Han er kolspasient. I tillegg har han emfysem og er hjertesyk. Fram til 2008 klarte han seg med oksygen i perioder, men nå trenger han det hele tiden.

Gustavson har både stasjonær oksygenbeholder som han bruker inne, og portabelt utstyr som gjør at han kan flytte på seg. I tillegg har han oksygenmetningsmåler. Han vet han er heldig som har en slik. Det er dyrt utstyr.

Han tar frem måleren for å vise hvordan den fungerer. Displayet viser 93. Det er ikke høyt, men bra for Gustavson.

Han viser oss også hvordan det portable utstyret virker. Mens han skifter ledninger, blir pusten hans dårligere og han får vanskelig for å prate. Han setter seg ned i sofaen. Får på seg det portable utstyret.

– Nå falt oksygenet, sier han og tar en ny metningsmåling. Denne gang viser displayet 90.

– Denne episoden illustrerte i grunnen godt det jeg sa med å måle oksygenmetningen. Det er ofte svært lite som skal til for at det endrer seg. Det må fagfolk være klar når de undersøker oss, sier han.

Gustavson er en ressurssterk oksygenpasient. Han har jobbet og holdt kurs for Landsforeningen for hjerte- og lungesyke (LHL), og vært kjentmann. Når han selv ble skikkelig syk, var han derfor bedre forberedt enn mange andre. Både når det gjelder hva han har krav på, og hva han bør passe på.

– Jeg prøver å leve livet mitt med et mest mulig positivt syn. I stedet for å irriter meg over det jeg ikke får gjort, prøver jeg å glede meg over det jeg får gjort og får til, sier han.

Kalde vintermåneder er en utfordring. Han holder seg mest innendørs, men har tatt opp hobbyer og rigget seg til på kjøkkenet.

– Her driver jeg modellbygging og småsnekker, litt. Det er viktig å prøve å holde seg syselsatt, ellers går man på veggene.



Et annerledes liv

KLIMAENDRING: Svein Gustavson må stå litt og venne seg til kulda når han kommer ut.

Frykt og årsaker

Også Gustavson vært igjennom det følelsesmessige ved å bli avhengig av oksygen.

– En ting er å tenke på at mye av årsaken til at man er blitt syk, skyldes for eksempel røyking. Men jeg har tenkt litt. Jeg er gammel rørligger og blitt eksponert for mye annet som også kan ha bidratt til at jeg i dag har kols. Uansett har jeg kuttet ut å tenke for mye på har jeg har gjort. Fokuset nå er å ha det best mulig i den situasjonen jeg befinner meg i, sier han.

I tillegg mener Gustavson det er viktig å huske at da hans generasjon var ung, var røyking noe alle gjorde.

– Mange har kols fordi de har røykt. Men det er en lovlig solgt vare, og som var regnet som nokså ufarlig da jeg var ung. Bare se på gamle tv-program. Leger og andre sitter i tv-studio og røyker, minner han om.

Selv har han stumpet røyken for mange år siden, men da var skaden på lungene allerede et faktum.

En annen del er frykten som oppstår når oksygenmetningen i blodet faller. Frykten som oppstår når det tetter seg i brystet og følelsen av å kveles oppstår, er verre å bli kvitt.

Den preger også kona til Gustavson, Grethe Turid.

– Livet vårt har forandret seg. Før reiste vi mye og var mye ute. Jeg kan fremdeles reise uten Svein, men det blir ikke det samme. I tillegg er frykten med meg. Jeg er bekymret for hvordan det går med ham hjemme alene og at jeg ikke er der. Om natten er jeg også redd. Dersom Svein er stille, blir jeg bekymret, hører

og spesielt på Glittrelinikken er nyttig. Både han og kona har hatt flere opphold der.

– Det eneste er at det er lang ventetid. Men der lærer man mye, og er omgitt av dyktige fagfolk hele tiden, sier han.

– Gjennom kurs jeg har deltatt på, og kjentmannsjobben jeg har gjort for LHL, har nok jeg vært bedre rustet til å kreve undersøkelser og oppfølging. Det krever litt å ha en slik sykdom,

«Det er viktig å prøve å holde seg sysselsatt, ellers går man på veggene» Svein Gustavson

jeg at han gisper og er tungpustet, er jeg også bekymret. Heldigvis bor sønnen vår rett nedenfor. Han er i tillegg ambulansesjåfør på fritiden. Det gir litt ekstra trygghet, forteller hun.

Står på krava

Gustafson vet at mange kolspasienter ikke er flinke til å stille krav. Når han blir bedt om å gi råd til andre, nevner han kurs at på sykehus

man må passe på hele tiden, sier han.

De gangene han har vært innlagt på sykehus, har hans erfaringer vært variable.

– Det kommer an på hvem du møter. Noen sykepleiere og leger er flinke, mens andre ikke kan så mye om vår pasientgruppe. Hvis jeg skal råde sykepleiere om noe, er det å gi oss litt tid til oppgaver. Når vi for eksempel skal på toalettet, kan det ta tid. Ikke skynd på oss, men la oss bruke



den tiden det tar. I tillegg er det viktig å måle oksygenmetning når vi beveger oss. Ikke bare mens vi sitter og forholdene er ideelle, sier han.

Mange kolspasienter endrer synet de har på seg selv etter at de har fått diagnosen. De kan ikke fylle sine tidligere roller på samme måte. Pasientene opplever et misforhold mellom hvem de ønsker å være, og hvordan de føler de blir oppfattet. Det kommer frem i en forskningsstudie spesialpsykolog, Turid Nygaard Dager, har gjort.

Skipper på egen skute

Det at Gustavson har opplevd så mye forskjellig de gangene han har vært innlagt, gir ikke trygghet.

– Du må passe på hele tiden. Være skipper på egen skute, for å si det slik, sier han.

Gustavson håper at det at han står frem kan hjelpe andre. Både med å fjerne tabu, og å oppfordre andre oksygenbrukere til å tørre å kreve god behandling. Men det viktigste rådet som alle kan ta til seg, er å gjøre det beste ut av den tiden man har.



BEKYMRET: Kona til Svein Gustavsen, Grethe Turid, er ofte bekymret for mannen og følger med på pusten hans om natten.

– Forskjellsbehandling

Hvor i Norge du bor, bestemmer hvilken oksygenbehandling du får. Tilfeldigheter og økonomi avgjør – ikke de medisinske vurderinger, sier Anne Edvardsen ved Glittreklinikken.

Tekst **Kari Anne Dolonen** Foto **Stig Weston**

Oksygenpasienter er en stigmatisert gruppe. De har ofte kort levetid – kortere enn mange kreftpasienter, men får dårlig oppfølging, sier stipendiat og spesialbioingeniør ved Glittreklinikken, Anne Edvardsen.

Ettersom det ikke finnes nasjonale registre over oksygenpasienter, kan hun bare anslå hvor mange slike pasienter vi har i Norge: 2 500 – 3 000

– I Sverige har de hatt register over disse pasientene i 20 år. Hvis vi tar utgangspunkt i deres data, kan vi si at om lag halvparten er kolspasienter, mens resten består av folk med andre lungesykdommer og noen hjertepasienter. En stor gruppe er palliative kreftpasienter. Disse har svært kort levetid.

Edvardsen har jobbet mye med denne gruppen, og har blant annet hjulpet Landsforeningen for Hjerne- og lungesyke (LHL), med å utforme faktamateriell.

Forskjellsbehandling

Edvardsen etterlyser et nasjonalt register og nasjonale retningslinjer for denne pasientgruppen.

– Oksygen er et legemiddel og svært viktig for disse pasientene. Samtidig er det kanskje det eneste legemiddelet du ikke får på apoteket. Oksygenet gis fra ulike typer utstyr og det er behandlingshjelpemiddelsentralen som administrerer det. Det er store forskjeller i landet på hvordan denne oppgaven løses. En kreftpasient som trenger livsviktig medisin, får ofte det

beste og nyeste, uten at noen snakker økonomi. De får også oppfølging etter forskrifter. Når de skal på kontroll finnes i retningslinjer. Det er lett for pasientene og for fagfolk å forholde seg til. For oksygenpasienter er virkeligheten en annen, nettopp fordi det ikke finnes slike nasjonale retningslinjer og prosedyrer.

Retningslinjer på vei

Nå kan det se ut til at det er lys i tunnelen. Det jobbes med å lage retningslinjer som gjelder kolspasienter, men det kommer et avsnitt som også vil gjelde oksygenbehandling. Det vil være forankret i europeiske retningslinjer. Edvardsen håper detaljerte behandlingskriterier kan tilføyes retningslinjene i ettertid. Retningslinjene, som

utarbeides av Helsedirektoratet, skal ferdigstilles høsten 2010.

– Det viktig å få frem at oksygenpasienter er mye mer enn kolspasienter. Oksygenbehandling er ikke noe bare gamle damer trenger. Pasienter med lungefibrose eller toraksdeformiteter og kreftpasienter i palliativ fase gis også oksygenbehandling.

Kan takke seg selv

Oksygenpasienter er i tillegg en stigmatisert gruppe.

– De klager ikke. Dette er svært syke folk. Mange tenker på seg selv som røykere, og at de kan takke seg selv for den situasjonen de har havnet i, sier Edvardsen.

– Oksygenpasienter bør få utstyr som gjør at de kan leve et mest mulig aktivt liv, slik at de ikke blir lenket til hjemmet.

– Behandlingen må være individuelt tilpasset slik at man får utstyr som er tilpasset den enkeltes behov. Har man kun en oksygenkonsentrator som er stasjonær, er pasientene er koblet til maskinen med en 10-15 meter lang slange, sier Anne Edvardsen.

Å kunne bevege seg 15 meter føles som å være «en hund i bånd». Å ha bærbart utstyr gir muligheter til et mye bedre liv.

Ifølge Edvardsen er mye av behandlingstilbudet til oksygenpasienter styrt av ildsjeler og tilfeldigheter.

– Noen kommuner og sykehus har oksygen-sykepleiere som brenner for pasientgruppen og kjemper for denne gruppen. De får innført hjemmebesøk, og det blir gjort vurderinger ut fra hvilke behov pasienten har. Å finne ut hva slags liv en pasient kan leve, bør være en viktig faktor når det skal bestemmes hvilket utstyr de skal få. Andre steder finnes det ikke spesialkompetanse på denne behandlingsformen, og tilbudet blir der etter, sier hun.

– Hvorfor er det slik?

– Mye handler om økonomi. De stasjonære oksygenkonsentratorene er billigst i drift, men må

oftest kombineres med et bærbart system. Her finnes det flere ulike typer utstyr, og kostnaden for dette vil selvfølgelig variere i forhold til hvilket utstyr pasienten bruker og bosted på grunn av at oksygenet må leveres i hjemmet av gassleverandøren. Et annet poeng er at oksygentilbudet er forskjellig organisert rundt om i landet. Det er behandlingshjelpemiddelsentralen knyttet til det enkelte sykehus som administrerer selve oksygenutstyret. I trange økonomiske tider, blir det ofte slik at mange velger den billigste løsningen. Men det er ikke nødvendigvis den løsningen som faglig sett burde gis, sier Edvardsen.

«Oksygenbehandling er ikke noe bare gamle damer trenger»

Anne Edvardsen

Det er også dessverre ikke alltid spesialister i lungesykdom på alle sykehus, og mange steder har også stillinger til oksygen-sykepleiere blitt fjernet.

Ikke alle trenger det «beste»

Selv om Edvardsen er opptatt av at pasientene skal få den beste behandlingen, betyr ikke det at alle skal ha det dyreste utstyret.

– Der er mange leverandører på markedet som selvfølgelig har sine interesser. Jeg har ikke opplevd problemer med leverandører, men enkelte behandlingshjelpemiddelsentraler kan være «vrang». Mitt poeng er uansett at ikke alle oksygenpasienter nødvendigvis trenger det dyreste og mest portable utstyret. Er du en dame eller mann som kun er «hjemme» eller kun går med rullator, trenger du ikke det mest kompakte utstyret. Poenget er at det bør gjøres en faglig vurdering av hver enkelt pasient før de får utstyr, og det bør lages nasjonale retningslinjer for oppfølging slik at alle oksygenpasienter sikres lik medisinsk behandling, sier hun.

Overlatt til seg selv

Landsforeningen for hjerte- og lungesyke (LHL) får mange tilbakemeldinger fra oksygenbrukere.

– Mange føler seg stigmatisert i samfunnet. De føler at dette oppfattes som «selvforskyldt» sykdom. Å gå med slange i nesa offentlig kan være ganske belastende, og brukerne ønsker at det utvikles mindre iøynefallende oksygenutstyr, sier Inger Elling i LHL.

LHL opplyser at mange opplever i tillegg at de får for lite oppfølging fra sykehuset etter utskrivelse. De selv må skaffe kunnskap om oksygenutstyr og oppfølgingstilbudet i kommunen.

– LHL gjennomførte for noen år tilbake et prosjekt hvor målet blant annet var å skape en tryggere hverdag for oksygenbrukere. Det som da kom fram var at mange savnet en tettere og smidigere oppfølging fra kommunehelsetjenesten og lokalsykehuset sitt. De ønsket også en fast kontaktperson i helseforetaket som kunne koordinere oppfølgingen og bistå med råd og veiledning. Oksygenbrukerne understreket også betydningen av å føle seg trygge på de personene som leverer oksygen, sier Elling.

LHL mener at finansieringsansvaret for medisinsk oksygenbehandling må føres tilbake til folketrygden, og at hver pasient må få tilbud og utstyr tilpasset den enkeltes behov. ■■■

Prøv selv

Dersom du er nysgjerrig på hvordan mange kolspasienter har det. Kan du prøve å gå opp trapper i fire-fem etasjer, og kun puste gjennom et sugerør.

Fakta om oksygenpasienter

Flere lungesykdommer kan føre til at lungene ikke «leverer» nok oksygen til blodet. For eksempel kols, emfysem og cystisk fibrose. Økt slimproduksjon, hevelser i slimhinnene eller ødelagte lungeblærer (alveoler) hemmer luftstrømmen og oksygentilførselen. Oksygenmetningen bør være 90 prosent eller høyere. Oksygenbehandling kalles «langtids oksygenbehandling» eller bare LTOT.

Forskning viser at oksygenbehandling er livsforlengende når utstyret brukes det meste av døgnet. Hovedregelen er å bruke oksygen opp mot 24 timer i døgnet. Da får man størst gevinst. Standard er minst 15 timer per døgnet og helst i minst 18 timer.

Men ingen regel uten unntak. Erfaring viser at

enkelte har nytte av ekstra oksygen bare noen timer på dagtid – når de er i aktivitet. De føler at de klarer å være mer i aktivitet når de bruker oksygen på denne måten. Enkelte kan derfor få forskrevet slik oksygenbehandling. Da må dette utprøves, og nytteverdien vurderes for den enkelte.

Oksygen kan tilføres fra tre ulike kilder:

- ▶ fra oksygenkonsentrator hvor oksygen hentes fra luften i rommet. Denne produserer oksygen på stedet.
- ▶ fra oksygenkolbe (også kalt flaske) med komprimert oksygen. Her får du nye kolber levert på døra.
- ▶ fra termos med flytende, nedkjølt oksygen. Du fyller

termosen fra en større tank med flytende oksygen som du har stående hjemme.

LHLs kolstinje

LHL har en egen kolstinje. Telefonen blir besvart av erfarne sykepleiere. Tjenesten er gratis på grønt nummer 800 89 33

KONTROLL: Den stasjonære oksygenmåleren gir oversikt over tingenes tilstand.



Sykepleier Tove Gunleiksrud er på Haiti for å bistå etter jordskjelvet.

Hennes vanskeligste oppdrag hittil

Tove Gunleiksrud, som er både operasjons- og anestesisykepleier, dro i det første teamet sendt av Norges Røde Kors til den karibiske øystaten som ble rammet av katastrofen 12. januar. Hun har kontrakt på fire uker og er fortsatt der.

Glad for å være der

Nødhjelpskoordinator Hossam Elsharkawi dro til Haiti i samme team som henne, og kom tilbake etter to uker.

Han forteller at det er ekstremt mye å gjøre, og at alle i teamet er veldig slitne.

– Men de står på hele døgnet.

Det har ikke vært mulig for Sykepleien å få telefonkontakt med Gunleiksrud på Haiti. Men Elsharkawi sier at hun elsker å være der og at hun opplever å gjøre en god jobb.

– Men dette er hennes vanskeligste oppdrag noensinne.

Nødhjelpsarbeiderne bor i telt og

har ikke mer komfort enn innbyggerne som er rammet.

– Selv om oppdraget er veldig tøft, er hun glad hun er med, kan Elsharkawi fortelle.

Bra å være litt redd

Sykepleien snakket med Gunleiksrud, som til vanlig jobber på sykehuset i Tønsberg, noen timer før hun satte seg på flyet til Haiti. Det var to dager etter katastrofen.

Hun visste ikke da at det skulle gå flere dager før de klarte å komme inn i landet med feltsykehuset de hadde med seg.

Hun fortalte at telefonen fra Røde Kors dagen etter jordskjelvet ikke kom uventet siden hun står på beredskapslisten. Hun måtte ikke tenke seg om for å si ja og var glad hun skulle jobbe med kjentfolk.

– Det er en stor fordel. Det betyr at vi kan være kjempestøtte for hverandre, sa hun.

Gunleiksrud har erfaring med slike oppdrag siden 1990-tallet. Hun har vært i Afghanistan og i områder med jordskjelv og tsunami.

– Det er en styrke at jeg har gjort det før, understreket hun.

Hun sa at man alltid skal være litt redd på slike oppdrag, for da blir man påpasselig. Men hun følte seg også trygg på at Røde Kors ville ta seg sikkerheten hennes.

Operasjonssykepleier Siri Fure og anestesisykepleier Målfrid Nes reiste i samme team som Gunleiksrud.

Jordmor på fødselssykehus

Jordmor Veronica Gran fra Leger Uten Grenser er også på Haiti-oppdrag. Hun dro 16. januar og blir i en måned.

Gran har vært aktiv i faggruppen for kvinnehelse i Leger Uten Grenser. Hun har erfaring fra nødhjelpsarbeid i Liberia.

Leger Uten Grenser har arbeidet på Haiti siden 1991, og drev tre sykehus der da jordskjelvet rammet øyen. Ett av sykehusene prioriterer nå fødselshjelp, gynekologiske tjenester og mor-barn-helse. Det er der Gran arbeider, sammen med lege Morten Rostrup.

11. februar reiser sykepleier Monica Falk til Haiti. Hun skal primært jobbe postoperativt på et av sykehusene til Leger Uten Grenser. Hun jobber ellers på akuttmottaket på Ullevål sykehus. ■■■

Tekst Marit Fonn Foto Røde Kors



SLITNE: Anestesi- og operasjonssykepleier Tove Gunleiksrud og anestesilege Arthur Halvorsen har tøffe tak i Haiti. Men de opplever å gjøre en god jobb.



***REFERANSELISTE:**

Iron absorption from ferrous biglycinate and ferric triglycinate in whole maize is regulated by iron status. The American Journal of Clinical Nutrition, Vol.71, No. 6, 1563-1569, June 2000.

US Food and Drug Administration: Agency Response Letter GRAS Notice NO.GRN 000019, 30.09.1999.

Safety Evaluation of Ferrous Biglycinate Chelate. Pergamon Research Section, Food and Toxicology 37, 723-731, 1999.

Effectiveness of Iron Amino Acid Chelate on the Treatment of Iron Deficiency Anemia in Adolescents. Journal of Applied Nutrition, Vol. 46, No. 1 & 2, 1994.

Repleting Hemoglobin in Iron Deficiency Anemia in Young Children through Liquid Milk Fortification with Bioavailable Iron Amino Acids Chelate. Journal of the American College of Nutrition, Clinical and Laboratory Pearl, Vol. 17, No. 2, 187-194, 1998.

Skånsom med maksimal effekt:

En ny generasjon jerntilskudd

AminoJern Ferrochel er en ny generasjon jerntilskudd som kjennetegnes ved sin unike opptaksmekanisme. AminoJern Ferrochel absorberes opptil fire ganger bedre enn tradisjonelle jerntilskudd. Jerntilskuddet er meget stabilt og man unngår at jern felles ut og danner fritt jern i tarmen, noe som kan gi bivirkninger som kvalme, treg eller løs mage.

En rekke kliniske studier viser at AminoJern Ferrochel absorberes og utnyttes svært godt.* Jernlageret bygges effektivt opp selv ved lave doser. Det er lett å administrere AminoJern Ferrochel da det kan tas sammen med måltid

uten at effekten reduseres. Jerntilskuddet kan trygt anbefales da det ikke inneholder verken gluten, sukker, melk eller animalske ingredienser. Anbefalt døgndose er en tablett, tilsvarende 25 mg jern.

AminoJern markedsføres som et kosttilskudd av Vitalkost AS og føres av Vitus, Ditt Apotek og helsekostforretninger.

For spørsmål eller bestilling av vår informasjons-pakke (produktprøve, fagbrosjyre og pasientbrosjyrer på norsk, urdu og somali), ta kontakt på tlf 33 00 38 70 eller send e-post til post@vitalkost.no.



Vitalkost
Tlf 33 00 38 70
www.aminojern.no

Intensivsykepleier Stig Steinkjær har fått 2,6 millioner i yrkesskadeerstatning.

Ble ufør av malaria

Fakta:

Bruk av legemiddelet Lariam til forebygging av malaria førte til at Stig Steinkjær til slutt ble ufør. Fire år etter at plagene kom, fikk den tidligere FN-sykepleieren erstatning.

Intensivsykepleier Stig Steinkjær (43) fra Harstad skulle på FN-opdrag i Sudan. Han tok malariaforebyggende medisin, men tålte den ikke. Han ble ufør. Nå har han fått 2,6 millioner i erstatning.

Det var i 2005 skaden oppsto. Før Steinkjær skulle til Sudan for å være sykepleier, måtte han teste ut medisinen Lariam som malariaproylaks. Dette gjorde han da han var på forberedelsessamling på Sessvollmoen leir; én tablett per uke i tre uker. Poenget var å finne ut om han reagerte med psykose, en av bivirkningene til dette medikamentet.

Suste i øret

Tre dager før han skulle ta siste tablett, kjente han seg uvel og kvalm. Han trodde han var matforgiftet. Til tross for ubehaget tok han den siste pillen med Lariam.

Han ble dårligere og dårligere, men krekete seg opp på kontoret. Mens han satt ved datamaskinen, ble det plutselig stille i det ene øret, samtidig som det suste kraftig. Han trodde det var kollegene som tullet med ham, og idet han skulle snu seg, ble han voldsomt svimmel. Han måtte krype for å komme seg over gulvet.

Vanlige bivirkninger

Svimmelhet og balanseforstyrrelser står oppført som noen av de vanligste bivirkninger for legemiddelet Lariam. Mindre vanlige bivirkninger kan blant annet være sinnsforvirring, hallusinasjoner, aggresjon og psykotiske

og paranoide reaksjoner – og øresus.

Tilstanden varte et par måneder. Han brukte stav og rullestol for å komme seg fram. Medisinen har lang halveringstid, og det tok tre måneder før virkestoffene var ute av kroppen.

Ble bedre i Sudan

Men øresusen, svimmelheten og hørselstapet besto. Likevel dro han til Sudan den høsten – mot legens råd. Han var så giret på å gjøre en innsats. Han var der i tre måneder. Som malariaforebygging tok han nå antibiotikumet Doxylin.

I Sudan ble plagene dempet, blant annet på grunn av alt dagslyset. Duren fra et strømaggregat utenfor soverommet dysset ham i søvn hver natt.

Men da han kom hjem til jul, måtte han ta fatt i plagene igjen. Søvnproblemene og andre senfølger gikk

«Takk og pris! Jeg var sjeleglad da NSF tok over.» *Stig Steinkjær*

Ny mening med livet

– Det føles vanvittig bra. Den økonomiske tryggheten gjør hverdagen mindre bekymringsfull, sier Stig Steinkjær.

Han takker den norske velferdsstaten og ikke minst fagforbundet sitt.

– Jeg ble medlem i 1995 da jeg var student. Takk og pris! Jeg var sjeleglad da NSF tok over. Jeg følte saken var i trygge hender

Han syntes det var betryggende å vite at NSF-advokaten bare jobber for medlemmene, uten egen agenda.

– En privatpraktiserende advokat kan jo være ute etter også å mele sin egen kake.

Tapt inntekt

De 2,6 millionene er erstatning for ervervsmessig inntektstap og menerstatning for varig medisinsk skade. Han har fått sannsynliggjort at han

ville hatt en høyere inntekt enn vanlig hvis han ikke hadde blitt syk. Han hadde nemlig tatt sikkerhetskurs i offshore og hatt kontakt med arbeidsgiver om jobb i Nordsjøen. Fordi han kunne dokumentere dette, ble erstatningen høyere enn han ellers ville fått.

– Griseflaks! sier han om det.

Han forteller at karrieremennesket i ham fikk en god følelse da han ble intensivsykepleier i 2003.

– Jeg tok videreutdanningen som et springbrett. Tenkte dette var noe å bruke ute i verden, og at det ville

medisin

ut over humøret. Han møtte veggen. Det gikk særlig ut over familien, og han ble etter hvert skilt.

Usynlige plager

I et halvt år fortsatte Steinkjær i jobben på intensivavdelingen på Hålogaland sykehus. Men det tok på. Plagene var usynlig for andre, men han måtte hele tiden kompensere for sin nedsatte funksjonsevne. Hørselstapet svekket retningssansen, så han fikk ikke med seg hvilke alarmer som gikk på avdelingen. De trange korridorene og den dunkle belysningen på pasientrommene trigget svimmelheten. Han innså at det ikke gikk.

I juni 2006 ble han sykmeldt. Etter hvert ble han enig med Nav og arbeidsgiver om at han ikke kunne fortsette i jobben. Det var ikke mulig for sykehuset å tilrettelegge for ham. Da han ble oppsagt, var han innforstått med det.

Tok kontakt

Han tok selv straks kontakt med Nav, Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) og Forsvaret og fikk skaden registrert. Bakgrunnen fra helsevesenet gjorde at han visste hvor han skulle henvende seg. Han opplevde å få god hjelp.

I mars 2006 kontaktet han fylkeskontoret i Norsk Sykepleierforbund (NSF). Advokat Marit Gjerdalen i NSFs forhandlingsavdeling tok over saken i desember.

I november 2009 kom det endelige svaret om erstatning: 600 000 kroner fra arbeidsgiveren Forsvaret via Statens Pensjonskasse. I 2008 hadde han fått 1, 8 millioner kroner fra legemiddelprodusentens lovpålagte forsikring i NPE og knappe 175 000 kroner i ménerstatning fra NPE og Nav.

bli en styrke å ha FN-arbeid på cv-en.

Så skjedde altså det som ikke skulle skje. Alt ble kullkastet. Han er én av to personer i Europa har fått disse bivirkningene av Lariam, som fortsatt brukes av norske soldater.

Er ikke bitter

– Hvordan har du det nå?

– Det dreier seg om nyorientering. Jeg har måttet finne ny mening med livet.

Steinkjær innrømmer det var trist å miste jobben.

– Men når det er blitt som det er

blitt, er jeg ikke bitter fordi jeg fikk sparken. Det er ikke synd på meg. Jeg har tross alt en god del av helsa i behold, sier han.

Han har jo jobbet i helsevesenet og sett hva mange sliter med.

Alltid svimmel

Steinkjær har et godt nettverk. Han har 11 søsken og 2 barn. Han har tatt opp sin store lidenskap å gå i fjellet.

Nå er han litt svimmel hele tiden. Han har kronisk tinnitus, og har engasjert seg i Hørselshemmedes Landsforbund. Det har blitt fire kurs



NYORIENTERT: Stig Steinkjær er her i Oslo på vei til kurshelg for å lære å bli tinnitus-telefonist, som han kaller det. Han har måttet nyorientere seg etter at han ble ufør. Reisevesken fikk han på FN-oppdraget i Sudan.

om tinnitus. Nå tar han nok et kurs for å lære å bli telefonvakt for folk med tinnitus.

– Hva er mestringsstrategien for å leve med konstant øresus?

– Å unngå direkte stress. Være i velværesonen. I ubehagelige omgivelser blir man mer oppmerksom på øresusen. Jo bedre jeg har det, desto mindre plager.

Han passer på å leve strukturert, og går jevnlig turer. Og setter stor pris på å være gjeldfri. ■■■

Tekst og foto **Marit Fonn**



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

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

Ultralyd

Begrepet ultralyd er allment kjent blant leg og lærd. Nye måter å bruke teknikken på, og et nytt mini-ultralydapparat kan revolusjonere arbeidet på anestesivdelingen.

Min interesse for ultralyd ble trigget da vi på Bærum sykehus fikk en ny anestesilege som brukte ultralyd til innleggelse av arteriekanyler. Vedkommende visualiserte arterien ved hjelp av et transportabelt ultralydapparat og traff arterien ved første stikk.

Vi hadde sett anestesileger bruke ultralyd til å lokalisere store vener for innleggelse av sentrale venekateter og for å finne nerveplexus for lokalbedøvelse, men nå åpenbarte det seg en mulighet vi ikke hadde innsett tidligere.

Slipper mislykkede stikk

Anestesisykepleiere skal som kjent være eksperter på å få inn perifere venekanyler, men for noen pasienter oppleves det nok ikke slik allikevel. Så utfordringen i fremtiden er at vi lærer oss å bruke ultralyd. Da kan vi lettere finne perifere og også mer sentrale vener og pasientene slippe få mange mislykkede stikk.

Årets ingeniørbragd 2009 er faktisk et ultralydapparat på størrelse med en mobiltelefon som man lettvis kan ta med seg i lommen. Produksjonen av dette apparatet er startet.

Det vil ikke bli tillatt å kjøpe apparatet til privat bruk. Noen sier at dette vil det 21. århundrets stetoskop.

Ekkoeer

Ultralydapparatet produserer lydbølger som stråler inn i kroppen og som gir et ekko av stråler tilbake som gir et bilde av strukturene under

huden. Evnen til å måle forskjellige ekkoer som reflekteres fra de forskjellige vevstypene, gir en mulighet til å konstruere et skyggebilde. Ultralyd er spesielt nøyaktig for å se skillet mellom faste og væskefylte vev. Det er samme prinsipp som tillater SONAR på båter å se bunnen i sjøen.

Forberedelse av pasient til ultralydundersøkelse er minimal, men som før nevnt er det viktig med godt fylt urinblære ved fosterdiagnostikk. Ellers er bruk av gel nødvendig for å hindre at lydbølgene sprer seg, men går konsentrert gjennom huden.

Vanskelig ved fedme

Lydbølgens fysiske egenskaper begrenser noen muligheter for undersøkelse og behandling. Blant annet kan ikke lydbølger trenge veldig dypt inn i vev, slik at ved ekstrem fedme kan fremstillingen bli dårlig.

Hvis det er gass mellom proben og organet som skal fremstilles, blir billedkvaliteten dårlig. Som ved fosterundersøkelse er det viktig med mye væske i urinblæren for å fortrenge gassfylte tarmslynger for å gi bedre bilder. Av samme grunn er ultralyd ikke egnet for undersøkelse av lunger, som jo er luftfylte.

Ultralyd går dårlig gjennom ben. Ellers er selvfølgelig fremstillingen avhengig av en flink bruker. Det er ikke funnet noen skadelig effekter ved bruk av ultralyd, men noe usikkerhet blir nevnt ved bruk av ultralyd med høy intensitet.

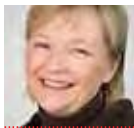
Gravide og barn

For pasientgrupper hvor røntgenstråler er en potensiell risiko, som for eksempel hos gravide og barn, kan ultralyd brukes for å se etter tilstander som blindtarmsbetennelser eller stein i urinveiene.

Man har ultralydprober som brukes ved laparoskopiske (kikkhullsteknikk) operasjoner direkte på organer for å fremstille/lokalisere tumorer som ikke presenterer seg direkte på overflaten av organet, som ved for eksempel svulster i leveren når disse skal fjernes.



Andre faste bidragsyttere:



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



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



Espen Helge Aspnes er seniorrådgiver i Sintef og innovasjonsrådgiver for InnoMed i Midt-Norge. E-post: EspenHelge.H.Aspnes@sintef.no

Gjertrud Langnes

Alder: 53 år

Yrke: Sykepleier

Jobber: Hjemmetjenesten i Vestre Aker bydel i Oslo, Vindern distrikt

Vil ikke være sjef

Jeg liker å se mennesket i sitt eget hjem, med sin egen historie rundt seg.

Som hjemmesykepleier bidrar jeg til at folk kan få bo i sitt eget hjem så lenge som mulig. Jeg får ofte følge dem til livets slutt, noe jeg synes er veldig meningsfylt. I hjemmesykepleien ser man folk som en helhet mye mer enn på sykehus. Dermed oppdager man også flere typer behov. Vi må bruke det kliniske blikket, fange opp hvilken tilstand brukeren er i, noe brukeren kanskje ikke klarer å formidle selv. Kommunikasjon er noe av det vanskeligste i sykepleien, og jeg liker den utfordringen.

Jobben er veldig variert. Brukerne har mange forskjellige tilstander. Det kan være en 60-åring med kreft som snart skal dø, eller en med psykiske lidelser, mange med demens og naturligvis mange med vanlige, fysiske pleiebehov.

Det er veldig viktig å være til stede i nuet når man går inn døra til en bruker. Er man hundre prosent til stede i fem minutter, kan det være like verdifullt for brukeren som om man er inne femten minutter og tenker på alle man skal til senere på dagen. Klarer man det, føles det heller ikke så travelt. Jeg tar meg ekstra tid hos brukeren hvis jeg ser behovet. Jeg kan spørre «hvordan har du det egentlig?» når jeg ser det er nødvendig. Da vet jeg at det går ti minutter ekstra. Men jeg bare gjør det, og finner tid å spare inn på noe annet.

Jeg har hatt denne jobben i 12 år. Så lenge fordi vi har så godt arbeidsmiljø og faglig miljø og god sykepleiedekning.

Jeg har jobbet i hjemmesykepleien siden 80-tallet, men har hatt perioder på sykehus, sykehjem og på skole. Jeg ser at tjenesten har utviklet seg. Vi har blitt mye mer bevisste på tidsbruk. Men jeg tror vi også har blitt mer profesjonelle. Det er nødvendig siden liggetiden på sykehus er blitt kortere og folk har mer sammensatt sykdomsbilde på grunn av økt levealder. Vi har rett og slett flere brukere av tjenesten. Dette krever høy sykepleierkompetanse.

Dokumentasjon og administrative oppgaver tar cirka 45 prosent av vår tid, og tiden hos brukeren er cirka 55 prosent, som jeg synes er for lite.

I vår bydel har vi fritt brukervalg. Det har gjort oss mer oppgaveorientert. Økonomien blir noe vi tenker på, og det henger litt over oss. Det må dokumenteres hva vi virkelig bruker av tid hos brukeren i forhold til vedtaket, slik at vedtaket eventuelt kan justeres etter brukerens behov. Vi ønsker å opprettholde et godt kommunalt tilbud, slik at bydelen får de nødvendige inntekter og vi ikke mister stillinger. Oppi dette er det viktig å ikke glemme helheten.

Selv om jeg har lang erfaring, vil jeg ikke tilbake til stilling som leder eller administrator. Jeg ønsker å bruke min erfaring i møtet med brukerne. ■■■

Fortalt til Ellen Morland Foto Erik M Sundt

HJEMME HOS KNUT STORMOEN får Gjertrud Langnes se bilder fra karrieren som alpinist og utforkjører.





STREIKENS FØRSTE DAG: Sykepleiere fra private sykehjem i Oslo er på det første streikemøtet tirsdag 26. januar. De får informasjon i lokalene til Norsk Sykepleierforbund. Forsamlingen utgjør mange nasjonaliteter, for på disse arbeidsstedene jobber det for eksempel russiske, indiske, tyske, svenske, polske, litauiske og filippinske sykepleiere. For mange er dette første gangen de streiker.

Sånn er det også for Anne Limi (nummer 3 fra høyre), som er avdelingssykepleier på Midtåsenhjemmet. – Saken er kjempeviktig. De fleste har lav lønn. Vi må ha minstesatser, mener hun.

Tekst og foto **Marit Fonn**

Hvorfor har hun mer vondt enn ham?

Muskelsmerter og kjønn

I en norsk studie rapporterte kvinner om signifikant mer muskelsmerter enn menn, samt vondt på flere steder enn menn.

- ▶ Nakkesmerter: Kvinner 43 prosent, menn 26,9 prosent
- ▶ Skuldersmerter: Kvinner 39,5 prosent, menn 27,4 prosent
- ▶ Korsryggsmerter: Kvinner 38,6 prosent, menn 29,3 prosent

Kilde: Kamaleri et al, 2008 i tidsskriftet Pain.

Smerteteori

Nervesignaler som leder til smerte kalles nocisepsjon. Hjernen tolker nociseptive signaler kontinuerlig og vurderer om de skal oppfattes som smerte eller ikke. Disse signalene filtreres på alle nivåer i sentralnervesystemet via smertemodulerende systemer som igangsettes av hjernen. En hypotese for hvorfor noen personer utvikler smerter, er at det smertemodulerende systemet ikke fungerer som det skal, og slipper gjennom for mye.

Det er stille på forskningsrommet i andre etasje hos Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI). Sykepleier og masterstudent Maria Gullander har festet to nåler i leggmuskelen 10 cm nedenfor kneet til forsøksperson Marianne Råen. Så trykker hun på en knapp på datamaskinen sin. Plutselig rører de to nålene seg og foten til Råen gjør et rykk innover mot den andre foten.

– Hvordan var den?
 – En mellomting mellom ikke-grei og grei.
 – Smertefullt?
 – Nja, litt bedre enn de som var verre, men jeg kjente den jo...

Råen blir bedt om å angi smerten hun følte da x antall milliampere strøm ble kjørt inn i leggmuskelen, på en skala fra 0 til 10. Det er vanskelig å være like konkret hele tiden, men hun svarer så godt hun kan. Gullander noterer svarene og gjør samme øvelse med et metallelement som avgir varme på underarmen til Råen. Fordi opplevelsen av smerte varierer fra person til person, er det viktig å «nullstille» forsøkspersonene på denne måten først. Til slutt er Råen ferdig kalibrert og forsøket kan begynne.

Muskler som hud?

Forskerne er enige om at kvinner har mer vondt enn menn. Men de strides om å forklare det. Er kvinnene bare mer sutrete enn menn, jobber de mer og velger de seg mer belastende yrker? Eller er det biologiske forskjeller som

gjør at de oftere blir arbeidsuføre enn menn på grunn av muskel- og skjelett-lidelser?

STAMI har satt i gang et studentprosjekt i folkehelsevitenskap som sykepleier Maria Gullander har valgt som sitt mastergradsprosjekt ved Universitetet for miljø og biovitenskap i Ås. Hypotesen er at det er biologiske forskjeller som forklarer en del av forskjellen. Hun tror at menns smertehemmende system fungerer bedre enn hos kvinner.

– Det er allerede gjort en del studier på kjønnsforskjeller i smerteopplevelser i hud, blant annet i Canada, som tyder på at de to kjønnenes smertemodulerende systemer fungerer ulikt. Nå skal vi se om det samme gjelder for muskler og skjelett også, sier hun.

Syklusen viktig

I undersøkelsen skal 40 personer – 20 av hvert kjønn – utsettes for smerte i leggen i form av elektrisk stimulering fra to nåler i muskelen. Samtidig skal armen utsettes for en mindre smertefull stimulering i form av varme opp til 50 grader. Tanken er at varmen skal virke som en såkalt kondisjonering. Varmesmerten aktiverer et smertehemmende system i kroppen, slik at smerten i leggen blir mindre.

Kvinner mensstruasjonsyklus er delt i tre. I første og tredje del er kvinner mer følsomme for smerte. Derfor skal kvinnene som inkluderes i studien være i sin andre fase, det vil si mellom dag 12 og 14.

– Da tåler de mer fordi smertehemmingen i kroppen fungerer bedre, opplyser Gullander.

Er kvinner dysfunksjonelle?

– Hvis vi finner en kjønnsforskjell, vil det være en indikasjon på at kvinners smertehemmende system fungerer dårligere i forhold til menn, sier forsker Dagfinn Matre, veilederen til Gullander ved STAMI.

– Hvorfor skulle naturen ha innrettet oss slik?

– Det er det vanskelig å spekulere i.

Matre påpeker at det også kan være andre årsaker som ligger til grunn for både et dårligere fungerende smertehemmende system og en økt følsomhet for smerte. Risikofaktorer kan for eksempel ha ulik virkning på kvinner og menn.

– Det vil kreve flere studier over flere år for å slå fast dette, denne studien vil bare være en brikke i puslespillet, sier han.

Variasjon hos begge kjønn

Sykepleier og professor Tone Rustøen ved Høgskolen i Oslo tror det både er sosiale, psykologiske og biologiske årsaker til kjønnsforskjellene i smertetoleranse og smerteterskel. Hun sier til forskning.no at selv om det er tydelige forskjeller på smerte mellom kjønnene, så er variasjonen innad hos begge kjønn større.

Dagfinn Matre synes det er vanskelig å være så bombastisk, men sier det er godt dokumentert at det eksisterer



SMERTEFORSØK: Marianne Råen (til høyre) betaler gjerne litt smerte for å hjelpe Maria Gullander med å finne ut en mulig medvirkende årsak til hvorfor kvinner har mer vondt enn menn.

kjønnsforskjeller både når det gjelder klinisk smerteforekomst, smerter framkalt i laboratoriet og analgesi.

– Noe av det som kompliserer studier av kjønnsforskjeller er at skillet mellom kjønnene ikke er så klart som man gjerne vil tro. Man skiller både mellom biologiske forskjeller mellom kvinne og mann, og mellom mer psykologiske og sosiologiske forskjeller på feminitet/maskulinitet. Kjønn blir dermed en kontinuerlig variabel, sier han.

Kan endre smertebehandling

Hos STAMI er Gullander og Råen godt i gang med forsøket. En serie med bare elektriske stimuleringer skal etterfølges av en serie med både elektrisitet og varme, før det til slutt igjen kjøres en serie med kun elektrisitet. Først på den ene leggen, så på den andre.

– Det kan være store forskjeller på

hvordan personene reagerer, men også stor forskjell mellom høyre og venstre side. Noen rapporterer helt likt, mens andre har legger som ligger i øst og vest, sier Maria Gullander.

– Vil funnene dine få noen praktisk betydning?

– Dersom det er signifikante for-

finne en forklaring på kjønnsforskjellene, sier Gullander.

Etter to og en halv time er de ferdige. Optiker Marianne Råen honorerer med 150 kroner per time for tapt arbeidsfortjeneste. Hun meldte seg på studien til Maria Gullander da hun så en plakat om det.

«Det kan også være stor forskjell på høyre og venstre side.» Maria Gullander

skjeller mellom kjønnenes biologiske evne til å hemme smerteopplevelsen, vil det på sikt kunne få en betydning for det regime som brukes i dag til å behandle smerte. Men dette er grunnforskning som først og fremst søker å

– Jeg jobber selv med forskning på øyeavdelingen på Ullevål og vet hvor vanskelig det er å rekruttere forsøkspersoner, sier hun. ■■■

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

Trenger flere deltakere

Smertestudien trenger flere deltakere mellom 18 og 45 år. Har du lyst? Send en e-post til Marja.Gullander@stami.no

Rekrutteringen til pleieyrkene går trådt. Ikke rart, mener mange.

– Pleie- og omsorgssektoren er arbeidslivets tredje verden

Skyldes rekrutteringskrisen at pleieyrkene er fanget i en kvinnerolle som har gått ut på dato? Studenter, sykepleiere, forskere, høyskolelektorer og et par journalister hadde møtt opp i NSF's kantine for å diskutere Runar Bakkens bok «Englevakt». På web-tv kunne fylkeskontorene også følge med.

Siden hjelpepleiere og ufaglærte

utgjør størsteparten av de ansatte i pleie- og omsorgssektoren, var også Fagforbundet på plass ved debattbordet, representert av seksjonsleder Kjellfrid Blakstad. Eli Gunhild By er fylkesleder i NSF Oslo, og tok noen timer streikfri for å debattere, mens Tonje Thorbjørnsen jobber som prosjektleder i Helsedirektoratet og representerte altså byråkratiet. Ingrid

Wergeland fra Manifest analyse ledet debatten.

Få til noe kraftfullt

Etter at alle de fire i debattpanelet hadde sagt sitt, var det tid for spørsmål og innlegg fra tilhørerne.

Halvard Vike har selv forsket på rekrutteringsproblemer i mange år. Han oppfordret panelet til å bli enige om en plattform som kan gjøre budskapet kraftfullt, og på den måten få til en bedring av rekrutteringen til pleie- og omsorgssektoren.

– Man kommer ikke langt med gode intensjoner alene, sa Vike. Og kom med følgende kraftsalve:

– Det er ingen tvil om at disse yrkene vi her snakker om er arbeidslivets tredje verden.

Fort kurert

NSF's studentleder, Bård Nylund, var også klar i sin tale til panelet. Han synes ikke det er rart at pleie- og omsorgssektoren har rekrutteringsproblemer, og belyste det på følgende vis:

– Hvis jeg en gang tenkte at eldreomsorgen skulle få dra nytte av min kompetanse som ferdig utdannet sykepleier, så ble jeg fort kurert etter min sykehjemspraksis. Jeg er fryktelig lite interessert i å gå kveldsvakt hvor jeg har ansvar for egen avdeling, ansvaret for avdelingen over meg og under meg. Det er også lite fristende for meg å jobbe på et sted der den eneste faglige støtten jeg har å konferere med er mitt eget speilbilde. Dette representerer en arbeidshverdag jeg over hode ikke er interessert i, sa Nylund. ■■■

«Man kommer ikke langt med gode intensjoner alene» Halvard Vike



KLAR TALE: Bård Nylund i NSF Student er ikke forundret over at nyutdannede ikke vil jobbe på sykehjem.

Tekst og foto Kari Anne Dolonen



Snart 60 år.
Man tror det er løgn.



Helse Førde kaster inn håndklet.

Ingen rettssak om arbeidstida ved Nordfjord sjukehus



FAKSIMILE fra Sykepleien nr. 17/09.

Helse Førde trekker tilbake arbeidstidsordningen for sykepleierne ved anesthesi- og operasjonsavdelingen ved Nordfjord sjukehus. En ordning som ville gitt sykepleierne 110 000 kroner i lønnsreduksjon.

I fjor høst ble 14 anesthesi- og operasjonssykepleiere ved Nordfjord sjukehus i Sogn og Fjordane pålagt å arbeide etter en turnusplan som innebærer at deler av den avtalte arbeidstida inneholder passiv tjeneste – såkalt vakt på vaktrom. Konsekvensen av pålegget var at sykepleierne i gjennomsnitt ville få en lønnsreduksjon på rundt 110 000 kroner på årsbasis.

Tre sykepleiere har sagt opp som følge av den nye arbeidstidsordningen.

NSF støvnet arbeidsgiver Helse Førde og arbeidsgiverorganisasjonen Spekter inn for Arbeidsretten for brudd på inngått overenskomst.

NSF fornøyd

Kravet fra NSF var at Helse Førde ble pålagt å avvikle arbeidstidsordningen, og at helseforetaket etterbetaler det økonomiske tapet de 14 sykepleierne er påført. Saken var satt opp til behandling i Arbeidsretten neste måned.

Nå er NSF og Helse Førde blitt enige om at sykepleierne ved Nordfjord sjukehus går tilbake til den opprin-

nelige arbeidstidsordningen, og at sykepleierne får etterbetalt det økonomiske tapet de er påført som følge av den nye arbeidstidsordningen.

– Vi er fornøyd med å slippe å ha saken i en rettssak, sier NSF's forbundsleder Lisbeth Normann.

Videre forhandlinger

Framover vil partene diskutere arbeidstida for å ta vare på de tilsette sine behov og foretaket sine interesser.

Dersom de lokale partene ikke kommer til enighet, vil saken bli lagt fram for NSF og Spekter for eventuell bistand. ■

Tekst Bjørn Arild Østby



Høgskolen i Molde

Vitenskapelig høgskole i logistikk

Helse- og sosialfaglige videreutdanninger 2010/11

- Master i helse- og sosialfag (120 stp)
- Tverrfaglig videreutdanning i psykososialt arbeid med barn og unge (60 stp)
- Videreutdanning i aldring og eldreomsorg (60 stp)
- Videreutdanning i psykisk helsearbeid (60 stp)
- Videreutdanning i praksisveiledning (10 stp)

Felles for alle studiene:

- Deltidsstudier
- Tett oppfølging
- Gode praksisplasser
- Søknadsfrist 15.4.10
- Oppstart høsten 2010
- Detaljert info. på

I tillegg tilbys videreutdanninger i **Voldsrisikovurdering** (15 stp) **Voldsrisikohåndtering** (15 stp) i Oslo i samarbeid med Ullevål univ.sykehus. Se www.himolde.no for info om søknadsfrister og studiestart.

www.himolde.no

På Skarbøvik sykehjem blir det mindre søl med doseter i en frisk farge.

Røde doseter for demente

Post 2 på Skarbøvik sykehjem i Ålesund er en skjermet avdeling for spesielt verbalt og fysisk utagerende demente. Pasientene ble ofte urolige og sinte i toalettsituasjoner. Det var også sølete på toalettet når enkelte av mennene som ordnet seg selv hadde vært der.

Etter å ha diskutert litt fram og tilbake, kom personalet til at noe av problemet kanskje skyldtes nedsatt syn hos pasientene og at lyse, jevne farger kan være vanskelige å skille. Dermed kjøpte de to røde toalettseter som de monterte der det tidligere var hvite seter. Det er nå to-tre år siden, og erfaringen er så god at de gjerne bringer tipset videre gjennom Sykepleiens spalter.

Stor forbedring

– Dette har vært til stor hjelp. Pasientene ble mer samarbeidsvillige og mindre utagerende når de forstod hvor de skulle sette seg. Jeg antar at mange ikke så toalettet og derfor ble redde for å falle, eller ikke oppfattet situasjonen de var i, sier avdelings-sykepleier Tove Slyngstad.

Mindre søl har det også blitt etter at skillet mellom toalettsetet og gulvet er lettere å se.

– Rødt er vel ikke akkurat kjent for å være en beroligende farge?

– Nei, men det var nå den fargen de hadde som ikke var hvit.

– Den har vel snarere rykte på seg for å være litt erotisk?

– Ha-ha! Ja, vi har mange utfordringer i løpet av en dag, men foreløpig har vi ikke merka noe til en slik effekt.

Svart i Sverige

Demensekspert og overlege Sven Peter Wetterberg ved geriatrisk av-



SYNLIG SETE: – Før hadde vi daglig vanskelige toalettsituasjoner. Med røde toalettseter skjer det mye sjeldnere, sier avdelings-sykepleier Tove Slyngstad (til venstre) og geriatrisk sykepleier Inger Storheim.

deling på Ullevål, sier til Sykepleien at han ikke har hørt om ålesundvarianten før.

– Men en av mine erfarne sykepleiere sier at dette er et kjent fenomen. I Sverige bruker de gammeldagse, svarte doringer og lokk på demensavdelinger, og passer på å ha kontrasterende farger på gulv og vegger for å gjøre orienteringen lettere. Jeg har også hørt at man ikke skal servere kokt torsk med hvit saus og poteter på en hvit tallerken, da mangelen på kontraster gjør at pasienter kan ha vanskelig for å se og oppleve maten.

«Mangelen på kontraster gjør at pasienter kan ha vanskelig for å se.»

Sven Peter Wetterberg, demensekspert

– Dette tror jeg det er noe i, sier Slyngstad og forteller at de også passer på å ha dusjmatten i en annen farge enn hvit, slik at pasientene lettere ser hvor de skal stå når de dusjer. ■■■

Tekst Eivor Hofstad Foto André Pedersen

Clyde Wright (bildet) kan fortsatt gå til sprøyterommet Insite i Vancouver.

Vant rettssak om canadisk sprøyterom

Den konservative regjeringen i Canada liker ikke Vancouver sprøyterom. Siden 2003 har rusavhengige fått sette sprøyter med ulovlige stoffer som heroin, kokain og metaamfetamin under medisinsk overvåking av sykepleiere.

Ifølge den konstitusjonelle lovgivningen har staten ansvaret for det juridiske rundt kriminalitet, mens

Sykepleien hadde en reportasje fra sprøyterommet i Vancouver våren 2009.

Anke ventes

15. januar ble det klart at staten ikke kan overprøve provinsens rett til å bestemme over sitt eget helsetilbud. Det var British Columbia Court of Appeal som kom fram til dommen.

skattebetalernes penger i et forsøk på å stenge et tilbud som forskning viser har en helseeffekt. Pengene bør heller brukes på å starte flere tilbud for å hjelpe rusavhengige, sier Peter McKnight, spaltist i avisa The Vancouver Sun.

– Unike tiltak

Norsk Sykepleierforbund (NSF) sendte en delegasjon til Insite i april i fjor for å se og lære hvordan de arbeider med skadereduksjon blant rusavhengige der. Spesialrådgiver Svein Roald Olsen var en av dem som var med. Han er også glad for dommen:

– Dette er gode nyheter for sprøyterommet Insite, som over flere år har dokumentert sin legitimitet gjennom tilbagemelding fra brukerne og forskningsresultater. Tiltaket har bidratt til redusert infeksjonsfare, gitt økt trygghet og større verdighet for hjemløse rusavhengige i Vancouver.

Han mener også at sprøyterommet både i Vancouver og i Oslo representerer unike tiltak i sine respektive land.

– De ansatte har begge steder vist en evne til å jobbe systematisk og har dokumentert sin virksomhet gjennom forskning og gode evalueringer. Likevel har begge tiltakene måttet leve med en usikker fremtid. Derfor er det nå gledelig at begge sprøyterommene har mulighet til å videreføre sin virksomhet, ikke minst juridisk, sier Olsen. ■■■

Tekst Eivor Hofstad

«De bør ikke anke, heller bruke penger på nye tilbud.» Peter McKnight

provinsene har ansvaret for helse-tilbudet til canadierne. Dermed har det lenge vært uklart om driften av sprøyterommet Insite i Vancouver egentlig er lovlig. Stat har stått mot provins i dette spørsmålet i flere år.

Både nåværende og forrige ordfører i Vancouver er glade for utfallet så langt.

– Vi skal ha et halvt dusin av slike trygge injeksjonssteder over hele landet, sa tidligere ordfører Philip Owen til en jublende folkemengde utenfor tinghuset i Vancouver da dommen ble kjent.

Det er ventet at staten vil anke dommen, og saken vil da komme opp for Høyesterett.

– Jeg synes ikke det er en god idé å anke, og jeg tror ikke regjeringen vil få medhold. Regjeringen bør ikke bruke millioner av dollar av

TRYGGERE HER: Indianeren Clyde Wright er en av de mange rusbrukerne som bor i Vancouver Downtown Eastside og som føler seg tryggere etter at sprøyterommet Insite kom. Sykepleien besøkte sammen med NSF sprøyterommet Insite i april i fjor, og skrev om det i nummer 7/09.



Bli med på et fantastisk elvecruise!

Nå har du sjansen til å bli med på en uforglemmelig tur til Russland. Vi går om bord på skipet i St. Petersburg, hvor tankene helt naturlig ledes tilbake til Peter den Store og Katharina den Store. St. Petersburg er med sine kulturskatter Russlands aller vakreste by. Vi besøker Kizji, som med sine idylliske kirker, kapeller og hus av tre, er en av Russlands største turistattraksjoner. Vi fortsetter til Goritsy, Jaroslavl og Ugliti og siste stopp Moskva. Vi drar på bytur, vi besøker Kreml og ser en rekke av Moskvas andre store severdigheter.

Avreise: 21. mai 2010
Pris per person kr. 15.750,-
(tillegg for enkeltrom)

Prisen inkluderer: Fly Oslo - St. Petersburg og Moskva - Oslo, alle skatter og avgifter, skandinavisk reiseleder, utflukter og entréer i henhold til dagsprogram, 11 dagers cruise på M/S Litvinov med opphold i valgte kahyttkategori, hjelpensjon på skipet, besøk i det russiske Statscirkus, rustkammeret på Kreml, transport fra lufthavn til skipet i St. Petersburg og fra skipet til lufthavn i Moskva, samt visum til Russland.

For mer informasjon og booking:
Ring Albatros Travel 800 58 106.
Kontorets åpningstider er:
Mandag til fredag kl. 09.30 – 17.00
eller gå inn på www.albatros-travel.no/sykepleien.
Oppgi annonsekode SYKL02 ved påmelding.

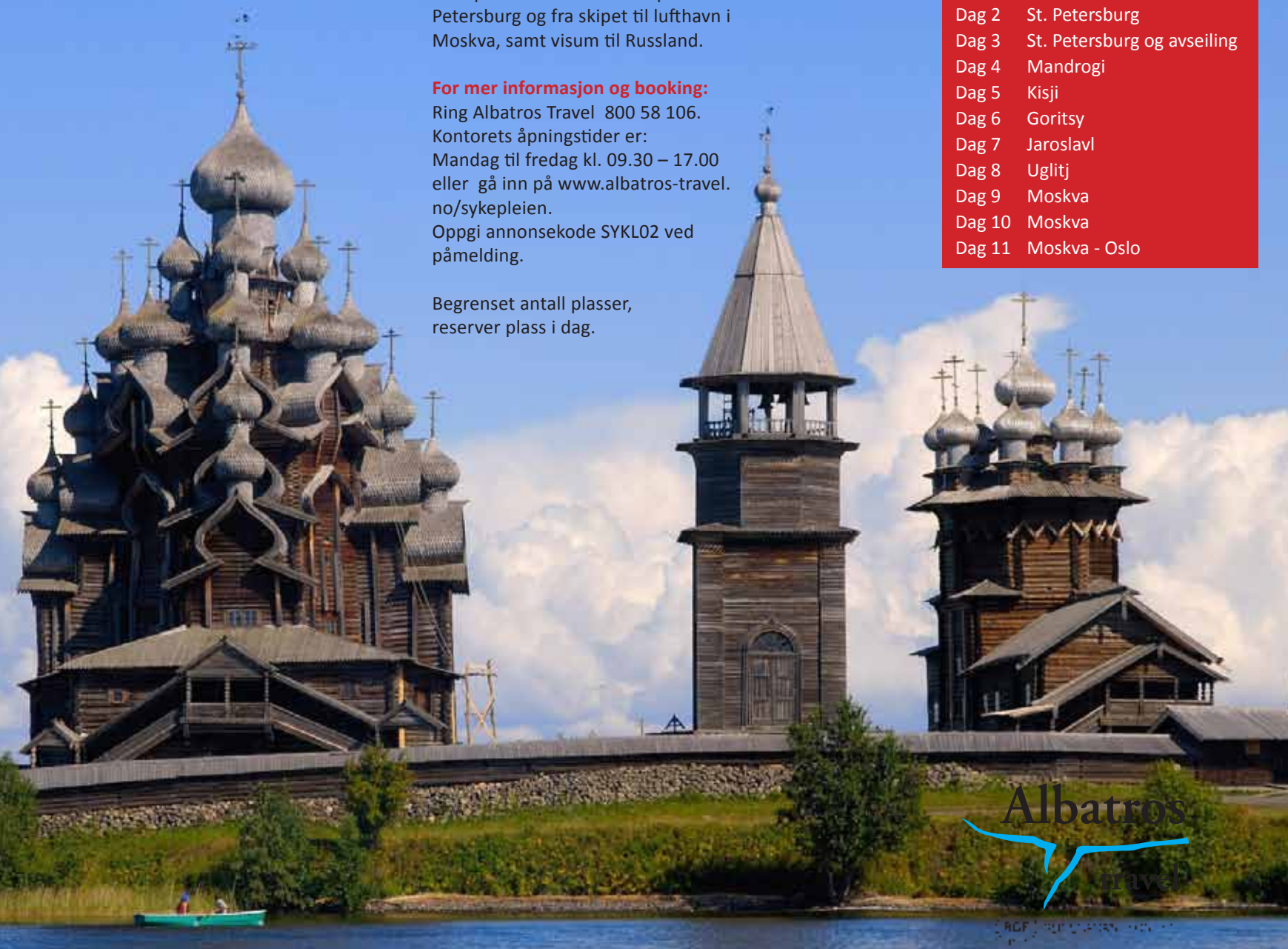
Begrenset antall plasser,
reserver plass i dag.



Dagsprogram

Dag 1	Oslo - St. Petersburg
Dag 2	St. Petersburg
Dag 3	St. Petersburg og avseiling
Dag 4	Mandrogji
Dag 5	Kisji
Dag 6	Goritsy
Dag 7	Jaroslavl
Dag 8	Uglitj
Dag 9	Moskva
Dag 10	Moskva
Dag 11	Moskva - Oslo

kun
15.750,-
Avreise 21. mai 2010



Albatros
travel

Oslo har 19 flerkulturelle ansatte i ambulansetjenesten, ikke bare én.

Vil ha flerkulturell ambulansesstab

OM TØYEN-SAKEN:

I Sykepleien 01/2010 ble hendelsen på Tøyen og ambulansetjenesten kommentert. En kvinne døde mens hun ventet på hjelp i leiligheten. Ambulansepersonalet følte seg truet av pårørende og ventet med å gå inn før politiet kom til stedet.

Sykepleien 01/10 uttalte lederen av organisasjonen mot offentlig diskriminering Akenaton Oddvar De Leon at det bare er én ambulansesjåfør i Oslo som har innvandrerbakgrunn.

Han påpekte at 25 prosent av Oslos befolkning kommer fra et annet land.

– Oslo er en flerkulturell by. Det må gjenspeiles i staben, sa han.

Helge Bærland i Ambulansetjenesten Oslo og Akershus er helt enig i det, men vil altså rette opp det han mener er feil.

– Kommer flere

Det er 19 flerkulturelle ambulansesjåførere i Oslo og Akershus. Fire-fem er stasjonert i Oslo sentrum, ifølge Bærland.

– Vi jobber – og har jobbet i årevis – for å rekruttere ansatte med utenlandsk bakgrunn. Jeg har holdt på med dette i 15 år, sier han.

Bærland er faglærer i ambulansefaget og kjører også selv ambulanse.

Blant de 19 er det blant annet folk fra afrikanske land og Balkan.

– Og det kommer flere, lover Bærland.

Totalt er det 400 ansatte i tjenesten. – Det betyr at det bare er 5 prosent med utenlandsk bakgrunn?

– Den prosenten vil vi gjerne ha høyere. Vi ønsker å avspeile samfunnet.

– Er det kvinner blant de utenlandske? – Nei, bare menn. Det er kjempevan-

skelig å rekruttere utenlandske kvinner. Men vi har ganske mange norske.

120 000 årlige oppdrag

Ambulansetjenesten har som kjent vært i hardt vær, både etter den såkalte Ali-saken og nå saken på Tøyen, som var tema i intervjuet i Sykepleien 01/10.

– Hardt press for tiden, men kanskje særlig på AMK-sentralen denne gangen?

– Vi er jo verktøyet for AMK, så det henger sammen. Det er fryktelig trist det som skjedde på Tøyen. Men vi har 120 000 oppdrag i året og fikk bare 12 skriftlige klager i fjor, sier Bærland. ■■■

Tekst Marit Fonn

Meld dere på Dytt's store

Nyttårsmarsj

15. februar skal sykepleiere fra hele landet fiktivt gå fra Oslo til Stockholm. Dann lag på arbeidsplassen og bli med i aktivitetskonkurransen dere også. Registrer den daglige aktiviteten deres på dytt.no, og følg vandringen på kartet. I topplistene kan dere også sammenligne resultatene deres med ansatte fra andre sykehus eller organisasjoner. Det viktigste er uansett at man blir litt mer fysisk aktiv, og derfor er alle som når frem til målet i tide med i trekningen av reisegavekort. Kom i form, og ha det gøy sammen!

Start 15. Februar med målgang 22.april.

Les mer om konkurransen på www.dytt.no.

Dytt AS info@dytt.no tlf 22 33 59 00.



Fag & bøøker

HJELP HJEMME: Helsetjenesten i kommunen hjelper barn og unge med psykiske problemer på deres egen arena. Les om hvordan et slikt lavterskeltilbud kan spisses og organiseres på side 66. Illustrasjonsfoto: Erik M. Sundt

3 om kulturkunnskap

Anbefalt av
Ragnhild Magelssen,
sykepleier og
sosiolog

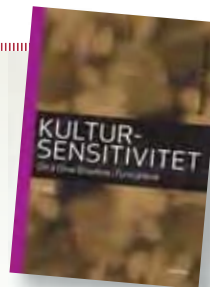
REIDUN BRUNVATNE
Flyktninger og asylsøkere i helsetjenesten

Formidler både erfarings- og forskningsbasert kunnskap og gir en oversikt over aktuelle lover og forskrifter for norsk helsevesen i møte med flyktninger og asylsøkere.



RAGNHILD MAGELSSEN
Kultursensitivitet. Om å finne likhetene i forskjellene

En lærebok i sosialantropologi, med empiri hentet fra sykepleiesituasjoner. Viser at norske helsearbeidere og innvandrere har behov for gjensidig læring om hverandre.



CORA ALEXA DØVING
Integrering.

Teori og empiri
Får en til å reflektere over norsk innvandringsdebatt, integrering, multikulturalisme og kollektive rettigheter.





Grethe Arnegård Cederkvist, helsesøster, Psykisk helsetjeneste for barn og unge, Familiesenteret, Andebu. Artikkelen er skrevet i forbindelse med fullført spesialistutdanning ved R.BUP

Hjelper på hjemm

Psykisk helsetjeneste i kommunen hjelper barn og unge på deres egen arena.

Veilederen for psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene (heretter Veilederen) står det at en av kommunens overordnede oppgaver i det psykiske helsearbeidet for barn og unge er å «gi hjelp og behandling for dem som trenger det på lavest effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet). De som kan behandles i kommunen, skal behandles i kommunen»(1). Dette representerer en klar dreining fra tidligere, der kommunens primære oppgave var å forebygge, mens spesialisthelsetjenesten skulle behandle. Det utfordrer kommunene til å tenke nytt om sin egen organisering og kompetanse.

Spisset lavterskeltilbud

Tidligere har enkelte kommuner brukt midler fra Opptrappingsplanen for psykisk helse (2) til å øke helsesøsterstillingene. Andre kommuner har organisert ulike lavterskeltilbud spisset mot denne gruppen barn og unge, med psykologer, psykiatriske sykepleiere eller helsesøstre med videreutdanning i psykisk helsearbeid.

Hensikten med denne artikkelen er å presentere et eksempel på organisering og innhold i et slikt spisset lavterskeltilbud, samt argumentere for hvorfor en kommunal psykisk helsetjeneste bør prioriteres. Artikkelen er skrevet med utgangspunkt i egne erfaringer gjennom seks år i psykisk helsetjeneste for barn og unge i Andebu kommune. Dette er et lett tilgjengelig lavterskeltilbud for barn og ungdom fra 0-18 år lokalisert i familiesenteret, der foreldre og samarbeidende instanser kan ta kontakt. Det er et nært samarbeid med de andre faggruppene på familiesenteret som barnevern, helsestasjon og psykisk helsetjeneste for voksne. Vi har faste samarbeidsmøter (tverrfaglige team) med skoler, barnehager og BUP og tilbyr vurderingssamtaler, individuelle/familiesamtaler, råd/veiledning til foreldre, lærere, førskolelærere og eventuelle andre faginstanser. Vi som er ansatt er to helsesøstre med treårig spesialistutdanning i psykisk helsevern for barn og unge fra R.BUP (Regionsenter for barn og unges psykiske helse). En helsesøster har metodefordypning i psykoterapi med ungdom, den andre har fordypning i sped- og småbarns psykiske helse.

Arbeidet inneholder tre hovedområder som jeg vil beskrive i det følgende:

- › Vurdering
- › Oppfølging
- › Tverrfaglig samarbeid

Disse områdene overlapper og vil gjensidig påvirke hverandre.

Vurdering

Veilederen framhever at viktige oppgaver i et kommunalt lavterskeltilbud er å gi tidlig og rask vurdering av type og omfang av videre hjelpebehov, samt å henvise til riktig hjelpetiltak (1). Vurderingen skal sikre at barnet og familien får riktig hjelp på et tidligst mulig tidspunkt. Det å komme tidlig til kan medføre at forløpet av lidelsen blir av kortere varighet, og får derfor også betydning for omfang av hjelpebehov og prognose (3).

Psykisk helsetjeneste for barn og unge legger vekt på å være lett tilgjengelige for foreldre og samarbeidspartnere. Det er ulike grunner til at foreldre tar kontakt. De fleste henvender seg fordi de er bekymret for barnets eller ungdommens psykiske

Det er avgjørende å kunne skille somatiske plager fra psykiske vansker.

helse og trivsel. Noen ønsker råd og veiledning i hvordan de kan hjelpe barnet med å takle vanskelige situasjoner som skilsmisse, alvorlig sykdom eller dødsfall. Noen tar kontakt først når problemene har toppet seg og gir uttrykk for fortvilelse og maktesløshet. Uansett hva som måtte være foreldrenes behov er det viktig å ta bekymringen deres på alvor.

Den første samtalen med foreldrene eller barnet/ungdommen vil alltid ha to målsettinger – informasjon og relasjon. Gjennom dialog med foreldrene må helsesøster danne seg et bilde av hva barnet/ungdommen eller familien har behov for. Det er viktig å avklare hvilke tjenester man kan tilby i den kommunale psykiske helsetjenesten, og vurdere behovet for tjenester fra andre instanser. I første møtet er det avgjørende at foreldrene opplever å bli forstått og bekreftet, og at de får håp om at forandring er mulig.

Mestringsperspektiv

I møtet med barnet/ungdommen og familien i et kommunalt lavterskeltilbud er det viktig å ha fokus på hva som hemmer, men først og fremst på hva som fremmer psykisk helse. For å få til dette må helsesøster lytte og lete etter mestringshistorier (5). Et mestringsperspektiv kan i større grad enn et sykdomsperspektiv avdekke nye muligheter og ubrukte sider hos den hjelpesøkende og i deres omgivelser. Man må spørre etter forhold

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

Søkeord:

- › Barn
- › Helsesøster
- › Psykisk helse
- › Kommunehelsetjeneste



ebane



som man vet har betydning for barns motstandskraft og egenverd – som kompetanse og tilhørighet (6,7). Har barnet en nær venn, eller en nær fortrolig? Hva mestrer barnet? Er det noe barnet er spesielt god på? Hvilken støtte har barnet i familie og nettverk?

Differensialdiagnostisk kunnskap

I kartleggingsfasen er det også nødvendig med kunnskap om barne- og ungdomspsykiatri – symptomer og differensialdiagnostikk. Psykiske vansker refererer til symptombelastning som for eksempel grad av angst, depresjon, søvnvansker og så videre. Vanskene vil, avhengig av type og symptomer, i ulik grad påvirke daglig funksjon i forhold til mestring, trivsel og relasjon til andre mennesker. Psykiske lidelser henspiller på psykiske vansker av en slik type eller grad at det faller inn under diagnosekriteriene (1). I tillegg til alvorlighetsgrad er tidsperspektivet et viktig element for vurderingen, samt om det er en opphopning av flere plager eller symptomer og om symptomene er aldersadekvate (7).

Differensialdiagnostisk kompetanse er nødvendig for å kunne vurdere om barnet eller ungdommen trenger behandling, utredning eller oppfølging, hvilken type behandling eller oppfølging og hvilken instans som har den rette kompetansen og mandatet til å utføre dette. Det er også avgjørende å kunne skille somatiske plager fra psykiske vansker. Samarbeid med fastlegen vil ofte være nødvendig for å utelukke somatisk sykdom.

Kartleggingsverktøy

Hvilken informasjon som er nødvendig å innhente avhenger av problematikken og vil variere fra barn til barn. Samtalen med barnet/ungdommen gir informasjon om hans eller hennes egen opplevelse av situasjonen. En gjennomgang av forhistorien og familiens livssituasjon sammen med foreldrene (anamnese) vil gi nødvendig bakgrunnsinformasjon. Et kartleggingsverktøy som egner seg godt for førstelinjen er «Firefotingen» som er utviklet av Hilchen Sommerschild (7,8). Denne arbeidsmodellen innhenter opplysninger fra fire perspektiver: symptomer, utvikling (sosial, motorisk og språk), personlige egenskaper og oppvekstmiljø. I et slikt intervju vil man få tak i ressurser og problemområder, barnets utviklingshistorie, belastninger og muligheter i miljøet – og det gir rom for å utforske relevante

områder ytterligere. Man kan ellers bruke ulike kartleggings-skjema, observasjon eller innhente informasjon fra lærere eller helsestasjonen (etter samtykke fra foreldre).

På bakgrunn av informasjon om symptomer/anamnese, barnets egen forståelse og en tilpasset kartlegging, vurderes hvilke tiltak som best kan hjelpe barnet, og om det er behov for henvisning til spesialisthelsetjenesten eller annen instans.

Oppfølging

I arbeidet med barn, ungdom og familier må helsesøster jobbe med å etablere en allianse både i forhold til barnet/ungdommen og foreldrene. En terapeutisk allianse innebærer å bli enig om en felles målsetting og en felles forståelse av oppgavene man skal jobbe med, men henspiller også på selve båndet mellom terapeut og klient (4). Psykoterapiforskningen viser at en god terapeutisk relasjon er det forholdet som har størst betydning for behandlingsresultatet (9,10,11). I kommunen vil det likevel ikke være slik at målet med alliansen først og fremst er viktig

HJELP TIL SELVHJELP: Det kommunale helsetilbudet til barn og unge med psykiske problemer fokuserer på barnets eller ungdommens ressurser og mestringsevne. Illustrasjonsfoto: Colourbox



for behandlingsprosessen. Det er like viktig at en god relasjon vil bidra til å etablere tillit til hjelpeapparatet generelt eller motivere til å ta imot hjelp fra annen instans (12).

Det hender at barnet, foreldrene og (eventuelt henviser) har ulike og kryssende forventninger om hva de ønsker hjelp til. De oppfatter problemet forskjellig og kan også i ulik grad

være motivert for å få hjelp. (5) Å lytte til barnets og foreldrenes oppfatninger vil være første steg mot å oppnå en allianse. Det er viktig å få fram barnets/ungdommens egen motivasjon og ønsker tidlig i prosessen. Hvorfor kommer barnet til samtale? Hva tenker barnet selv om «problemet»? Det barn og ungdom selv bringer med seg og deres evne til å involvere seg, har sannsynligvis avgjørende effekt på utfallet av behandlingsforløpet (5). Det er derfor viktig å legge til rette slik at barnet/ungdommen og foreldrene får uttrykt sine forventninger, og fortalt om sin bekymring og mulige bestilling.

Behov for ulik tilnærming

For å møte mangfoldet i et lavterskeltilbud, bør man ha en fleksibel og eklektisk tilnærming i møte med barnet/ungdommen og familiene. Det er naturlig å fokusere på mestring og salutogenese (7,13,15). Løsningsfokuseret tilnærming, utviklingsfrem-

Hjemmebesøk gjør at samtalen i større grad foregår på familiens premisser.

mende samtaler (14), psykoedukasjon (7) og kognitive teknikker er nyttige verktøy. Valg av metode/tilnærming må tilpasses hvert enkelt barn/ungdom. Samtidig vil systemperspektivet være framtrepende i førstelinjen, der man har mulighet til å jobbe tett på familie og nettverk i barnets/ungdommens naturlige miljø.

På barnets arena

Å være i førstelinjen er en unik posisjon fordi man kan hjelpe barn og unge på deres egen arena. En del av det psykiske helsearbeidet i et lavterskeltilbud kan klinisk og metodisk ligne på annet terapeutisk arbeid med barn og unge. Men et kommunebasert tilbud handler i tillegg om å betrakte individet ut ifra deres sosiale kontekst og være oppmerksom på hvordan denne påvirker dem. Det er lettere å se denne sammenhengen ved å oppsøke barnet på barnets arenaer. Viktige spørsmål er: Hva slags støtte finnes i omgivelsene og hvordan kan barn, ungdom og deres familier styrkes for å identifisere og løse egne problemer? Helsesøster må lete etter muligheter hos individet/familien og intervensjoner med tanke på å styrke barnets/familiens egne mestringstrategier. Slik kan de i større grad selv håndtere aktuelle og framtidige utfordringer. Det særegne med klinisk arbeid på et lavterskelnivå i kommunen er at man fokuserer mer på forebygging enn kurativ virksomhet. Det er ønskelig å komme inn med tidlig hjelp, før problematikken blir for fastlåst, for å styrke den enkeltes mestringsevne mens den er intakt (5).

Tradisjonelt har psykisk helsearbeid foregått på hjelperens kontor, eventuelt ved institusjoner. I kommunen har man mulighet til å være fleksibel med hensyn til arena, som for

eksempel ved hjemmebesøk, eller samtaler på skoler. Hvilke konsekvenser får det når man endrer oppfølgingsarena? Det er vel så viktig å kjenne barnet/ungdommen som å ha kjennskap til hans/hennes problemer (16). Å møte barn og unge på deres hjemmebane (hjem/skole) gir en unik mulighet til å bli kjent og kan bidra til økt forståelse av barnets situasjon. I møte med beskjedne, stille barn kan et besøk hjemme hos barna gi rom for samtaleemner som engasjerer barnet og bidra til å etablere en relasjon. Når foreldre og barn får velge oppfølgingsarena kan det resultere i mer varierte og nye kombinasjoner av tilnærming (17), samt at det gir barn, unge og foreldre større medvirkning. Hjemmebesøk gjør at samtalen i større grad foregår på familiens premisser.

Tverrfaglig samarbeid

Et kommunalt lavterskeltilbud er avhengig av et nært samarbeid med andre instanser. Det kreves samarbeid både for å fange opp barn som har psykiske/psykososiale vansker, og for å følge opp tiltak rundt barn/ungdom.

Samarbeid om identifisering

Vi vet at 10–15 prosent av alle barn/ungdommer sliter med psykiske vansker som påvirker deres funksjonsnivå (18). Samarbeid med skole og andre kommunale instanser om å identifisere disse er viktig for å intervensjonere tidlig. Et kommunalt lavterskeltilbud som er tilgjengelig for henvendelser er ikke nok. Det er også viktig å være synlig på skoler og i barnehager, slik at man etablerer en relasjon til ledelsen og lærerne som gjør det lettere for dem å ta kontakt. Tverrfaglige team på skolene og temasamlinger om barn og unges psykiske helse har også vist seg å bidra til felles oppmerksomhet rundt psykisk helse i skole og barnehager. Dette er i tråd med anbefalinger fra en fersk NIBR-rapport (Norsk institutt for by- og regionforskning) (19). I rapporten oppfordres det sterkt til fortsatt å fokusere på skolens bidrag til det kommunale psykiske helsearbeidet. I en annen NIBR-rapport (20) hevdes det at 79 prosent av alle barn og unge som mottar hjelp fra PPT har psykiske problemer. Dette viser at PPT er i kontakt med mange barn og unge som har behov for hjelp knyttet til psykisk helse, og derfor har en unik mulighet til å fange opp barn tidlig.

Samarbeid om vurdering og oppfølging

Ifølge veilederen innebærer koordinering på individnivå: «å gi barn, unge og deres familier et helhetlig og individuelt tilpasset tilbud»(1). Ved samtykke fra foreldre kan ulike instanser samarbeide (21). I saker med sammensatte eller vanskelige problemstillinger vil det være nyttig med en tverrfaglig og -etatlig drøfting som kan gi ny forståelse og dermed et bredere grunnlag for å velge rett intervensjon. God dialog med BUP er viktig for å avklare rett nivå. Ansvarsgrupper og individuell plan er koordineringsverktøy som kan sikre samordning. Det som er avgjørende i saker der man jobber parallelt, er å avklare ansvarsforhold og mandat.

Sykepleiers/helsesøsters rolle

Helsestasjonene og skolehelsetjenesten har en unik mulighet til å forebygge og fange opp psykiske plager. Disse tjenestene når ut til de fleste, virker lite stigmatiserende, og det er mulig å kombinere et primærforebyggende perspektiv med spesielt fokus på utsatte grupper (18). Samtidig er det grunn til å spørre om

de rammene en helsesøster vanligvis har i skolehelsetjenesten, gir rom for nødvendig oppfølging av barn/ungdom som strever psykisk. På mange skoler har helsesøster kun tre timer annen hver uke. I disse timene skal det vaksineres, drives helseundersøkelser og helseopplysning i tillegg til oppfølgingen av barn med psykiske/psykososiale vansker. Mange helsesøsterkontorer er dessuten lite egnet som samtalerom, og «drop-in»-prinsippet kan medføre avbrytelser og liten forutsigbarhet.

Kompetanse og organisering

Relevant kompetanse og hensiktsmessig organisering er avgjørende for å gi et godt tilbud til barn og unge som strever med psykiske vansker. Breddekunnskap er nødvendig fordi man ofte er den første som møter barnet/ungdommen i forhold til aktuell problemstilling. Som helsesøster har man kompetanse innen helsefag, forebygging, utviklingspsykologi, tilknytnings-teori og normalutvikling. Den somatiske kompetansen gjør at sykepleiere har gode forutsetninger for å fange opp tilstander i grenseland mellom kropp og psyke som utmattelsessyndrom, hodepine, stress, angsttilstander, overgrepssproblematikk, spiseforstyrrelser, enurese/enkoprese, med mer. Spesialistutdanning i psykisk helsevern for barn og unge gir i tillegg kompetanse om psykiske lidelser og terapeutiske intervensjoner.

Et tverrfaglig sammensatt team med helsefaglig, psykolog-faglig og eventuelt sosialfaglig kompetanse vil styrke et kommunalt lavterskeltilbud og gi økt effektivitet fordi det tilfører profesjonsspesifikke oppgaver. Dette er i tråd med anbefalinger fra folkehelseinstituttet (18) som hevder at det er behov for å styrke det faglige innholdet i kommunalt psykisk helsearbeid, slik at det framstår som et tverrfaglig og tverretatlig fagfelt.

Utfordringer

Hovedutfordringene ved et slikt spisset lavterskeltilbud er knyttet til de samarbeidende instansers prioriteringer og avklaringer om hvem som skal gjøre hva. Et dilemma er for eksempel oppfølgingen av barn som er avsluttet hos BUP, enten fordi de ikke møter opp eller fordi utredningen er avsluttet. Noen av disse barna har fremdeles omfattende vansker som byr på utfordringer for skole, hjem og nettverk. De vil ha behov for

oppfølging over tid. Dilemmaet i et lavterskeltilbud er om man skal prioritere disse barna, eller barn som med relativt liten innsats kan hjelpes raskt og dermed forebygge forverring eller at vanskene blir kroniske. Det kan også være vanskelig for barn/ungdom som har fått en god relasjon til hjelper i 1.-linje og bytte behandler ved behov for henvisning til BUP.

Konklusjon

I artikkelen har jeg presentert en mulig tilnærming til å arbeide med barn/unge med psykiske vansker i kommunen. Med høy kompetanse kan man bidra til forebygging gjennom tidlig intervensjon. Arbeidet omfatter vurdering, oppfølging og

Med et godt tilrettelagt lavterskeltilbud kan flere barn og unge få oppfølging og behandling i kommunen.

tverrfaglig samarbeid, og disse områdene overlapper hverandre. Gjennom tidlig identifikasjon og rask vurdering kan vi sørge for at barnet/ungdommen får hjelp før problemene blir for omfattende. Samarbeid med barnehage og skole er nødvendig for å identifisere barn med psykiske vansker. En tverrfaglig/tverretatlig vurdering vil gi en utvidet problemforståelse som i størst mulig grad sikrer barnet riktig hjelp på rett nivå. Med et godt tilrettelagt lavterskeltilbud kan flere barn og unge få oppfølging og behandling i kommunen. Det overordnede målet er å styrke barns, unges og foreldrenes egne ressurser og deres egen mestringsevne.

Sykepleiere/helsesøstre med tilleggskompetanse innen psykisk helsearbeid vil være godt rustet i møte med spekteret av problemstillinger man møter i en kommunal psykisk helsetjeneste. Forhold som kompetanse, organisering og tilgjengelighet av tjenester, begrenser og muliggjør hvilke utviklingsprosesser som iverksettes. ■■■

LITTERATUR

1. Sosial- og helsedirektoratet. (2007): Velleder i psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene
2. Sosial- og helsedepartementet (1997-1998) st.prp. nr. 63 Opptrappingsplanen for psykisk helse
3. Kristofersen LB. Tilgjengelighet og samarbeid: mer fleksible hjelpetjenester? Opptrappingsplanen for psykisk helse, BUP og barnevern. NIBR-rapport 2007:13. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
4. Rønnestad MH, Lippe A. Det kliniske intervjuet. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, 2002:5. Brunstad AL. Lavterskeltilbud for barn og foreldre – en arbeidsmodell og erfaringer. I: Haavind H, Øvreide H, red. Barn og unge i psykoterapi, Bind II. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag A/S, 2007: 171-95.
6. Gjørum B, Grøholt B, Sommerchild H. Mestring som mulighet i møte med barn, ungdom og foreldre. Oslo: Tano Aschehoug, 1998.
7. Grøholt B, Sommerchild H, Garløv I. Lærebok i barnepsykiatri. Universitetsforlaget 2001, 3. utg.
8. Garløv I. Psykiske ledelser og psykiske vansker hos barn og ungdom. Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning, 2000.
9. Hubble M, Duncan B, Miller S. The Heart & Soul of Change: What works in Therapy. American Psychological Association, 1999.
10. Svendsen B. Lavterskeltilbud for barn og foreldre – en arbeidsmodell og erfaringer. I: Haavind H, Øvreide H, red. Barn og unge i psykoterapi, Bind I. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag A/S, 2007: 69-93.
11. Binder P. Det mellommenneskelige møtet i psykoterapi. Tidsskrift for Norsk Psykologforening 2008; 8: 930-931
12. Ajo A, Vik I. Psykologer ut i kommunen – fra klinikk til åpent jorde. Tidsskrift for Norsk Psykologforening 2008; 2: 151-156.
13. Antonovsky A. Helsans mysterium. Stockholm: Natur og Kultur, 1991.
14. Kristin O. Ungdom og utviklingsfremmende samtaler. Nic Waals Institutt, 2007
15. Mæland JG. Forebyggende helsearbeid – i teori og praksis. Oslo: Tano Aschehoug, 1999.
16. Henriksen AK. Klientens bidrag i kunnskapsbygging. I: Rønnestad, MH, Lippe A, red. Det kliniske intervjuet. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, 2007: 267-69.
17. Huggins T, Valla B, Huggins A. Når barn og foreldres bidrag gjør oss effektive. I: Ulvestad AK, Henriksen AK, Tuseth A, Fjeldstad T, red. Klienten-den glemte terapeut s.200-215. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, 2007: 200-15.
18. Helland MJ, Mathiesen KS. 13-15-åring fra vanlige familier i Norge – hverdagsliv og psykisk helse. Rapport 2009:1 Nasjonalt folkehelseinstitutt.
19. Myrvold TM, Helgesen MK. Kommunalt psykisk helsearbeid. Organisering, samarbeid og samordning. NIBR – rapport 2009:4
20. Kristofersen LB. Tilgjengelighet og samarbeid: mer fleksible hjelpetjenester? Opptrappingsplanen for psykisk helse, BUP og barnevern. NIBR-rapport 2007:13. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
21. LOV – 1999-07-02-64. Lov om helsepersonell (1999)



Linda Rykkje
Sykepleier/Cand.san,
stipendiat ved Høgskolen
Stord/Haugesund

Gi eldre en verdig død

Palliativ behandling spesielt rettet mot eldre mennesker er et økende behov.

Antallet eldre i befolkningen øker raskt i de fleste land i verden. I Norge forventes en særlig økning fra 2010 når de store etterkrigskullene blir pensjonister. Andelen eldre over 67 år i befolkningen er vel 13 prosent. Denne forventes å stige til 19 prosent i 2030 og 22 prosent i 2050 (1). Endringer i familiestrukturer og befolkningssammensetning, særlig i vestlige land, medfører ifølge WHO en rekke helsepolitiske, økonomiske og etiske utfordringer i eldreomsorgen (2). På tross av velferdstilbud til eldre, hevder WHO at eldres behov i slutfasen av livet ikke blir ivaretatt godt nok. Palliativ omsorg sørger for best mulig aktivitet og livskvalitet for pasienten inntil døden inntreffer. Et vesentlig prinsipp er at hjelpetiltakene verken skal bidra til å fremskynde eller utsettes avslutning av livet.

Eldre forsømmes

På tross av at et stadig økende antall mennesker opplever å bli mer enn 80 år, er likevel palliasjon i eldreomsorgen et forsømt område i de fleste land (3). I Norge tilbys palliasjon pasienter med uhelbredelig sykdom og kort forventet levetid og er hovedsakelig rettet mot kreftlidelser (4). Erfaringen fra kreftpasienter kan overføres til andre sykdomstilstander ved en terminalfase (5). Men palliativ medisin med utspring i kreftbehandling er ikke nødvendigvis anvendbar for eldre pasienter. De eldre har gjerne et forløp med flere kritiske sykdomsepisoder slik at tidspunktet for når døden er forventet er vanskeligere å forutse enn ved kreftlidelser (6).

Nytt fagfelt

Palliasjon som fagfelt er forholdsvis nytt, og det trengs mer forskning på området i Norge og internasjonalt (7). Det har imidlertid lenge eksistert hospice ved sykehus for å ivareta kreftpasienter i slutfasen av livet (8). Men hospice er lite egnet for skrøpelige gamle, som ofte har en gradvis og langsom progresjon i tap av helse og funksjonssvikt før døden inntreffer (9). Ved opprettelsen av en norsk standard for palliasjon (10) er det laget rammer for at palliasjon også tilbys i hjemmebaserte tjenester og i sykehjem. Standarden beskriver palliasjon som mer enn behandling og pleie av døende, og anses for å være en del av den integrerte behandlingsskjeden for alle mennesker med uhelbredelig sykdom. Således har palliasjon mulighet for å bli et

godt tilbud også til skrøpelige gamle mennesker. Utfordringen er å få dette iverksatt i sykehjem og hjemmetjenester.

Generelle utfordringer

Det er annerledes å dø gammel enn å dø ung, derfor må fagfeltet palliasjon tilpasses geriatrike pasienter (11). Særlig viktig er det å forstå at symptompresentasjonen endrer seg ved alderen. Helsepersonell kan misforstå eller unngå å fange opp subtile symptomendringer hos eldre som indikerer forverring av eksisterende sykdom eller akutt sykdom. Dette oppstår særlig fordi mental funksjon kan være endret, noe som kan skyldes senil demens, overmedisinering, cerebrovaskulær sykdom, hjertesykdom, infeksjoner, dårlig regulert blodsukker, ubehandlet thyroideose, vitaminmangel og så videre. Symptomer helsepersonell bør kartlegge er smerter, forvirring, dyspnø og fatigue, nedsatt appetitt og vekttap, gastrointestinale plager, infeksjoner, samt angst og depresjon (11).

Smertelindring

Smertelindring, samt ernæring- og væskebehandling i livets slutfase er aktuelle problemstillinger for de fleste pasienter, og dette er særlig utfordrende i eldreomsorgen. Smerte er en subjektiv opplevelse, derfor er kartlegging av pasientens egen oppfatning viktig (12). Her kan en anvende ESAS-skjema (Edmont Symptom Assessment System) (13). Smerter hos palliative pasienter har mange dimensjoner, foruten det fysiske påvirkes pasienten også psykisk, åndelig og sosialt. De fysiske smertene kan forverres dersom pasienten sliter psykisk, og det er ikke god smertelindring å erstatte mangel på oppmerksomhet med medikamenter (14). Det er imidlertid viktig å tilby adekvat smertelindring, da smerter kan hindre pasientene fra å bearbeide andre, psykiske, sosiale eller åndelige, behov (15). Ved smertebehandling hos eldre i slutfasen av livet bør en ordinere lave doseringer fordi eldre ofte har redusert toleranse for analgetika. Flere klarer seg med peroral eller supple administrering av kombinasjonsanalgetika eller forsiktig dosering av morfin peroralt eller subkutant (14). En stor utfordring i eldreomsorgen er smertelindring hos pasienter med demens, her er det imidlertid i senere tid utviklet kartleggingsskjema for bruk av pleiepersonell (16). En amerikansk studie viser at eldre personer med

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

Søkeord:

- ▶ Palliasjon
- ▶ Sykehjem
- ▶ Eldre
- ▶ Geriatri
- ▶ Omsorg





MANGLER KUNNSKAP: Det er mangel på kompetanse i palliativ omsorg rettet mot eldre mennesker både på sykehus, i sykehjem og hjemmetjenesten. Foto: Colourbox.

demens som dør i sykehjem ikke mottar den samme lindring av symptomer som terminale kreftpasienter (17). Smertelindring hos demenspasienter synes generelt å være et forsømt område som bør forbedres også i Norge.

Ernæring

Spørsmål om ernæring- og væskebehandling kan være utfordrende i sluttfasen av livet. Underernæring er vanlig blant eldre pasienter og blir sjelden behandlet ved innleggelse i sykehus (18). Det er derfor trolig generelt for lav grad av ernæringstiltak rettet mot Eldres behov. Hos pasienter som ikke klarer å opprettholde tilstrekkelig næringsinntak kan NGS (nasogastrisk sonde) eller PEG (perkutan endoskopisk gastrostomi) være aktuelt. Men dette skal overveies nøye da studier viser at sondeernæring hos pasienter med omfattende komorbiditet og dårlig prognose, som skyldes andre årsaker enn underernæring, ikke har livsforlengende betydning (19). Det er vanskelig å avgjøre når det er riktig å avstå fra slik behandling. Derfor er det viktig at helsepersonell har gode etiske retningslinjer å støtte seg til for å møte slike utfordringer (20,21).

Ved livets slutt er det normalt at interessen for mat og drik-

Palliativ medisin med utspring i kreftbehandling er ikke nødvendigvis anvendbar for eldre pasienter.

ke gradvis avtar. utfordringen for sykepleiere er å avgjøre om det skal igangsettes kunstig ernæring eller andre ernæringstiltak, og når slike tiltak skal avsluttes. Sykepleieres holdninger til og kunnskaper om ernæringstiltak og væsketerapi varierer (22). Det er gjort få sykepleiestudier på området. En nederlandsk studie viser at å avstå fra kunstig ernæring hos pasienter med framskreden demens som spiser og drikker lite, ikke er forbundet med høy grad av ubehag hos pasientene (23). Når det gjelder infusjonsterapi og kunstig ernæring til døende pasienter viser litteraturen at dette ikke lindrer tørste, men tvert imot kan infusjon eller sondemat forverre problemene for pasienten ved økt sekretproduksjon, lungeødem, kateterbehov og forlengelse av dødsprosessen (14). Hovedårsaken til tørste er tørre lepper,

munn og svelg. Godt munnstell og hyppig fukting av munnhule er det viktigste vi kan gjøre for døende.

Styrke helsetjenestene

Det er behov for økt kunnskap hos helsepersonell, brukerinvolvering, og styrking av kvalitet og tilgjengelighet til palliativ omsorg og symptomlindring ved livets slutt for eldre (2). Cirka 40 prosent av dødsfallene skjer i sykehjem (4), alle sykehjem må derfor kunne tilby grunnleggende palliasjon til alle pasientgrupper. Ifølge Husebø (24) egner sykehjemmene seg til god omsorg ved livet slutt for gamle, forutsatt at pasientene i livets slutfase blir møtt med nødvendig kompetanse og ressurser for lindrende behandling. Studier viser at pasientene kan frykte en «dårlig» død og at de fleste er opptatt av å motta god smerte- og symptomlindring (25). Sykehjemmene har bedre forutsetninger for å skape ro rundt den døende enn i sykehus, men utfordringen kan være mangel på palliativ kompetanse hos personalet (26). Dersom pasienten ikke blir godt lindret kan det medføre et press fra pårørende om sykehusinnleggelse.

Brukermedvirkning

Schaffers (27) norske studie påpeker at dialogen mellom pasient, pårørende og helsepersonell ved palliasjon til eldre må bedres. En annen studie (28) ved to norske sykehjem viser at de fleste pårørende etter dødsfall er fornøyd med omsorgen, men at informasjon og kommunikasjon kan bli bedre. Et fortrinn

Både leger og sykepleiere mangler kunnskap om symptomlindring og helhetlig behandling ved livets slutt.

ved langtidsomsorg i kommunene er at personalet kan bli godt kjent med pasientene. Ved å vise interesse for deres livshistorie kan personalet bidra til at pasientenes identitet og verdighet opprettholdes på slutten av livet (29). Ved langtidsomsorg i hjemmet er det også viktig at man samarbeider og kommuniserer med ektefelle og barn eller andre nære familiemedlemmer, og ivaretar deres behov (30).

Palliativ omsorg innebærer å ta hensyn til hele personen, både psykiske, sosiale, kulturelle og åndelige behov (31). En studie fra sykehus (15) om Eldres behov ved en palliativ sengpost beskriver psykologiske symptomer knyttet til angst, usikkerhet og lengsel etter «å være hjemme». Flere pasienter var opptatt av at alt er ordnet økonomisk for etterlatte og ønsket å være sammen med partner og barn, mens åndelige behov ikke var så fremtredende. En intervjustudie av pasienter og deres familier, leger og annet helsepersonell (25) viser at det å forberede døden og sørge for en god avslutning på livet er viktige faktorer ved palliativ omsorg. Men hva som er de viktigste faktorene varierer mellom informantene. Studien viser også at pasienter opplever å bli styrket når de får ta del i beslutninger angående palliasjon.

Kommunikasjon

Det kan være vanskelig for helsepersonell å avgjøre når aktiv behandling skal avsluttes. Det er derfor viktig med gode rutiner og retningslinjer for å innhente informasjon om pasientens ståsted vedrørende livets slutt. Pasientens evne til å ta valg eller formidle egne synspunkter svekkes ofte i slutfasen av livet.

Kommunikasjon omkring livets slutt bør derfor bli en naturlig del av behandling og pleie i en tidlig fase både i hjemmetjenester og ved sykehjemsopphold (14, 24). En studie av Eldres oppfatning av døden viser store individuelle variasjoner, og få har kunnskaper om alternativer til livsforlengende behandling (32). Få pasienter ville velge vekk aktiv behandling uten tilstrekkelig kunnskap om alternativer innenfor palliasjon. I omsorg for døende bør derfor åpne, forberedende etiske samtaler mellom pasient, pårørende, lege og pleiepersonell prioriteres, slik at unødig behandling kan unngås (33). Pasientens samtykke er en sentral del av forberedelsene til livets slutt. Der informert samtykke ikke er mulig, blir formodet eller presumert samtykke den sentrale utfordringen. Hva ville pasienten selv ha ønsket i den foreliggende situasjonen (24)? Pårørende kan være en viktig informasjonskilde når pasienter ikke kan redegjøre for egne ønsker (28).

Utdanningstilbud

Sheehan og Schirm (34) hevder at det er et stort behov for kompetanseheving og kvalitetsforbedring innen omsorg ved livets slutt på sykehjem. I en norsk undersøkelse fra sykehus konkluderes det med at både leger og sykepleiere mangler kunnskap om symptomlindring og helhetlig behandling ved livets slutt (35). Utdanning av både sykepleiepersonell og leger er et viktig virkemiddel for å gjennomføre palliasjon til eldre (6). I Norge har undervisningssykehjemmene i 2004–2007 hatt et prosjekt for forbedring av behandling, pleie og omsorg ved livets slutt. Prosjektet har hatt fokus på kompetanse blant pleiepersonell, undervisning, debrifing etter dødsfall, pårørende, standarder for omsorg og behandling ved livets avslutning, samt ESAS-skjema (36). Videreutdanninger i palliasjon ved høyskoler har gjerne hovedfokus på palliasjon til kreftpasienter. Ved Verdighetscenteret, Bergen Røde Kors sykehjem, er det imidlertid opprettet en utdanning i palliativ omsorg for personell i kommunal eldreomsorg. Utdanningen tar sikte på å lære opp deltakerne i å undervise, for å sikre spredning av kunnskapen på deltakernes arbeidsplass (37). Evalueringen av et lignende utdanningstilbud i USA, «The End-of-Life Nursing Education Consortium (ELNEC) – Geriatric Training program» (38) viser at 82 prosent av deltakerne fire måneder senere har undervist om palliasjon ved sitt arbeidssted. På den måten bidrar utdanning til å styrke kvaliteten på omsorgen ved livets slutt. Siden eldreomsorgen har høy grad av ufaglært arbeidskraft, kan det synes som om spredning av kunnskapen ved å «lære for å lære videre» er en effektiv fremgangsmåte for å implementere palliasjon i sykehjem og hjemmetjenester. Positiv effekt av undervisningsprogram for ansatte i eldreomsorgen er funnet i en rekke studier, men slike tiltak alene er ikke tilstrekkelig (39). I tillegg til nødvendig kompetanse kreves også godt samspill mellom ulike helseprofesjoner og nivåer i helsetjenestene (4).

Informasjon

Det bør dessuten satses på kvalitetsforbedringstiltak i praksis og måling av effekter. To oversiktsartikler som oppsummerer kvalitetsindikatorer for palliasjon til skrøpelige eldre (40,41) viser at vurdering av pasientens palliative behov er betydningsfulle faktorer. Det er viktig å nedtegne navn på stedfortreder ved beslutninger og å støtte pårørende. Det er også viktig å avklare målsettinger for palliativ behandling og pleie, samt pasientens preferanser angående symptomlindring og livsforlengende behandling. Denne informasjonen må være tilgjengelig

ved forflytning mellom omsorgsnivåer. Det er dessuten mulig å få oversikt over de gamles situasjon ved å kartlegge hvilke pasienter som er i livets slutfase, slik at kommende dødsfall blir mer forutsigbare (42). En studie av langtidsbeboere på institusjon (43) finner at det er avgjørende å avklare når det i hver enkelt pasients tilfelle er riktig å endre fokus fra aktiv behandling til palliasjon. Studien viser at selv om de fleste pasientene dør med palliativ omsorg, blir palliative tiltak iverksatt sent eller forsinket inntil de siste dagene av livet. Grunnen til dette er ubesluttsomhet eller inaktivitet fra nøkkelpersoner i pasientomsorgen, og at omsorgen blir avbrutt av akutt behandling og sykehusopphold.

Sykepleieforskning

Hva som er en «god død» er subjektivt påvirket av faktorer som preferanser og erfaringer, sosiodemografi, individets psykiske status, religion og kulturell bakgrunn, samt den sosiale og helsemessige kontekst pasienten befinner seg i (25,44). Det er derfor behov for tverrfaglig forskning på feltet for å unngå at palliasjon overveiende fokuserer på symptomlindring og en mulig patologisering av døden. Det er rimelig å anta at satsning på sykepleieforskning kan bidra til å synliggjøre de psykososiale og åndelige faktorer som er viktige for de gamles livskvalitet på slutten av livet.

Konklusjon

For å sikre de gamle en verdig slutt på livet må eldreomsorgen tilstrebe at palliasjon inngår i omsorgstilbudet i kommunehelsetjenesten. Med bakgrunn i anbefalinger fra litteraturen bør det være mulig å tilby palliasjon med god kvalitet tilpasset pasientenes behov både i sykehjem og hjemmebaserte tjenester. Viktige satsingsområder er kompetanseheving, standardiserte rutiner for kommunikasjon og symptomlindring, brukermidvirkning og involvering av pårørende. Det samme gjelder tverrfaglig samarbeid i eldreomsorgen og på tvers av tjenestenivåer. Kvalitetsforbedring og sykepleiefaglig forskning vil også bidra positivt.

Både internasjonalt og nasjonalt synes fagfeltet palliasjon å være ledet av miljøer innenfor medisin og særlig innenfor kreftomsorgen. Det er imidlertid svært viktig at sykepleiere med erfaring fra eldreomsorgen bidrar i den videre utviklingen av palliasjon til eldre. Slik kan kunnskapen og ekspertisen som finnes både i det palliative miljøet, på sykehjem og i hjemmesykepleie sammen bidra til et bedret tilbud spesielt rettet mot de gamles behov. Sykepleiere oppfordres til å delta sterkere i oppbygging av fagfeltet, da sykepleie bidrar med viktige kunnskaper som kan supplere det medisinske fagfeltet. Et godt tverrfaglig samarbeid er nødvendig for å sikre en best mulig palliativ omsorg til våre sårbare gamle. ■■■

LITTERATUR

- Statistisk sentralbyrå. Dette er Norge: Et eldre samfunn. 2008; www.ssb.no/norge/bef/main (22.09.2008).
- Davies E, Higginson IJ. Better Palliative Care for Older People. World Health Organization. 2004.
- Davies E. What are the palliative care needs of older people and how might they be met? WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN). 2004.
- Haugen DF, Jordhøy MS, Engstrand P, Hestling SE, Garåsen H. Organisering av palliasjon i og utenfor sykehus. Tidsskrift for Den norske lægeforening 2006;126(3): 329-32.
- Østergaard I, Ottesen SS, Damkier A. Den døende patient. Ugeskrift for Læger 2007;169 (44): 3768-71.
- Froggatt KA. Palliative care and nursing homes: where next? Palliative Medicine 2001;15(1): 42-8.
- Kaasa S, Haugen DF, Rosland JH. Palliativ medisin – forskning og undervisning i et nytt fagfelt. Tidsskrift for Den norske lægeforening 2006;128(3): 333-6.
- Sørbye LW. Omsorg for døende gjennom 20 år. Tidsskriftet Sykepleien 2000; 19: 50-54.
- Covinsky K, Eng C, Lui L, Sands L, Yaffe K. The Last 2 Years of Life: Functional Trajectories of Frail Older People. Journal of the American Geriatrics Society 2003;51(4): 492-8.
- Norsk forening for palliativ medisin. Standard for palliasjon. Oslo: Den norske Lægeforening 2004;http://www.legeforeningen.no/asset/24405/2/24405_2.doc (23.07.2008).
- Amella EJ. Geriatrics and Palliative Care: Collaboration for Quality of Life Until Death. JOURNAL OF HOSPICE AND PALLIATIVE NURSING. 2003 January/ March;5(1): 40-8.
- Lundorff LE, Jensen N-H. Symptomlindring – smerte. Ugeskrift for Læger 2007;169 (44): 3750-2.
- Ellingsen E, Strand E. Hvordan har du det i dag? Tidsskriftet Sykepleien 2007;17:60-64.
- Husebø BS, Husebø S. De siste dager og timer – behandling, pleie og omsorg ved livets slutt. Oslo: Medlex Norske Helseinformasjon. 2001.
- Wijk H, Grimby A. Needs of Elderly Patients in Palliative Care. American Journal of Hospice and Palliative Medicine 2008;25(2): 106-11.
- Husebø BS. Assessment of Pain in Patients with Dementia. Dissertation for the degree of doctor philosophiae. Universitetet i Bergen, 2008.
- Mitchell SL, Kiely DK, Hamel MB. Dying With Advanced Dementia in the Nursing Home. Arch Intern Med. 2004;164(3): 321-6.
- Mowé M. Behandling av underernæring hos eldre pasienter. Tidsskrift for Den norske lægeforening 2002;122(8): 815-8.
- Lannerstedt H, Mowé M. Når er det indikasjon for PEG og når er det ikke? Omsorg 2007;3:21-6.
- Husebø S. Avslutte livsforlengende behandling? Bruk eller misbruk av PEG-sonder til døende pasienter. Retningslinjer for å avslutte livsforlengende behandling. Omsorg 2006; 4: 39-41.
- Husebø S. De døende gamle: Retningslinjer for etiske avgjørelser om avslutning av livsforlengende behandlingstiltak. Omsorg 2006;4(4): 43-5.
- Bryon E, de Casterle BD, Gastmans C. Nurses' attitudes towards artificial food or fluid administration in patients with dementia and in terminally ill patients: a review of the literature. J Med Ethics 2008;34(6): 431-6.
- Pasman HRW, Onwuteaka-Philipsen BD, Kriegsman DMW, Ooms ME, Ribbe MW, van der Wal G. Discomfort in Nursing Home Patients With Severe Dementia in Whom Artificial Nutrition and Hydration Is Forgone. Arch Intern Med. 2005;165(15): 1729-35.
- Husebø BS, Husebø S. Sykehjemmene som arena for terminal omsorg – hvordan gjør vi det i praksis? Tidsskrift for Den norske Lægeforening 2005;125:1352-4.
- Steinhaug KE, Christakis NA, Clipp EC, McNeilly M, McIntyre L, Tulsy JA. Factors Considered Important at the End of Life by Patients, Family, Physicians, and Other Care Providers. JAMA 2000;284(19): 2476-82.
- Roseland JH, von Hofacker S, Paulsen Ø. Den døende pasient. Tidsskrift for Den norske lægeforening 2006;126(4): 467-70.
- Schaffer MA. Ethical problems in end-of-life decisions for elderly Norwegians. Nursing Ethics. 2007;14(2): 242-57.
- Kaarbø E. Omsorg og behandling for sykehemspasienten i livets slutfase Rapport delprosjekt: Pårørendes opplevelser av den omsorg og behandling som ble gitt i livets slutfase. Bergen: Undervisningssykehem. 2007.
- Franklin LL, Ternstedt BM, Nordenfeldt L. Views on dignity of elderly nursing home residents. Nursing Ethics 2006;13(2): 130-46.
- Docherty A, Owens A, Asadi-Lari M, Petchey R, Williams J, Carter YH. Knowledge and information needs of informal caregivers in palliative care: a qualitative systematic review. Palliative Medicine 2008;22(2): 153-71.
- Kelly K, Ersek M, Virani R, Malloy P, Ferrell B. End-of-life nursing education consortium geriatric training program: Improving palliative care in community geriatric care settings. Journal of Gerontological Nursing 2008;34(5): 28-35.
- Winter L, Parker B, Schneider M. Imagining the alternatives to life prolonging treatments: Elders' beliefs about the dying experience. Death Studies. 2007;31(7): 619-31.
- Husebø BS, Husebø S. Etiske avgjørelser ved livets slutt i sykehjem. Tidsskrift for Den norske lægeforening 2004;124 (22): 2926-7.
- Sheehan DK, Schirm V. End-of-Life Care of Older Adults. AJN. 2003;103 (11): 48-58.
- Erslund AL, Baranczyk J, Nordstrøm K, Håvåg GS, Bråttveit B. Bedre lindring med tverrfaglighet. Tidsskriftet Sykepleien 2002;20:32-35.
- Undervisningssykehem. Omsorg og behandling for sykehemspasienten ved livets slutt. http://www.undervisningssykehem.no/?page_id=258. (nedlastet 07.10.2008).
- www.verdighetsenteret.no. (nedlastet 19.12.2008).
- Kelly K, Ersek M, Virani R, Malloy P, Ferrell B. End-of-life nursing education consortium geriatric training program: Improving palliative care in community geriatric care settings. Journal of Gerontological Nursing. 2008 May;34(5): 28-35.
- Froggatt KA, Wilson D, Justice C, MacAdam M, Leibovici K, Kinh J, et al. End-of-life care in long-term care settings for older people: a literature review. International Journal of Older People Nursing 2006;1(1): 45-50.
- Lorenz KA, Rosenfeld K, Wenger N. Quality indicators for palliative and end-of-life care in vulnerable elders. Journal of the American Geriatrics Society 2007;55:5318-526.
- Wenger NS, Rosenfeld K. Quality indicators for end-of-life care in vulnerable elders. Annals of Internal Medicine 2001;135(8): 677-85.
- Poprock D, Parker Oliver D, Zweig S, Rantz M, Mehr D, Madsen R, et al. Predicting Death in the Nursing Home: Development and Validation of the 6-Month Minimum Data Set Mortality Risk Index. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2005 April 1, 2005;60(4): 491-8.
- Travis SS, Loving G, McClanahan L, Bernard M. Hospitalization Patterns and Palliation in the Last Year of Life Among Residents in Long-Term Care. Gerontologist 2001;41(2): 153-60.
- Hales S, Zimmermann C, Rodin G. The Quality of Dying and Death. Arch Intern Med. 2008;168(9): 912-8.

Måler funksjon ved slag og demens

Jorunn L. Helbostad,
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Ingvild Saltvedt,
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Carsten Strobel,
Lovisenberg Diakonale Sykehus
Unni Sveen,
Oslo universitetssykehus, Ullevål
Kjersti Nøkleby,
Oslo universitetssykehus, Ullevål
Torgeir Bruun Wyller,
Oslo universitetssykehus, Ullevål

I tverrfaglig klinisk arbeid med eldre og pasienter med rehabiliteringsbehov benytter man ofte standardisert skåringsverktøy.

Skåringsverktøy kan være nyttige for å evaluere, dokumentere og kommunisere pasienters funksjonsnivå. De benyttes av helsepersonell med ulik fagbakgrunn, som sykepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter, psykologer og leger. Vi vil trekke frem tre slike verktøy som nylig er revidert eller validert på norsk, og som vi mener kan være nyttige både i spesialist- og primærhelsetjenesten. Alle er tilgjengelige fra nettsiden til Norsk geriatriisk forening (www.legeforeningen.no/geriatri).

Mest brukt

Mini Mental Status Evaluering (MMSE) er den vanligste screeningtesten i verden ved kognitiv svikt (1). Den er mye brukt også i Norge og har i mange år gått under navnet Mini-Mental Status (MMS). Testen anbefales som en første tilnærming ved mistanke om demens. Svært mange forskjellige versjoner og oversettelser har versert. Nå foreligger en revidert norsk oversettelse, med en langt bedre standardisering av administreringsmåten og en detaljert skåringsmanual (2). Den nye utgaven har fått navnet Norsk Revidert Mini Mental Status Evaluering (MMSE-NR). Forkortelsen MMSE harmonerer med den som brukes internasjonalt. Vi oppfordrer alle som benytter testen til utelukkende å anvende den reviderte utgaven.

Sjekker selvstendighet

Barthel ADL-indeks er en sjekklister for selvstendighet i basale aktiviteter i dagliglivet (ADL) (3). Også for Barthel indeks har en rekke ulike varianter og oversettelser vært i omløp. Skalaen består av ti ferdigheter som adderes opp til en sumskåre som kan variere mellom 0 og 20. I enkelte versjoner blir poengene multiplisert med fem, slik at sumskåren går fra 0 til 100, men dette gir et falskt inntrykk av at det dreier seg om en eksakt prosentkala. Vi anbefaler derfor skåring fra 0 til 20. De to skåringsmetodene er ellers like, og man kan regne frem og tilbake ved å multiplisere eller dividere med fem. En tverrfaglig gruppe har oversatt skalaen på nytt med utgangspunkt i den originale versjonen, og vi foreslår at alle som bruker Barthel ADL-indeks i Norge samler seg om denne oversettelsen.

Test etter hjerneslag

Pasienter med hjerneslag kan ha kognitive symptomer av en annen karakter enn det som er typisk ved demens, for eksempel isolerte retningsforstyrrelser eller apraksi (4). I slike tilfeller er MMSE mindre egnet, siden denne skalaen slår mange forskjellige funksjoner sammen til én sumskåre, mangler tempomål, og dessuten er svært følsom for eventuell afasi. Flere tester er utviklet i forsøk på å gi en mer differensiert kognitiv funksjonsprofil hos slagpasienter, men de fleste er tidkrevende. Screening-instrument for nevropsykologiske symptomer ved slag (SINS) er en norsk metode for evaluering av språkfunksjon, apraksi og visuospasiale funksjoner, og kan utføres på 10–15 minutter (5). Testen ble opprinnelig utarbeidet av fysioterapeuter, men kan også benyttes av helsepersonell med annen fagbakgrunn. SINS er nå validert opp mot en langt mer omfattende nevropsykologisk screening, og har vist seg å ha god validitet for vurdering av de nevnte funksjonene (6). SINS kan derfor være nyttig for raskt å danne seg en oversikt over kognitive symptomer hos pasienter som har gjennomgått hjerneslag. Man må likevel være klar over at noen viktige symptomer, for eksempel eksekutiv svikt og utmattelse, ikke dekkes av dette instrumentet. Likeledes må man være klar over at testen ikke erstatter en nevropsykologisk undersøkelse. For en mest mulig grundig vurdering av kognitiv funksjon anbefales fortsatt henvisning til nevropsykolog. ■■■

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

Søkeord:

- ▶ Demens
- ▶ Eldre
- ▶ Rehabilitering
- ▶ Hjerneslag



LITTERATUR

1. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. «Mini-Mental State». A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975; 12: 189-98.
2. Strobel C, Engedal K. Norsk Revidert Mini Mental Status Evaluering. Revidert og utvidet manual. Oslo: Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, 2009.
3. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. *Md State Med J* 1965; 14: 61-5.
4. Wyller TB, Sveen U. Ikke-språklige kognitive symptomer etter hjerneslag. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122: 627-30.
5. Sødning KM, Laake K, Sveen U, Wyller TB, Bautz-Holter E. Validation of the screening instrument for neuropsychological impairment in stroke. *Physiother Res Int* 1998; 3: 15-26.
6. Nøkleby K, Boland E, Bergersen H, Schanke AK, Farnert L, Wagle J, Wyller TB. Screening for cognitive deficits after stroke: a comparison of three screening tools. *Clin Rehabil* 2008; 22: 1095-104.



80 000

helsearbeidere har tilgang til PPS

Vi har levert kunnskapsbaserte prosedyrer til norsk helsevesen i nærmere 10 år. PPS brukes ved alle høgskoler, i 160 kommuner og ved flere store sykehus.

Vil du vite mer om bruken av PPS, gå inn på våre nettsider

www.akribe.no/pps

PPS ▶

Praktiske Prosedyrer i Sykepleietjenesten

Ola Hunderi
 Aktuell med: *Vegen inn i skoddeheimen*
 Yrke: Professor emeritus i fysikk
 Bosted: Trondheim
 Alder: 70 år



Bilder fra

Da Inger Anne Ree Hunderi fikk Alzheimer, fortsatte hun å male bilder.

Tekst **Nina Hernæs** Foto **Erik M. Sundt**

En grå kvinne uten munn. Bildet har ingen tittel. Det er malt av Inger Anne Ree Hunderi i 1998, fire år etter at hun fikk diagnosen Alzheimer.

Fysioterapeuten Inger Anne hadde drevet med amatørmaling noen år. Da hun ble syk, fortsatte hun å male. Men bildene endret seg. Fra å være detaljrike og fulle av farger, ble de mer og mer konturløse. Fargene ble mørke. «I den grad bileta speglar hennar indre landskap, ser me korleis eit rikt, fargesterkt landskap etter kvart forvittrar til ei aude, mørk og trist og konturlaus verd», skriver mannen Ola Hunderi i boken «Vegen inn i skoddeheimen».

Her har han valgt å trykke bildene hennes, sammen med egne dikt og korte tekster om sykdomsforløpet og deres liv sammen. I dag bor Inger Anne på institusjon, ute av stand til å ta vare på seg selv. Øynene er hennes eneste kommunikasjonsmiddel. Hva hun får med seg, vet ingen.

I boken tegner mannen et bilde av henne gjennom ord. Ressurssterk. Litt lukket.

De traff hverandre i 1965. Giftet seg året etter, fikk en datter. Reiste og arbeidet. Elsket hverandre. Ola Hunderi synes historien er så viktig at det er riktig å utgi den.

– Men, sier han alvorlig.

– Det er et etisk dilemma. Inger Anne er ikke i stand til å gi sin til-

latelse. Hun var en lukket person, og den delen av henne ville nok sagt nei til dette. Samtidig var hun empatisk, og den delen ville sagt ja. Jeg måtte veie den ene mot den andre og landet på ja.

– Har du vist henne boken?

– Ja. Det var ingen reaksjon.

Ola Hunderi har nesten aldri sett kona male. Til det trengte hun ro og konsentrasjon. Men hun hang bildene opp på veggen. Etter at hun ble syk, kunne hun male flere om dagen.

– Faktisk var det med nød og neppe bildene ikke ble kastet, forteller Hunderi.

– Det ble så mye. Etter at Inger Anne kom på institusjon, tok jeg ned mesteparten og satte på loftet. Så var jeg på et møte i demensforeningen der vi diskuterte et kunstprosjekt. «Nå skal jeg lage en utstilling jeg og», sa jeg. Og så for meg sju-åtte av bildene hennes.

Han hentet bildene ned fra loftet og så at det var en bildeskatt som var relativt unik. Over 60 av dem kom på utstillingen.

– I forbindelse med sykdom er ikke bildeterapi uvanlig. Men det dreier seg om her og nå. Dette er dokumentasjon på en utvikling.

Mange kunstnere har hatt psykiske lidelser, og det er to kjente tilfeller av demens. En av dem er Willem de Konning, som fikk Alzheimer.

et forløp

– Det diskuteres om de ble bedre kunstnere etter diagnosen. Noen mener de maler mer interessant etterpå. Det gjelder Inger Anne. Jeg har fått voldsom positiv respons på disse bildene. Dette er kunst, ikke bare smørier fra en som er syk.

Da bildene første gang ble stilt ut i Trondhjems Kunstforening, kom 400 til åpningen. Nå er de stilt ut flere steder i Norge.

Etter at han ble oppfordret til å utgi bildene i bokform, begynte Hunderi å skrive dikt og prosa. Det hadde han aldri gjort før.

– *Hvordan skriver du?*

– Det ramler et lite bilde ned i hodet. Har jeg først det, er det enkelt.

Han har to favorittdiktere. Halldis Moren Vesaas og Olav H. Hauge.

I boken er diktene plassert ved

bare å vise ekstremvariantene av alderdom. Enten er det bare elendighet eller så er det 90-åringer som løper maraton. Det er ikke vanskelig å forstå at folk er redde for å komme på sykehjem, mener han.

– *Har du konkrete råd til sykepleiere?*

– Observer og lær. Demente forandrer seg fra dag til dag og har mistet evnen til å lære. Det krever tålmodighet.

En periode nektet Inger Anne å kle av seg om kvelden.

– Noen av våre konvensjoner sier at om kvelden kler vi av oss og vasker oss. Jeg kunne tvunget henne til å gjøre det. Det ville blitt konflikt. I stedet lurte jeg på hvorfor det var så viktig for henne å ha på seg kåpen. Det var fordi at når hun hadde

Dette er kunst, ikke bare smørier fra en som er syk.

siden av bildene, men de er ikke skrevet til dem. Bildene er hennes opplevelser, diktene hans.

Hunderi er vant til å fortelle om livet med Alzheimer. Han holder ofte foredrag, gjerne for sykepleierstudenter.

Da Inger Anne ble for syk til å bo hjemme, flyttet hun til omsorgsbolig. Det gjorde mannen også. Først var det for å lette overgangen. Så fungerte det så bra at han ble boende i seks år. Da måtte det brukes heis i stellet og det var ikke lenger plass til to senger på rommet.

I boken kritiserer han media for

den på, hadde hun kontroll. Det kan kanskje helsepersonell lære av. Prøv å finne en optimal balanse mellom konvensjoner og konflikt. Selvfølgelig skal pasienter vaskes. Men de trenger kanskje ikke full kroppsvask hver kveld.

Inger Anne Ree Hunderi fikk diagnosen Alzheimer i 1994. Hun sluttet å male i 2000. Samme år flyttet hun til omsorgsbolig. I dag lever hun i en stengt verden.

– Jeg er overbevist om at det er noe der inne, sier Ola Hunderi.

– Og jeg har et desperat ønske om å få kontakt med den verdenen. ■■■



SJØLVPORTRETT: Malt av Inger Anne Ree Hunderi i 1991.



UTAN TITTEL: Malt av Inger Anne Ree Hunderi i 1998.



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.

Normalt?

Jeg skrev sist om populasjoner og utvalg. Vi ønsket å trekke konklusjoner på grunnlag av data fra et utvalg. Konklusjonene skal gjelde for hele populasjonen. Jeg nevnte også ideen om usikkerhet.

2008 var den gjennomsnittlige høyden på norske vernepliktige menn 179,7 cm. Man antar at kroppshøyden er «normalfordelt».

Forsvaret har samlet data for alle rekrutter i 2008. Plotter man alle måleverdiene (høyden) i et ruteark, vil figuren som fremkommer, ha form som ei «klokke». Man vil ha flest data på begge sider av gjennomsnittet, og mindre data jo lenger ut på sidene man kommer. Data som har slik klokkeform, kalles normalfordelte.

Normalfordelte distribusjoner (dvs. data som har denne formen) er matematisk helt og fullt bestemte av to størrelser: gjennomsnittet og standardavviket (forkortet SD). SD er spredningsmål for populasjonen. Setter vi gjennomsnittet lik 0 og standardavviket lik 1, får vi den «klassiske» normalfordelingen.

let ± 1 SD er 0,68, ± 2 SD er 0,95, og $\pm 2,5$ SD er 0,99. Dette følger av matematikken.

Komplisert

Matematikken er «utidig komplisert». Heldigvis trenger vi ikke å bry oss med den. De praktiske poengene er imidlertid ikke kompliserte.

68 prosent (0,68) av verdiene vil ligge i intervallet ± 1 SD fra gjennomsnittet, 95 prosent vil ligge inntil ± 2 SD fra gjennomsnittet, og 99 prosent vil ligge inntil $\pm 2,5$ SD fra gjennomsnittet.

Mange andre distribusjoner kan (tilnærmet) omformes til normaldistribusjoner. Dermed kan vi benytte de samme teknikkene til også å studere disse.

Hvor høye?

La oss se nærmere på vernepliktsdataene. Gjennomsnittet (179,7 cm) og antallet (29 565) er oppgitt. SSB oppgir hvor mange prosent av rekruttene som faller i hver gruppe. Dermed finner vi antallet. (Se tabell 1.)

Med litt regning finner vi SD (hint: Hva om vi benytter midtverdien i hver intervall?), som blir 6,73 cm.

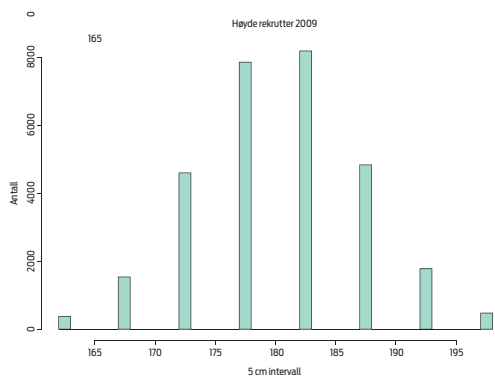
Nå kan vi plote dataene våre. Sammenligner vi med den første grafikken, ser vi at dataene våre er «ganske normale». Dette gjør det mulig å benytte opplysningene på en rekke måter: Dersom vi skal trekke et mindre utvalg av «høyder», kan vi sammenligne med denne populasjonen, for å se hvor nøyaktigt vårt utvalg er.

Viktig for forebygging

Vi kan lage oss tabeller som viser hvor sannsynlig en bestemt høyde er for denne aldersgruppa. Dette prinsippet ligger til grunn for helsestasjonenes «vekstskjema», et viktig redskap i det forebyggende helsearbeidet.

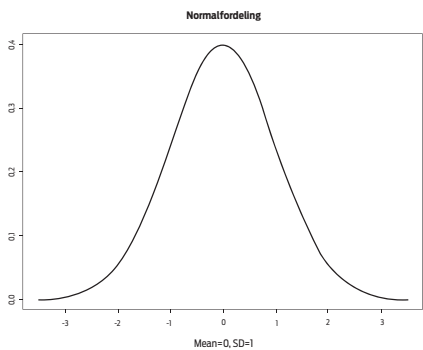
Følger vi tankegangen ovenfor, vil (røft) 2/3 av alle høydene ligge ± 1 SD fra gjennomsnittet. Gjennomsnittet $- 1$ SD = 179,7 cm $- 6,7$ cm = 173 cm. Gjennomsnittet $+ 1$ SD = 179,7 cm $+ 6,7$ cm = 186,4 cm. I intervallet fra 173 cm $- 186$ cm vil altså 2/3 av alle unge menn befinne seg. Et intervall som fanger 99 prosent, vil gå $\pm 2,5$ SD fra gjennomsnittet: dvs. fra 179,7 cm $\pm (2,5 \cdot 6,7)$ cm = 179 $\pm 13,4$ cm = (166,193) cm. Ikke mange norske rekrutter er høyere enn 1,95, med andre ord.

Ved hjelp av tabeller kan vi også gå den andre veien. Dersom ungdommen er blitt 2,15 cm, hva er sjansen for dette? Avstanden til gjennomsnittet er: 215 cm $- 179,7$ cm = 35,3 cm. Siden 1 SD er 6,7 cm, er (35,3 cm : 6,7 cm) = 5,27 SD. Dette tilsvarer en sannsynlighet på ca. 7 til 10 000 000. Ikke mange så høye, med andre ord. Kroppsvekt er også skal være normalfordelt, men det tror jeg vi går stilt forbi, nå like etter jul? ■■■



FIGUR 1: Normalfordeling.

Siden gjennomsnittet settes til 0, vil X-aksen sitt nullpunkt ligge «midt på». Midtpunktet tilsvarer gjennomsnittsverdien. Kurven er «lik» (symmetrisk) på begge sider av gjennomsnittet. Det samlede arealet under kurven er 1. Arealet under kurven i intervall...



FIGUR 2: Vernepliktsdata

TABELL 1: Rekrutters høyde 2008. (N = 28565)¹

Høyde (cm)	<165	165-69	170-74	175-79	180-84	185-89	190-94	>195
Antall (%)	1,3	5,4	15,5	26,5	27,7	16,3	6	1,6
Antall	384	1538	4583	7835	8190	4819	1774	473

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

Søkeord:

- » Gjennomsnitt
- » Standardavvik
- » Normalfordeling



Gir god innsikt

ANMELDELSE: Dette er den første norske læreboken i nyfødtsykepleie, og den vil bli hilst velkommen av fagmiljøet. Med et så omfattende fagfelt er det en stor oppgave de to redaktørene har tatt på seg. Hele 26 forfattere med ulik faglig bakgrunn har bidratt.

Boken henvender seg først og fremst til sykepleiere under videreutdanning i nyfødtsykepleie eller som jobber med nyfødte. Men den kan også leses av alle med interesse for temaet.

Redaktørene uttrykker et pluralistisk syn på sykepleie og mener med det sykepleie som støtter seg på kunnskap fra flere vitenskaper. Dette gjenspeiles i innholdet. Dette er første bind av to, og består av fire deler: Sykepleie i nyfødtavdelinger, embryologi/ obstetikk, neonatologi

og støtte til det nyfødte barnet og familien.

Redaktørene vektlegger kunnskapsbasert praksis, og boken innleder med en innføring i begrepet. Gjennom kapitlene kommer dette til uttrykk i kunnskapsgrunnlaget som fremstår som viktig og oppdatert. Hver del innledes av en kort og nyttig innføring. De fleste kapitlene har små faktabokser som er gode og informative, men jeg savner en liten oppsummering av hvert kapittel.

Det er ikke entydig hensiktsmessig å lage to bind. Hvor er det naturlig å skille de to bindene innholdsmessig fra hverandre? NIDCAP-kapittelet kommer i bind to, mens jeg savner det i bind én som grunnlag for vår sykepleietilnærming i nyfødtavdelingene.

Boken gir leseren god innsikt i ulike problemområder innenfor ny-

fødtmedisin og -sykepleie. En grundig og forståelig neonatologidel gir et godt grunnlag for forståelsen av nyfødtfeltet. To kapitler er viet smerte, smertefysiologi og -behandling, og bidrar til å understreke betydningen av det. Jeg kunne ønske at delen om ikke-farmakologisk behandling hadde vært mer systematisert og tydelig. Nå fremstår den som noe mangelfull.

Redaktørene skal ha ros for å ha tatt på seg denne oppgaven. Den har de, tross noen innvendinger, klart godt. Med dagens kunnskapsutvikling vil det nødvendigvis måtte komme nye oppdaterte utgaver, og redaktørene oppfordres til å knytte til seg fagpersoner utover helseregion sørøst. Bokens forside hadde med fordel kunne byttet ut navnebåndet med et bilde av pasientgruppen som den representerer.



Nyfødtsykepleie 1 Syke nyfødte og premature barn

Av Bente Silnes Tandberg og Solfrid Steinnes (red.)
363 sider
Cappelen Damm, 2009
ISBN 978-82-02253-92-9
Anmelder: Bente J Vederhus, intensivsykepleier, Cand.san, PhD-student

*Jeg vet ikke om noe som lager så mye liv og røre i et rom som bøker.
De roper mot deg, og bak hver rygg skjuler det seg en hel verden.*

Halfdan Freihow, forfatter og forlegger, til Dagbladet

Vil forbedre praksis

ANMELDELSE: Sammen med «Nyfødtsykepleie 1» gir «Nyfødtsykepleie 2» en grundig innsikt i komplekse problemstillinger ved det premature og syke nyfødte barnet.

Disse bøkene er anbefalt pensum for videreutdanningene i barne- og nyfødtsykepleie og er ment å dekke behovet for en norskspråklig, praksisnær og kunnskapsbasert litteratur.

«Nyfødtsykepleie 2» tar for seg spesifikke problemstillinger og sykdomstilstander hos premature og syke nyfødte barn. Først omhandles anatomisk og fysiologisk umodenhet og det gis en grunnleggende innføring i generelle problemer hos umodne barn.

Boken er bygd opp etter temaområdene sykepleiere møter i sin kliniske hverdag og er svært praktisk rettet. Bidragsyterne er alle erfarne forskere og klinikere innen fagfeltet.

Det legges vekt på betydningen av medisin som et av sykepleiens viktige støttefag. Kunnskap om fysiologi og patofysiologi er avgjørende for å gjøre grundige kliniske observasjoner slik at tegn på komplikasjoner kan identifiseres og behandles tidlig. Kapitlet om sykepleie til det akutt kritisk syke barnet er svært viktig og praktisk vinklet, og vil trolig være retningsgivende for revidering av flere prosedyrer og rutiner rundt om på sykehusene.

Kunnskaper om NIDCAP-modellen understrekes som grunnlag for sykepleien. Her er det å anerkjenne foreldrene som barnets viktigste omsorgspersoner, gjennom å veilede dem i å tolke barnets signaler, en vesentlig faktor. Respekten for det premature/syke barnets autonomi og verdighet, viktigheten av sykepleierens holdninger og helhetlige menneskesyn

kommer tydelig til uttrykk gjennom boken. I kapitlet om det alvorlig syke og døende barnet kommer disse elementene spesielt sterkt fram.

Boksidene er delt i to kolonner og er oversiktlige å lese. Så å si alle kapitlene har faktabokser med kortfattet oppsummering av de viktigste elementene, og flere kapitler har rene «huskelister» for blant annet utstyr og observasjoner.

Med disse bøkene har fagfeltet endelig fått norske lærebøker og det gjør aktuell og forskningsbasert kunnskap mye mer tilgjengelig. Det forenkler kvalitetssikring av prosedyrer og retningslinjer og sykepleien vil forhåpentlig forbedres ytterligere. Jeg vil dermed anta at de negative konsekvensene av intensivbehandling vil reduseres. Det vil igjen komme barnets helse til gode, både på kort og lang sikt.



Nyfødtsykepleie 2 Syke nyfødte og premature barn

Av Bente Silnes Tandberg og Solfrid Steinnes (red.)
330 sider
Cappelen Damm, 2009
ISBN 978-82-02-29879-1
Anmelder: Randi Bing, barnesykepleier

Quiz

Tekst **Nina Hernæs**

Er du en kompetent sykepleier?

Test kunnskapene med vår aktuelle og nådeløse quiz!

1 Et annet ord for signifikans?

- A Av betydning
- B Uten betydning
- C Utelukkende

2 Og et annet ord for valid?

- A Valgbar
- B Relevant
- C Pålitelig

3 Og et annet ord for reliabel?

- A Relevant
- B Representativ
- C Pålitelig

4 Hva står KMI for?

- A Kroppsmasseindeks
- B Kroppsmålningindikator
- C Kilomasseindeks

5 Hvordan regnes KMI ut?

- A Kg/m²
- B kg x m - 2
- C M/kg²

6 Hva regnes som normalvekt?

- A KMI 20
- B KMI 20-30
- C KMI 18,5-24,9

7 Hva er respirasjonsfrekvens?

- A Antall pust per minutt
- B Antall innpust per minutt
- C Antall utpust per minutt

8 Hva er respirasjonsvolum?

- A Maksimal mengde luft som kan pustes inn
- B Luftvolumet som blir pustet inn eller ut ved rolig åndedrett i hvile
- C Luftvolumet som til enhver tid er i lungene

9 Hva er respiratorisk kvotient?

- A Andel O₂ i lungene
- B Andel CO₂ i lungene
- C Forholdet mellom kroppens utslipp av CO₂ og opptak av O₂ i en viss periode

10 Et annet ord for analgetika?

- A Smertestillende
- B Analreduserende
- C Betennelsesdempende



VEKT: Holder dette for å regne ut KMI?

Foto: Colourbox

10 POENG: Imponerende. Pasientene kan ikke få nok av deg. (Sikker på at du ikke har kikket?)

6-9 POENG: Lovende. Men ikke treng deg på pasienter mer enn høyst nødvendig.

3-5 POENG: Bra. Men kanskje på tide med den videreutdanningen du har tenkt på så lenge?

0-2 POENG: Ikke bra. Hold deg mest mulig på vaktrommet og lat som du dokumenterer. (Sjekk at du virkelig er autorisert.)

SVAR: 1A Av betydning, 2B Relevant, 3C Pålitelig, 4A Kroppsmasseindeks, 5A Kg/m², 6C KMI 18,5-24,9, 7A Antall pust per minutt, 8B Luftvolumet som blir pustet inn eller ut ved rolig åndedrett i hvile, 9C Forholdet mellom kroppens utslipp av CO₂ og opptak av O₂ i en viss periode, 10A Smertestillende

FAG LEGEMIDLER

Obs! Klorheksidin kan gi reaksjon under operasjon

Svenske leger advarer.

Tekst **Nina Hernæs**

I svenske Läkartidningen fortelles det om en ung mann som gjentatte ganger utviklet anafylaktiske reaksjoner som utslett, rødme og pustebesvær under operasjon. Han hadde tidligere aldri vært plaget av allergi og aldri reagert på legemidler.

Lette etter svar

En allergiutredning ble gjort, uten resultat.

Da mannen nok en gang fikk en reaksjon slik at inngrepet måtte avbrytes, ble det gjort en utvidet utredning, der det var kraftig positivt reaksjon på prikktest med klorheksidin. Det kom også fram at han tidligere hadde hatt utslag i lysken etter å ha barbert seg før operasjon og i armen der det var tatt blodprøver. Begge områdene var på forhånd vasket med klorheksidinholdige produkter.

Den første anafylaktiske reaksjonen under operasjon var antakelig forårsaket av klorheksidin i gelen som ble brukt til urinkateterisering. De senere reaksjonene skyldtes antakelig at klorheksidin var brukt som huddesinfeksjon i forkant av operasjonene og lå igjen på huden da den ble perforert.

Da mannen ble operert på nytt, uten bruk av klorheksidin, fikk han ingen reaksjoner.

Forbigås

Allergi mot klorheksidin er rapportert siden 1960-tallet, men regnes

som sjeldent. Forfatterne av artikkelen, legene Gunnemar Stålenheim, Per Blomström og Lennart Vanemalm, skriver at det er en mulighet for underrapportering fordi klorheksidin ikke alltid anses for å være et legemiddel og lett forbigås i allergiutredninger. Klorheksidin brukes i flere dagligdagse produkter som munnskyllevann og hudkrem, og det kan føre til at flere vil utvikle overfølsomhet.

De håper historien vil øke bevisstheten om klorheksidin som mulig årsak til anafylaktiske reaksjoner.

Få reaksjoner i Norge

Ifølge seniorrådgiver Pernille Harg i det norske Legemiddelverket er det siden 1971 rapportert 30 tilfeller der klorheksidin enten alene eller sammen med andre legemidler mistenkes for å være årsak til allergiske reaksjoner. 14 av dem alvorlige.

– Så langt vi vet, er reaksjoner på klorheksidin ikke et stort problem, men det er viktig å ha i bakhodet at pasienter kan reagere på dette stoffet, sier hun.

Harg påpeker at det ofte er vanskelig å finne årsaken til reaksjoner under operasjon.

– Pasienten påføres mange ulike legemidler og stoffer, som for eksempel lateks, innenfor et kort tidsrom. Fordelen med å være på en operasjonsstue er at man har beredskap for å håndtere reaksjoner. Verre er det å få alvorlige reaksjoner utenfor sykehus, sier hun. ■■■

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 SØRLI

«Jeg blir aldri helt utlært i dette vervet.»

90

DILEMMA TRUDE AARNES

«Ingen andre fag i skolen setter i gang så sterke følelser som seksualundervisning.»

96



NSF HAR ORDET

Forbundsleder Lisbeth Normann

Stilling: Forbundsleder i NSF

E-post: lisbeth.normann@sykepleierforbundet.no

Nøkkelrolle i samhandlingsreformen

Det beste forebyggende helse-tilbudet vi har er landets helsestasjoner og skolehelsetjeneste.

I juni 2009 la regjeringen fram stortingsmelding nr. 47 (2008 – 2009), «samhandlingsreformen, Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Stortingsmeldingen behandles nå i Helse- og omsorgskomiteen og legges frem for Stortinget i slutten av april. Norsk Sykepleierforbund (NSF) ønsker Samhandlingsreformen velkommen. Vi synes at intensjonene om bedre koordinering mellom aktørene, flere helsetjenester ut i kommunene og økt satsning på forebygging framfor reparasjon av sykdom er gode.

Det beste forebyggende helse-tilbudet vi har er landets helsestasjoner og skolehelsetjeneste. Der får over 1,2 millioner barn og unge blant annet råd, veiledning, informasjon, helsekontroller og vaksinasjoner. Helsestasjonen er et lavterskeltilbud. Det er gratis, omfatter alle uavhengig av sosial status og inntekt, og det er enkelt å ta og få kontakt, og hjelp. NSF har spilt inn forslag om å



FOR FLERE: Forebygging er viktig, og NSF ønsker et helsestasjonstilbud til voksne som likner det barn og ungdom i dag har. Arkivfoto: Erik M. Sundt

Pasienten trenger pasientansvarlig.

etablere tilsvarende tilbud til den voksne befolkningen. Vi mener at det vil være den beste måten å bistå befolkningen til å mestre eget liv og helse, som er en sentral målsetting i helsetjenesten. Vi mener at alle voksne bør ha et gratis lavterskeltilbud, med et spesielt ansvar for forebyggende helse innen for eksempel vektproblematikk, høyt blodtrykk, diabetes, psykisk helse osv., og i forhold til pasienter som har kroniske lidelser. Et tilbud hvor helsepersonell med ulik kompetanse, for eksempel dietetikere, leger, sykepleiere, fysioterapeuter kan gi individuelle hjelp og oppfølging.

Sykepleierne er tilskrevet en nøkkelrolle i reformen. Stortingsmeldingen tar spesielt opp den store veksten som har skjedd i hjemmesykepleien de siste årene. Myndighetene ser at helsetjenesten er helt avhengig av en velfungerende og kompe-

tent hjemmesykepleie for å lykkes i alle deler av tjenesten og nå vil de tydeliggjøre hva som er innholdet i sykepleiefunksjonen for å integrere den bedre i en helhetlige helse- og omsorgstjeneste. Det vil vi gjerne bidra med! Vi vet at vår kompetanse kan hjelpe mange til å leve et godt liv, til tross for sykdom, funksjonshemming eller alderdomssvekkelse.

I Stortingsmeldingen er det forslag om å lovregulere at pasienter med behov for koordinerte tjenester skal ha én person å forholde seg til. I dag kan de oppleve fragmenterte og uoversiktlige tjenester og at overgangene mellom tjenestestedene er problematiske. Vi støtter forslaget, men det er ikke tilstrekkelig med bare en kontaktperson. Pasientene trenger en pasientansvarlig med kunnskap og kompetanse om pasientenes helsetilstand, pasientrettigheter, helsetjenestetilbud, pasientmedvirkning, samhandling og informasjonshåndtering. I dag vet vi at det ofte er sykepleierne som tar det kontinuerlige ansvaret for helsehjelpen og som kontinuerlig observerer, behandler og pleier pasientene, slik at de individuelle behovene blir ivarettatt. Vi mener derfor at det må lovfestes at alle pasienter med behov for koordinerte tjenester må ha en pasientansvarlig sykepleier.

Samhandlingsreformen har et sterkt fokus

på helsetjenesten i kommunene men den vil også i stor grad påvirke spesialisthelsetjenesten og arbeidsdagen til sykepleierne i sykehusene. Det forventes at de ansatte i større grad medvirker i utvikling av forløp som går på tvers av tjenesteområder og forvaltningsnivå. I tillegg skal spesialisthelsetjenesten utvikles i en enda tydeligere spesialisert retning. Da må de ansatte ha riktig kompetanse og muligheter for å tilegne seg ny kunnskap. Det vil kreve en kontinuerlig spesialisering av helsepersonellet i samarbeid med utdanningsinstitusjonene.

Til slutt vil jeg ta med at det er behov for en storsatsing på IKT, elektroniske løsninger og omsorgsteknologi. Det er avgjørende for å sikre en god og sikker pasientbehandling i fremtiden, og som en kilde til oppdatert helseinformasjon og fagstøtte. Målet bør være at alle ansatte i helsetjenesten har god IKT-kompetanse slik at de kan bruke moderne teknologi i det daglige arbeidet og for å kunne være med å styre utviklingen til det beste for pasientene og sykepleiefaget.

DEBATT

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

Flere menn i ingenmannsland!

En av de mest aktuelle utfordringene velferdsstaten Norge står overfor i de kommende år er tilstrekkelig bemanning i helsevesenet. Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at i 2030 vil nesten dobbelt så mange som i dag være over 67 år. Da denne gruppen utgjør den største andelen pasienter i helsevesenet, er det lett å forstå at behovet for helsetjenester vil øke kraftig.

Dessverre ser det ikke ut til at vi vil kunne dekke de bemanningsmessige behovene dette medfører. Sykepleien skriver i mai om regjeringens løfter om 10 000 nye årsverk i pleie- og omsorgssektoren, og hvordan regjeringen anser disse målene som nådd. Sykepleien kunne ikke finne disse hendene. Etter beregninger SSB har utført vil det mangle 13 000 sykepleiere i 2030, dersom vi fortsetter å utdanne sykepleiere i den takten vi gjør i dag.

NSF Student mener at det er i samfunnets og pasientenes interesse at kjønnsbalansen i sykepleieryrket utjevnes til å samsvare mer med balansen i befolkningen for øvrig. Helse- og utdanningsmyndighetene har ansvar for å iverksette nødvendige tiltak for å møte de problemstillingene helsetjenesten vil stå overfor i nær fremtid. En jevnere kjønnsbalanse som følge av en økning i antall menn som utdanner seg til sykepleiere vil tilføre sykepleietjenesten nye og nødvendige kvaliteter, og gi en mer helhetlig sykepleietjeneste.

I tillegg vil det kunne ha positive virkninger på arbeidsmiljøene i helsevesenet.

Til tross for iherdig arbeid for å øke kvinneandelen i ulike mannsdominerte yrker er det ikke blitt gjort tiltak i tilsvarende grad for å få flere menn til å velge kvinne- og sykepleieryrket, for eksempel sykepleie. Andelen av menn i sykepleieryrket har ligget stabilt under 10 prosent i alle år, og de siste fem årene har utdanningen mistet 22 prosent av de mannlige søkerne (SSB 2009). NSF Student mener det er på tide at myndighetene tar ansvar.

Et mulig tiltak for å tiltrekke flere menn til sykepleierutdanningen er å benytte seg av kjønns-poeng ved søking gjennom Samordna opptak. Dette er i dag primært en ordning som brukes for å øke andelen kvinner i mannsdominerte yrker. Kvinnelige søkere gis to tilleggspoeng til en rekke slike utdanninger, deriblant tre-årige ingeniørstudier. Menn gis i dag bare kjønns-poeng for søknader om utdanning ved Norges veterinærhøgskole. NSF Student mener dette er uheldig, og vil oppfordre myndighetene til å gi kjønns-poeng til mannlige søkere til sykepleie som et ledd i en større satsning på rekruttering av menn og flere hender til yrket.

*Thor Arne Lovdal, Simen Bendik Wilberg,
styremedlemmer Norsk Sykepleierforbund Student*

Sprøyte i låret: Mishandling!

Etter en operasjon i venstre kne, våknet jeg opp med store smerter i høyre lår. Smertene var langt sterkere enn i det nyopererte kneet.

Da jeg kom hjem og var blitt litt klarere i toppen, kikket jeg på låret og oppdaget et risp etter en nål, og skjønnte at det dreide seg om et sprøytetikk. Det kjentes ut som om noen hadde operert en ståltermos inn i låret, og det tok seks uker før smertene hadde gitt seg tilstrekkelig til at jeg kunne bøye høyre kne.

Dette meddelte jeg moren min litt senere, og hun fortalte at det hadde vært det samme hver bidige gang jeg skulle få vaksiner da jeg var liten; skriking og halting i ukevis. Da lillebroren min skulle gå igjennom det samme lange vaksinasjonsprogrammet, orket hun ikke dette en gang til og ba om å få satt vaksinene i setemuskel, noe som var helt problemfritt.

En lege har forklart meg at lårmuskelen foran på låret er en av de vondeste stedene man kan sette en sprøyte, fordi kapselen rundt muskelen er så stram at det egentlig ikke er plass til å sprøyte noe inn i denne muskelen, og at det er bedre å sette injeksjoner i setemuskel, som ikke har dette problemet.

Så da er spørsmålet mitt: Hvorfor?! Hvorfor i helvete fortsetter helsepersonell denne praksisen med å mishandle små barn og pasienter, når det er så mye mindre smertefullt å sette sprøytene i setemuskel?! Det hjelper fint lite med Emla-plaster når smertene varer i flere uker etterpå. Etter min mening burde det være straffbart å regelmessig påføre hjelpeløse mennesker slike helt nødvendige og store lidelser. Jeg har i alle fall muligheten nå til å si ifra til helsepersonell at jeg ikke på noen vilkår vil ha sprøyter i låret. Men hva med små barn, eldre og sengeliggende pasienter? Skal man ha lov til å mishandle dem, bare fordi det er lett?

Jeg mener at denne praksisen er fullt på linje med konebankere som aldri slår folk på sin egen størrelse, men ikke tenker spesielt mye over det før de banker noen som tar igjen.

Jeg ville sette pris på det hvis flest mulig helsepersonell fikk anledning til å tenke over dette.

Hilsen en som aldri vil ha sprøyter i låret mer, noen gang!

Riskhospitalet



DEBATT

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

Kom deg ut av syte-sporet!

Jeg har med økende bekymring funnet at vi som jobber i helsevesenet i dette landet i stor grad har oss selv å takke for lav grunnbemanning, økende sparepress og frustrerende arbeidsforhold. Min påstand er at siden så få av oss gidder å bry oss, eier vi omtrent ikke gjennomslagskraft i aktuelle styrende organer, og vi makter derfor ikke å endre situasjonen. Dette er en situasjon alle landets sykepleiere må bli klar over, og den må vi endre snarest! Vi har muligheten til å endre atferd, men da må vi stå sammen om å gjøre det.

De få stedene det er engasjerte sykepleiere som virkelig kjemper og får resultater, sørger vår egen sytekultur for straks å rive dem ned og fortelle dem at de ikke må tro de er noe. Etter HTV-valget for ett år siden har mine hovedtillitsvalgte fått to positive tilbakemeldinger! Én etter et fantastisk godt lokalt lønnsoppgjør. Den andre etter å ha jobbet beinhardt, taktisk og systematisk for å jobbe fram seniorvennlige tiltak i styret på St. Olavs. Våre medarbeidere som begynner å trekke på årene kan nå få noen dager fri med lønn i løpet av året.

Riktignok var også den første henvendelsen angående vedtaket kjøft til tillitsvalgtkontoret for at man ikke fikk flere dager. Altså ingen skryt for god jobb, selv om forslaget fra ledelsen og det eneste alternativet var null fridager!

Hvorfor evner ikke sykepleiere å støtte hverandre når vi gjør en god jobb? Som plasstillitsvalgt på sengepost får jeg mange gode tilbakemeldinger på min lille innsats. Men disse få som ikke har en avdeling med folk rundt seg hører aldri noe når de har utført eksemplarisk arbeid. Om man i disse rollene bare får kjøft både ovenfra og nedenfra er det særdeles forståelig at man betenker seg lenge før man tar på seg slike verv. Dette er også med på å redusere vår gjennomslagskraft alvorlig. Gjør de som er i disse rollene gode og vis dem at det betyr noe for deg å ha dem der, fortell dem det i mailer, SMSer og når du møter dem!

Jeg har gjennom verv i utdanningen og senere i jobb erfart den samme tendensen over hele fjøla; Jantelov, avmakt og sjalusi er mer aktuelt enn både utdanningsregler, helsepersonellov, helse-

tjenestelover og arbeidsmiljølov! Her er ikke min utdanning og min arbeidsgiver noe enestående eksempel, ifølge de tillitsvalgte og kolleger jeg jevnlig møter.

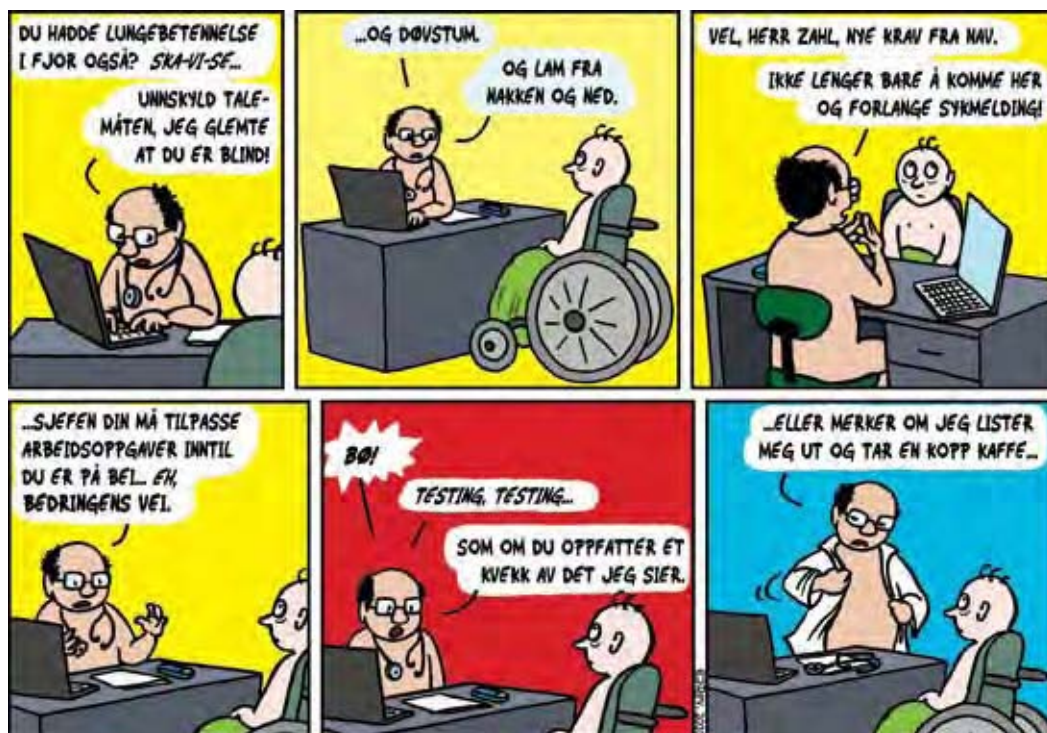
Gjennom utdanningsløpet er mantraet at vi er pasientens advokat og at vi har plikt til å stå opp på deres vegne om de ikke klarer dette selv. Som stolt sykepleier skal du være modig nok til å kunne si fra, du skal også være tydelig når du gjør det. Paradokset er at straks studenter sier fra om kritikkverdige forhold på egen utdanningsinstitusjon, blir de overhørt, tiet til taushet og nærmest angrepet.

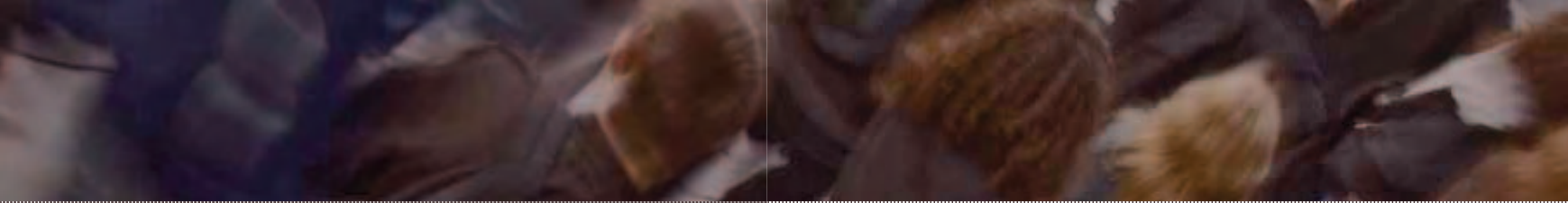
Utdanningene legger i stor grad all sin energi i å omgå vedtatt lov (rammeplan for sykepleierutdanning) og synes de få studentene som står på sine rettigheter er «dårlige lagspillere»! Jeg har gjennom halvannen periode i NSF's studentstyre fått historier om praksis, eksamensordninger og generell undervisning som man ikke ville tro om man ikke hadde hørt det med egne ører. Praksisplasser på barnehager og suppekjøkken, anatomi- og sykdomslæreksamener som er ren lotto er faktisk normalen ved flere utdanningsinstitusjoner.

Da studentorganisasjonen i skoleåret 08/09 satte stort fokus på dette, opplevde vi ikke at høyskolene tok dette på alvor og at de ville samarbeide med oss om å gjøre forholdene bedre. Nei, vi opplevde at styremedlemmer ble antastet på offentlig sted av undervisningspersonell, studenter ble nærmest truet med stryk og vi fikk «under-bordet-støtte» av lektorer som var enige, men som også visste at deres kurspott ble lik null straks de kritiserte egen ledelse åpent. Om rammeplanen er hensiktsmessig eller ikke skal jeg ikke debattere nå, men så lenge den ligger der er den loven. Og da skal den følges! Undervisningspersonell sier ofte at vi i helsevesenet ikke må syte for mye over utfordringer i faget. Da får vi dårlig reklame, og med det følger lave søkertall. Om vi ikke sier ifra om kritikkverdige forhold i eget reir, hvordan skal man da utvikle tjenestene til å bli bedre? De som tidlig viser mot til å stå på krava og vilje til å endre system må løftes opp og fremheves, ikke ties i hjel. Dette, kombinert med økte faglige krav til studentene, vil gi dem den yrkesstolthet og faglige ryggrad de trenger når pasienter skal ivaretas og forsvarer mot sparekniver fra alle hold.

Når jeg senere har kommet ut i yrkeslivet som sykepleier og tillitsvalgt, fortsetter til dels groteske historier fra flere arbeidsplasser å komme opp til overflaten. Man hører om ledere som er så hjernevasket på budsjettssnakk at de har total lydig-

TERAPI av Bodil Røvhaug





het oppover i systemene. Pasientenes og ansattes beste er for lengst ofret på økonomenes New Public Management-alter. Utrolig nok dilter vi ansatte i stor grad etter uten å ytre et kritisk ord. Det finnes arbeidsplasser i helsevesenet der bilmekanikere med en ukes erfaring tildeles ansvaret for medisinering. Dette skjer med sykepleierlederes og sykepleierkollegers godkjenning og velsignelse! Vi har medarbeidere og ledere rundt om, som tydeligvis synes brudd på arbeidsmiljølov og vedtatte bemanningsplaner er helt i orden, siden det omtrent aldri leies inn for sykdom. Vi bare løper litt fortere og smører sykepleien tynnere utover...

At lederne er budsjettlydige er en ting, men at alle vi andre ikke setter ned foten på vegne av pasientene og oss selv er svært skremmende og alvorlig. Jeg deltar ofte på møter der kolleger og tillitsvalgte beskriver situasjoner som ikke er arbeidslivet i 2009 verdig. Men når de utfordres til selv å ta tak for å endre dette sier apatien inn over dem og de fleste tenker at det skal «noen andre» gjøre for oss. Ett av medlemmene i fylkesstyret i Sør-Trøndelag

sier at for 40 år siden, da han startet i yrkeslivet var, disse «andre» menn. Alle var overbevist om at flere menn kom til å gi bedre arbeidsforhold og høyere lønn ... 40 år siden! Profetien er ikke oppfylt ennå, men jeg hører fortsatt argumentet fra flere hold.

Om sykepleiere i dette landet sitter på rumpa og venter at store mengder menn skal komme trekende til yrket med hver sin pengesekk og bedre arbeidsforhold, er jeg redd vi aldri kommer særlig videre.

Folkens, vi må komme oss ut av denne syte- og avmaktssirkelen før det går ut over helsa til flere pasienter og sykepleiere. Ta skjeen i egen hånd, sett pasienten fremst, ditt arbeidsmiljø som nummer to og krev at du settes i stand til å gjøre en forsvarlig jobb! Når økonomene og lederne, de som har glemt sitt faglige ansvar i pengejungelen, pålegger stadig flere oppgaver på samme eller lavere antall ansatte, så MÅ vi i forsvarlighetens navn prioritere bort oppgaver vi ikke settes i stand til å utføre. Ja, det kommer til å svi de første gangene vi vet at hr.

Olsen ikke ble stelt og fru Hansen ikke fikk skiftet sin bleie, men det er økonomene og lederne som svikter dem, ikke du eller jeg! Vi sykepleiere må slutte å ta personlig ansvar der systemet svikter, først da gir vi oss selv makten til å endre det!

Vårens vakreste eventyr, lønnsoppgjøret 2010, kommer til å sette oss på prøve i samhold og tydelighet. Det er nå viktigere enn noen gang at alle landets sykepleiere engasjerer seg. Vi må løfte baken opp fra stolene, tørke av oss apatien og gjøre oss klare til å kjempe for anstendig lønn, faglighet og gode arbeidsforhold. Jeg vet at Lisbeth Normann mer enn gjerne løfter fanen og leder veien, men da må vi andre komme etter og lage toget! Kan vi vise arbeidsgiverne at vi alle sammen kan sette foten ned samtidig og bli stående på den til vi får det som vi vil, er det enormt gode muligheter! La ikke oppfatninger som «nytter ikke» og «er ikke min oppgave» få grobunn. Om ikke vi, du og jeg, tar ansvar og viser at vi mener alvor kan vi heller ikke komme og klage i ettertid.

Kenneth Grip, tillitsvalgt i Norsk Sykepleierforbund

MINNEORD

Torbjørn Olav Kristensen

Den 5. januar tok vi avskjed med Torbjørn i Arendal kapell, under en nydelig seremoni preget av vakker musikk fra barn og svigerbarn.

Torbjørn var rektor ved sykepleierutdanningen i Arendal fra 1970 til starten på 1988. Da måtte han tre tilbake av helsemessige grunner, men virket som lærer enda noen år. Han fikk en lang periode som rektor, en tid som omfattet forberedelse til høyskolestatus og den første tid etterpå. Dette var spennende tider da betydningen av kunnskapsutvikling innen sykepleiefaget kom frem i lyset. Torbjørn var av dem som var svært opptatt av kunnskap for å gi kvalitet i utdanningen og som grunnlag for omsorg i sykepleieservice. Han var selv usedvanlig kunnskapsrik på mange felt. Han var tidlig opptatt av forskningens betydning for faget og satt flere år i Norsk Sykepleierforbunds forskningsutvalg.

Torbjørn var en varm, raus og inkluderende person med stor tilitt til sine ansatte og til studentene. Han hadde «en åpen dør» og hadde fra første dag som rektor stor interesse for å dra studentenes synspunkter inn i virksomheten.

I tillegg til sin utdanning som sykepleier og lærerlinjen ved daværende Norges Sykepleierhøgskole i Oslo, var han også utdannet psykiatrisk sykepleier. Før han ble rektor ved sykepleierutdanningen i Arendal var han lærer for sykepleie-studentkull fra flere utdanningsinstitusjoner i øst- og sørlandsregionen, som alle hadde sin praksis ved Dikemark sykehus i Asker. Jeg var selv en av dem som opplevde Torbjørn som lærer der. Han var en svært dyktig underviser.

Han var i tillegg musikalsk og meget kreativ med form og farge, egenskaper som også var nyttige i arbeidet med utdanningene. Han laget de flotteste illustrasjoner til undervisningen, i for eksempel anatomi. Mange er de studenter som er blitt inspirert til faget gjennom Torbjørns formidling i ord og bilder basert på solid faglig innsikt.

Vi lyser fred over hans minne.

Aud Findal Dahl, dekan ved fakultet for helse- og idrettsvitenskap, UiA



Førsteamanuensis,
Institutt for helsefag
Universitetet i Stavanger
Brynjar Foss



Universitetslektor,
Institutt for helsefag
Universitetet i Stavanger
Elisabeth Harbin

Legemiddelregningens

Hvorfor stryker så mange sykepleiere i legemiddelregning? Og enda viktigere: Hvordan kan utdanningsinstitusjonene forbedre studentenes mestring og resultater i dette faget?

Ved Universitetet i Stavanger (UiS) de siste fire år har 41 prosent av studentene i snitt strøket på ordinær eksamen i legemiddelregning. Dette tallet er ikke karakteristisk for UiS. Ved Universitetet i Agder ligger strykandelen mellom 20–60 prosent, og ved Høyskolen i Ålesund fra 20–40 prosent.

Er årsaken til dette ene og alene at studentene har liten matematisk ballast, eller kan forklaringen like mye ligge i organiseringen av faget, eksamensform og kriteriet om feilfri eksamen? Kan fagets manglende status i blant annet rammeplanen ha en betydning for dette?

Det er nokså åpenbart at faktorer som nervøsiteten spiller en rolle under en eksamen som må være feilfri. Men gjør det saken bedre? Skal det kunne forsvare den høye strykprosenten? Det psykologiske presset er da vel så høyt når legemiddelregningen skal anvendes i praksis, altså når det virkelig gjelder.

Mangler basiskunnskaper

Matematikken i legemiddelregningen er elementær. Det dreier seg om bruk av volum, vekt og prosent samt forståelse og anvendelse av enkle likninger. Denne type matematikk skal enhver med studie-

Det er minst ett grep som bør gjøres for å bøte på dette. Det er for eksempel å innføre et minstekrav av matematikkunnskap for å kunne begynne på sykepleierutdanningen. Det kan da kreves at nye studenter må ha matematikk fra andre klasse eller høyere ved videregående skole og/eller, som vi ser er gjort for lærerutdanningen, at studentene må ha en gitt karakter eller bedre i et grunnleggende matematikkurs fra videregående skole for å være kvalifisert for å søke utdanningen.

Alternativt kan det innføres obligatoriske forkurs/intensivkurs ved starten av utdanningen, der studentene får innføring i grunnleggende matematikkferdigheter med etterfølgende evaluering.

Bør vurderes flere ganger

Rammeplanens manglende definering av legemiddelregningens plass i utdanningen medfører blant annet at ulike sykepleierutdanninger har sine egne opplegg i undervisning og organisering av faget. Dette kan være vel og bra, men kan også føre til at legemiddelregningen blir mindre prioritert enn andre fag og hovedsakelig blir sett på som noe som bare «skal passeres». Det er jo kjent at enkelte utdanningsinstitusjoner ikke benytter eksamen i legemiddelregning med passeringstester. Et tydelig signal om at legemiddelregning ikke likestilles med eksamen.

Vi vil hevde at legemiddelregning er et fag studentene i tillegg til å mestre, også bør bli trygge og drevne i! Derfor bør det legges til rette for at legemiddelregning som fag skal testes og vurderes flere ganger gjennom utdanningen. For å dempe eksamensstress og strykangst, kan det legges inn ulike krav ved ulike eksamener. For eksempel kan det da være ved den siste eksamen at besvarelsen skal være feilfri. Dette kan gi to gevinster. Det ene at studentenes nervøsitet for å stryke nedsettes, og det andre at studentene, ved å måtte jobbe med faget gjennom hele utdanningen, gjøres tryggere på legemiddelregning som verktøy og ikke bare som passering. Dette gir økt rom for å skape trygghet sammenlignet med dagens ordning. I dag blir studenter kastet ut i en relativt ukjent eksamens- eller passeringsform med skarpe evalueringskriterier, der verken skrivefeil, avlesningsfeil eller andre feil skal sees gjennom fingrene med.

Feilfri eksamen – meningsløst?

Vi slutter oss til at eksamen, når den praktiseres med en enkel evaluering, skal være feilfri for å gi bestått. Men hva som skal

Det bør vurderes å innføre et minstekrav av matematikkunnskap for å kunne begynne på sykepleierutdanningen.

kompetanse evne å løse. Samtidig ser vi med all tydelighet at flere av studentene som stryker, mangler deler av disse ferdighetene og/eller evne til å vurdere egen matematikk. Når en student for eksempel bommer fullstendig på å gjøre milligram om til gram, stiller vi oss undrende til at de ikke selv reagerer når de får totalt urealistiske svar. Den manglende refleksjonen over egne svar, er skremmende, og kan ikke bare tilskrives nervøsiteten under eksamen. Her mangler både matematiske ferdigheter og kritisk vurdering. Det er skremmende om dette også gjenspeiles i praksisfeltet.

utfordringer

regnes som feil i en eksamen kan diskuteres! Er det automatisk feil dersom benevninger utelates i selve utregningene, men er riktig i svaret? Eller hva om benevningene i utregningen er feil, men likevel blir rett i svaret? Er det da stryk selv om studenten viser riktig forståelse i resten av besvarelsen sin? Dersom en kandidat avrunder et tall tidlig i utregningene og dermed får feil dråpetall i svaret, men alle matematiske resonnement ellers er riktige, kvalifiserer det til stryk? Skal det aldri være rom for skjønn?

Slik rammeplanen er formulert, gir den egentlig ikke rom for lokale variasjoner. Besvarelsen skal være feilfri! Men rammeplanen sier ingenting om hva som skal evalueres. På den ene siden står vi altså ovenfor rigide krav, men på den annen side vet vi ikke hvordan vi skal forholde oss til det. Blir ikke da kravet om feilfri besvarelse meningsløst? Så lenge dette er et nasjonalt krav, må det følges opp med retningslinjer om hvordan utdanningsinstitusjonene skal forholde seg til dette, både med hensyn til eksamens innhold og sensureringens rom for tolkninger.

Fagets status

Det er interessant å registrere at den eneste beskrivelsen av legemiddelregning i rammeplanen, er at det skal gjennomføres eksamen i «medikamentregning» og at denne skal være «feilfri». Ut over dette, omtaler ikke rammeplanen dette faget, og det sies altså ikke noe om hvor eller hvordan faget skal organiseres. Hører det for eksempel til blant de samfunnsvitenskapelige eller naturvitenskapelige emnene? Dette er interessant fordi det kan (og bør kanskje) tolkes som om institusjonene selv kan flette dette faget inn der det måtte passe best.

Men dette står i kontrast til hvordan for eksempel hygiene som fag skal organiseres. Hygiene er gitt en spesifikk plassering blant de naturvitenskapelige emnene (årsak vites ikke) og er tildelt ett viss antall studiepoeng sammen med mikrobiologi og infeksjonssykdommer. Tilsvarende har biokjemi ett bestemt antall studiepoeng sammen med andre fag. Er biokjemi mer høyverdig enn legemiddelregning? Etter vår forståelse ser det ut som at både hygiene og biokjemi har en helt annen status enn legemiddelregning. Vi spør oss om dette er rimelig? Burde ikke også legemiddelregning få definert sin tilhørighet og sine studiepoeng, om ikke annet enn for å gi faget en viss status



RAMMEPLANEN: Den eneste beskrivelsen av legemiddelregning i rammeplanen, er at det skal gjennomføres eksamen i «medikamentregning» og at denne skal være «feilfri». Arkivfoto: Erik M. Sundt

som bekrefter dets viktige posisjon i utdanningen i tråd med evalueringskriteriet?

Det er naturligvis ingen direkte konsekvens at faglig status vil gagne studentene eller i seg selv øke studentenes forståelse av legemiddelregning. Men øket status gjennom rammeplanen, kan være et middel til å fremme fagets posisjon i utdanningen samt dets tildeling av ressurser. Status kan videre bidra til å gjøre faget mer satsingsverdig, og i beste fall kanskje til og med få forelesere og forlag til å lage flere og bedre læreverker. Med andre ord, konsekvensen av høyere status kan studentene dra nytte av. ■■■



DILEMMA

Marie Aakre om rutiner og tidsbruk

Navn: Marie Aakre

Bakgrunn: Leder Rådet for sykepleieetikkk

E-post: marie.aakre@sykepleieforbundet.no

Sykepleie på Facebook

Kan sykepleiere være venn med pasienter på Facebook?

Man kan tenke seg at Facebook kan egne seg som kommunikasjonsverktøy for helsepersonell. Men om vi egentlig trenger det, og om det kan fremme kvalitet og effektivitet i pasientarbeidet er et annet spørsmål. Kanskje kan Facebook være et godt samhandlingsverktøy mellom helsepersonell både internt og eksternt?

Rådet for sykepleieetikkk har fått flere henvendelser, og jeg møter stadig spørsmå-

ner kan se det som legges ut. Svært mange mennesker, og særlig ungdom, bruker nå Facebook nærmest som en blogg eller dagbok hvor de daglig deler hendelser i sine liv med sitt vennenettverk. Det er også svært vanlig å legge ut bilder som er tatt med mobiltelefon.

Spørsmålene er mange og refleksjonene ofte mangelfulle.

Viktig fortrolighet

Jeg inviterer til styrket refleksjon over bruk av Facebook i sykepleie med særlig fokus på spørsmålet: Er kommunikasjon med pasienter på Facebook etisk forsvarlig? Hva slags grunnsyn og hvilke etiske dilemma ser vi? Hva sier vår profesjonsetikkk?

Sykepleiens grunnlag omhandler respekten for pasientens liv, verdighet og integritet. I punkt 1 i yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (YER) heter det:

Sykepleieren ivaretar pasientens rett til vern om fortrolige opplysninger.

Helsetjenester er å betrakte som fortrolige. Pasientkommunikasjon skal preges av fortrolighet og tillit. Fortrolighetsinformasjon skal vernes mot uvedkommende. Møtet med brukere og nære pårørende skal skjermes både i institusjoner og hjemme. Sårbare mennesker som ofte ikke er i stand til å ivareta sin autonomi trenger beskyttelse mot innsyn og uønsket åpenhet. Personlige og private opplevelser og fortellinger skal vernes av en streng etisk og juridisk taushetsplikt.

Truer tillit

Aktiviteter som skjer i helsetjenesten er

stadig under press med krav om større innsyn og åpenhet begrunnet med både organisatoriske og faglige forhold. Vi ser stadig bilder fra åpne sykehusmiljøer i ulike media og vet at reality TV er en populær trend som bekymrer mange. Personvernet er på prøve både i møte med media og nye sosiale kommunikasjonsverktøy som Facebook, og både tekst og bilder kan oppfattes som respektløst og krenkende.

Formuleringene i YER om at sykepleieren ivaretar pasientens verdighet, rettigheter og sikkerhet ved bruk av teknologi, og at sykepleieren unngår relasjoner som kan føre til utnyttelse av pasienten, hører med i denne refleksjonen. «Føre-var-prinsippet» kan være viktig i møte med fristende og enkle kanaler for informasjon og kommunikasjon.

Facebook, Twitter og lignende sosiale medier når langt, egentlig altfor langt til å sikre fortrolighet. Kommunikasjonen involverer oftest langt flere parter enn intendert. Facebook er i sin nåværende form derfor etter mitt syn uegnet til pasientkommunikasjon. Kommunikasjonsmåten når altfor langt og involverer ukjent mange. Verktøyet truer både fortrolighet og nødvendig tillit.

Habilitet

Sykepleieren har et faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger i utøvelsen av sykepleie, og setter seg inn i det lovverk som regulerer tjenesten.

Sykepleiere har et personlig ansvar for faglig forsvarlighet og kvalitet. Profesjonalisering av sykepleie forutsetter en sær-

Å være sykepleier overfor nære venner kan gi habilitetsproblemer.

lene om sosiale medier på etikkseminarer. Jeg er kjent med at noen sykehus har sagt et klart nei til Facebook som kommunikasjonsverktøy for ansatte, uansett relasjon og innhold. Reaksjoner har vært sterke når dette regelverk ikke overholdes. En sykepleierstudent mistet sin praksisplass på dagen på grunn av noen bilder fra et sykehus på Facebook. Andre institusjoner har nylig sagt ja til å bruke Facebook som internt samhandlingsverktøy mellom helsepersonell på ulike enheter (St. Olavs Hospital i Trondheim).

Facebook er et delvis lukket medium. Jeg er personlig ingen erfaren bruker, men har forstått at det i utgangspunktet er den enkeltes venner og disses venner igjen som kan lese tekster og se bilder. Innholdet ligger altså ikke så åpent som det ville gjort på en åpen nettside, men flere enn nære ven-

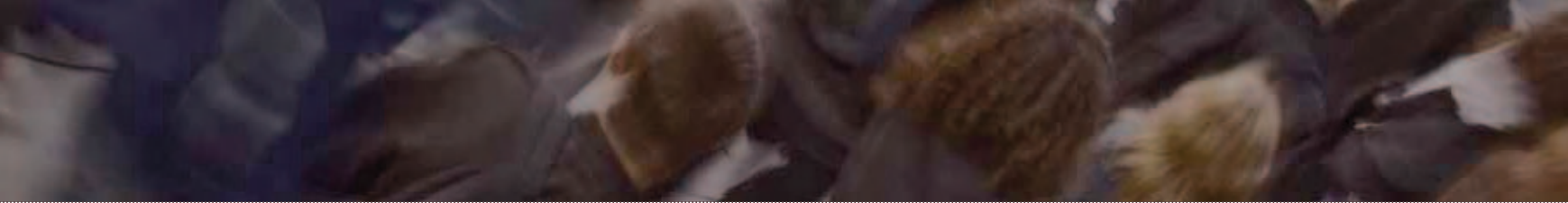
Andre faste bidragstere



Professor i sykepleier ved Høgskolen i Bodø
Berit Støre Brinchmann



Professor ved seksjon for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo
Per Nortvedt



lig reflektert praksis og etisk dømmekraft. Tydelighet i rolle og ansvar tilsier at vi ikke takker ja til å være venn på Facebook med pasienter som vi stadig står i et faglig ansvarsforhold til. Vi har sett mange eksempler på at utydelighet i sykepleierollen får uheldige konsekvenser. Dette gjelder både når det er personer vi kjenner fra før og nye relasjoner vi har gjennom et pleier/pasientforhold. Å være sykepleier overfor nære venner kan gi habilitetsproblemer som krever andre mulige løsninger for det profesjonelle ansvaret.

Sykepleieren setter seg inn i arbeidsstedets visjon, verdier, mål og gjeldende retningslinjer, og er lojal mot disse så langt de er i samsvar med sykepleiens grunnlag.

Stygge eksempler

Flere sykehus og helseinstitusjoner har som nevnt utarbeidet retningslinjer for bruk av nye elektroniske media. Skrevne retningslinjer og god implementering for denne type spørsmål hører med til forvaltning av taushetsplikten. Sykepleiere skal både sette seg inn i arbeidsplassens retningslinjer og bidra til at det utvikles tydelige normer for praksis på dette felt.

Sykepleieren medvirker ikke til virksomhet som kan påvirke pasientens og samfunnets tillit til sykepleien.

Jeg kjenner til eksempler på at sykepleiere fra samme arbeidsplass har brukt Facebook til å drøftet sin egen leder med svært betenkelige utsagn. Lederen selv kunne lese personalets betraktninger og illojale drøftinger på Facebook, og det er gode grunner til å tro at mange flere har sett dette. Denne type eksempler fremmer ikke troverdighet og tillit. ■■■



Foto: Colourbox



- › Har du brukt Facebook til pasientkommunikasjon?
- › Har dere reflektert grundig over bruk av Facebook på din arbeidsplass?
- › Har din arbeidsplass egne retningslinjer for bruk av Facebook?
- › Hvilke etiske argumenter mener du/dere kan begrunne bruk av Facebook i pasientkommunikasjon?
- › Er det områder av sykepleie dere mener særlig kunne egne seg for å bruke Facebook?

Til refleksjon

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

Flere dilemma på Sykepleien.no under fanen interaktivt.



TETT PÅ

Siri Sørli

Hvem: Siri Sørli

Alder: 43 år

Utdanning: Sykepleier

Yrke: Hovedtillitsvalgt for sykepleierne i

Porsgrunn kommune siden 2007.

Hvorfor: Fordi hun representerer en av NSF's viktigste redskap for at organisasjonen skal nå sine mål, sammen med rundt 660 andre hovedtillitsvalgte.

– Det holder ikke med et søtt smil

Det er slutt på tida da sykepleiere lånte foldeskjørt når de skulle i lønnsforhandlinger. Nå er det argumenter som gjelder. Det passer Siri Sørli godt.

Tekst Bjørn Arild Østby Foto Erik M. Sundt



*«Man blir aldri helt utlært
i dette vervet.»*



Litt vanskelig å finne mitt kontor. Men jeg kan møte dere på utsiden av Capri kiosk ved Storgata 143. Kontoret mitt er rett ved...» lyder e-posten fra Norsk Sykepleierforbunds hovedtillitsvalgt i Porsgrunn kommune dagen før vi har avtalt å treffe henne.

To minutt før tida finner vi Capri kiosk. Der står hun som avtalt.

– Her holder jeg til, sier hun og peker på en dør dekket med fagforeningslogoer – Fagforbundet, Utdanningsforbundet, Norsk Sykepleierforbund. De har kontorer i samme bygning.

– Kjempeflott. Her finner du samarbeid og uenighet i skjønn forening, kommenterer hun.

Før hun viser vei opp trappa. «Opptatt» står det på døra til organisasjonenes felles møterom.

– Måtte sikre meg at det var ledig.

Det synes å stemme det som er sagt om Siri Sørli: Godt forberedt, ryddig, bestemt... Viktige egenskaper for en tillitsvalgt.

– TILFELDIG, svarer hun når vi spør hvordan hun ble hovedtillitsvalgt.

– En telefon fra daværende hovedtillitsvalgt som ikke tok gjenvalg, smiler hun.

Smil og latter sitter løst.

Etter et par dagers betenkningstid våren 2007, ble svaret ja fra daværende avdelingsleder i avdeling for døgnhabilitering i Borgenhaven bo- og rehabiliteringssenter. En modig beslutning, mente mange. Hun hadde kun vært medlem i NSF vel tre år. Ingen erfaring som tillitsvalgt. Hvorfor hun ikke meldte seg inn som ferdig utdannet sykepleier i 1994, vet hun ikke. Det ble bare ikke til det.

Hun sa opp lederstillingen da hun ble hovedtillitsvalgt.

– Mest ryddig slik, mener hun.

I dag har hun permisjon fra full stilling i Porsgrunn kommune, men ingen spesiell stilling å gå tilbake til.

«Politikerne mener kommunen har nok sykepleiere! Kommentar unødvendig.»

– Tida får vise hvor jeg ender, smiler hun igjen.

Hun er innstilt på å fortsette i vervet en stund til. Hvis medlemmene fortsatt vil ha henne.

NSF har vel 200 medlemmer i Porsgrunn kommune. En økning på 10 prosent det siste året. Med seg på laget har hun 13 plassstillingsvalgte, og et dyktig fylkeskontor i ryggen.

– Sms er kjempenyttig for en som jobber 60 prosent på frikjøpt tid.

– Kun 60 prosent?

– Jobber nok mer. Men jeg prøver å være bevisst på at vervet ikke skal ta for mye av fritida.

Hjemme har hun samboer, som hun gikk sammen med på barneskolen. De har to barn hver fra tidligere forhold. Sammen har de anskaffet to hunder.

– Dvergsnauusere, presiserer hun.

De to første årene som hovedtillitsvalgt beskriver hun som en opplæringsperiode. Kolleger som kjenner henne er ikke like beskjedne: Hun har hatt en svært bratt læringskurve og tatt initiativ i saker som har vært både arbeidskrevende og utfordrende, er Sykepleien blitt fortalt.

– Man blir aldri helt utlært i dette vervet, understreker Sørli, og legger til:

– Jeg har ennå ikke deltatt på grunnopplæringen i NSF. Det blir i mars.

– Styrken min er nok erfaringene jeg har høstet som leder ved to institusjoner i kommunen. Å være hovedtillitsvalgt krever ledelse. I tillegg kjenner jeg arbeidsplassene i kommunen og de fleste sykepleierne og ansatte i administrasjonen. Det gjør direkte kommunikasjon lettere.

HVORFOR BLE JENTA fra Bamble sykepleier?

– Så vanskelige spørsmål!

Hun trekker på skuldrene, før hun fortsetter:

– Ikke lett å si. Mor er hjelpepleier, og allerede som 16-åring hadde jeg sommerjobb ved «Anretningen» på sykehjemmet. Så har jeg en tante som er sykepleier.

Men til Høgskolen i Telemark bar det i 1990. Og fire år senere var hun offentlig godkjent sykepleier. Fire år? Hun ble mor under utdanningen, og måtte ta ett års permisjon.

– Under utdanningen ble vi stadig minnet på at sykepleie var et kall. Mange ganger lurte jeg på om det bare var jeg som mente noe annet. Heldigvis hadde vi Runar Bakken som lærer. Ung mann med tanker som passet meg bedre. Nemlig at man ikke kommer langt med bare å være snill og grei.

Det rådet har hun tatt med seg fra utdanningen, inn i yrkeslivet og nå som hovedtillitsvalgt.

HENDENE HAR LENGE FLYTTET på papirene hun dro opp av ryggsekken da vi satte oss ved møtebordet. «Harmonisering av virksomhetsleder lønn i Porsgrunn kommune» står det å lese.

Nå vil hun snakke likelønn, noe hun brenner for, og kan vise til resultater:

I 2003 ble det gjennomført en stor omorganisering i kommunen. Det ble vedtatt en to-nivå modell, med flat struktur. Til sammen 65 virksomhetsledere ble plassert på såkalt nivå 2. Store lønnsforskjeller ble avdekket. Virksomhetsledere i kvinnedominerte områder tjente langt mindre enn andre ledere, selv om de hadde ansvar for langt større virksomheter.

– Under lønnsforhandlingene i 2008 gikk NSF til brudd, foredrar Sørli.

Det ble skrevet et veldokumentert prosesskrift til nemnda, og under behandlingen hos kretsmeklingsmannen i juni 2008 fikk NSF sammen med Fagforbundet og Utdanningsforbundet gjennom en protokolltilførsel om «å harmonisere virksomhets-

lederavlønningene på tvers av kommunesjefsområdene».

– Etter å ha gått gjennom avlønningen til virksomhetslederne viste det seg at 34 av 65 hadde for lav lønn. Alle de 11 lederne som NSF forhandlet for var blant de 34. De hadde mellom 23 000 og 91 000 kroner mindre i lønn. Dette skal nå rettes opp i lønnsforhandlingene de neste tre årene ved at det først settes av penger til dem som tjener minst, før det blir forhandlet for alle virksomhetslederne, sier en stolt tillitsvalgt.

– NSF har fått gjennomslag i «kampsaken» når det gjelder ledere. En viktig første seier på vei mot likelønn.

Alt arbeid som hovedtillitsvalgt er ikke like lystbetont.

– Personalsaker er alltid tøffe. Særlig når det sitter medlemmer på hver side av bordet. Da er det viktig å skille fakta og følelser, og påse at lover og regler blir fulgt.

Sørli synes imidlertid jobben alt overveiende er morsom. Som hovedtillitsvalgt opplever hun å ha makt og innflytelse.

– Det må brukes, men ikke demonstreres, presiserer hun med hevet finger.

– I forhandlinger kan man nå langt hvis man har gjort godt forarbeid og kan dokumentere rettferdigheten i kravene. Husk å være konkret! Det holder ikke med et søtt smil, ler hun nesten demonstrativt.

– Det er heldigvis slutt på tida da man lånte foldeskjørt når man skulle i lønnsforhandlinger.

PORSGRUNN deltar i kvalitetskommuneprogrammet. Her skal folkevalgte, ledere og ansatte gjennom konstruktiv samhandling øke kvaliteten og effektiviteten på det kommunale tjenestetilbudet, som det heter på byråkratspråk.

– Det er nyttig med slike felles arenaer. Flere prosjekter er satt i gang, men det har også avdekket stor uenighet. Særlig i arbeidet med ny rekrutteringsplan er avstanden stor. Politikerne mener kommunen har nok sykepleiere! Kommentar unødvendig, sier Sørli og slår ut med hendene.

De blå øynene er blitt skarpere.

Porsgrunn er også IA-virksomhet, uten at det har bidratt til redusert sykefravær.

– Politikerne snakker om at bare man får ned sykefraværet så betyr det økt bemanning. Jeg vil snu problemstillingen. Øk grunnbemanningen og se om ikke det reduserer sykefraværet. Her er vi uenige om hva som kommer først.

Hun kommer ikke til å gi seg.

– Sykepleierdekningen i eldreomsorgen ligger godt under landsgjennomsnittet, viser en rapport utarbeidet av Fafo. Politikerne kan heller ikke skjule seg bak at det er vanskelig å rekruttere sykepleiere. Flere som jobber på sykehuset kan tenke seg jobb i kommunen.

– Kommunebudsjettet for 2010 er i denne sammenheng ikke bra, konstaterer Sørli.

Flere ganger har hun dukket opp i lokalpressen og advart mot et flatt kutt på to prosent ved alle kommunens virksomheter.

– Her blir det snakk om kutt i stillinger ved sykehjemmene og i hjemmetjenesten. En svært defensiv tenkning fra kommunen sin side i forhold til framtida.

Som hovedtillitsvalgt for den tredje største fagforening- en i kommunen er hun engasjert i flere prosjekter.

«Grenlandspakka» er ett slikt prosjekt. I forkant av sam- handlingsreformen har kommunene Porsgrunn og Skien gått sammen med Sykehuset Telemark om å ansette en felles sam- handlingskoordinator. Sørli er arbeidstakerrepresentant for Porsgrunn kommune.

For kort tid tilbake hadde de besøk av helse- og omsorgsmi- nisteren som ville se på samhandlingen i Grenland.

- Hva er klokka?

«Personalsaker er alltid tøffe. Særlig når det sitter medlemmer på hver side av bordet.»

Siri Sørli vil forsikre seg om at hun ikke kommer for seint til neste møte, mens vi er på vei til parken for å ta bilder.

Hun skal møte sykepleierne på Legevakta i Porsgrunn. Tema er forslag om å slå sammen Porsgrunn legevakt og Skien inter- kommunale legevakt lokalisert nær sykehusets akuttmottak. Hva vil det bety for sykepleierne? ■■■





– Amming har ikke påvisbar helseeffekt på lang sikt.

Sven Magnus Carlsen, professor i anvendt klinisk forskning ved NTNU i Trondheim

Er det noen vits

Nasjonalt kompetansesenter for amming har aldri fått så mange reaksjoner som etter at professor Sven Magnus Carlsen uttalte at det er tvilsomt om amming har langsiktig helseeffekt. Fagfolk i fattige land frykter at ammearbeidet og kampen for å hindre spedbarnsdød kan bli satt tilbake.

– Folk er forundret, sier Anne Bærug, leder for Nasjonalt kompetansesenter for amming.

– De som leser Carlsens egne forskningsartikler, vil se at han selv ikke har forsket på helseeffekter av amming. Like fullt hevder han at amming ikke har noen helsegevinst.

Viktig kunnskap

Carlsen mener at langsiktige helseeffekter av amming ikke kan tilskrives morsmelken, men trolig skyldes hormonelle forhold i fosterlivet. Disse forholdene påvirker både barnets helse og mors evne til å amme. Han har forsket både på kvinner med polycystisk ovariesyndrom, som har høye verdier av mannlige kjønnshormoner, og et tilfeldig utvalg gravide.

– At et høyt nivå av mannlige kjønnshormoner er assosiert med en kortere ammepriode, er i samsvar med det som står i medisinske lærebøker. Dette er viktig kunnskap, sier Bærug.

– Men studien sier ikke noe om helseeffekten av morsmelk. Det Carlsen gjør, er å spekulere og fremsette hypoteser. Dette er selvfølgelig helt i orden i en diskusjon i en vitenskapelig artikkel. Det tvilsomme er at han går ut i mediene med spekulasjonene.

Selv sier Carlsen saken er snudd på hodet i mange medier. Han beklager at saken har fått oppmerksomhet i u-land.

– Mitt utspill var først og fremst myntet på Norge, presiserer han overfor Sykepleien.

– For mindre utviklede land er det ingen tvil om at amming er viktig, både av hensyn til økonomi, hygiene og fordi det fungerer som prevensjonsmiddel.

Amme av lyst

– Jeg sier ikke at kvinner skal slutte å amme, fortsetter han.

– Men jeg synes de skal gjøre det av lyst, ikke av plikt. Får man ikke til å amme, er det ingen grunn til å ha dårlig samvittighet fordi barnet ikke får i seg morsmelk.

Carlsen viser blant annet til en studie fra Hviterussland, som han mener understøtter det han sier. Det er ikke forskeren bak studien, Michael S. Kramer, enig i. Han mener Carlsen forvrenger resultatene hans.

I studien sammenlignes to grupper barn, som begge ble ammet. Den ene gruppen ble ammet vesentlig mer og lenger enn den andre. Carlsens poeng er at det var tilfeldig hvem som ble ammet lite og hvem som ble ammet mye. Dette er ikke tilfelle i tidligere studier som stort sett er observasjonsstudier.

– I observasjonsstudier kan man bare påvise statistiske sammenhenger, påpeker han.

– Sammenhenger som ofte ikke er biologiske årsakssammenhenger. Dette underslår ammentusiaster når de påstår at morsmelk er bevist å ha en rekke helseeffekter.

Vil nyansere

Mens Carlsen peker på at studien ikke viser noen forskjell i helseeffekt på lang sikt, sier

– Dette burde han ikke si.

Anne Bærug, leder for Nasjonalt kompetansesenter for amming

i å amme?

Kramer at barna som ble ammet lengst, hadde mindre mage-tarm-infeksjoner og atopisk eksem første leveår. Dessuten hadde de betydelig høyere IQ da de var seks og et halvt år.

– Jeg snakker om effekt på lang sikt, understreker Carlsen.

– Jeg har ikke uttalt meg om helseeffektene det første leveåret. De er der. På lang sikt, det vil si etter seks og et halvt år, har Kramer undersøkt veldig mange forskjellige mål for helse. Han fremhever de tre som er positive for amming og unnlater å nevne de fem som er negative og alle de hvor det ikke er noen forskjell. Hvorfor gjør han det? På meg virker det som om ammetilhengere, også Kramer, systematisk plukker ut det som er positivt i forbindelse med amming og lar være å nevne det som ikke er det. Jeg ønsker å nyansere, sier han.

Usikker IQ

Carlsen viser også til at det riktignok var færre infeksjoner i mage og tarm blant dem som ble ammet lengst. Men det gjaldt bare de mindre alvorlige.

– Blant dem som krevde sykehusinnleggelse var det ingen reduksjon, sier han.

Når det gjelder IQ, synes han det er bemerkelsesverdig at Kramer sier den var høyere blant dem som ble ammet lengst.

– IQ måles på ulike måter. På noen former for IQ kom de barna som var ammet lengst best ut. Men for total IQ var det ingen tydelig forskjell mellom de to gruppene.

– Alle ble ammet

Anne Bærug innvender at Kramer ikke så

på «ingen amming» mot «aming».

– Alle barna ble ammet, og den gruppen som ble ammet kortest, ble fullammet i tre måneder.

Hun påpeker at Kramer trekker helt andre konklusjoner enn det Carlsen gjør.

– Også systematisk oppsummert forskning fra blant andre Verdens helseorganisasjon konkluderer med at det er solid dokumentasjon for morsmelkens helseeffekter, sier hun.

– Men har ikke Carlsen noen poenger?

– Jo. Han har gjort en viktig studie som forklarer hvorfor enkelte kvinner kan ha problemer med å amme. Det er vi opptatt av. Vår erfaring er at en del kvinner som sliter med å amme, likevel ønsker å prøve. Vår oppgave er å sørge for at helsevesenet har godt kvalifiserte veiledere.

– Carlsen får mye støtte fra kvinner som opplever ammepress?

– Ingen bør utsettes for ammepress. Men alle som ønsker å amme bør få god veiledning. Vi erfarer at kvinner som får god veiledning og likevel ikke klarer å amme, lever bra med at de har prøvd.

Bærug forteller at det stadig publiseres forskning som understøtter at amming har positive helseeffekter.

– Men vi lar bevisst være å gå til mediene med det. Norske kvinner er så motiverte for å amme at vi heller bruker våre ressurser på å veilede helsepersonell slik at de som trenger det kan få god hjelp. ■■■

Tekst Nina Hernæs Foto Stig Weston





REFLEKS

Gjesteskribent Trude Aarnes

Navn: Trude Aarnes

Yrke: Jordmor og privatpraktiserende sexolog

E-post: trudeaarnes@hotmail.com

Flere skoletimer om sex!

En tiendeklasse i Oslo bryter ut i latter når jeg presenterer meg som jordmor og sexolog.

Jeg står foran en tiendeklasse fra en av sentrumsskolene i Oslo. Her er det som oftest veldig få etnisk norske elever. Jeg presenterer meg som jordmor og sexolog, og ønsker dem velkommen til undervisning i seksualitet. Da braker det løs med latter, utrop av seksuelle ord, hvisking mellom elevene og mange ser blygt ned.

Dagen etter står jeg foran en annen tiendeklasse med få ikke-etnisk norske elever. Jeg presenterer meg på samme måte som dagen før. Reaksjonene er helt annerledes enn sist. Her er det mer preget av interesse, ro og deltakelse fra elevene.

Så forskjellige holdninger til seksualitet krever helt ulike pedagogiske tilnæringsmåter.

Den første dagen holder jeg hovedsakelig en forelesning. Hvis jeg stiller åpne spørsmål, kan det føre til mye uro. Noen elever kan det være vanskelig å få kontakt med på grunn av distraksjon. Tilsvarende spørsmål med den andre klassen er ofte starten på givende diskusjoner, i en rolig atmosfære. Ofte med høy interaksjon

enkelt skole hvor mange timer som forbeholdes seksualundervisning. Det er også svært ulik kunnskap den enkelte lærer har om emnene de skal undervise i.

Ulikt ballast hjemmefra samt ulik tilgang på seksualundervisning i skolen gjør at ungdommen generelt får svært varierende grunnlag for å ta vare på sin seksuelle helse.

Det er kjent fra utallige forskningsrapporter at lite kunnskap om seksualitet og sexologiske temaer gir dårlig handlingsberedskap for ungdommer. Man ønsker at ungdom som vokser opp i Norge skal kunne ta vare på sin seksuelle helse, som innebærer å kunne utvikle sitt seksuelle potensial og nyte det. Samtidig må de kunne mestre utfordringer og problemer av seksuell karakter.

Etter å ha undervist tiende klasse i over ti år hos Sex og Samfunn (tidligere Klinikkk for seksuell opplysning) er jeg ikke i tvil om at grunn- og ungdomsskole må ha flere timer seksualundervisning. Den må være obligatorisk, og ikke med dagens tilfeldige kvalitet.

Det er ikke andre fag i skolen som kan sette i sving så sterke følelser og tanker som seksualundervisning gjør. Mange lærere synes at dette er vanskelig emner, og det må de få lov til. Som mange andre kan lærere ha et dårlig forhold til egen seksualitet. Det sier seg selv at det vil være vanskelig for disse lærerne å tilføre elevene kunnskap og sunne holdninger om seksualitet.

Undervisningen bør utføres av personer som har solid kunnskap i faget sexologi. Jeg synes undervisningen må foregå med ulike pedagogiske metoder som er tilpasset akkurat den sammensetningen av elever som skal undervises. Kanskje helsesøstre etter spesialopplæring kan bli de beste foreleserne. Og så kan lærerne konsentrere seg om undervisning i de fagene de har kompetanse i.

Tankene mine går til jenta som mente at man ikke skulle plage omgivelsene med sin homofile legning. Jeg tenker, hvis hun får et barn som er homofilt, hvordan vil fremtiden til det barnet bli?

Ungdom skal kunne ta vare på sitt seksuelle potensial.

mellom elevene og meg. Dette viser hvor vanskelig det kan være, selv i det åpne og moderne 2010, å kommunisere om seksualitet og spesielt å undervise i faget.

Kultur og miljø er faktorer som påvirker dette sterkt. Det er foreldrene og andre voksnes holdninger til seksualitet som danner grunnlaget for barnas holdninger. Og her er det store forskjeller. Min erfaring er at nordmenn har kommet langt i synet og holdninger til seksualitet i forhold til en del andre kulturer. Men det er også ulikheter innen alle miljøer. Særlig temaet homofili vekker sterke følelser.

«Hva skal man gjøre hvis man vokser opp i deres miljø, og finner ut at man er homofil» spurte jeg en klasse. En av jentene svarte: «Da får man holde det for seg selv hele livet, og ikke plage og provosere familie og nærmiljø med det. Man må jo gifte seg og få barn, uansett hvilken legning man har.»

Dagens undervisning er ikke obligatorisk. Det er opp til hver

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

Effektiv lokalbehandling av bakteriell vaginose på 3 dager¹

Dalacin Vagitorier

Lokal behandling av en lokal tilstand



Dalacin Pfizer

Antiinfektivum til gynekologisk bruk. ATC-nr.: G01A A10

VAGINALKREM 2%: 1 g inneh.: Clindamycin, phosph. aeqv. clindamycin. 20 mg, sorb. monostear., polysorb. 60, propylenglycol. 50 mg, acid. stearic., alcohol cetostearylic., cetylalm., paraffin. liquid., alcohol benzylic. 10 mg, aqua steril. q.s. ad 1 g.
VAGITORIER 100 mg: Hver vagitorie inneh.: Clindamycin, phosph. aeqv. clindamycin. 100 mg, adeps solid. q.s. ad 2,5 g.

Indikasjoner: Bakteriell vaginose.

Dosering: Vaginalkrem: En fylt applikator (5 g) intravaginalt hver kveld i 7 dager. Vagitorier: 1 vagitorie intravaginalt hver kveld i 3 dager.

Kontraindikasjoner: Hypersensitivitet for preparater som inneholder klindamycin, linkomycin eller hardfett (vagitorier).

Forsiktighetsregler: Før eller etter at behandlingen påbegynnes bør det tas laboratorieprøver for å teste på mulige andre infeksjoner som Trichomonas vaginalis, Candida albicans, Chlamydia trachomatis og gonokokkinfeksjoner. Bruk av klindamycin

intravaginalt kan gi økt vekst av ikke-følsomme organismer, spesielt sopp. Hvis betydelig eller langvarig diaré inntreffer, må legemidlet seponeres og nødvendig behandling gis. Betydelig diaré som kan opptre mange uker etter avsluttet behandling, skal behandles som om den er antibiotikarelatert. Moderat diaré avtar ved seponering av behandlingen. Samleie frarådes under behandlingen. Latekskondomer og lateksspessar kan svekkes i kontakt med innholdsstoffene i preparatene. Tamponger eller intimspray bør ikke anvendes under behandlingen. Sikkerhet og effekt er ikke undersøkt hos kvinner <16 år eller >65 år, gravide, ammende, kvinner med nedsatt nyre- eller leverfunksjon, kvinner med immunsvekkelse eller kolitt.

Graviditet/Amning: Overgang i placenta: Preparatet anbefales ikke brukt i 1. trimester. Det er vist at bruk av klindamycin vaginalkrem hos gravide i 2. trimester og systemisk tilført klindamycinfosfat i 2. og 3. trimester ikke er assosiert med fosterskader. Vagitoriene kan derfor brukes under 2. og 3. trimester dersom det er et klart behov for det. Overgang i morsmelk: Ukjent. Preparatet bør ikke brukes under amning.

Bivirkninger: Hyppige (>1/100): Urogenitale: Vaginit, lokal irritasjon, vaginal Candidainfeksjon. Mindre hyppige: Gastrointestinale: Diaré, kvalme, forstoppelse, mavesmerter. Hud: Urticaria,

pruritus, utslett. Urogenitale: Vaginal utflod, menstruasjonsforstyrrelser, smerter på applikasjonsstedet. Øvrige: Svimmelhet, hodepine, soppinfeksjoner.

Overdosering/Forgiftning: Se Giftinformasjonens anbefalinger for klindamycin J01F F01.

Egenskaper: Klassifisering: Klindamycinfosfat er en vannløselig ester av det semisyntetiske antibiotikum klindamycin. Virkningsmekanisme: Bakteriostatisk eller baktericid effekt ved å hindre bakterienes proteinsyntese. Klindamycin er vist å ha in vitro aktivitet mot følgende bakterier som er assosiert med bakteriell vaginit: Gardnerella vaginalis, Mobiluncus spp., Bacteroides spp., Mycoplasma hominis, Peptostreptococcus spp. Absorpsjon: Vaginalkrem: Ca. 4% (varierer mellom 0,6-10%) absorberes systemisk. Vagitorier: Ca. 30% (varierer mellom 6,5-70%). Oppbevaring og holdbarhet: Skal oppbevares <25°C. Pakninger og priser: Vaginalkrem: 40 g (tube m/7 engangsapplikatorer) kr 167,20. Vagitorier: 3 stk. kr 191,40.

Sist endret: 27.01.2004
(priser oppdateres hver 14. dag, ev. refusjon hver måned)
Ref. 1) Paavonen J. et al. Obstet Gynecol 2000;96:256-60
E2009-1256





antibac®



DEN ORIGINALE ANTIBAC!



NYHET! NÅ KOMMER ANTIBAC
HÅNDDDESINFEKSJON 85% OGSÅ SOM GEL

TA RENHET PÅ ALVOR - BRUK ANTIBAC
FOR MER INFORMASJON GÅ PÅ ANTIBAC.NO