

På frammarsj

Alternativ medisin er ikke lengre tabu i den offentlige helsetjenesten. Side 62

Brudd i forhandlingene

Side 16-19



Kutter smerten

Mai Bente Hagen har ofte kuttet seg selv. De siste årene har sykepleieren fått hjelp. Side 38



Sykepleien

LISBETH NORMANN: Helseledere er nederst på rangstigen, prestisjemessig og statusmessig.

6 | 2010
6. mai
2010
98. årgang



Beboere fra øst og vest

Stadig flere mennesker med fremmedkulturell bakgrunn vil rulle inn på norske sykehjem.

Mange kommuner er overhodet ikke forberedt.

Introduksjon av **MYCLIC**[®]

ENBREL[®] (etanercept) 50 mg oppløsning i ferdigfylt penn

Et trykk er nok!



INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning 25 mg og 50 mg: Hver ferdigfylt penn/sprøyte inneholder: Etanercept 25 mg, resp. 50 mg, sakkarose, natriumklorid, L-argininhydroklorid, natriumdihydrogenfosfatdihydrat, dinatriumhydrogenfosfatdihydrat, vann til injeksjonsvæsker. **PULVER OG VÆSKE TIL INJEKSJONSVÆSKE**, oppløsning 25 mg: Hvert sett inneholder: I) Hetteglass: Etanercept 25 mg, mannitol (E 421), sakkarose, trometamol. II) Ferdigfylt sprøyte: Vann til injeksjonsvæsker. **PULVER OG VÆSKE TIL INJEKSJONSVÆSKE**, oppløsning 25 mg/ml til barn: Hvert sett inneholder: I) Hetteglass: Etanercept 25 mg, sakkarose, trometamol. II) Ferdigfylt sprøyte: Vann til injeksjonsvæsker, benzyalkohol. **Indikasjoner:** 25 mg: Behandling av aktiv polyartikulær juvenil idiopatisk artritt hos barn og ungdom 4-17 år som har en inadekvat respons på eller er intolerante for metotreksat. Preparatet er ikke undersøkt hos barn <4 år. Behandling av aktiv og progressiv psoriasisartritt hos voksne når respons på tidligere sykdomsmodifiserende antirevmatisk behandling ikke har vært tilstrekkelig. Behandling av voksne med alvorlig aktiv Bekhterevs sykdom (ankyloserende spondylitt) som ikke har respondert på konvensjonell terapi. 25 mg og 50 mg: Etanercept i kombinasjon med metotreksat er indisert for behandling av moderat til alvorlig, aktiv revmatoid artritt hos voksne når responsen på sykdomsmodifiserende antirevmatiske legemidler, inkl. metotreksat (hvis ikke kontraindisert), har vært inadekvat. Etanercept kan gis som monoterapi ved metotreksatintoleranse eller når fortsatt behandling med metotreksat er uhensiktsmessig. Etanercept er også indisert for behandling av alvorlig, aktiv og progredierende revmatoid artritt hos voksne som ikke tidligere er behandlet med metotreksat. Etanercept gitt alene eller i kombinasjon med metotreksat er vist å redusere progresjonshastighet av leddskade målt ved røntgen og bedrer fysisk funksjon. Behandling av voksne med moderat til alvorlig plakkpsoriasis, som ikke har respondert på eller er intolerante overfor annen systemisk behandling, inkl. ciklosporin, metotreksat eller PUVA, eller hvor slik behandling er kontraindisert. Behandling av kronisk alvorlig plakkpsoriasis hos barn ≥8 år og ungdom, som er utilstrekkelig kontrollert på eller er intolerante overfor annen systemisk behandling eller lysterapi. **Dosering:** Hvert hetteglass skal rekonstitueres med vann til injeksjonsvæsker 1 ml før bruk. Ferdigfylt sprøyte er til engangsbruk til pasienter som veier >62,5 kg. Hetteglass 25 mg er tilgjengelig for administrering av doser <25 mg. **Voksne:** Revmatoid artritt: Anbefalt dose 25 mg 2 ganger pr. uke som s.c. injeksjon. Alternativt er det vist at 50 mg 1 gang pr. uke er sikkert og effektivt. Plakkpsoriasis: Anbefalt dose 25 mg 2 ganger pr. uke eller 50 mg 1 gang pr. uke. Alternativt kan 50 mg gis 2 ganger pr. uke i opptil 12 uker, om nødvendig etterfulgt av en dose på 25 mg 2 ganger pr. uke eller 50 mg 1 gang pr. uke. Behandling bør fortsette til remisjon oppnås, i opptil 24 uker. Kontinuerlig behandling utover 24 uker kan være nødvendig hos enkelte voksne pasienter. Behandlingen bør seponeres hos pasienter som ikke responderer etter 12 uker. Dosen bør være 25 mg 2 ganger pr. uke eller 50 mg 1 gang pr. uke. Psoriasisartritt og Bekhterevs sykdom (ankyloserende spondylitt): Anbefalt dose 25 mg 2 ganger pr. uke eller 50 mg 1 gang pr. uke. Eldre (≥65 år): Dosejustering er ikke nødvendig. Barn ≥4 år og ungdom: Juvenil idiopatisk artritt: 0,4 mg/kg (maks. 25 mg pr. dose), gitt 2 ganger pr. uke som s.c. injeksjon med 3-4 dagers intervall mellom dosene. Barn ≥8 år og ungdom: Pediatrisk plakkpsoriasis: 0,8 mg/kg (opp til maks. 50 mg pr. dose) 1 gang pr. uke i inntil 24 uker. Behandling bør avsluttes hos pasienter som ikke viser respons etter 12 uker. Hvis gjentatt behandling er indisert, bør ovennevnte retningslinjer mht. behandlingsvarighet og dosering følges. Dosen bør være 0,8 mg/kg (maks. 50 mg pr. dose) 1 gang pr. uke. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. Sepsis eller risiko for utvikling av sepsis. Behandling skal ikke initieres hos pasienter med aktive infeksjoner inkl. kroniske eller lokaliserte infeksjoner. Pulver og væske til injeksjonsvæske 25 mg/ml til barn, må ikke gis til for tidlig fødte barn eller nyfødte, da oppløsningsvæskene inneholder benzyalkohol, som kan forårsake forgiftninger og anafylaktiske reaksjoner hos spedbarn og barn opp til 3 år. **Forsiktighetsregler:** Kanylehetten på den ferdigfylte sprøyten og den ferdigfylte pennen inneholder lateks som kan forårsake hypersensitivitetsreaksjoner ved håndtering eller administrering til personer med kjent eller mulig latekssensitivitet. Pasienter skal utredes for infeksjoner før, under og etter etanerceptbehandling, tatt i betraktning at gjennomsnittlig eliminasjonshalveringstid er ca. 70 timer (7-300 timer). Alvorlige infeksjoner, sepsis, tuberkulose og opportunistiske infeksjoner inkl. invasive soppinfeksjoner er rapportert ved bruk av preparatet. Infeksjonene skyldes bakterier, mykobakterier, sopp og virus. I enkelte tilfeller er bestemte sopp- og andre opportunistiske infeksjoner ikke blitt gjenkjent. Dette har resultert i forskint behandling og av og til død. Pasientens risiko for opportunistiske infeksjoner (f.eks. eksponering av endemiske mykoser) bør vurderes ved infeksjonsevalueringen av pasienter. Pasienter som utvikler en ny infeksjon under behandling må overvåkes nøye. Dersom pasienten utvikler en alvorlig infeksjon, bør behandlingen avsluttes. Sikkerhet og effekt er ikke undersøkt hos pasienter med kroniske infeksjoner. Forsiktighet bør utvises ved tidligere gjentatte eller kroniske infeksjoner eller underliggende tilstander som kan disponere for infeksjoner, f.eks. fremskreden eller dårlig kontrollert diabetes. Tilfeller av aktiv tuberkulose, inkl. miljærtuberkulose og tuberkulose med ekstrapulmonal lokalisering er rapportert. Før oppstart med etanercept skal alle pasienter utredes for både aktiv og inaktiv (latent) tuberkulose. Utredningen skal inkl. en detaljert anamnese med tidligere tuberkulose, mulig tidligere kontakt med tuberkulose og tidligere og/eller nåværende immunsuppressiv behandling. Passende «screening»-tester, f.eks. tuberkulintest og røntgenbilde av brystet, bør utføres på alle pasienter (lokale retningslinjer kan forekomme). Vær oppmerksom på risikoen for falske negative resultater av tuberkulintest, spesielt hos alvorlig syke eller immunsupprimerte pasienter. Dersom aktiv tuberkulose diagnostiseres, skal behandlingen med etanercept ikke igangsettes. Dersom latent tuberkulose diagnostiseres må behandling for latent tuberkulose startes i overensstemmelse med lokale retningslinjer, før oppstart med etanercept. I denne situasjonen skal nytte-risikoforholdet ved etanerceptbehandling vurderes nøye. Alle pasienter skal oppfordres til å søke råd fra lege dersom tegn/symptomer på tuberkulose oppstår (f.eks. vedvarende hoste, svinn/vekttap, svak feber) under eller etter etanerceptbehandling. Reaktivitet av hepatitt B-virus (HBV) er sett hos kroniske bærere av viruset. Pasienter med risiko for HBV-infeksjon skal undersøkes for tidligere HBV-infeksjon før initiering av etanerceptbehandling. Forsiktighet skal utvises ved behandling av identifiserte HBV-bærere og pasientene skal overvåkes mht. tegn/symptomer på aktiv HBV-infeksjon. Hvis nødvendig skal antiviral behandling igangsettes. Forverring av hepatitt C er rapportert. Preparatet bør brukes med forsiktighet hos pasienter som tidligere har hatt hepatitt C. Samtidig administrering av etanercept og anakinra er assosiert med økt risiko for alvorlige infeksjoner og nøytropeni. Kombinasjonen har ikke vist økte kliniske fordeler og anbefales derfor ikke. Allergiske reaksjoner, inkl. angioødem og urticaria, er rapportert. Dersom alvorlig allergisk eller anafylaktisk reaksjon oppstår, bør behandlingen avbrytes umiddelbart og nødvendig behandling igangsettes. Det er ukjent om preparatet kan redusere kroppens forsvar mot infeksjoner. Det er observert tilfeller av lymfom (sjelden). Pasienter med revmatoid artritt med langvarig, svært aktiv inflammatorisk sykdom har økt underliggende risiko for lymfom, hvilket kompliserer risikoestimeringen. Mulig risiko for å utvikle lymfom eller andre maligniteter kan ikke utelukkes med nåværende kunnskap. Flere tilfeller av non-melanom hudkreft (NMSC) er rapportert, særlig hos pasienter med psoriasis. Periodiske hudundersøkelser anbefales for alle med økt risiko for NMSC (inkl. pasienter med psoriasis eller som tidligere har fått PUVA-behandling). Sikkerhet og effekt hos pasienter med immunsuppresjon eller kroniske infeksjoner er ikke vurdert. Det er rapportert om sjeldne tilfeller av pancytopeni og svært sjeldne tilfeller av aplastisk anemi. Forsiktighet bør utvises ved behandling av pasienter som tidligere har hatt blod dyskrasi. Pasienten skal informeres om å ta omgående kontakt med lege ved utvikling av tegn og symptomer på blod dyskrasi eller infeksjoner (f.eks. vedvarende feber, sår hals, blåmerker, blødning, blekhet). Pasienten bør undersøkes øyeblikkelig, inkl. full blodtelling. Ved bekreftet blod dyskrasi bør preparatet seponeres. Det er rapportert om sjeldne tilfeller av CNS-demyeliniseringsforstyrrelser. Ved forskrivning til pasienter med eksisterende eller begynnende CNS-demyeliniserings sykdommer, eller til pasienter med antatt økt risiko for dette, bør nytte-risikoforholdet vurderes, inkl. neurologisk vurdering. Det bør utvises forsiktighet ved kongestiv hjertesvikt (CHF). Det er rapportert om forverring av CHF ved behandling med etanercept. Pasienter med eksponering for varicellavirus bør midlertidig avslutte behandlingen og vurderes for profylaktisk behandling med Varicella zoster immunoglobulin. Det anbefales at pasienter med juvenil idiopatisk artritt om mulig immuniseres iht. gjeldende immuniseringsretningslinjer for behandling igangsettes. Behandling med etanercept kan føre til dannelse av autoimmune antistoffer. Sikkerhetsprofilen av etanercept gitt i kombinasjon med metotreksat tilsvarer profiler rapportert med etanercept eller metotreksat alene. Langtidsstudier mht. sikkerheten av kombinasjonen pågår. Langvarig sikkerhet ved kombinasjon med andre sykdomsmodifiserende antirevmatiske legemidler er ikke fastslått. Bruk i kombinasjon med andre systemiske behandlinger eller lysbehandling for psoriasis er ikke undersøkt. Skal ikke brukes for behandling av moderat til alvorlig alkoholisk hepatitt. Preparatet er ikke effektivt, og dødelighetsraten hos disse pasientene var signifikant høyere etter 6 måneder. Leger bør utvise forsiktighet ved bruk hos pasienter som også har moderat til alvorlig alkoholisk hepatitt. Preparatet er ikke vist å være effektiv behandling ved Wegeners granulomatose og anbefales derfor ikke. **Interaksjoner:** Kan tas sammen med glukokortikoider, salicylater (med unntak av sulfasalazin), ikke-steroid antiinflammatoriske legemidler (NSAIDs), analgetika, metotreksat, digoksin og warfarin. Voksne som fikk etanercept som tilleggshandling til et regime med stabil sulfasalazindosering, opplevde nedgang i gjennomsnittlig antall hvite blodceller sammenlignet med de pasientene som ble behandlet med kun etanercept eller sulfasalazin. Klinisk signifikans er ukjent. Forsiktighet bør utvises når kombinasjonsbehandling med sulfasalazin vurderes. Levende vaksiner bør ikke gis samtidig. Kombinasjonsbehandling med etanercept og anakinra er ikke anbefalt. Samtidig bruk av abatacept har vist økt forekomst av alvorlige uønskede hendelser. Kombinasjonen har ikke vist økt klinisk nytte og anbefales ikke. **Graviditet/Amning:** Overgang i placenta: Ukjent. Bruk til gravide anbefales ikke. Fertile kvinner bør frarådes graviditet under behandling. Overgang i morsmelk: Ukjent. Ettersom immunoglobuliner utskilles i morsmelk, bør en enten avslutte ammingen eller avbryte behandlingen. **Bivirkninger:** Reaksjoner på injeksjonsstedet (inkl. blødninger, hematom, erytem, kløe, smerte og hevelse) er meget vanlig (>10%). Disse opptrer vanligvis i første måned og varer i gjennomsnitt 3-5 dager. Infeksjoner (inkl. øvre luftveisinfeksjoner, bronkitt, cystitt og hudinfeksjoner) er også meget vanlig (>10%). Hyppige (>1/100): Hud: Kløe. Øvrige: Allergiske reaksjoner, feber. Antistoffer mot etanercept er detektert i sera hos noen pasienter. Antistoffene er ikke-nøytraliserende og vanligvis forbigående. Mindre hyppige: Blod: Trombocytopeni. Hud: Non-melanom hudkreft, angioødem, urticaria, utslett, psoriasislignende utslett og psoriasis (inkl. nytt utbrudd og pustulær, hovedsakelig i håndflater og på fotsåler). Luftveier: Interstitiell lungesykdom, inkl. pneumonitt og pulmonal fibrose. Øye: Uveitt. Øvrige: Alvorlige infeksjoner (inkl. pneumoni, cellulitt, septisk artritt, sepsis). Sjeldne (<1/1000): Blod: Anemi, leukopeni, nøytropeni, pancytopeni. Hud: Kutan vaskulitt (inkl. leukocytoklastisk vaskulitt), Stevens-Johnsons syndrom, erythema multiforme. Subakutt kutan lupus erythematosus, diskoid lupus erythematosus, lupus-lignende syndrom. Lever: Økte nivåer av leverenzymer. Sentralnervesystemet: Kramper, CNS-demyeliniseringsforstyrrelser som f.eks. optikusnevritt og transvers myelitt. Sirkulatoriske: Forverring av kongestiv hjertesvikt. Øvrige: Tuberkulose. Opportunistiske infeksjoner (inkl. invasive sopp-, protozo-, bakterielle og atypiske mykobakterielle infeksjoner). Alvorlige allergiske eller anafylaktiske reaksjoner. Aplastisk anemi er sett meget sjeldent. Hos pasienter med revmatoid artritt, psoriasisartritt, Bekhterevs sykdom (ankyloserende spondylitt) og plakkpsoriasis er følgende alvorlige bivirkninger sett i kliniske studier: Malignitet, astma, infeksjoner, hjertesvikt, hjerteinfarkt, myokard iskemi, brystmerter, synkope, cerebral iskemi, hyper- og hypotensjon, kolecystitt, pankreatitt, gastrointestinale blødninger, bursitt, konfusjon, depresjon, dyspné, abnormal tilheling, nyreinsuffisiens, nyresten, dyp venetrombose, lungeemboli, membranøs glomerulonefritt, polymyositt, tromboflebit, leverskade, leukopeni, parese, parestesi, vertigo, allergisk alveolitt, angioødem, skleritt, benfrakturer, lymfadenopati, ulcerøs kolitt, intestinal obstruksjon, eosinofili, hematuri og sarkoidose. Svært sjeldne (<1/10 000): Hud: Toksik epidermal nekrolyse. Ukjent: Øvrige: Makrofag aktiveringssyndrom, ANCA (antinøytrofil cytoplasmaantistoff) positiv vaskulitt. Det er ukjent hvordan langtidsbehandling påvirker utviklingen av autoimmune sykdommer. Det er rapportert om pasienter, inkl. de med positiv revmatoid faktor, som har utviklet sjeldne tilfeller av andre autoantistoffer i forbindelse med lupus-lignende syndrom eller utslett, som ved klinisk presentasjon og biopsi svarer til subakutt kutan lupus eller diskoid lupus. Generelt er bivirkningene hos barn med juvenil idiopatisk artritt og plakkpsoriasis av samme type og frekvens som sett hos voksne. Infeksjoner sett i studier med pasienter med juvenil idiopatisk artritt (2-18 år) er generelt milde til moderate og i samsvar med infeksjoner vanligvis sett hos polikliniske barnepopulasjoner. **Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Det er ikke observert dosebegrensende toksisitet. Høyeste dosenivå som er vurdert er i.v. startdose på 32 mg/m² etterfulgt av s.c. doser på 16 mg/m² gitt 2 ganger pr. uke. Behandling: Intet kjent antidot. **Egenskaper:** Klassifisering: Immunsuppressiv. Human tumornekrosefaktorreseptor p75 Fc fusjonsprotein. Virkningsmekanisme: Kompetitiv hemming av binding av tumornekrosefaktor (TNF) til reseptorer på celleoverflaten, noe som hemmer TNF-medierte cellulære respons. Påvirker også biologiske responser kontrollert av andre molekylære undergrupper (f.eks. cytokiner, adhesjonsmolekyler eller proteinaser) som er induert eller regulert av TNF. Absorpsjon: Absorberes sakte fra injeksjonsstedet, maks. plasmakonsentrasjon etter ca. 48 timer. Absolutt biotilgjengelighet er 76%. Med 2 ukentlige doser forventes ca. dobbelt så høy «steady state»-konsentrasjon sammenlignet med en enkeltdose. Fordeling: Distribusjonsvolumet ved «steady state» er 10,4 liter. Halveringstid: Ca. 70 timer. Clearance: 0,066 liter/time. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares i kjøleskap 2-8°C. Må ikke fryses. Kjemisk og fysisk stabilitet etter rekonstituering er vist for 48 timer ved 2-8°C. Fra et mikrobiologisk synspunkt bør preparatet anvendes umiddelbart etter rekonstitusjon. Dersom det ikke brukes umiddelbart, er oppbevaringstid under bruk brukerens ansvar og bør normalt ikke overskride 6 timer ved 2-8°C, med mindre tilberedningen er gjort under kontrollerte og validerte aseptiske forhold. Pulver og væske til injeksjonsvæske 25 mg/ml til barn: Kjemisk og fysisk stabilitet etter rekonstitusjon er vist for 14 dager ved 2-8°C. **Fra et mikrobiologisk synspunkt kan preparatet lagres i maks. 14 dager ved 2-8°C etter rekonstitusjon.** Hvert hetteglass med 25 mg/ml bør maks. brukes til 2 doser til samme pasient. Oppbevar de ferdigfylte sprøytene og pennene i ytteremballasjen for å beskytte mot lys. **Pakninger og priser:** Injeksjonsvæske: 25 mg: 4 stk. (ferdigfylt sprøyte) kr 5515,10. 50 mg: 4 stk. (ferdigfylt penn) kr 12550,60. 4 stk. (ferdigfylt sprøyte) kr 10671,70. **Pulver og væske til injeksjonsvæske:** 25 mg: 4 sett (hettegl. + ferdigfylt sprøyte) kr 5515,10. 25 mg/ml til barn: 4 sett (hettegl. + ferdigfylt sprøyte) kr 5515,10.

Sist endret: 28.01.2010

(priser oppdateres hver 14. dag, ev. refusjon hver måned)

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:



Tove Pettersen dissekterer lignelsen «Den barmhjertige samaritan» i sin kronikk. Det er en vakker historie. Så hvorfor er den egnet som ideal for dagens helsearbeidere? Side 78



Jon Hustad er opptatt av undersøkelsene som viser at kosthold ikke har så stor betydning for helsen som mange påstår. Refleks side 88



Berit Støre Brinchmann forteller en historie om en pensjonert lege og en farmasøyt som gikk sammen om å løse et problem, men fikk advarsel fra Fylkesmannen. Fastelegen som hadde forårsaket situasjonen gikk fri. Dilemma side 80



Brita Thorsen Noorland forteller i spalten Verkstedet om hvordan muskelknuter i livmoren kan fjernes med ultralyd. Det gjøres nå på Rikshospitalet. Side 46.



Innhold

Sykepleien

AKSJONISTEN: «Sykehusdirektører

Hva skjer

- 7 Aksjonisten
- 8 Hva skjer – smånytt
- 10 Hver post, sin prosedyre
- 12 Piller til alle aborter
- 14 Varsling er et dilemma i Helse-Norge
- 16 Streik fra 27. mai?
- 18 Mamma fortjener likelønn
- 20 – Mange år til samhandling
- 22 Skjulte senskader av polio
 - – Trodde jeg var utbredt
- 24 Alt for damene
- 25 Nei til å ettergi studiegjeld
- 27 Vi bare spør Ellen Dahlberg

Der ute

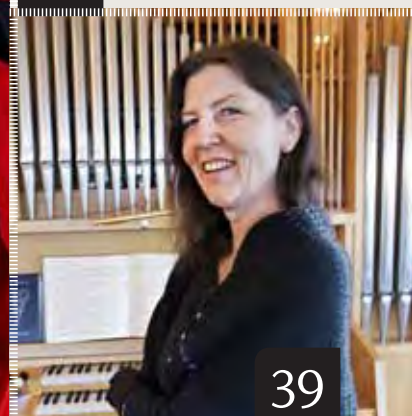
- 38 Får hjelp for selvskading
 - Må ha vilje til endring
 - Vil styrke de pårørende
- 42 Flere sykepleiere, mindre død
- 44 Øyeblikket
- 46 Verkstedet
- 47 Min jobb
- 48 Sigrids sang



18



62



39

Tema:

Flerkulturell eldrebølge

- 30 – Jeg er en inder fra Uganda
- 34 Må tilpasse demenstesten
- 34 Få kommuner er forberedt
- 36 Ønsker hjemmetjeneste på flere språk
- 37 5 på gangen

28



har lenge vært omtrentlige om bemanning. Nå får de svar.»

6 • 2010

6. mai 2010 • 98. årgang

Fag og bøker

- 56 Ny bruk av sykehus og sykehjem
- 60 Nyttige kort
- 62 Alternativt på fremmars
- 66 Fagnotiser
- 68 Forfatterintervju: Per Løvhaug
- 70 Bokanmeldelser
- 72 Håndvask til milliarder
- 72 Quiz

Mennesker og meninger

- 74 Lisbeth Normann om gode ledere
- 75 Siden sist og meninger
- 78 Tove Pettersen om den barmhjertige samaritan
- 80 Dilemma
- 82 Tett på Branka Rimac
- 86 Hør her: Kari Vigeland vs. Marie Aakre
- 88 Refleks: Jon Hustad

- 89 Stillingsannonser
- 97 Meldinger, skoler og kurs

Gjesteskribent:

«Ein røykjande fjøsfeitte-
tar på toppen lever lenger
enn ein ikkje-røykjande
vegetarianar på
botnen.»

Jon Hustad

88

«– Er jeg så gammel,
sier hun da, før hun
setter pekefingeren
mot tinningen.»



48



82

Hiprex

(metenaminhippurat)



Urinveisinfeksjon?

- 40–50% av pasientene med akutt cystitt vil få residiv innen ett år etter avsluttet behandling^{1,2}
- 70–80% reduksjon i residivfrekvens av urinveisinfeksjon ved Hiprex® behandling^{3,4,5,6,7}

Hiprex® er anbefalt til langtidsprofylakse ved kronisk residiverende urinveisinfeksjoner⁸

Resistensproblemer?

Hiprex® har ingen antibakteriell effekt i serum eller i tarmkanalen og vil derfor ikke påvirke normalfloraen.⁸ Resistensutvikling mot metenaminhippurat er ikke beskrevet og preparatet har en lav bivirkningsfrekvens.⁸

c Hiprex "Meda"

Urinveisantiseptikum.

T DOSEPULVER 1 g: Hver pose inneh.: Metenaminhippurat 1 g, hjelpestoffer. Sitronsmak. **TABLETTER 1 g:** Hver tablett inneh.: Metenaminhippurat 1 g, hjelpestoffer. Med delestrek. **Indika-sjoner:** Langtidsprofylakse ved kronisk residiverende urinveisinfeksjoner etter initialbehandling med kjemoterapeutika eller antibiotika. Profylaktisk ved kort-/langtids kateterdrenasje og ved transuretrale operasjoner. Bør overveies også ved enkelt-kateteriseringer, cystoskopier og ved urodynamiske målinger i urinveiene. **Dosering: Voksne:** 1 tablett/doseringspose 2 ganger daglig. Fortrinnsvis etter morgen- og kveldsurinering. **Barn: 6-12 år:** ½ tablett 2 ganger daglig. Tabletten kan knuses og gis sammen med f.eks. syltetøy. Innholdet i 1 doseringspose røres ut i ¼-½ glass vann. **Kontraindikasjoner:** Alvorlig lever og nyreinsuffisiens, alvorlig dehydrering og metabolsk acidose, samtidig sulfonamidterapi (pga. fare for krystalluri). **Interaksjoner:** Se Kontraindikasjoner. Alkaliske stoffer hemmer metenaminets virkning. Samtidig bruk med acetazolamid bør unngås da effekten av metenamin vil reduseres. Laboratorieverdier: Avhengig av analysemetoden kan metenamin interferere med bestemmelse av steroider og katekolaminer i urinen og derved gi feilaktig resultat. (I: J01X X05 metenamin) **Graviditet/Amning: Overgang i placenta:** Risiko ved bruk under graviditet vurderes som liten. **Overgang i morsmelk:** Går over, men risiko for å påvirke barnet er liten. Preparatet kan derfor brukes under amming. **Bivirkninger: Mindre hyppige:** Gastrointestinale: Brekninger, irritasjon av mavesekk, kvalme, urolig mage. Hud: Utslett. Urogenitale: Irritasjon av urinblære. **Sjeldne (<1/1000):** Urogenitale: Hematuri. **Overdosering/Forgiftning:** Se Giftinformasjonens anbefalinger J01X X05. **Virkningsmekanisme:** Utskilles i nyrene og spaltes til metenamin og hippursyre. Metenamin hydrolyseres i sur urin og danner formaldehyd som virker baktericid gjennom å reagere med funksjonelle grupper i bakterienes enzymer, som derved blir denaturert og uten funksjon. En sur pH i urinen opprettholdes i de fleste tilfeller med hippursyren som i seg selv har bakteriostatisk effekt. Hos pasienter med kronisk bakteriuri, som pasienter med kontinuerlig kateterdrenasje og hvor bakterier skyldes Proteus og Pseudomonas, bør pH i blæreurinen følges. Proteus og Pseudomonas spalter urinbestanddeler til basiske stoffer. Det kan derfor være aktuelt å tilføre surgjørende substanser. **Absorpsjon:** Hurtig. Formaldehyd kan påvises i urinen 30 minutter etter administrering. **Halveringstid:** 8 timer. **Utskillelse:** Ca. 85% skilles ut i urinen i løpet av 24 timer. 32 timer etter siste dose er alt utskilt. **Pakninger og priser: Dosepulver:** 100 stk. kr 342,20. **Tabletter:** 20 stk. kr 72,20. 100 stk. kr 198,90. **T:** 19b) 2, 38a) 2. **Refusjon:** I hht. refusjonslisten: **J01X X05 Metenamin Refusjonsberettiget bruk:** Langtidsprofylakse ved kroniske eller stadig residiverende infeksjoner i nyrer/urinveier og langtids kateterdrenasje. Infeksjonsprofylakse urinveier ved immunsvikt. Palliativ behandling i livets sluttfase. **ICPC -90,** Palliativ behandling i livets sluttfase. A89,Urinveiskateter problemer, vilkår nr : 68. B99. Immunsvikt INA, vilkår nr : 31. **ICD-90,** Palliativ behandling i livets sluttfase- Vilkår nr.31: D80 Immunsvikt med overveiende antistoffmangel, D81 Kombinert immunsvikt, D82 Immunsvikt forbundet med andre større defekter, D83 Vanlig variabel immunsvikt, D84 Annen immunsvikt. Vilkår.nr 68,141: N10 Akutt tubulo-interstiell nefritt. **ICPC** vilkår nr. 68,141: U70 Nyrebekkenbetennelse, U71 Cystitt/urinveisinfeksjon IKA, U72 Uretritt, **ICD** vilkår nr. 68,141: N11 Kronisk tubulointerstiell nefritt, N12 Tubulointerstiell nefritt, ikke spes. som ak. eller kr., N15 Andre tubulointerstitielle nyresykdommer, N30 Cystitt, N34 Uretritt og uretrasyndrom, N39.0 Urinveisinfeksjon med uspesifisert lokalisasjon. Vilkår: 31: Behandlingen skal være instituert ved infeksjonsmedisinsk, onkologisk eller revmatologisk sykehusavdeling, eller poliklinikk, eller av spesialist i vedkommende spesialitet. Legen kan rekvirere legemidlet til seg selv på blå resept. 68: Når et legemiddel ikke lenger er virksomt, må det foretas bakteriologisk undersøkelse med resistensbestemmelse for man skifter til et annet middel som kan godtgjøres. 141: Pasienten må oppfylle et av følgende vilkår: 1. Pasienten har brukt/vil bruke antibiotika minst 3 måneder årlig på grunn av infeksjoner i nyrer/urinveier. 2. Pasienten har i gjennomsnitt de to siste årene hatt minst 3 årlige infeksjoner i nyrer/urinveier. 3. Pasienten bruker medikamentell behandling for en kronisk sykdom i refusjonslisten hvor sykdommen gir økt risiko for infeksjoner i nyrer/urinveier. Sist endret: 13.06.2007.

ATC-nr.: J01X X05

Referanser: 1. Hovig B., Sander S. Urinveisantiseptika. Tidsskr Nor Lægeforen 1975; 95: 1421-5. 2. Bailey RR. Urinary tract infection - Some recent concepts. Can Med Ass J 1972; 107: 320-30. 3. Bergan T., Sander S. Urinveisantiseptika. Tidsskr Nor Lægeforen 1975; 95: 383-4. 4. Pedersen S. Long-term prophylaxis with methenamine hippurate in girls with recurrent urinary tract infections. Acta Paediatr. Scand 1978; 67: 597-9. 5. Nilsson S. Long-term treatment with methenamine hippurate in recurrent urinary tract infection. Acta Med Scand 1975; 198: 81-5. 6. Høvik H.O. og medarbeider. Profylakse ved residiverende cystitt hos fertile kvinner. Tidsskr Nor Lægeforen 1984; 16: 1150-52. 7. Gundersen et al. Hyppig forekommende cystitter hos eldre kvinner. Tidsskrift Nor lægeforen (25) 1986; 1006: 2048-2049. 8. www.felleskatalogen.no, november 2009.

MEDA

Meda AS • Postboks 194 • N-1371 Asker • Tlf: 66 75 33 00 • Faks: 66 75 33 33 • www.meda.no

Barth Tholens om bemanning

Stilling: Redaktør i Sykepleien

E-post: barth.tholens@sykepleien.no

Heller smart enn blind

Det ligger i sakens natur at de fleste profesjoner mener at de er uunnværlige. Men nå kan sykepleiere åpne øynene på sykehusdirektører som bare tenker penger.

Jeg har ennå til gode å møte en fagforeningsleder som mener at det ikke er så nøye hva medlemmene utretter på sine arbeidsplasser. Det gjelder kanskje særlig i det offentlige. Skal vi følge retorikken, vil det gå dårlig med Norge om vi har for få fysioterapeuter som kan forebygge helseplager eller for lite politifolk som kan arrestere kriminelle. Et underskudd på psykologer vil kunne føre til flere selvmord, mens for få sosionomer og barnevernspedagoger kan resultere i flere overdoser. Av alle profesjoner som mener at de har avgjørende betydning for folkehelsen, kan jeg egentlig bare komme på leger som mener at de er mange nok – bare de får bedre betalt.

Skal vi følge argumentene helt ut, burde det være flere ansatte innenfor de fleste yrkene i det offentlige. Men slikt lar seg jo ikke gjøre. Det er grenser for hvor stor del av befolkningen som kan være sysselsatt i tjenester som finansieres av Staten gjennom skatteinntektene. Norge kan ikke leve av at vi pleier hverandre.

Politikerne må derfor prioritere. Hva slags personell trengs mest? Hva slags kompetanse vil være mest mulig kostnadseffektiv? Å finne ut det, er selvfølgelig lettere sagt enn gjort. Mange profesjoner har tøffe argumenter. Om politifolkene la ned arbeidet sitt en stund, ville vi fort finne ut hvor viktige de er! Og arbeidsministeren sitter skjelvende med fingeren på knappen til tvungen lønnsnemnd så fort helsepersonell benytter seg av sin grunnlovfestede rett til å streike. Da en håndfull sykepleiere i privat sektor la ned arbeidet

Tillitsvalgte i NSF meler ikke lenger bare sin egen kake.

sitt i vår, ble dette umiddelbart betegnet som «livstruende». Likevel nøler sykehusdirektører og helsesjefer ellers i året med å kalle sykepleiernes innsats for «livsviktig».

Dette kan det nå bli en slutt på. Den anerkjente amerikanske sykepleierforskeren Linda Aiken la nylig fram en undersøkelse hvor hun sammenlignet pasientdødeligheten i tre av USAs delstater. Én av delstatene, California, vedtok for ti år siden en lov som pålegger sykehusene å ha en betydelig høyere andel sykepleiere per pasient enn i Pennsylvania og New Jersey, der det ikke finnes en slik lov. Resultat: Sammenlignet med California har de to andre statene henholdsvis 14 og 11 prosent høyere pasientdødelighet. På grunnlag av undersøkelsen slår Aiken fast at høyere sykepleierbemanning kan spare mange liv fordi pasientene blir bedre ivaretatt i et system



TYPISK FAGFORENINGSMAS? Sykepleiere har lenge visst det, pasientene har skjont det, men sykehusdirektørene skjønner liksom ingenting: Mer tid gir mindre død.

som tillater sykepleiere å gjøre en bedre jobb. Hun anslår at mange tusen liv kan reddes bare i USA med en bemanningsnorm som tilsier en til to færre pasienter per sykepleier.

Potensialet for sparte liv kan ikke uten videre overføres fra land til land. Men forskning på området er uhyre viktig for å kunne stikke hull på mytene i en ellers følelsesladd debatt om hva som skal være den nøkkelkompetansen man bør satse på i fremtiden. Norge er med i en stor europeisk undersøkelse som skal kartlegge forholdet mellom sykepleierbemanning på sykehus og pasientsikkerhet. Resultatene fra denne studien vil foreligge til høsten. I motsetning til i USA opererer myndighetene i Norge ikke med tall på bemanning per pasient for de enkelte helseforetakene eller for avdelingene i et helseforetak. Bevisst eller ubevisst velger sykehusdirektører å være omtrentlige i spørsmålet om hvor mye bemanning som må til. De har hittil bare feiet sykepleiernes argumenter under teppet med å si at vi har relativt mange sykepleiere i forhold til befolkningen totalt – sammenlignet med andre land. Mens myndighetene ser ut til å famle i blinde, er det derfor grunn til å se fram til resultatene av en forskningsstudie som vil være atskillig mer presis. Den vil komme til høsten.

Sykepleierorganisasjoner i USA jublet da Aikens tall ble kjent. Også NSF har grunn til å bruke hennes forskning for alt det er verdt. Heretter vil det bli vanskeligere for sykehusdirektører å komme drassende utelukkende med økonomiske argumenter når de tvinger sykepleierne til å springe fra pasient til pasient. Tillitsvalgte i NSF snakker ikke lenger bare for sin syke mor – eller det er kanskje nettopp det de gjør: For en virksomhet som er til for pasienten, er pasientsikkerheten den ene faktoren som man aldri kan gå på akkord med.

Hjertestansstudien var forsvarlig

Da NRK Brennpunkt sendte dokumentaren «Hjertelotteriet», ble det spekulert i om pasienter med hjertestans fikk behandling etter loddtrekning. Statens helsetilsyn opprettet tilsynssak, som nå er ferdigbehandlet.

Konklusjonen er at pasienter som var med i «Hjertestansstudien» eller «IV ja/nei-studien» som ble gjennomført ved Ullevål universitetssykehus i perioden 2002 – 2009, fikk forsvarlig helsehjelp.

Oslo universitetssykehus, Ullevål.



Hva skjer



Foto: Colourbox

Trygg kirurgi

Nesten alle operasjonsstuene ved Førde sentralsykehus har tatt i bruk sjekklister. Prosjektet «Trygg Kirurgi», startet i fjor høst. Målet er å kvalitetssikre operasjoner bedre.

Sjekklister brukes ved omlaf 60 til 80 prosent av operasjonene.

– Sjekklister har sørget for at feil er oppdaget. Blant annet at det har blitt glemt å gi antibiotika, sier oversykepleier, Reidun Bergheim, på Helse Førdes nettsted.

Historisk gjennombrudd for gravide

– Endelig er det klinkende klart. Ingen har rett til å spørre om graviditet, adopsjon eller familieplanlegging i en ansettelsessituasjon. Dette er et gjennombrudd og en seier for kvinner, men også for menn i etableringsfasen, sier likestillings- og diskrimineringsombud Sunniva Ørstavik i en kommentar lovendringen.

–Loven slår nå fast at dette er diskriminering. Det er en viktig avklaring og en nødvendig modernisering av lovverket, fastslår Ørstavik.



Foto: Marit Fonn

Vestfold får privat sykehus

Oseberg Medisinske Klinikk (OMK) blir Vestfolds første private sykehus. – OMK ønsker å være et supplement til det offentlige helsevesen, og denne godkjenningen er et viktig steg på veien mot dette, sier daglig leder av OMK, Frank Pedersen til Tønsbergs Blad.

I en pressemelding sier OMK at godkjenningen de har fått fra Helse- og omsorgsdepartementet innebærer inntil ti sengeplasser for ortopedisk kirurgi.

Tønsbergs Blad

Les mer om:

- 10 Hver post, sin prosedyre >
- 12 Piller til alle aborter >
- 14 Varsling er et dilemma >
- 16 Lønnsoppgjøret mot klimaks >
- 18 Gi mamma likelønn >
- 20 Lenge til samhandling >
- 22 Skjulte senskader av polio >
- 24 Alt for damene >
- 25 Nei til å ettergi studielån >

sykepleien.no

Følg tariffoppgjøret på sykepleien.no



Ett år med pandemien



Foto: Colourbox

Det er nå ganske nøyaktig ett år siden verden ble klar over at et nytt A (H1N1)-influenzavirus med pandemisk potensial spredte seg blant mennesker.

I Norge har 1300 har fått sykehusbehandling, hvorav nær 200 i intensivavdeling. Rundt 45 prosent vaksinert. Men Folkehelse sier at pandemien er ikke over.

– Vi tror det kan komme en ny, mindre bølge til høsten, og det kan også komme sporadiske tilfeller og mindre utbrudd før det. Helsetjenesten må derfor fortsatt ha beredskap for å diagnostisere og behandle denne sykdommen, skriver Folkehelse på egne nettsider.

Tidsskriftet Sykepleien på Facebook



I skrivende stund har Sykepleien 5 798 tilhengere på Facebook, mange av dem er svært aktive. Er du nysgjerrig på hva sykepleierne diskuterer og engasjerer seg i? Du finner oss ved først å gå inn på www.facebook.com. I søkefeltet skriver du inn Tidsskriftet Sykepleien.

Redaktør Barth Tholens oppfordrer alle sykepleiere til å si sin mening om saker vi skriver. Både på vår hjemmeside www.sykepleien.no og på Facebook.



Foto: Helse Vest

Svarer på pasientspørsmål

Sykepleier Liv Torunn Rundhovde (bilde) yter gratis hjelp til pasienter, pårørende, sykepleiere, leger og helsepersonell som har spørsmål vedrørende helsetjenesten i Helse Vest. Gratistjenesten ble opprettet i

2007 og er et alternativ i Vest. De valgte en egen pasienthjelper, i tillegg til ordningen Fritt Sykehusvalg. Årlig mottar hun i overkant av 2 000 telefoner.

– Det er først og fremst pasienter som ringer, sier Rundhovde.

Hun forteller at folk flest ikke vet hva Nav tar seg av eller hvem i kommunen eller spesialisthelsetjenesten de kan få hjelp fra i helsesaker.

– Jeg får spørsmål om hvilket sykehus de bør velge med tanke på ventetid, kompetanse og kvalitet. Mange lurer på behandling i utlandet eller en bestemt operasjonsmetode utført på privat sykehus. De spør gjerne hvor mye de har krav på å få dekket, sier hun.

Pasienthjelperen i Helse Vest: 800 41 005 kl. 08 – 15
Fritt Sykehusvalg (i regi av Helsedirektoratet): 800 41 004 kl. 08 – 15

Forskere, pass på!

Har du planer om å få publisert dine forskningsfunn i et prestisjetungt tidsskrift? Pass på! Det er nemlig blitt slik at tidsskriftene avviser artikler om kliniske studier dersom de ikke er registrert i en godkjent database før første inklusjon. Så uten registrering, ingen publisering.

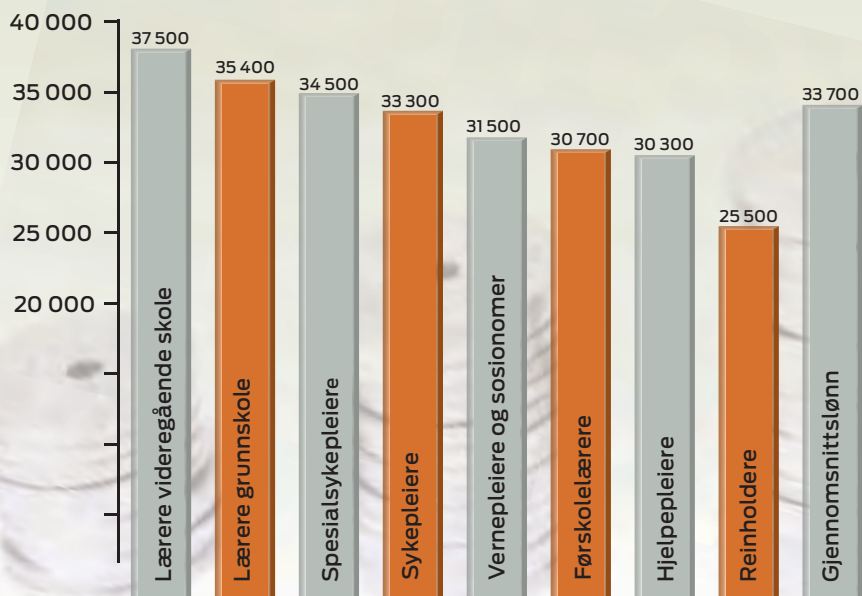
Mer om reglene og hvor du kan registrere deg, finner du på www.tidsskriftet.no, under «registrering av kliniske forsøk».

Tidsskrift for Den norske legeförening



EN TRIST, MEN IKKE SÅ FJERN FREMTID FOR LOKALSYKEHUSENE VÅRE

Gjennomsnittlig månedslønn for heltidsansatte i kommunal virksomhet per 1. desember 2009.



Kilde: SSB lønnsstatistikk

Meninger fra www.sykepleien.no

«Jukset» i Vestre Viken fortsetter å vokse

– Vestre Viken og helsevesenet generelt

Det er bra at slike ting kommer frem i lyset. Vi må strekke oss mot å bli bedre i helsevesenet, og dette er en «ongoing» prosess som aldri må stoppe.

(GSAN)

Taklet askekrisen bra

Kjempebra fokus på at sykepleiere gjør en viktig samfunnsnyttig jobb og står på når det trengs! Og har meninger i samfunnsdebatten. Dette burde vært spredd ut til andre aviser som tips!! Også som synliggjøring foran kommende tariffoppgjør.

Hele innlegget finner du på: www.sykepleien.no_debatt

Foretakstillitsvalgt NSF UNN
(Mai-Britt Martinsen)

Hver post, sin prosedyre

I dag sitter fagfolk på hver sin tue og lager fagprosedyrer. Nå vil Helsebiblioteket legge prosedyrene ut på nettet.

Tekst **Nina Hernæs**

Inorske sykehus lager 4 700 fagfolkprosedyrer. Vi vil samle ressursene. Målet er færre og bedre prosedyrer, sier Øystein Eiring, overlege og redaktør i Helsebiblioteket.

46 000 prosedyrer

Ifølge en kartlegging Sykehuset Innlandet og Oslo universitetssykehus gjorde sammen med

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten i 2009, er det 46 000 fagprosedyrer på norske sykehus. Antakelig er tallet høyere. Kvaliteten er uviss, og som regel deles ikke prosedyrene med andre fagfolk.

Intensivsykepleier Karin Borgen var med på kartleggingen. Hun sier resultatet egentlig ikke overrasket henne.

– Jeg fikk vel mine antakelser bekreftet, forteller hun.

– Som fagutviklingssykepleier og høyskolelærer i praksis har jeg sett at produksjonen av prosedyrer har vært høy, mens strukturene rundt har vært dårlig. Det har ikke vært kri-

– Det er et meningsløst mangfold, mener Karin Borgen.

Hun har sett prosedyrer som er umulig å gjennomføre i praksis og prosedyrer med referanser som ikke var relevante. Eiring viser til at det fins eksempler på at sykehus har solgt prosedyrer til andre sykehus.

– Når det gjelder fagprosedyrer har det vært ville vesten, sier han.

Åpent på nett

Som en følge av kartleggingen er det opprettet et nettverk for fagprosedyrer, som ledes av Borgen. 3. september åpnes også «Helsehåndboka», en

«Det har vært ville vesten.»

Øystein Eiring, redaktør i Helsebiblioteket

terier for hvordan prosedyrer skal utarbeides eller implementeres.

I kartleggingen var svært mange av prosedyrene uten referanser.

– Dermed er det heller ikke mulig å vite hva slags forskning som ligger til grunn for prosedyren, påpeker Borgen.

Den faglige kvaliteten var bare vurdert systematisk for halyparten av prosedyrene, og det kom ikke fram hvordan kvaliteten ble vurdert.

Ikke bare lages det prosedyrer eksklusivt for hvert sykehus, men også for hver post. På sykehuset Innlandet er det for eksempel ti prosedyrer for håndtering av sentralt vena-kateter.

RYDDER OPP: Karin Borgen vil ha mer orden i prosedyrene på norske sykehus. Hun er rådgiver ved Oslo universitetssykehus med bistilling i Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Foto: Stig Weston

gratis tjeneste på nett som gir fagfolk verktøy til å utarbeide fagprosedyrer, kvalitetssikre dem og dele med andre.

– Med håndboka har vi forsøkt å løse et problem, forklarer Eiring.

– Myndighetene pålegger sykehusene å dele kunnskap, men prosedyrer ligger ofte på sykehusenes intranett, omgitt av brannmurer.

Helsehåndboka ligger på det åpne nettet. Hvis for eksempel sykepleiere på et sykehus trenger en prosedyre, kan de undersøke om prosedyren allerede er i Helsehåndboka, eller om noen allerede er i gang med å utarbeide den. Er den ikke det, finner de verktøy til å lage prosedyren kunnskapsbasert. De kan også publisere prosedyren, dersom den fyller kvalitetskravene.

En prosedyre som ligger i Helsehåndboka er bare godkjent til bruk for ansatte i sykehus eller kommuner som har godkjent den gjennom sitt interne kvalitetssystem.





INGEN MURER: Helsehåndboka gjør det mulig å dele fagprosedyrer på det åpne nettet. Foto: Scanpix

Alle faggrupper

Alle prosedyrer som publiseres i Helsehåndboka må være utarbeidet etter AGREE, et internasjonalt anerkjent instrument for å evaluere kvaliteten på faglige anbefalinger.

Et av kravene i AGREE er at alle relevante faggrupper skal være med å utarbeide en prosedyre. For eksempel skal farmasøyter være med dersom prosedyren innebærer bruk av medikamenter.

– Jeg har for eksempel vært borte i en prosedyre der en regnefeil førte til at prosedyren ikke hadde den effekten den skulle ha, forteller Karin Borgen.

Flere spørsmål

I første omgang skal 60 fagprosedyrer ligge klart på nett til fritt bruk.

– Vil dette erstatte prosedyrepermer som står rundt på postene?

– Ja, etter hvert som sykehus og kommuner

får bedre tilgang til internett, sier Eiring.

– Men det er flere uavklarte spørsmål. For eksempel om håndboken skal ligge på Google. Det fins faktisk sykehus hvor de ansatte ikke har mulighet til å bruke Google. Spørsmålet er om vi skal vente på at de tar til fornuft eller om vi skal lete etter andre løsninger.

Eiring opplever at prosedyrer på nett har slått an.

– Det virker som vi har truffet noe der ute, sier han.

– Vil dere dekke alle fagprosedyrer?

– Det vil ta tid og kreve mer ressurser. Vi håper å publisere et titall flere utover høsten.

– Er det ikke gjort noe for å samle prosedyrer før?

– Jo, på sykepleiesiden fins «Praktiske prosedyrer for sykepleietjenesten» og på legesiden «Norsk elektronisk legehåndbok».

Men disse koster penger. «Praktiske prosedyrer for sykepleietjenesten» utgis av forlaget

Akribe, som er eid av Norsk Sykepleierforbund.

– Vår intensjon er ikke å konkurrere med dem. Vi har rett og slett sett et behov og forsøker å dekke det. ■■■

Fakta

Fagprosedyrer

Beskriver medisinske og helsefaglige aktiviteter og prosesser i helsetjenesten.

Helsehåndboka

Målet er en gratis tjeneste på nett som eies og finansieres av det offentlige. Åpnes 3. september. Produserer ikke innhold, men tilbyr verktøy for at fagfolk for eksempel kan lage fagprosedyrer. Les mer: <http://sites.google.com/site/godpraksis/>

Piller til alle aborter

Det er ingen logisk forklaring på at kvinner mellom uke ni og tolv i svangerskapet ikke får medikamentell abort, mens kvinner både før og etter får det. I Bergen har pillemetoden vært et tilbud til denne gruppen siden 2005.

Tekst **Eivor Hofstad** Foto **Colourbox**

Medikamentell abort virker like godt og har mindre bivirkninger enn kirurgi, også for dem som er gravid mellom uke ni og tolv. Det viser en studie fra Haukeland universitetssykehus publisert i mai-nummeret av *Obstetrics & Gynecology*.

Av 254 kvinner som fikk medikamentell abort klarte over 90 prosent seg uten kirurgisk inngrep i etterkant. 91 prosent var også godt fornøyd. Nå er praksisen innlemmet i de nye nasjonale retningslinjene som kom i 2009.

Ulogisk skille

I 2005 ble nesten hver fjerde abort utført på kvinner som var i niende til tolvte svangerskapsuke. Dette ble gjort med kirurgisk inngrep, til tross for at både tidligere og senere aborter ble utført medikamentelt.

På Haukeland universitetssykehus var det en gruppe leger som syntes dette var ulogisk, og

valgte å innføre medikamentell abort med legemidlene mifepriston og misoprostol, også for dem mellom uke 9 og 12. To utenlandske klinikker hadde da rapportert gode resultater for denne gruppen, den første allerede i 1998.

– Det finnes ingen god forklaring på hvorfor akkurat disse ukene skulle utelates. Men man kan jo spekulere i at det har noe å gjøre med at abort i seg selv er kontroversielt og at medikamentell abort er enda mer kontroversielt, sier førsteforfatter av studien, lege Mette Løkeland ved Kvinneklubben på Haukeland universitetssykehus.

Da pillene som brukes kom, var de først godkjent til bruk opptil sjuende uke, og så har det gradvis utvidet seg etter hvert.

– Det tar tid å endre praksis. Fremdeles er kirurgi eneste tilbud til denne gruppen på mange sykehus i landet. På Haukeland får 75 prosent av dem i uke ni til tolv medikamentell abort, mens

gjennomsnittet for samtlige aborter i Norge er 56 prosent, sier Løkeland.

Blør mer

Ulempen med medikamentell abort er at kvinnene kan blø en del etterpå, og tidligere i år kom en registerbasert finsk studie som viste at medikamentell abort hadde 20 prosent bivirkninger mens kirurgi hadde 5,6 prosent. Andre studier har dramatisk lavere tall og det er antakelig kodeproblemer som forårsaker det høye finske tallet. Alle som kommer tilbake til klinikken for konsultasjon registreres nemlig som en komplikasjon i de finske registrene.

– Blødning er assosiert med den medikamentelle metoden, og det øker sannsynligheten for at kvinnen vil søke råd. Dette må tas i betraktning når man skal designe aborttilbud og kalkulere kostnadene, sier de finske forfatterne i et svar til kritikken i mars-nummeret av *Obstetrics & Gynecology*.

Mer smerter

En annen bakside ved medisin-metoden er at kvinnen får fødselslignende smerter, når hun har tatt misoprostol som skal trekke sammen livmoren. Men da er alle mellom uke ni og tolv på sykehuset og får smertelindrende behandling. De før uke ni får velge selv om de ønsker å være på sykehuset når de skal ta misoprostol.

Ved Haukeland har de forbedret og forenklet den medikamentelle behandlingen.

– Vi gjør færre utskrapninger nå enn i starten. Og kvinnene trenger ikke komme tilbake til fysisk kontroll, forteller Løkeland.

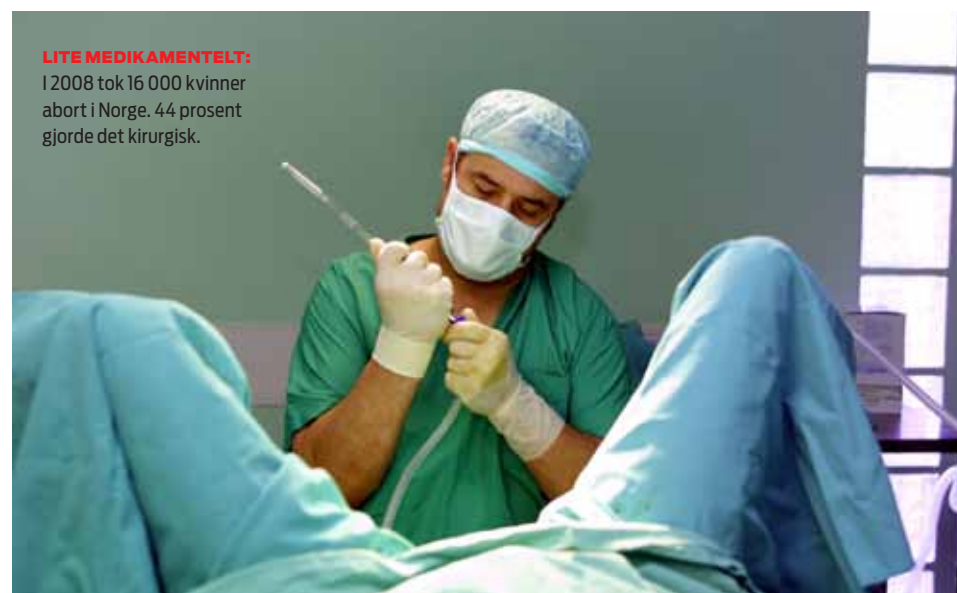
Det er få komplikasjoner med begge metoder, men den er lavere ved medikamenter. Ved kirurgi kan narkose og selve inngrepet by på problemer.

– Man kan for eksempel perforere uterus og kvinnen kan få ulike infeksjoner, sier Løkeland.

Hun er derfor ikke i tvil om at medikamentell abort er et fremskritt for kvinnene som skal gjennom en abort.

– De føler at de har mer kontroll selv. Dessuten er det slik at dersom du kan komme i mål med konvensjonell behandling, det vil si medikamenter, så skal det foretrekkes fremfor kirurgi. ■■■

«Blødning er assosiert med den medikamentelle metoden, og det øker sannsynligheten for at kvinnen vil søke råd.»



LITE MEDIKAMENTELT:
I 2008 tok 16 000 kvinner abort i Norge. 44 prosent gjorde det kirurgisk.

NYHET!

Laktosefri melk og fløte med den samme gode smaken.



Zero Laktose™
teknologi og
varemerke er
lisensiert fra
Valio Ltd

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



Varsling er et dilemma i Helse Nord

Neste halvparten av helsearbeiderne i Helse Nord opplever et dilemma mellom lojalitet til arbeidsgiver og behov for å varsle om kritikkverdige forhold.

Tekst **Laila S. Berg**

I 2009 påla Helsedepartementet de regionale helseforetakene å sette verdispørsmål på dagsorden. Helse Nord fulgte opp med en spørreundersøkelse om etikk og verdier. Av 12 000 personer som ble spurt, svarte 1000.

Betegnende

– Denne undersøkelsen er ikke statistisk relevant. Men den viser en retning om hva vi må jobbe videre med, sier prosjektleder Gunnell Axelsson, i «Verdibasert hverdag» i Helse Nord.

«Det formelle vernet er tydelig og godt, men i praksis får varslere lite støtte» Marie Aakre

– Jeg tror svarene i undersøkelsen er ganske betegnende, sier Laila Wilhelmsen, fylkesleder i Norsk Sykepleierforbund i (NSF) i Nordland.

– Tilbakemeldinger fra tillitsvalgte er at enkelte føler seg straffet når de har meldt fra om uheldige forhold. Selv om arbeidsmiljøloven sier at varslere skal ha et større vern, skjer ting i det skjulte. Da kan den enkelte resignere og

lar heller være å melde fra, når de ikke har kollegaene med seg, sier Wilhelmsen.

Foretakstillitsvalgt ved Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN), Mai-Britt Martinsen, er ikke fornøyd med varslingsystemet ved UNN. Det er vanskelig for den enkelte medarbeider å bruke, og de tar seg sjelden tid til å melde avvik, hevder hun.

– Opplæringen er for dårlig. Samtidig opplever en at meldingene ikke blir skikkelig behandlet videre. Det tar altfor lang tid før en

gjør inntrykk hvor tøft det er å være varslere uten å bli bekreftet, uten å bli betraktet som involvert part og uten å få saklig tilbakemelding og personlig støtte. Hovedinntrykket er at varslere er mer en trussel enn en ressurs, sier Aakre.

Ikke nok kjent

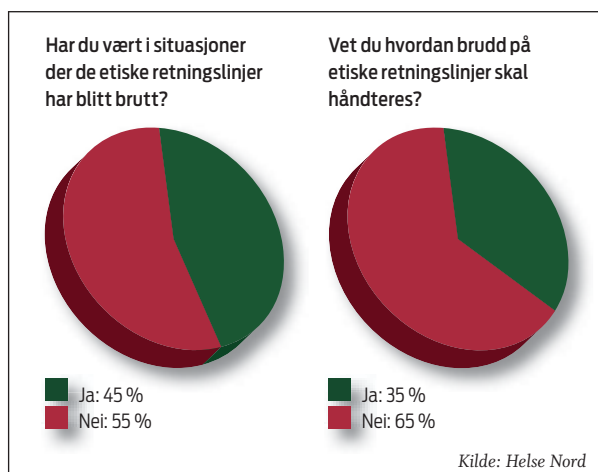
Undersøkelsen i Helse Nord viser at 45 prosent har vært i situasjoner der etiske retningslinjer har blitt brutt. Hele 65 prosent vet ikke hvordan dette skal håndteres. Det er en indikasjon på at de etiske retningslinjene ikke er godt nok kjent.

– Vi kurser og informerer. Det viser seg likevel at mange ikke vet hvordan de skal håndtere varsling. Enkelte melder for eksempel bare muntlig til sin leder, men man bør melde skriftlig. I noen kulturer er det de samme personene som melder. Når det skjer, kan vedkommende få følelsen av at alt som går på kritikkverdige forhold skjer når vedkommende er på jobb. «Det er bare jeg som melder. Derfor kommer jeg til å slutte å skrive avviksmeldinger, hevdes det». Dette er tilbakemeldingen jeg har fått fra noen tillitsvalgte, sier fylkesleder Laila Wilhelmsen.

I 2002 ble «Kvalitet, trygghet og respekt» valgt som verdigrunnlag ved innføring og oppstart av helseforetaksreformen. Etiske retningslinjer for alle ansatte i Helse Nord forelå i 2007. Der er det nedfelt et eget punkt «Varsling om kritikkverdige forhold (whistleblowing)» som sier at varsling ikke skal medføre interne sanksjoner.

Knut Langeland, HR-rådgiver i Helse Nord, mener Helse Nord i dag har utarbeidet tilstrekkelig gode rutiner for varsling. Det finnes også skjemaer for anonym varsling.

– Vi oppfordrer alle ansatte til å varsle om kritikkverdige forhold. Det gir en innsikt som kan heve kvaliteten i alt vi holder på med. Den som oppdager noe som kan anses som kritikkverdige, skal ikke bære ansvaret alene, men ivaretas godt, sier Knut Langeland. ■■■



får respons på meldte avvik. Vi trenger å jobbe med å få en bedre avviskultur og må sette av ressurser for å få systemet til å fungere.

Lite støtte

Marie Aakre, leder i Rådet for Sykepleieetikk i NSF, får årlig inn 50 til 100 saker vedrørende etiske dilemmaer. Av disse er en håndfull saker som egentlig bør varsles, noe som Rådet anbefaler sykepleierne å gjøre.

– Erfaringene og tilbakemeldingene vi får er at de som varslere ofte opplever at de får lite støtte og blir dårlig behandlet både av kolleger og ledere, sier Aakre.

Generelt meldes det for lite, mener hun. Det koster mye å varsle, og ansvaret den enkelte har for å melde kan vike av lojalitetshensyn til en kollega eller leder. Hun tror ikke det er mer eller mindre av dette i nord enn i sør. Men hun tror det er vanskeligere i mindre miljøer.

– Jeg tror ikke det er godt nok vern for varslere. Det formelle vernet er tydelig og godt, men i praksis får varslere lite støtte fra arbeidsgiverhold, fra sin nærmeste leder og heller ikke fra Helsetilsynet. De sakene som kommer inn er ofte alvorlige og ender gjerne hos Helsetilsynet. Det

EN HALV MILLION NORDMENN HAR TØRRE, SÅRE, RØDE, KLØENDE ELLER SVIENDE ØYNE...

ER **DU** EN AV DEM?

LENZMOIST OG VIZCURE FUKTER OG SMØRER TØRRE, SÅRE ØYNE.

Vizcure – førstevalget for øyne som er tørre og såre.

Dråpene fukter og smører øynene og inneholder bl.a. fuktighetsbindende hyaluronsyre, og vitamin B12 som kan ha en antioksidantisk effekt på øynene dine. Konservert med Oxyd™ som omdannes til salt og oksygen etter få sekunder.

Lenzmoist – det beste alternativet for kontaklinsebrukere.

Dråpene fukter og smører tørre og såre øyne, samtidig som kontaktlinsene rengjøres for fett og proteiner – mens de ligger på øyet. Konservert med Oxyd™ som omdannes til salt og oksygen etter få sekunder.



Prøv en ny generasjon øyedråper!

Streik fra 27. mai?

Et halvt døgn før meklingsfristen utløp natt til 1. mai gikk Unio til brudd i forhandlingene med KS, Staten og Oslo kommune. Nå har partene frist til midnatt 26. mai for å unngå streik.

Tekst Bjørn Arild Østby Foto Ellen Morland

Når tilbudet fra KS er så langt unna Unios hovedprioriteringer, ga det ikke grunnlag for å fortsette forhandlingene, sier Unios forhandlingsleder Mimi Bjerkestrand.

Unios forhandlingsleder overfor staten fant heller ingen grunn til å fortsette forhandlingene.

- Statens siste tilbud var rett og slett en god søknad om å bryte forhandlingene og velte ansvaret for å finne en løsning over på meklingsmannen, sier Unios forhandlingsleder Arne Johannessen.

Det siste bruddet kom i Unios forhandlinger med Oslo kommune.

Kommunesektoren

I KS-området prioriterer Unio likelønnsloft gjennom et særskilt tillegg, og tiltak for å snu den svake lønnsutviklingen for høgskelegruppene.

- Lønnsgapet mellom kvinner og menn er godt dokumentert, og de siste årene har grupper som lærere og sykepleiere hatt en lønnsutvikling som ligger 4 000 - 5 000 kroner under det andre kommunalt ansatte har hatt. Dette kommer fram i en felles rapport fra KS og arbeidstakersiden, sier Mimi Bjerkestrand.

Hun er derfor svært overrasket over motparten KS som mener likelønn best oppnås ved mer kvelds-, natt- og helgejobbing.

Unio har gjort beregninger på hvor mange

ekstra kvelds- og helgevakter som er nødvendig for å oppnå henholdsvis 10 000, 20 000 og 30 000 kroner ekstra i året.

For å få utbetalt 10 000 kroner ekstra ubekvemstillegg (med dagens satser) må sykepleieren jobbe åtte helger (16 helgevakter) og 18 kveldsvakter i tillegg. Totalt må de da jobbe 24 helger (48 helgevakter) og 65 kveldsvakter.

For å oppnå 20 000 kroner ekstra må sykepleieren jobbe 32 helger (64 helgevakter) og 83 kveldsvakter, og for å få 30 000 kroner er det snakk om jobb 40 helger i året. Det bryter med arbeidsmiljølovens bestemmelser om fri helga etter en arbeidshelg.

- KS er landets største arbeidsgiver for kvinner, men dette tilbudet har ingen likelønnsprofil, sier Bjerkestrand.

Forhandlingslederen er heller ikke imponert over det økonomiske tilbudet fra KS. Arbeidsgiver tilbyr et generelt tillegg til alle arbeidstakere på 0,9 prosent, og en lokal pott på 1,4 prosent fra 1. juli.

- Dette ligger langt under vårt krav om et generelt prosentvis lønnstillegg på 2,5 prosent, en kompensasjon for dokumentert mindrelønnsutvikling på 1 prosent for høgskeleutdannede og 1,5 prosent til arbeidstakere i skolen, ifølge forhandlingslederen.

Unio krever også heving av minstelønnssetene. For stillinger med krav om høgskeleutdanning er Unios krav om minstelønnsseter for nyansatte 335 000 kroner, stigende til 400 000 kroner etter 16 års ansiennitet. For stillinger som krever ytterligere spesialutdanning er tilsvarende krav fra Unio 359 000 kroner (0 år) stigende til 421 000 kroner (16 år).

Staten

I Staten fremmer Unio, YS Stat og LO Stat felles krav for sine statsansatte. De tre organisasjonene mener regjeringen må bidra med en kvart prosent på årsbasis ekstra til sentrale, selektive tiltak for å sikre likelønn. Dette utgjør i underkant av 300 millioner kroner.

I de økonomiske kravene fokuserer organisasjonene på at årets oppgjør må bidra til å minske lønnsforskjeller på privat og offentlig sektor. Denne forskjellen er nå på 112 000 kroner, etter en økning på 12 000 kroner siste tariffperiode.

«Tilbudet fra KS har ingen like-lønnsprofil.»

Unios forhandlingsleder i KS-området, Mimi Bjerkestrand



MEKLING: Det ble brudd i tre av lønnsforhandlingene før fristen utløp 1. mai. Forhandlingene i Spekter-området har ennå ikke startet. Her fra fjorårets 1. mai-markering.

De tre hovedorganisasjonene legger vekt på å få mest penger til fordeling sentralt. I tillegg til et krav om generelle kronetillegg ønsker organisasjonene 1,5 prosent til sentrale justeringer fra 1. juli og 0,5 prosent til lokale forhandlinger fra 1. august.

- Kravet om at likelønnsmidlene i hovedsak må fordeles sentralt, er for at det skal gis varig effekt. Fordi staten vil droppe sentrale justeringsforhandlinger, og gi likelønnsmidler kun lokalt til utvalgte virksomheter, blir dette dessuten en inngripen i tariffsystemet. Det er utenkelig at vi kan gå med på dette, heter det i en pressemelding fra de tre organisasjonene.

De tre er også overrasket over at staten fullstendig overser kravet om lønnsopprykk på ett lønnstrinn for foreldre som tar ut seks måneders omsorgspermisjon.

Når det gjelder generelt lønnstillegg krever

organisasjonene et tillegg fra 1. mai på 9 000 kroner for lønnstrinn 1 - 45, videre 2,5 prosent til lønnstrinn 46 - 80 og 18 000 kroner til lønnstrinn 81 - 95.

- Våre krav vil være et godt bidrag til likelønn, men det vil ikke tette gapet. Vi går lenger enn frontfaget og det skulle bare mangle, sier forhandlingsleder i Unio, Arne Johannessen.

Oslo kommune

Unio Oslo valgte også å bryte forhandlingene med Oslo kommune.

- Oslo kommune har ikke vist tilstrekkelig vilje til å komme oss i møte på likelønn, sier forhandlingsleder for Unio Oslo, Terje Vilno.

For Unio Oslo er det avgjørende at årets oppgjør får en klar likelønnsprofil. I tillegg til et generelt tillegg på 2,5 prosent har Unio

krevd en markert satsing på universitets- og høyskolegruppene.

Forhandling i det stille

Partene ble 4. mai kalt inn til Riksmeklingsmannen. Nå får meklingsmannen oppgaven med å finne en løsning som kan hindre en konflikt.

Under meklingen foregår samtalene mellom partene via meklingsmannen - og bak lukkede dører. Ingen av partene vil gå ut med konkret informasjon inntil det foreligger et anbefalt eller avvist meklingsresultat.

Meklingsfristen er 26. mai klokka 24.00, og eventuell streik kan tidligst starte fra arbeidstidas start den 27. mai.

- Jeg kan ikke huske at det noen gang har vært så stor avstand mellom partene på vei inn i en mekling, sier Unio-leder Anders Folkestad. ■■■



**NÅ FRA
KILDEN I
TELEMARK**

**15% PLANTEBASERT FLASKE
REDUSERT CO₂-UTSLIPP**

**HVILKET VANN
DRIKKER DU?**

God smak fra Telemarkvæden



Numero Verde and Telemark are trademarks of The Coca-Cola Company. © 2010 The Coca-Cola Company

Mer lønn til mamma



MYE BORTE: Mamma Miriam Johansen jobbet skift og var mye borte, mens pappa ble oversykepleier og jobbet mest på dagen. Ganske typisk, mener Iver Johansen Aastebøl, nyvalgt leder i Rød Ungdom.

– Selv tøffe gutter på «drekke og mekk» har en mamma de er glad i, sier nyvalgt leder for Rød ungdom, Iver Johansen Aastebøl.

Tekst **Kari Anne Dolonen** Foto **Erik M. Sundt**

Vi sitter rundt et solid kjøkkenbord på Tonsenhagen i Oslo. Mobilen til Miriam Johansen ringer.

– Det er Iver, opplyser hun. Han sitter på bussen og er noe forsinket. – Jeg ble litt nervøs da dere kom. Iver lovet å være her i god tid. Det er liksom hans opplegg dette, sier hun.

Noen minutter senere kommer Iver inn døra. Under jakka avsløres en t-skjorte hvor det står: «Mamma fortjener likelønn». På håndbaken vises en tatovering med samme budskap.

Ivrige Iver

Iver Johansen Aastebøl er nyvalgt leder for Rød ungdom.

Nettene før 8. mars lå han og vred seg i sengen og slet med å få sove.

– Det var en slik natt ideen til kampanjen «Mamma fortjener likelønn» ble født, sier han.

Iver lanserte ideen i forkant av landsmøtet i Rød Ungdom. Den ble godt mottatt. Selv ble han valgt til leder, og er fornøyd med det. Det er mamma også.

– Klart jeg er stolt av ham, sier hun.

Mamma og pappa

Men hva får en ungdomspolitiker til å engasjere seg for likelønn?

– Både mamma og pappa er sykepleiere, så for meg har det vært naturlig. Samtidig mener jeg dette er en sak som er viktig. Mange unge tror ikke på at manneyrker er 15 prosent bedre betalt enn kvinneyrker. På oss virker det blodig urettferdig. Kort sagt, vi synes dette skal rettes opp i nå, sier han.

Iver har en tvillingbror som heter Truls. Han er ikke politisk aktiv, men Iver røper at de stort sett har like meninger.

– Hvorfor ble du politisk aktiv og ikke han?

– Han var hakket bedre enn meg på ski. Jeg klarte ikke å slå ham der. Rekorden hans på Birken er under tre timer. Så jeg engasjerte meg politisk i stedet, sier han med et smil.

Det er Pappa Bjørn Aastebøl som har dratt guttene ut i skisporet. Iver og Truls har også en storebror: Lars.

Sykepleierforeldre

– Jeg vokste opp med både en mamma og en pappa som er sykepleiere, forteller han.

– Er det et politisk hjem du har vokst opp i?

– Ja det vil jeg si. Vi har hatt mange diskusjoner rundt kjøkkenbordet og jeg har vært med i mange 1. mai tog og 8. mars tog opp igjennom. Det er ikke akkurat størrelsen på arveavgiften vi har bekymra oss for her i huset, sier Iver.

Oppvekst

Så hvordan var det å vokse opp med to foreldre som jobbet turnus?

– Jeg skjønnte ikke så mye av det med likelønn da jeg var liten. Jeg opplevde at mamma var mye borte. Pappa fikk oversykepleierstilling og jobbet ikke så mye kveld og natt. Det er på en måte betegnende. Det virker som om menn som jobber i omsorgssektoren stiger raskere i gradene og går over i lederstillinger og bedre betalte jobber. Sånn var det med mamma og pappa, forteller Iver.

I dag er foreldrene til Iver skilt. Mamma jobber på Rikshospitalet, mens pappa Bjørn bor og jobber på Kongsvinger.

– Kunne du selv tenkt deg å bli sykepleier?

– Nei.

– Jeg har som sagt vokst opp med to sykepleiere som foreldre. Misforholdet mellom den

jobben de gjør og hvordan de blir verdsatt, gjør at det ikke frister. Jeg synes det er en respektløs verdsetting av helsepersonell, sier han.

Reiser landet rundt

Rød Ungdom reiser nå land og strand rundt på helse- og sosialfagutdanninger. Der får de ungdom til å tatovere seg – med vannbasert tatovering – hvor det står: Mamma fortjener likelønn.

Tatoveringen Rød Ungdom har laget, vekker minner om macho sjømenn men som hadde «I love mum» tatovert på armen.

– Hva synes du om at ungdommen står på barrikadene for likelønn?

– Det synes jeg er bra. Da jeg selv var yngre, var jeg også mer engasjert. Nå er jeg litt demotivert. Vi sykepleiere har kjempet så lenge for dette, at man mister litt troen på at det hjelper. Det er godt at noen andre stepper inn. Vi får i hvert fall ikke utrettet noe hvis ingen engasjerer seg, sier Miriam.

– I tillegg til tatoveringene, har vi laget en kampanjeside på nett og på Facebook. Oppslutningen har vært kjempegod, Facebookgruppa har over 3000 medlemmer, sier han.

Ikke retorikk

– Tror du kampanjen hjelper?

– Jeg tror ikke kampanjen alene vil føre til likelønn. Men hvis nok mennesker krever at politikerne må fikse dette, så øker sjansen. Jeg vet at mange prøver å gjøre denne debatten veldig vanskelig. Vi er ikke så interessert i retorikken. Vi mener dette skal fikses. Nå, sier han.

Få flere med

Målet med Rød Ungdoms kampanje er også å få flere medlemmer.

– Denne kampanjen representerer noe alle kan samles om. Selv tøffe gutter på «drekke og mekk» har en mamma de er glad i, sier han.

– Det er bevisst at vi har kombinert det litt macho, med det feminine. Kampanjen provoserer nok ingen, men mange trekker på smilebåndet og synes den er søt, sier Iver.

Så hvis «poden» eller «podinnen» kommer hjem med sjømannstatovering, ikke få panikk. Sannsynligvis er det bare Rød Ungdom som har vært på besøk.

Mer informasjon: <http://likelonn.sosialisme.no> og på Facebook: Mamma fortjener likelønn ■■■

LEDERSTILLING I HELSESEKTOREN?

Handelshøyskolen BI tilbyr lederutdanning for helsepersonell. Vi har utviklet to masterprogrammer, hver på 30 studiepoeng, spesielt rettet mot deg som har jobbet noen år og som ønsker å utvide din forståelse og dine ferdigheter som leder:

- **OMSTILLING I HELSEFORETAK** - Ledelse av innovasjons- og forbedringsarbeid
- **LEDELSE I KLINIKKEN** - Organisering og ledelse av kliniske mikrosystemer – helseforetakets kjernevirksomhet

De to masterklassene, som erfaringsmessig vil ha en fin sammensetning av ulike profesjonskompetanser, er planlagt med oppstart høsten 2010. Undervisningen vil foregå med 5 eller 6 samlinger over to semestre ved BI i Oslo og en avslutningsmodul ved Karolinska Institutet i Stockholm. Hvis du ønsker det vil programmene inngå som deler av en full Master of Management-grad (90 poeng).

www.bi.no/helseledelse

TYNGDEN DU TRENGER

BI

– Mange år til samha

– Helsemyndighetene undervurderer hvor lang tid det vil ta å oppfylle intensjonene i samhandlingsreformen, sier leder i Norsk Sykepleierforbund, Lisbeth Normann.

Tekst **Ann-Kristin Bloch Helmers** Foto **Stig Weston**

Samhandlingsreformen er nå behandlet i Stortinget, og det var på forhånd knyttet store forventninger til hva reformen skulle løse. Det ble imidlertid ikke et bredt forlik på tvers av partiene.

– Det er viktig å holde tempoet og ha et

politisk trøkk på samhandlingsreformen framover. Det vil ta mange år å komme i havn med intensjonene bak reformen – så lang tid tar det faktisk å bygge opp attraktive og faglig kompetente miljøer som rekrutterer sykepleiere, sier leder i Norsk Sykepleierforbund, Lisbeth Normann.

– Tenk kreativt!

– Vi må klare å tenke mer kreativt i forhold til hvem som skal gjøre hva av helsearbeid i kommunene. Ja, det er viktig med leger, men det vil være muligheter for nye behand-

klart at de rød-grønne ikke klarte å inngå forlik med opposisjonspartiene på Stortinget om verken finansiering eller konkret ansvarsfordeling mellom første- og andrelinjetjenesten.

Det ble heller ingen forpliktende opptrappingsplan for rehabilitering, slik mange pasientorganisasjoner hadde håpet på.

– Må unngå «stille reform»

KS mener det er viktig at reformen innføres trinnvis, for å sikre at det blir en reform som faktisk fungerer for pasientene.

– Vi må unngå at dette blir en «stille re-

«Jeg er redd for at sykehusene vil bli presset til å skrive ut pasientene raskere.»

Bent Høie (H), leder av Helse- og omsorgskomiteen på Stortinget

lings- og ledelsesoppgaver for store grupper av høyskoleutdannede helsearbeidere. Særlig er det et stort potensial for å utnytte sykepleiernes kompetanse bedre. Også rundt lokalisering må vi utfordre tradisjonell tenkning: Kanskje kan samlokalisering av fagmiljøer på for eksempel sykehjem være en løsning, sier Normann.

Ikke enighet

Tidligere helseminister Bjarne Håkon Hanssens visjon var Norge fylt av Helsehus, penger i fri flyt mellom linjene – og kommuner som sto med åpne, godt forberedte og faglige armer til å ta imot strømmen av stadig eldre og stadig sykere pasienter.

Denne visjonen måtte justeres da det ble

form», hvor spesialisthelsetjenesten bygger ned tjenester før oppgavene er overført til kommuner og finansieringen er på plass, advarte KS-direktør Gudrun Grindaker de vel 250 helsetoppene som kvelden etter Stortingsvedtaket samlet seg i Oslo kongressenter for å oppsummere hva de nå kunne forvente av reformen.

– En retningsreform

Helseminister Anne-Grete Strøm-Erichsen kaller vedtaket en «retningsreform», og uttalte under behandlingen i Stortinget at det er bred enighet om hovedlinjene, og at mer innhold vil komme under årlige budsjettforhandlinger og gjennom nye lover.

– Jeg tipper at nåværende konsulent Bjarne



Følgende står nå igjen av reformen:

- › Kommunene skal overta ansvaret for utskrivningsklare pasienter fra 2012
- › Et statssekretærutvalg er nedsatt for å utrede finansieringsløsninger
- › Ny helse- og omsorgslov og nasjonal helseplan skal på høring våren 2011

I tillegg skal fastlegeordningen videreutvikles under en tydeligere ledelse, det skal etableres lokalmedisinske sentre og en samkommunemodell som ikke er basert på tvangssammenslåinger.

ndling

Håkon Hanssen er litt flau over dette mageplasket, sa Frp-leder Siv Jensen under debatten i Stortinget. – Dette har blitt en sparereform.

– Jeg har stor tro på denne reformen, sa Tore Hagebakken (Ap), medlem av helse- og omsorgskomiteen til kritikerne som møtte ham i Oslo Kongressenter.

– Det vil bli reform fra 2012. Veldig mange kommuner samarbeider nå, og mye går av seg selv. Nesten daglig blir jeg kontaktet av søkere som har prosjekter til de 33 millioner kronene vi har å dele ut til samhandlingstiltak ute i kommunene.

til å samhandle med Stortinget, mener han.

– Det vi er enige om nå, er intensjonene. Realiteten er at regjeringspartiene ikke ønsket et forlik om samhandlingsreformen. Vi la frem 42 forslag som var konkrete og økonomisk forpliktende – det ble avvist. Det som står igjen nå er en lite konkret reform, som ikke skal koste penger. Men denne reformen kan ikke gjennomføres som et nullsumspill, sa Høie under møtet i Oslo Kongressenter.

Ville ha forsøkslov

– Vi ønsket å etablere en forsøkslov – og ha en

«Vi må klare å tenke mer kreativt.»

Lisbeth Normann, leder i Norsk Sykepleierforbund

– Vi ønsker å kvalitetssikre reformen, vi vil ha trygg endring. I forhold til det Bjarne Håkon Hanssen opprinnelig sa om samhandlingsreformen, er det ikke mye som er tatt bort, men vi har ikke pøst på med lovnader i forhold til opposisjonen på Stortinget, sa Hagebakken under møtet på Oslo Kongressenter.

– Dette skal ikke bli en sparereform, det skal bli et av de virkelig store satsingsområdene. Vi skal bruke pengene smartere enn før, og vi må også sørge for å ha kompetente helsearbeidere på plass, sier han.

– Lite konkret

Leder i helse- og omsorgskomiteen på Stortinget, Bent Høie (H), er skuffet. Han hadde oppriktig tro på at regjeringspartiene og opposisjonen skulle klare å forhandle seg frem til en felles enighet.

– Vi har en helseminister som ikke har evne

reform som vokser nedenfra og opp gjennom utprøving, mens regjeringspartiene vil tre reformen nedover ørene på kommunene og sykehusene. Nå er jeg redd for at sykehusene vil bli presset til å skrive ut pasientene raskere, uten at kommunene har tilbud til å ta dem imot. Dette ville vi unngå, gjennom å bygge opp tilbudet først, sa Høie.

Leder i Funksjonshemmedes fellesorganisasjon Liv Aarum mener det må komme en forpliktende plan for rehabiliteringsarbeidet:

– Rehabilitering og habilitering er det best utredede temaet i helsevesenet, og snakker vi kilomessig, handler det om store løft, ja. Vi må nå få en forpliktende opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering.

– Jeg synes det ser ut som hele reformen er satt på vent, og etterlyser de modige politikerne i dette arbeidet, som lar kjepphestene hvile, sa Aarum. ■■■

Samhandlingsforslag fra Venstre som ble vraket:

- › Innføre ordning med ettergivelse av studiegjeld for sykepleiere og hjelpepleiere som vil arbeide i primærhelsetjenesten
- › Plan for forskning på arbeidskraftsbesparende teknologi
- › Revidert takstsystem for fastlegeordningen som belønner tidsbruk for behandling og oppfølging på laveste nivå.
- › Ny kommunereform hvor Stortinget bestemmer hvor mange kommuner vi skal ha, mens kommunene selv får bestemme de nye kommunegrensene. Økte statlige overføring til de nye kommunene.
- › Utredning av kommunalt opptreningsansvar for rehabilitering.



Samhandlingsforslag fra FrP, Høyre og KrF som ble vraket:

- › Forsøkslov med mulighet til å innføre pilotprosjekter mellom kommuner og helseforetak
- › Ordning med eldreombud
- › Rett til å skifte pasientkoordinator

Skjulte senskader – 50 år etter

Det anslås at 10 000 mennesker som hadde poliomyelitt på 40- og 50-tallet, fortsatt lever i Norge. En del av dem kan ha senskader som lett kan forveksles med andre diagnoser.

Tekst og bilder **Anne Midtsæter**

På 80-tallet ble postpoliosyndrom, eller PPS, anerkjent som diagnose. Det ble dokumentert at overforbruk av muskulatur og nervebaner som var svekket av barndommens poliosykdom, kan gi svekkelser flere tiår senere. Symptomene som ofte

for polioskadde i Norge; stadig flere får diagnosen PPS.

Vet ikke nok

Professor og overlege ved nevrologisk avdeling på Haukeland universitetssykehus, Nils Erik

går ut over livskvaliteten deres, eller at de får pusteproblemer som kan bli livstruende, påpeker Gilhus.

Han forklarer at diagnostiseringen av PPS kan være komplisert.

– Det er ikke vanskelig for oss å avdekke om en person har hatt polio. Utfordringen er å finne ut om pasientens symptomer skyldes polioen de hadde som barn, eller om den er knyttet til andre diagnoser, som for eksempel kreft, parkinson, eller utbrenthet, sier Gilhus.

«Kunnskapsnivået blant fastlegene er definitivt ikke godt nok.»

Nils Erik Gilhus

går igjen hos pasientene er vedvarende tretthet, muskelsmerter og stivhet, samt psykiske lidelser som angst og depresjon. Med andre ord symptomer som lett kan knyttes til en rekke andre diagnoser, som for eksempel utbrenthet. Nå øker medlemstallet til pasientorganisasjonen

Gilhus, mener at fastlegene ikke er flinke nok til å fange opp slike senskader.

– Kunnskapsnivået blant fastlegene er definitivt ikke godt nok. Det viser erfaringene til pasientene. Det mest dramatiske utfallet av dette er at pasientene kan få en forverring i tilstanden som

Få utredes

Ved Molde sjukehus blir det bekreftet at fastlegene ikke sender mange pasienter til utredning for PPS.

– Vi har kanskje en håndfull pasienter inne til utredning hvert år, sier avdelingsleder på



– Trodde jeg var utbrent

Halvard Hosen (62) gikk sykmeldt i et år før han kom til utredning for PPS. Det viste seg at det var barndommens polio som hadde satt ham ut av spill – 50 år etter.

– Jeg lå en hel sommer i senga, husker jeg. Jeg var fem år. Jeg ble frisk uten å ha vært på sjukehus, og tenkte aldri noe mer over at polioen skulle prege meg. Jeg hadde ingen lammelser i etterkant, forteller Halvard Hosen (62) i Molde.

Tidligere var han aktiv i jobben sin i båtbransjen. Den måtte han gi opp, etter at symptomer som først ble forvekslet med utbrenthet, meldte seg for tre år siden.

PPS-UFØR: Halvard Hosen får stive og vonde muskler og ledd og hodepine hvis han ikke tar det med ro.

– Jeg ble helt utslitt for ingenting. Jeg ble sykmeldt, og trodde jeg var utbrent. Det tok lang tid og ble mye fram og tilbake før jeg til slutt fikk komme opp på nevrologen på sjukehuset her i Molde. Der tok det ikke mange minuttene før de hadde diagnosen klar. «Typisk postpolio», sa de til meg. Da var det hjem og leite på nettet etter informasjon om hva jeg kunne vente meg.

Hosen er nå uføretrygdet, og avhengig av å ligge ned to ganger om dagen, for å holde det gående.

– Jeg er jo en av de uføretrygdete som du ikke



FA: Avdelingsleder Tove Hauge (til v.) og sykepleier Bente Sivertsen får bare noen få til PPS-utredning per år.

nevrologisk avdeling, Tove Hauge.

– *Tror du det skjer at pasienter får for eksempel en utbrenthetsdiagnose av fastlegen sin, men at de egentlig lider av PPS?*

– Det er ikke utenkelig. Jeg håper ikke at utbrenthetsdiagnosen blir en sovepute som hindrer at pasienter kommer til utredning, slik at de kan få den hjelpen de trenger for å komme videre. Det er viktig at pasienter tenker igjennom om det kan være PPS de har, dersom de opplever symptomer som kan tyde på det, sier Tove Hauge.

Frykter mørketall

Landsforeningen for poliioskadde uttrykker også bekymring for mørketall rundt PPS. Fylkesleder i Møre og Romsdal, Geir Strømsholm, frykter at mange har nedsatt livskvalitet

som følge av PPS, uten å være fanget opp.

Han peker på at medlemstallet for deres pasientorganisasjon er på 2 400 mennesker, mens det anslås at 10 000 som hadde polio under epidemiene på 40- og 50-tallet, fortsatt lever. Samtidig avdekket en studie ved Haukeland universitetssykehus i 2003 at 26 prosent av alle poliopasientene som gikk til jevnlig oppfølging, hadde utviklet PPS.

– Vi vet også at mange går rundt og ikke aner at de har hatt polio. Kanskje hadde de bare milde symptomer den gangen, som ble antatt å være influensa. Det er mange som får seg en overraskelse når de får diagnosen PPS. For mange melder symptomene seg først 30 – 40 år etter at de var syke. Da er det klart at det er vanskelig å finne ut at det er PPS som forårsaker helseplagene i dag, sier Geir Strømsholm.

ser noe på. Men jeg har akseptert diagnosen nå, jeg må bare ta det mer med ro. Hvis ikke får jeg stivhet og smerter i muskler og ledd, og kraftig hodepine, forteller 62-åringen.

Han har inntrykk av at mange leger ikke har kunnskaper nok om polio.

– En lege spurte om å få kopiere et ark jeg hadde printet ut fra nettet, hvor det sto om polio.

Han er redd mange postpoliopasienter går rundt der ute med feil diagnose.

– Det er viktig å få avdekket senskader. For når man først blir fanget opp, kan man få et opplegg som gir langt bedre livskvalitet. Det handler om å tilpasse seg sjukdommen. Jeg var på behandlingsreise til Tyrkia i juni i fjor og traff mange andre i samme situasjon. Der fikk jeg lære enormt mye, det var verdifullt for meg å høre fra andre som opplever det samme, sier Halvard Hosen. ■

Poliomyelitt

- › En smittsom virusykdom, den mest truende epidemiske sykdommen i Norge på 1900-tallet, sammen med tuberkulose.
- › Under polioutbruddene på 1940- og 50-tallet ble det registrert opptil 2000 nye tilfeller av alvorlig syke hvert år i Norge.
- › Dødeligheten lå på mellom 5 og 10 %, før man fikk utstrakt bruk av respiratorbehandling.
- › De fleste smittede fikk bare mindre reaksjoner. Under 1 % fikk lammelser, fordi ryggmargen og hjernen ble angrepet av viruset. En stor andel av dem døde.
- › 2/3 av dem som ble rammet var barn under ti år.
- › Vaksinen kom til Norge i 1956. Sykdommen er nå utryddet i Norge, men fins fortsatt i India, Afghanistan og Pakistan.

Kilde: Landsforeningen for poliioskadde og dr. Nils Erik Gilhus, Haukeland sykehus

Har du tenkt over hvor mange timer om dagen du står og går på hardt underlag? Dette sliter på rygg, ledd og føtter og kan føre til smerter og plager.

MBT er den originale masaiskoen. Vi bruker betydelige ressurser på produktutvikling og forskning. MBT avlaster ledd, trener kjernemuskulatur og bedrer kroppsholdning.



- effekt dokumentert gjennom seriøse, uavhengige studier.
- flere millioner fornøyde brukere verden over.



physiological footwear

www.mbt.no

Alt for damene

Er pensum på sykepleierutdanningen «kjønnet»? Definitivt, er Runar Bakkens konklusjon.

Tekst **Kari Anne Dolonen** Arkivfoto **Stig Weston**

Omsorgsforsker, kjønnsforsker og sykepleier Runar Bakken har i mange år forsket på omsorgsyrker og kjønn. Nå har han tatt for seg sykepleiepensum. Det er den siste delrapporten i forskningsprosjektet MIO (menn i omsorgsyrker), som startet opp i 2007 ved Høgskolen i Telemark.

«Kjønnet» tekst

For at Runar Bakken skulle klare å tolke innholdet på en systematisk måte, delte han pensumet inn i tre deler:

– For det første etablerte jeg perspektiver fra semiotisk analyse-teori, for det andre kategoriserte jeg lærerverket i to idealtypiske beskrivelser

det med «Modermordet – om sykepleie, kjønn og kultur» som kom ut i 2001. Når jeg leste hele teksten under ett, slik jeg gjorde nå, ble det veldig tydelig, sier han.

Bakken viser til at det moralske dannelsesprosjektet i sykepleien er tuftet på en taus allianse til de kvinnelige kjønnskodene.

– Fordi denne alliansen er taus, virker den bak vår rygg og kan gjøre det vanskelig for mannlige sykepleierstudenter å oppfatte teksten som meningsfull, sier han.

Skiller seg ikke ut

Bakken har også gjort litteratursøk i pensum til andre utdanninger som for eksempel førskolelæ-

ger og bør uttrykkes. Som «myke, varme hender ... et varmt blick ... en klem». Implisitt ligger det i dette at sykepleieren er en «hun» og pasienten enten er en hun eller en «han» og fortsetter:

– Hvis vi snur på det og forestiller oss at sykepleieren var en mann og pasienten var en kvinne, vil ikke nødvendigvis omsorg uttrykkes i form av et «et varmt blick ... en klem». Forestiller vi oss at en mannlige sykepleier forholder seg til en mannlige pasient, kan dette omsorgsuttrykket bli enda mer problematisk. For ikke å snakke om det var en mannlige sykepleier i møte med en kvinnelig pasient som bekjenner seg til islam.

Mer forskning

Poenget er ifølge ham at det ligger fastlagte forestillinger om hva god sykepleie er.

– De kan knyttes til kvinnelige kjønnskoder, og nettopp fordi de er implisitt og tause, snakker disse godt til kvinnelige studenter, mens meningen i teksten kan bryte sammen for mannlige studenter, utdyper han.

Bakken mener at for å få bedre svar og sterkere konklusjoner, må det gjøres empiriske studier. Om han kommer til gjøre det i neste omgang er han usikker på. Men han innrømmer at han har planer. ■■■

«Tekstene er nesten som å lese en utgave av Kvinner og Klær.»

«være-overfor» og «handle-overfor», og for det tredje la jeg innhold og bakgrunn for mannlige og kvinnelige kjønnskoder, forklarer han.

Så, hva fant Bakken etter å ha lest godt over tusen sider?

– Kjønn nevnes ikke direkte. Men jeg fant mange eksempler på at teksten er «kjønnet». Spesielt er de kapitlene som omhandler sykepleiens omsorgsfilosofi preget av at dette er et yrke som kvinner har formet og preger. Tekstene er nesten som å lese en utgave av Kvinner og Klær. De delene av pensum som handler om konkrete oppgaver, er mer nøytralt ladet, sier han.

Bakken mener at når en tekst ikke snakker til deg, kan den være med på å skape opposisjon.

– Det er ikke mange månedene siden det var store oppslag i media om at mange menn hoppet av sykepleierutdanningen. At pensumlitteraturen i sykepleieutdanningen fremmedgjør en gruppe av studentene, kan være en delforklaring, sier han.

– Er det et problem at utdanninger er kjønnet?

– Problemet er at teksten er kjønnet uten å si det eksplisitt. Den snakker langt mer til kvinnelige studenter enn mannlige, sier han.

– Tenkte du selv over dette da du var student?

– Det var andre lærebøker, men jeg så det i små glimt der jeg tenkte på det, men jeg gjorde ingen store refleksjoner før jeg satte i gang arbei-

derutdanning, vernepleierutdanning og fysioterapiutdanningen. Heller ikke i disse studiene er kjønn en viktig faktor.

– I så måte skiller ikke sykepleierutdanningen seg ut, sier han.

Spissformulert mener Bakken at det for fremtiden vil være slik at tiltak som rekrutterer menn, også vil rekruttere kvinner.

– Pensum er preget av en kjønnskonservatisme som jeg tror det blir stadig vanskeligere for unge å kjenne seg igjen i, enten de er kvinner eller menn, sier han.

Eksempel

Omtanke for mennesket er selve grunnlaget i sykepleie. Det er ifølge Bakken imidlertid ikke det samme som at omtanke må vises på en bestemt måte.

– I grunnleggende sykepleie gis det en rekke eksempler på nettopp det. Det henvises stadig til på hvilken måte god sykepleie og omsorgskvaliteter kan



Nei til å ettergi studiegjeld

Det er delte meninger om hva som skal til for å øke rekrutteringen i sykepleieryrket.

Tekst **Laila Berg** Foto **Privat**

Som tiltak for å få rekruttert flere til sykepleieryrket, foreslo opposisjonen på Stortinget å innføre en ordning med ettergivelse av studiegjeld for sykepleiere og hjelpepleiere. Tirsdag denne uken ble forslaget nedstemt.

Bekymringsfullt

Tall fra Samordna opptak i år viser en nedgang på 4,7 prosent for antallet søkere til sykepleierutdanninger. Andre studier, blant annet lærerutdanninger, har hatt en markant økning. Flere opposisjonspolitikere mener at dette er bekymringsfullt.

Venstres Borghild Tenden (V) fremmet forslaget om ettergivelse av studiegjeld. Høyres Bent Høie er enig med henne i at det er nødvendig å styrke rekrutteringen av helsepersonell. Men han er uenig i metoden. Han går inn for en kompetansepott som skal sikre økt lønn til utdanningsgrupper i offentlig sektor, herunder også sykepleiere. Dessuten ønsker han å satse mer på fagutvikling i sektoren. Høie mener dette vil være bedre egnet til å styrke rekruttering av helsepersonell i primærhelsetjenesten

– Tilleggstiltak

– I utgangspunktet er vi åpne for alle forslag som kan bidra til å rekruttere flere sykepleiere, sier leder i Norsk Sykepleierforening Lisbeth Normann.

– Men det må være et tilleggstiltak, og ikke noe som vil ta fokus vekk fra likelønn og skift/turnus. Hvis det er et tiltak som kommer i tillegg til likelønn, er vi åpne for alt som gjør at vi får sykepleiere der hvor mangelen er størst.

– Trenger kampanjer

Leder i NSF Student, Bård Nylund, ønsker en ordning med ettergivelse av studielån velkommen.

– Hovedutfordringen er å få god kvalitet i sykepleierutdanninga slik at de som starter, fullfører, og velger det som sitt yrke. Da må

den kompetansen sykepleierne har, anerkjennes. Lønna må opp. Faren er at statusen synker med spesialordninger. Jeg tror likevel at det vil virke rekrutterende med ettergivelse av studielån, I dag er det slik at mange som har lyst til å bli sykepleiere, likevel velger det bort fordi det straffer seg økonomisk, sier han.

Bård Nylund mener det er nødvendig med kampanjer rettet mot de unge. De positive sidene ved sykepleieryrket må i fokus.

– Dette har man vært flinke til når det gjelder læreryrket, og det ser jo ut til at dette har fungert med tanke på årets søkertall til lærerstudiet, sier Nylund. ■■■



BÅRD NYLUND i NSF student er ikke i mot ettergivelse av studiegjeld.



STOCKHOLM–RIGA–TALLINN fra kr 2.510,- per person

- Til sammen 6 overnattinger!
 - Cruise Stockholm–Riga i dbl.lugar med frokost
 - 2 netter på Tallink Riga Hotel i dbl.rom med frokost
 - 2 netter på Tallink City Hotel i Tallinn, dbl.rom med frokost
 - Cruise Tallinn–Stockholm i dbl.lugar med frokost
- Tillegg for personbil fra kr 884,-

Prisen gjelder når to reiser sammen.



Info/bestilling: tlf. 815 33 250 eller www.tallinksilja.no

TALLINK SILJA LINE

–ekspert på Finland og Baltikum

Test dine fagkunnskaper og vinn gavekort på klær og sko!

Gavekort
Verdi
kr 1.000,-

Bli med på konkurranse på nettet. Test dine sykepleiefaglige kunnskaper og vinn gavekort, helsesko eller klær hos HealthWorkers.com. Klikk deg inn på Sykepleien.no. Konkurransen ligger på venstre side. Trekning 1. juni.

5 vinnere
kåres!

1 Hvor stor variasjon av tinnitus (øresus) skyldes arv, ifølge ny forskning fra Folkehelseinstituttet?

- A 11 prosent
- B 33 prosent
- C 66 prosent

2 I 2008 var det kolesterolsenkende legemidlet simvastatin det meste omsatte virkestoff i definerte døgndoser i Norge. Hva ble mest omsatt i 2009?

- A Natriumfluorid
- B Paracetamol
- C Acetylsalisylsyre

3 Hvor mange prosent av alle opererte i Norge fikk en infeksjon etter inngrepet i 2008?

- A 1,5 prosent
- B 3,2 prosent
- C 5,8 prosent

4 Hva er den mest hyppige dødsårsaken i Norge?

- A Kreft
- B Hjerte- og karsykdommer
- C Ulykker

5 Hva betyr ordet virus?

- A Vill
- B Gift
- C Virrete

Lykke til!

sykepleien.no

Ellen Dahlberg

Alder: 43 år

Aktuell som: Sykepleier og seksjonsleder på AMK-sentralen i Tromsø og Harstad måtte hun takle askekrisen

BAKGRUNN:

Da vulkanutbruddet på Island førte askeskyene vestover, sto alle fly på bakken i Nord-Norge i flere dager. Også ambulansedyene. Ellen Dahlberg og kollegene på de akuttmedisinske kommunikasjonsentralene (AMK) måtte forholde seg til en uventet krise. Det ble mange timer overtid for henne.

Etter askekrisen

Hvordan taklet dere askekrisen?

– Dette var jo et scenario vi aldri hadde tenkt på. Når vi skjønnte omfanget, samlet vi staben i AMK. Som regional AMK er det vår oppgave å varsle de andre AMK-sentralene i regionen, samt legevaktsentralene i lokalområdet. I tillegg etablerte vi kontakt med ledelsen i Helse Nord. Askekrisen fikk store konsekvenser.

Hvilke?

– Alle seks ambulansedyene, helikoptrene våre og Sea-King-helikoptrene, som koordineres av hovedredningssentralene, ble satt på bakken. Vi måtte planlegge fra vakt til vakt og fra dag til dag.

Hva gjorde dere da?

– Vi måtte bruke bakketransport og båt. Vi begynte med å oppbemanne bilambulanse. Og vi inngikk avtaler med fergeselskap og Forsvaret som sendte fire stridsbåter til Sortland. To av disse er utstyrt på nivå med intensivambulanser. Vi etablerte samarbeid med AMK Bodø om bruken av disse båtene.

Mange måtte samarbeide?

– Ja, heldigvis var ryggraden i AMK-nettverket godt etablert fra før. AMK-familien fungerer som et sikkerhetsnett for befolkningen når slike kriser oppstår. Vi var vant til å samarbeide.

Hvor lange transportetapper ble det for pasientene?

– Det kunne bli 70–80 mil. Ellers ble mye løst av lokale legevakt- og AMK-sentraler. Helse Nord sørget blant annet for fem ambulanser til Finnmark.

Gikk liv tapt på grunn av askekrisen?

– Det er klart at askeproblemer fikk konsekvenser. All lufttrafikk ble jo stoppet. Men hva som skyldes asken og hva som ville skjedd uansett er vanskelig å si.

Fikk du noen aha-opplevelser?

– Vi fikk bekreftet at det ville vært forferdelig hvis vi hadde hatt ett felles nødnummer. Det ville ha ødelagt det faglige nettverket vi har bygd opp gjennom 20 år.

Så du vil kjempe for 113?

– Ja, myndighetene må ikke fjerne nødnummeret 113.

Vil de det?

– En interdepartemental gruppe anbefaler å slå sammen nødnumrene for politi, brann og helse til ett nummer og etablere felles nødsentraler. Politiet har flest feilmeldinger, og det er ulogisk at brann og helse skal løse dette problemet. Av AMK Tromsøs cirka 16 000 henvendelser involverer bare 650 politi og brann, resten er helserelaterte problemstillinger.

Har du nå mareritt om lava og askeskyer?

– He-he. Nei, jeg har ikke det.

Tenker dere på at Katla, den store vulkanen, kan begynne å røre på seg?

– Vi snakker om det. Klart det. Vi tar dag for dag, løser oppgavene fortløpende og prøver å holde oversikt.

Blir askekrise innarbeidet i beredskapsplanene deres nå?

– I hvert fall vil det bli det. Nå er det viktig å oppsummere erfaringene våre. Og finne ut hvor det er vulkaner som kan ramme oss.

Hvor er de?

– Har lest i avisen at i hvert fall Færøyene har en vulkan. Vi har nå gått over til beredskapsvakt.

Du også?

– Ja da, vi deler på vaktene. Det blir slitsomt å være til stede hele tiden. Fire timer søvn i døgnnet går i en kort periode. Da det roet seg med asken, gikk vi over til hjemmevakter.

Tekst Marit Fonn

Foto Universitetssykehuset i Nord-Norge



Tema Flerkulturell eldrebølge

- 30 – Jeg er en indier fra Uganda ›
- 34 Må tilpasse demenstesten ›
- 35 Få kommuner er forberedt ›
- 36 Ønsker hjemmetjeneste på flere språk ›
- 37 5 på gangen ›

KELVIN THOMAS

fra Trinidad har ikke det vanskeligste språket å lære seg. Mariann Bouabdilla kommuniserer greit med ham på engelsk på Grünerløkka sykehjem.

Gammelmel på ur



70-tallets arbeidsinnvandrere er i ferd med å bli gamle og trenger omsorg av norsk helsevesen. Kommunene er ikke forberedt på å møte denne kulturcocktailen av en eldrebølge. Et unntak er Grünerløkka sykehjem i hjertet av det flerkulturelle Oslo.

Tekst Eivor Hofstad Foto Erik M. Sundt

du og arabisk →



GOD APPETITT: Det er middag på Grünerløkka sykehjem. Abdul Suleman Hassan spiser svinekjøtt selv om han har et muslimskklingende navn. I bakgrunnen sitter Yngvar Arctander Hanssen. Det er tre eldre med utenlandsk opprinnelse på deres post.

«Jeg er en inder fra Uganda som har bodd i Italia.» Abdul Suleman Hassan, beboer på Grünerløkka sykehjem

Selv om man heter Abdul, er det ikke sikkert man ikke kan spise kjøttpudding i brun saus.

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

Abdul Suleman Hassan snakket nesten ikke da han kom til Grünerløkka sykehjem i 2003. Han var i slutten av 40-årene, hadde ikke pårørende og spiste og drakk lite. På grunn av sykdomsbildet var han vanskelig å få kontakt med.

Personalet gikk ut fra at med et muslimsk klingende navn, ville han ha mat i tråd med Koranens regler. Han fikk derfor kylling når de andre fikk svinekjøtt. Da protesterte han.

– Vil du ikke spise? spurte personalet.

– Men de har fått noe annet, svarte han og pekte på de andre som satt rundt ham og spiste.

Det viste seg at han selv kunne fortelle at han ikke var muslim. Han var adoptert av et norsk par da han var i 12–13-årsalderen og bodde alene før han kom til sykehjemmet.

Ser først kulturen

Lignende historier der et velmenende personale gjør «personskanningen» litt forhastet har skjedd andre steder også.

Fellen vi går i er å se kulturen først, ikke mennesket, mener professor Sandra Torres. Vi tror vi kan gruppere eldre innvandrere i homogene kulturelle kategorier. Men kanskje er det at de lever i et fremmed land med et fremmed språk det eneste de har felles.

Torres er professor i sosialt arbeid innrettet mot eldre, ved Mälardalens Høgskola i Sverige, samt professor II i rehabilitering og eldre ved Høgskolen i Oslo.

I Sverige er 12,7 prosent av de over 65 år født i utlandet. Tallet ventes å stige til 14,5 prosent om ti år. I dette tallet er hele 145 land representert.

– Vi tror vi vet så mye om denne gruppen, men gjør det egentlig ikke. Vi har faktisk ikke en eneste representativ studie på eldre innvandrere med utenomeuropeisk bakgrunn i hele Sverige. I statistikken skiller man heller ikke på dem som kom hit som yngre og dem som kom hit som eldre.

Ifølge Torres er eldre innvandrere fremdeles en gruppe som er under sosial konstruksjon.

– Dessverre konstrueres de som et velferdsproblem. Det henger igjen fra begynnelsen av 80-tallet da man begynte å interessere seg for innvandrere. Ikke for å se hvem de er, hvorfor de er her og hvilke behov de har, men for å løse et problem, sier hun.

Ressurs eller belastning?

Med tiden har omsorgssektoren også fått et flerkulturelt personale. På post fire på Grünerløkka sykehjem i Oslo hvor Abdul Suleman Hassan bor, er cirka ti av de ansatte utlendinger, mens bare tre-fire er norske. Blant beboerne kommer en fra Uganda, en fra Somalia og en fra Tyskland.

– Og så har vi en norsk sjømann som nekter å svare hvis vi ikke snakker til ham på engelsk eller spansk, forteller hjelpepleier Regine Hovde ledende.

Sosiolog Torres har sett nærmere på svenske mediers fremstillinger av innvandrere i omsorgssammenheng.

– Der er oftest innvandrerpasienter presentert som en belastning, mens ansatte innvandrere ses på som en ressurs. Man snakker for eksempel ikke om de eldre etniske svenske pasientenes behov for å forstå språket til de ansatte eller selv bli forstått, sier Torres.

– Alle fremmedspråklige ansatte her snakker så det er til å forstå. Det eneste du hører at de kommer fra en annen språkkultur på, er det fonetiske. Men det er bare sjarmerende, sier beboer Yngvar Arctander Hanssen på Grünerløkka.

Han sitter ved siden av Abdul Suleman Hassan og spiser den første retten i dagens middag: tomatsuppe. Beboerne er stille mens de spiser.

– Vi er enige om at det er helt greit å si ifra til hverandre hvis vi uttaler noe feil. På den måten får vi god norskkompetanse, sier sykepleier Navpreet Sidhu, som har urdu som morsmål.

Sandra Torres forteller om utenlandske omsorgsansatte i Sverige



ULIKE ETNISITETER:

Professor Sandra Torres snakker om to ulike etnisiteter: Den man tildeles av andre og den man opplever selv. – Utseendet mitt, navnet mitt og måten jeg gestikulerer på gjør at folk ser meg med spansk etnisitet. Men jeg er født i USA og føler meg amerikansk, sier hun på flytende svensk.





FOTBALLFAN:

Abdul Suleman Hassan viser bildet av seg selv som ung da han hadde norske adoptivforeldre og kjørte truck. På veggen henger signerte bilder av fotballaget til Lillestrøm, som han heier på.

som har sukket til henne at de har lært alt om hvilken mat muslimer liker, men vet ikke hvordan de skal dekke et bord ved svenske høytider eller hvordan de lager tyttebærsyltetøy.

– Her holder vi kurs for de ansatte om norske juletradisjoner, forteller Tone Longo, fag- og opplæringskonsulent på Grünerløkka sykehjem.

Der tenker de også på tvers av avdelingene fordi de er flerkulturelle, og henter inn kompetansen der den finnes. På vaskeriet finnes for eksempel en dame som snakker samme språk som Hassan.

Ca-Me-prosjektet

I det hele tatt har Grünerløkka sykehjem gjort mer enn vanlig i forhold til å skolere de ansatte til møtet med eldre fra etniske minoriteter. Sykehjemmet har vært pilotsykehjem i det såkalte Ca-Me-prosjektet (Cultural awareness for minority elders). Det er et europeisk prosjekt hvor Norge har deltatt via stiftelsen Mangfold i Arbeidslivet og Folkeuniversitetet.

Det konkrete som har kommet ut av samarbeidet er en «verktøykasse» med DVD, arbeidsbøker med lærerveiledere. Den tar for seg ulike utfordringer ved omsorg for ulike etniske minori-

teter i forhold til matpreferanser, religioner, omgivelser, kommunikasjon og stell. Verktøykassen inneholder også oppgaver, rollespill, cd-er med setninger som er bra å kunne på elleve ulike språk, med mer.

Kommer på nettet

Alt materiell legges ut på nett i løpet av mai, og passer for alt personell på sykehjem. På Grünerløkka sykehjem har de også laget et bildehefte til en pasient fra Somalia som ikke snakker noe særlig. På den måten kan han peke på det han vil kommunisere.

Det er fullt mulig å laste ned materialet til internopplæring i egen regi, men man kan også kontakte Mangfold i Arbeidslivet eller Folkeuniversitetet som kursledere. Kurset har tre moduler, og på Grünerløkka møttes de ansatte to ganger i uka fra klokken 12 til 15, fra mars til september i fjor.

– Det er utrolig tidkrevende å jobbe systematiske med dette, sier Tone Longo.

– Men det koster så lite å være litt imøtekommende. Lærer du deg noen fraser på morsmålet til en pasient, får du så mye goodwill tilbake, sier Gunnhild Aakervik.

Flere deltakere i prosjektet har bidratt med ekstra arbeid og gitt nyttige tilbakemeldinger. Blant annet har samiske eldre vært sentrale aktører.

Tre ulike pakistanske ønsker

– Er det en fare for at man blir for kultursensitiv og ser kulturen før mennesket?

– Målet med kultursensitiv omsorg er at man først og fremst skal ta hensyn til individuelle behov og den enkeltes bakgrunn av skikker og tradisjoner. Dette blir særlig viktig fremover siden vi vil ha over 30 000 eldre med innvandrerbakgrunn om ti år, sier Aakervik.

Hun advarer også mot å sette de ulike innvandringsgruppene i samme bås. I prosjektet hadde de tre ulike pakistanske fokusgrupper som alle ga tre helt forskjellige ønsker for hvordan de ønsket seg alderdommen sin på sykehjem:

En kvinnelig gruppe ønsket seg et sted med bare pakistanske kvinner ansatt, eller en korridor med bare kvinnelige, pakistanske beboere. Den andre gruppen kunne tenke seg både norske og utenlandske og både kvinner og menn blant beboere og ansatte, mens den tredje ville først og fremst være i nærheten av barna. Alle ville ha halalkjøtt og krydret mat.

Sykepleierne må se kompleksiteten

Professor Sandra Torres mener det økende etniske og kulturelle mangfoldet i eldreomsorgen stiller krav til at sykepleiere bør bli bevisste hva kultur-, etnisitet-, innvandrerskap- og migrasjonsrelaterte spørsmål har å si for deres praksis.

– Disse spørsmålene er nemlig betydelig mer komplekse enn det dagens teorier om kulturkompetent omsorg gjør gjeldende, sier hun.

Hun påpeker at den sosiale konstruksjonen av eldre innvandrere i dag bare består av et antall antakelser som vi egentlig savner evidensbasert kunnskap om.

– Derfor trenger vi forskning om disse eldre som ikke har som

« Det koster så lite å være litt imøtekommende. Gunnhild Aakervik



Innvandrere i tall

Tallene viser at det blir flere og flere innvandrere jo yngre aldersgruppene er:

- › Norge hadde 423 000 innvandrere i 2009.
- › Halvparten kommer fra Asia, Afrika og Sør- og Mellom-Amerika.
- › 2 571 av disse igjen, er mellom 70–79 år.
- › 7 606 er mellom 60 og 69 år.
- › 19 866 er mellom 50 og 59 år.
- › 41 008 er mellom 40 og 49 år.
- › 53 253 er mellom 30 og 39 år.

Kilde: Statistisk sentralbyrå

BÅDE OG: Sykepleier Navpreet Sidhu (til høyre) synes det er både en utfordring og en ressurs at de har beboere og ansatte fra så mange ulike kulturer på Grünerløkka sykehjem.

utgangspunkt at de utgjør et problem for eldreomsorgen. Får vi ikke det, risikerer vi at disse eldre også i fortsettelsen kommer til å marginaliseres i egenskap av å være gamle og ha innvandret, sier hun.

Aha-opplevelse

I spisestuen på post fire er det tid for hovedretten. Abdul Suleman Hassan spiser kjøttpuddingen med god appetitt. Han er en annen mann nå enn for sju år siden. I dag har han vært ute og planlagt den nye sansehagen som skal bygges. Han er en spreking som de ansatte skryter av.

– Suleman er en ressurs. Veldig sosial. Alle er glade i ham. Han er høflig og hyggelig å være sammen med, sier Tone Longo.

Ledende hjelpepleier Regina Hovde sier historien med Hassan og kyllingen ga dem en skikkelig aha-opplevelse.

– Vi må ikke tro at alle muslimer spiser sånn eller sånn. De har ulike tradisjoner i ulike muslimske kulturer. Dessuten trenger ikke et muslimsk navn bety at du er muslim. Suleman har for eksempel konvertert til kristendom, sier hun.

– Hva gjør dere hvis dere får inn en ny beboer som dere får lite informasjon om?

– Da bruker vi pårørende.

– Men hvis pårørende ikke finnes, slik som i Hassans tilfelle?

– Da er det veldig vanskelig.

Tidligere truckfører

Suleman Hassan går på rommet for å slappe av etter middagen. På veggene henger signerte bilder av Lillestrøm fotballag. På hyllen over sengen har han to studiofotografier av seg selv i en yngre utgave og store 70-tallsbriller. Midt mellom dem er et grønt truckførerbevis fra 80-tallet rammet inn.

– Hvor kommer du fra?

– Uganda.

– Uganda?!

– Uganda. Jeg har bodd i Italia, sier han og smiler som en italiensk sol.

– Italia også?

– Italia.

– Han kom opprinnelig fra India til Uganda som liten, supplerer Regina Hovde.

– Så du er en inder fra Uganda som har bodd i Italia?

– Ja, sier han og viser frem truckførerbeviset fra Skedsmokorset.



Må tilpasse demenstes

Å huske en boomerang og en kenguru er lettere enn en nøkkel og en elg, hvis du er urinnvåner fra Australia. Men hva er lettest å huske for en pakistaner i Norge? Det vil Peter Wetterberg finne ut.

Tekst og foto **Eivor Hofstad** Foto **Scanpix**



FALSKE POSITIVE:

– Det er vist både i USA og i Danmark at mange av de vanlige demenstene øker risikoen for å gi falske demensdiagnoser dersom de brukes på folk uten vestlig bakgrunn, sier Peter Wetterberg.

Når man blir gammel og glemsk, er det i dag veletablerte modeller og rutiner for utredning av mistenkt kognitiv svikt. Men testene som brukes i Norge forutsetter at personene som skal utredes har grunnleggende skolekunnskaper, en vestlig kulturbakgrunn og behersker et språk som undersøkeren også kan.

– Problemet oppstår når vi nå får stadig flere eldre innvandrere som må utredes for demens. Da bør undersøkeren kjenne til at utdanning og kulturbakgrunn avgjør skåren på disse testene, sier Peter Wetterberg, demensekspert og overlege ved hukommelsesklinikken på geriatrisk avdeling, Oslo universitetssykehus, Ullevål.

Faktisk er det vist både i USA og i Danmark at mange av de vanlige testene øker risikoen for å gi falske demensdiagnoser dersom de brukes på folk uten vestlig bakgrunn. I Danmark kan de sammenligne sine registre i større utstrekning enn i Norge. Der er det blant annet funnet at yngre innvandrere oftere blir diagnostisert med demens enn yngre etniske danske.

Angår sykepleiere

Grunnen til dette, mener Wetterberg er mistolkning av resultatene. Ofte er det sykepleiere som utfører kognitive tester.

– Jeg tror mange sykepleiere som utfører den mest brukte testen, Mini Mental Status Examination, tenker at en person som skårer 17–18 må være dement, siden 30 er normalen. Men jeg har en kollega i København som utfører en undersøkelse på lavt utdannede tyrkiske innvandrere. Så langt viser tallene hans at denne skåren er helt normal blant friske, lavt utdannede tyrkere, forteller Wetterberg.

For tiden venter han på godkjenning fra etisk komité. Når den foreligger, er han klar til å rekruttere 50 friske pakistanere, med en nedre aldersgrense på 51 år, etter modell fra studien hans danske kollega, nevropsykolog Rune Nielsen, utfører blant tyrkere i København.

Testpersonene må ikke ha en kjent hjerneskade og de må oppfattes som «normale» av seg selv og andre. De vil bli presentert for 17 ulike tester, det vil ta cirka et par timer å komme seg gjennom hele batteriet.

Vil undersøke pakistanere

– Jeg har valgt å undersøke personer fra Pakistan fordi dette er den største eldre innvandrerguppen vi har i Norge. Det er også den gruppen vi ser øker mest blant de som kommer til utredning på hukommelsesklinikken, opplyser Wetterberg.

– Hvordan er utdanningsnivået til de første arbeidsinnvandrerne som kom til Norge fra Pakistan og India på 70-tallet?

– Vi har ingen sikre tall, bare spørreundersøkelser med ganske lav svarprosent. Men 10 prosent av pakistanerne oppga ingen skolegang og cirka en tredjedel bare grunnskole eller mindre. Sannsynligvis er det svært skjev kjønnsfordeling med hovedsakelig ingen eller svært lite skolegang blant kvinner og mer blant menn.

Vil finne normalverdiene

Wetterberg håper han ved å sammenligne sine resultater med Nielsens funn, kan ende opp med en slags begynnelse til å finne normative verdier blant pakistanere og tyrkere. De vil også ta hensyn til utdanning, siden dette er et parameter som i tidligere studier har vist seg å virke sterkere inn på skåren enn nasjonalitet.

– Men derifra og til å si noe om hvilke tester som kan egne seg best til å avsløre kognitiv svikt hos pakistanere og tyrkere er vel et stykke?

– Oh, ja. Det er i så fall neste trinn. Litt avhengig av hvilke resultater vi finner, vil vi bestemme oss for om det er det vi vil se nærmere på, eller om vi heller skal gå videre med å teste andre folkegrupper først.

Foregangslandet Australia

Peter Wetterberg gjorde i 2009 en rundspørring ved større sentra i Sverige, Danmark og Finland. Det viste seg at statusen er som i Norge: Det finnes ingen rutiner eller retningslinjer for vurdering av pasienter med fremmedkulturell bakgrunn.

– Australia er vel det landet som har gjort mest på dette feltet. De har både en stor asiatisk innvandregruppe og sin opprinnelige urbefolkning som de har egne tilpassede tester for. Der er for eksempel boomerang og kenguru blant de tingene som testpersonen må huske.

En av testene Wetterberg skal bruke i undersøkelsen kommer derfor fra Australia, den såkalte RUDAS-testen.

Wetterberg regner med å komme i gang med rekrutteringen i september og oktober. I november skal han ha overlegepermisjon for å utføre selve testingen.

– Det er vanskelig å rekruttere til denne typen studier, særlig blant innvandrere. I Danmark klarte de å få med mellom 16–20 prosent av dem som ble kontaktet, sier han.

Er han heldig, kan han sammenligne sine resultater med de fra København innen årets slutt. Rapport og vitenskapelig artikkel vil ikke komme før i 2012.

ten

AUSTRALSK TEST: I Australia har de kulturtilpasset sine demenstester til urbefolkningen (aborigines). Der er boomerang og kenguru blant ordene som må huskes på hukommelsestesten.



- › Ordet demens oppfattes i flere kulturer som problematisk og som en fornærmelse. Demenssykdom er skambelagt, og i et stort antall asiatiske språk eksisterer ikke ordet demens.
- › Alzheimers sykdom er den vanligste formen for demens i alle land. Vaskulær demens er hyppigere i Asia enn i andre verdensdeler.
- › Personer med demens får etter hvert vanskeligheter med å huske andre språk. Morsmålet henger lengst igjen. Men man vet ikke om dette gjelder personer som behersker andrespråket like godt som førstespråket, skriftlig og muntlig.
- › Ettersom delt etnisk identitet skaper tiltro, trygghet og en følelse av kontinuitet, kan man hypotetisk anta at etnisitet vil få en sterkere betydning ved demenssykdom, men forskning omkring dette savnes.

Kilde: Overlege Arnhild Valen-Sendstad, Folkehelseinstituttet og Nordiskdemens.org

Få kommuner er forberedt

En av fire kommuner har overhodet ikke tenkt på hvordan de skal møte mennesker med minoritetsetnisk bakgrunn i eldreomsorgen.

Tekst **Eivor Hofstad** Foto **Bjarne Nærum**

Sosiolog Per Gunnar Disch ved Senter for omsorgsforskning – Sør, Høgskolen i Telemark, ledet et prosjekt som avdekket at de fleste kommunene er svært uforberedt på hvordan de skal møte den flerkulturelle eldrebolgen. Han ønsker å utfordre undervisningssykehjemmene til å styrke arbeidet med å utvikle innvandrervennlige sykehjem, etter idé fra det europeiske prosjektet «migrant friendly hospitals».

– Vi trenger kunnskap om integrasjon på sykehjemmene også. De skal være gode steder å være for alle, inkludert mennesker med minoritetsetnisk bakgrunn, sier han.

– Hva kan undervisningssykehjemmene gjøre for å få det til?
– Utviklingen forutsetter en individuell utforming og tilpassing av tjenestetilbudet, med utgangspunkt i den enkeltes bakgrunn og behov. Men dette bør ikke føre til nye former for særomsorg for ulike grupper. Undervisningssykehjemmene kan for eksempel starte pilotprosjekter der de satser på utdanning og informasjon for sykehjemsansatte.

Kunnskapsmangel

I 2009 var Disch prosjektleder for «Framtidens Omsorgsbilde»,



som ble gjennomført på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. I bunnen for arbeidet lå Stortingsmelding 25 «Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer», hvor regjeringen peker på at framtidige brukere av omsorgstjenesten vil representere et større kulturelt mangfold.

« Fire av fem eldre ikke-vestlige innvandrere bor ikke i storfamilier.

Ingrid Svendsen, seniorrådgiver i Helsedirektoratet

En av målsetningene for prosjektet var å gi en oversikt over i hvilken grad framtidens omsorgsutfordringer er satt på dagsorden i kommunal planlegging.

54 prosent av landets kommuner svarte. Data fra undersøkelsen viser at det er svært få kommuner som mener de i stor grad har en omsorgstjeneste som er forberedt på å møte mennesker med minoritetsetnisk bakgrunn. Sannsynligvis er det også en betydelig usikkerhet omkring dette temaet.

– Hovedkonklusjonen er at mange kommuner ikke er forberedt

og at man ikke kan nok om temaet. En av fire i undersøkelsen hadde ikke tenkt på dette i det hele tatt.

Tema i utdanningen

Disch mener mangelen på kunnskap om helse- og sosialfaglige utfordringer i et flerkulturelt samfunn også er en oppgave for utdanningsinstitusjonene som kvalifiserer helse- og sosialpersonell.

– Kommunene må skolere dem som allerede er i praksis, men også de helse- og sosialfaglige utdanningene må i sterkere grad få inn flerkulturell omsorg som tema i sine fag- og studieplaner, slik vi blant annet har gjort det ved Høgskolen i Telemark, sier han.

– Hva er typiske flerkulturelle problemstillinger kommunene bør tenke på?

– Det handler i økende grad om å finne ut hvem disse menneskene er, deres individuelle livshistorie og behov. Viktig er også tros- og virkelighetsforståelse. Samtidig er det viktig at kommuner med ansatte med minoritetsetnisk bakgrunn benytter seg av kunnskapen deres, sier Disch.

– Bruk individuell plan

Seniorrådgiver Ingvild Svendsen i Helsedirektoratet tipser kom-

Ønsker hjemmetjeneste på



NOVA-forsker Trude Brita Nergård tror den hjemmetjenesten som kan tilby tospråklige ansatte vil bli mer etterspurt blant eldre med innvandrerbakgrunn.

Tekst Eivor Hofstad Foto NOVA

Oslo og Akershus er det tredobbelte så mange innvandrere over 60 år som for 11 år siden, og tallet vil fortsette å stige. I 2009 var de over 6000 stykker. Samtidig som det blir flere eldre innvandrere, ser det ut til at mange av dem også har problemer med helsen tidlig i alderdommen.

Mer hjemmetjenester

Sosiolog Trude Brita Nergård ved Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA) laget den KS-initierte rapporten «Mangfold og omsorg» høsten 2009. Hun mener det er på høy tid at norske kommuner forbereder seg på økt etterspørsel etter omsorgstjenester fra den eldre innvandrerbefolkningen.

– Det er flere eldre innvandrere enn man regnet med. Tidligere har denne gruppen i liten grad brukt det offentlige tjenestetilbu-

det. Det regner vi med at de vil gjøre fremover, sier hun til NRK.

Hun har nemlig funnet ut at eldre innvandreres innstilling til å bruke kommunenes tjenestetilbud blir stadig mer lik holdningen til resten av befolkningen. Men mange kvier seg for å ta i bruk sykehjem, dette betraktes ofte som et tilbud til dem uten familie. Det kan bety større etterspørsel etter hjemmetjenester.

Dersom de likevel skal bo på en aldersinstitusjon, ønsker de at det skal være flere beboere fra samme land som dem selv. Dette gjelder også dem som snakker godt norsk.

Sykere enn gjennomsnittet

Blant de 70 innvandrerne Nergård intervjuet fra Vietnam, Sri Lanka og Pakistan, var 37 av dem over 50 år. De ble blant annet spurt om helsen sin, samt sine forventninger til alderdommen.

STOR GRUPPE:

Trude Brita Nergård mener at fordi innvandrere blir tidligere syke enn resten av befolkningen, vil behovet for helsetjenester inntreffe tidligere.



KOMMUNENE IKKE KLARE: Sosiolog Per Gunnar Disch har utført en undersøkelse som viser at én av fire kommuner ikke har tenkt i det hele tatt på hvordan de skal møte mennesker med minoritetsetnisk bakgrunn i eldreomsorgen.

munene om å bruke individuell plan, som ligger på nettsidene til direktoratet.

– Antallet på de over 60 år med minoritetsetnisk bakgrunn vil øke de nærmeste årene. Fire av fem eldre ikke-vestlige innvandrere bor ikke i storfamilier. På sikt vil det derfor bli mange gamle ikke-vestlige innvandrere uten omsorgspersoner i husholdningen. Denne delen av befolkningen har som alle andre også sammensatte og langvarige lidelser med behov for individuell oppfølging, sier hun.

flere språk

Flertallet av de 37 sliter med sykdom, til tross for at gjennomsnittsalderen deres bare er 60 år. Ofte dreier det seg om sammensatte lidelser og flere har vært behandlet for hjerneslag og hjertesvikt. Det ser ut som om kvinnene sliter mer enn mennene, det gjelder også psykisk helse.

Ingen særomsorg

Kun tre av de 70 intervjuede levde alene, men i tråd med utviklingen i alle OECD-land, går andelen som bor i flergenerasjonshus hold ned også i Norge. Nå er det bare en av fem eldre ikke-vestlige innvandrere som bor i storfamilie, ifølge Helsedirektoratets rapport «Migrasjon og helse, utfordringer og utviklingstrekk».

Dermed vil omsorgen for eldre innvandrere i mindre grad bli ivaretatt av familien fremover. Og typen omsorg som skal tilbys, er den samme som for resten av befolkningen: hjemmetjenester, dagtilbud og sykehjems plass.

– Det er ikke ønskelig at utviklingen møtes med nye former for særomsorg, sier Ingvild Svendsen, seniorrådgiver i Helsedirektoratet. ■■■

Kilde: NRK, NOVA og KS Aktuelt

5 på gangen

Tekst **Eivor Hofstad**

Hvordan er arbeidsplassen din rustet til å møte den flerkulturelle eldrebølgen?



Trond Smemo, hjemmesykepleier i Drammen:

– Ikke godt nok. Jeg skulle ønske meg lettere tilgang på tolk. I dag tar det for lang tid å bestille. Vi kunne også trengt høyere kunnskap om ulike kulturer blant personalet. Vi har mest indere og pakistanere, samt en del tyrkere og kurdere. Kommunikasjonen er ofte et problem. Flerkulturelt personale er en ressurs som da brukes, men pårørende blir også brukt. Det er problematisk i forhold til objektiviteten.



Elisabeth Bøthun, avdelingsleder ved Bergen Røde Kors sykehjem:

– Et godt spørsmål som vi også har stilt oss sjøl. Vi ser ikke så mange innvandrere ennå, men vet jo at de kommer. Vi kommer til å trenge kursing for å få en trygghet til å ivareta den enkelte pasients ønsker og behov, for eksempel i forhold til dødsfall. Kanskje kan vi trekke inn krefter fra de ulike miljøene som kan hjelpe oss med det.



Siv Persen, hjemmesykepleier i Vadsø kommune:

– Vi er relativt godt rusta fordi vi har erfaring med flyktninger, blant annet fra Nepal, Burma, Iran, Irak og Afghanistan. Vi er også vant med den finske og samiske befolkningen. Det kunne godt vært lettere å få tak i tolk. Vi må bruke den som er tilgjengelig, og det blir ofte pårørende, noe som ikke er optimalt. Vi kunne også trengt kursing i forhold til kulturforskjellene, de er jo store.



Grete Henriksen, hjemmesykepleier i Fredrikstad kommune:

– Vi har ikke forberedt oss med noe konkret, men vi har «ja, vi kan» som motto og erfarer hele tiden at vi må endre oss i forhold til hver enkelt brukers behov. Derfor tror jeg vi vil ta disse utfordringene etter hvert som de kommer. I et par tilfeller der vi har hatt innvandrere som ikke har kunnet norsk, har vi fått laget en enkel ordliste som har hjulpet på kommunikasjonen.



Petronille Nyiramfabakuze, sykepleier ved Kroken sykehjem i Tromsø:

– Vi har ikke forberedt oss fordi vi ennå ikke har noen pasienter fra andre kulturer. Men jeg tror det blir viktig fremover å rekruttere personale fra ulike kulturer slik at sykehjemmene øker både språk- og kulturkompetansen. Selv kommer jeg fra Rwanda i Afrika og synes det er lettere å gi god omsorg til eldre fra min kultur enn eldre med andre kulturelle bakgrunner.



Britiske sykepleiere på randen

Den britiske sykepleierorganisasjonen The Royal College of Nursing (RCN), sier at medlemmene deres er på randen av sammenbrudd fordi de må jobbe i et klima drevet av målstyring og finansiell kontroll. Deler av problemet skyldes at opptil 16 prosent av stillingene holdes ubesatte for å spare penger. Samtidig har etterspørselen etter helsetjenester økt med 9 prosent. For noen av sykepleierne blir resultatet at arbeidsmengden dobles.

81 prosent av sykepleierne i Storbritannia sier i en undersøkelse at de frykter negativ effekt på karrieren dersom de rapporterer sine bekymringer til arbeidsgiveren.

Kilde: BBC

HOLDER KJEFT: Britiske sykepleiere vegrer seg for å rapportere sine bekymringer til arbeidsgiver av frykt for karrieren. Foto: Scanpix



FANCY, men ikke alltid av god kvalitet. Foto: Scanpix

Useriøse HMS-kurs skal vekk

Både LO og Arbeidstilsynet er enige om at mengden useriøse tilbydere av HMS-kurs er et problem, og at det må reguleres til. Slik regelverket er i dag, kan i praksis hvem som helst tilby HMS-kurs.

Under konferansen om arbeidsmiljøopplæring, som nylig ble holdt i Oslo, viste Arbeidstilsynets direktør, Ingrid Finboe Svendsen, til Danmark.

– Vi vil utrede muligheten for en godkjenningsordning lik den danske. Der stilles det krav til at fellesopplæring i bedriftene må godkjennes av Arbeidstilsynet, med en gyldighet på tre år av gangen, sa hun.

Kilde: Arbeidsmiljø.no

Nurse Jackie splitter sykepleierne

De amerikanske sykepleierne deler seg i begeistring og avsky for tv-serien Nurse Jackie (spilt av Edie Falco), som begynte på NRK1 i mars i år. New York State Nurses Association frykter at Jackie, som både har seksuelle sidesprang i arbeidstiden og er avhengig av smertestillende tabletter for ryggplagene sine, vil påvirke den offisielle oppfatningen av sykepleiere.

På den annen side har tidligere sjefredaktør av American Journal of Nursing, Diana J. Mason, blogget om seriens fortrefelighet. Hun fremholder at en skinnhellig sykepleier som gjør alt etter boken hadde vært kjedelig og at sykepleierne nå må være glade for endelig å ha fått en hovedrolle i en serie fremfor å være den sedvanlige veggpynten.



NURSE JACKIE er som oftest pasientens empatiske advokat, men handler ikke alltid etter boka. Foto: NRK

DER UTE

Les mer om:

40 Lite varslings i Helse

Nord ›

46 Tilbakeblikk på et liv i

Oslo ›

52 Kjemper for mamma ›



sykepleien.no

› Daglige nyheter om sykepleiere og helse på sykepleien.no



Får hje

Når May Bente Hagen (49) kjenner trangten til å kutte, hjelper det å spille musikk.

Tekst og foto Marit Fonn

Som barn og ungdom ble psykiatrisk sykepleier May Bente Hagen utsatt for overgrep. Hun skadet seg selv første gang som 14-åring. Men det var i voksen alder at den alvorlige selvskadingen startet.

Sykepleien treffer henne på Modum Bad, der hun de siste årene har fått hjelp. Derfor føler hun seg på trygg grunn når hun skal snakke om dette følsomme temaet.

Gjenopplevde overgrepene

Hagen ble sykepleier i 1991. I utdanningstiden begynte flashbackene å komme. Vonde minner fra overgrepene i unge år meldte seg. Men det hjalp å skjære seg i armen.

Det roet seg en periode. Så ble Hagen igjen utsatt for overgrep. Den nye hendelsen som voksen trigget fram et skred av uutholdelige gjenopplevelser. Selvskadingen ble nå omfattende. Det lindret å kutte seg. Men bare for en stund.

– Det kan skje sånn! sier hun og markerer kjapt med hendene.

– Flashbackene kommer så fort. Da kommer trangten. Å kutte seg selv har samme virkning som når man tar beroligende tabletter mot angst. Man kan bli avhengig av piller. Det blir man også av selvskading.

Husket ikke

Hagen jobbet som sykepleier i flere år. Men i 1997, da hun var 36, ble hun overvældet av de psykiske smertene og hun ble sykmeldt. Stadig var hun tilbake i hendelsene og følelsene fra fortiden. Hun gikk i terapi, men ble ikke frisk.

Noen ganger var selvskadingen kontrollert og førte bare til overfladiske risp, som hun selv stripset og dekket til. Andre ganger hadde hun ikke slik kontroll. Hun kunne våkne opp med bandasje på armen uten å huske at hun hadde skadet seg. Når den indre smerten ble sterk, kjente hun ikke kuttene. Kroppskontakten var vekk.

I perioder har hun våknet om morgenen, kjent på armene og pustet lettet ut når det ikke har vært noen bandasje der.

lp for selvskading



MESTRING: Som tenåring lærte May Bente Hagen å spille piano. I mange år lot hun være å spille. På dette orgelet på Modum begynte hun igjen å traktere tangenter.

Vil ikke dø

Noen ganger var skadene alvorlige på grunn av blodtap. En gang var det tilfeldig at hun ble reddet. Hun kom til bevissthet et øyeblikk fordi moren ringte sent om kvelden. May Bente fikk bedt henne ringe etter ambulanse.

Selv om hun innimellom har vært kronisk suicidal, og kuttet pulsåren, har hun aldri ønsket å dø. Hensikten med selvskadingen har alltid vært å lindre. Oppmerksomhet har aldri vært motivet. Energien har heller gått med til å skamme seg og skjule arrene. Å være voksen selvskader har vært ekstra flaut. Det er jo kjent som et ungdomsfenomen.

Skrekken har vært å dø fra sønnen, som nå er 23 år. Flere ganger har hun ryddet spor etter seg uten å huske det etterpå. Men en gang kom sønnen hjem da leiligheten fløt i blod. Han var 16 år.

– Det var forferdelig. Jeg var på sykehus, men han trodde jeg var død. Han følte seg lammet i flere måneder etterpå.

«Det er min skyld»

Hagens selvskading har tydeliggjort selvhøvet.

– Å bli utsatt for overgrep krenker opplevelsen av verdighet. Man tenker: «Det må være noe galt med meg, og det er derfor noen forgriper seg. Jeg fortjener ikke bedre.»

Og fordi man lar overgrepene skje, forsterkes skyldfølelsen:

– Barnet ser ikke det ujevne maktforholdet mellom overgriper og offer. Selvskadingen er en slags fortsettelse av det andre har gjort mot deg. Du er skyldig og fortjener straffen.

Når man først har erfart at kuttene lindrer psykiske smerter, tyr man gjerne til samme metode neste gang.

– Det blir en vanedannende mestringsstrategi, selv om det er som å tisse i buksen når det er kaldt. Det varmer der og da, men det blir enda kaldere etterpå.

Arrene er der

Uansett hvordan selvskadingen har skjedd, blir det alltid «oppvask» etterpå. Kuttet er der jo, enten det er sydd eller stripset.

– Arrene minner om noe jeg ønsket var ugjort. Jeg føler skam og nederlag. Det blir en spiral av ikke-mestringer og nederlag som trekker meg lenger og lenger ned. Faren for selvmord øker. Troen på at det noen gang kan bli godt å leve forsvinner.

Hva var det som gjorde at hun skadet seg selv den aller første gangen? Hagen har ikke funnet svaret. Hadde hun hørt om det? Lest om det? Hun husker det ikke.



Nå trøster hun seg med at i utgangspunktet er selvsykading lært. Det betyr at det også kan avlæres.

Normal reaksjon

Vendepunktet kom på Modum Bad. I 2006 fikk hun et tre måneders opphold i traumegruppe. Der følte hun fra første stund at hun ble respektert. Hun mener behandlingen der har reddet livet hennes.

Allerede i vurderingssamtalen fikk hun bekreftet at smertene hennes var senskader av overgrep. Hun fikk høre: «Du har normale reaksjoner på unormale erfaringer.»

fører seg selv skade, spesielt i akuttmottak der man jobber for å redde liv.

– Når helsepersonell ignorerer og avviser, er det kanskje et forsøk på å få pasienten til å slutte å skade seg selv. For meg har det ikke hatt slik virkning. Faren er heller at listen legges enda høyere for ikke å bli utsatt for nye krenkelser. Dør man av skadene fordi man ikke søker hjelp, får jo ikke de vite om det.

Hagens råd er:

– Man kan ta avstand fra handlingen. Den er og blir feil. Men ta ikke avstand fra mennesket bak handlingen.

Hagen tror helsepersonell trenger mer kun-

likte det fra første stund og samler nå på gode kroppsopplevelser.

– Du vet, vi som har hatt vonde kroppserfaringer, puster jo nesten ikke.

Hun peker et stykke oppå brystet.

– Men skal jeg få til å ri, må jeg jo puste ordentlig. Hesten merker om du ikke puster og sier fra. Den er en god terapeut.

Kan kjenne trang

Innimellom kommer fortsatt trang til å kutte seg.

– Men nå klarer jeg å bruke andre metoder. Jeg vet at det er smertefullt å bearbeide traumene. Men jeg vet også at det går over. Da er det lettere å holde ut uten å ty til selvsykading.

Hagen er tidsavgrenset ufør, men holder på med en mastergrad. I 2001 ble hun psykiatrisk sykepleier, og målet er å jobbe igjen. Hun føler hun er på vei.

– Jeg har begynt å plassere skylden der den hører hjemme og vet at jeg har samme verdi som andre mennesker.

Hun har flyttet fra hjembyen Stavanger til Østlandet for å være nærmere Modum, der hun nå går i individuell terapi. Å komme vekk fra stedet der det vonde skjedde har hjulpet mange, vet hun.

– Kan informasjon om selvsykading ha en smitteeffekt?

– Det kan vekke trang. Det er som narmani. Men har du ikke underliggende dype problemer, trenger du heller ikke smertelindring. Åpenhet er viktig.

Tar opp tråden

Modum Bad består av flere bygg. I solen rusler vi på området som fortsatt har snøflekker. Hun peker på et vindu i et av husene.

– Der var rommet mitt da jeg var innlagt her.

Hun smiler ved tanken. Vi fortsetter bortover til kirken. I lyset fra takvinduet står orgelet. Det var der hun tok opp igjen glemte tangenter. Å spille på det kraftfulle instrumentet var bedre enn å kutte seg til blods. Nå har Hagen kjøpt seg nytt piano.

«Arrene minner om noe jeg ønsket var ugjort.» May Bente Hagen

– Den setningen ble viktig for meg. Det betydde jo at det ikke var meg det var noe galt med.

Hun påpeker at seksuelle overgrep er blitt kalt sjelemord:

– Noen bryter seg inn i deg, moser grensene dine sønder og sammen og tar seg til rette uten å ha bedt om tillatelse. Overgrep er en svært ensom erfaring. Det er skammen som legger seg der. Man overtar krenkerens blikk på seg selv, som uverdig.

Da blir det vanskelig å søke relasjoner. Til liten til andre er svekket.

Nye krenkelser

Hagen har opplevd nye krenkelser når selvsykadingen har ført til sykehusinnleggelse. Hun har fått høre: «Du trenger vel ikke bedøvelse for å sy, du liker jo dette.»

– Sykepleieren eller legen så ikke på meg og snakket ikke til meg. De tok bare tak i armen min for å gjøre det de måtte med den. Ble jeg redd og trakk armen til meg, møtte jeg forakt.

Hagen tror ikke det handler om vond vilje. Hun forstår at det kan provosere når noen på-

skap om årsaker til selvsykading.

– Det vil endre holdninger overfor disse pasientene, slik at de kan bli møtt på måter som ikke bidrar til å øke skamfølelsen.

Mindre alene

Hagen kjenner seg godt igjen i andre pasienter. Det gjør at hun føler seg mindre annerledes, og mindre alene. I traumegruppen snakker de verken om overgrepene eller selvsykading.

– Men vi snakker om konsekvensene av overgrepene og om mestring. Jeg har lært av de andre.

For henne har det for eksempel hjulpet å lage keramikk. Det gjelder å rette oppmerksomheten utenfor seg selv og være til stede i nuet.

– Når du dreier keramikk, må du konsentrere deg. Hvis ikke du samhandler med leiren, skvetter den bare rundt.

Psykomotorisk behandling hjelper henne med å få ned spenningene i kroppen og å lage fysisk rom for følelser.

Hest som terapeut

På Modum har hun også hatt rideterapi. Hun

Flere selvskadere på legevakten

På skadelegevakten i Oslo var antallet tilfeller med selvsykade 217 i 2000. I 2005 var tallet 306. I 2009 økte tallet til 536.

Seksjonsoverlege Knut Melhuus understreker at mange er gjengangere, så antall pasienter er betydelig lavere enn antall tilfeller.

– Noen er registrert med 20–30 skader per år. De fleste er jenter i begynnelsen av 20-årene, og mange har en vanskelig opp-

vekst. Rundt 75 prosent går til behandling for sin selvsykading i eller utenfor institusjon.

Han påpeker at nyrekuttering blant annet skjer ved at selvsykading beskrives på nettsider.

– Nylig fant vi EMLA-krem i vesken til to unge jenter som hadde kuttet seg opp på underarmene. De hadde bedøvet huden først for å unngå smerte.

Melhuus synes det blir feil både å hausse opp og å tone ned fenomenet.

– Men å skremme disse pasientene er i hvert fall ikke løsningen. Vi tar dem på alvor. Det er viktig å skille mellom selvsykading og alvorlig selvmordsforsøk, fordi behandlingen er forskjellig. Vi håndterer først og fremst de fysiske skadene og samarbeider godt med psykiatrisk legevakt.

Må ha vilje til endring

Sykepleierne på Modum Bad kartlegger hva som utløser pasientenes selvskading.

De psykiatriske sykepleierne Sigrun Frøyshov og Gerd-Ellen Øverby er tilknyttet avdeling for traumebehandling og interpersonlig terapi på Modum Bad. De arbeider med pasienter som har senfølger etter seksuelle overgrep i barne- og ungdomsalder. Behandlingen varer i tre måneder. May Bente Hagen har to ganger blitt behandlet i en slik traumegruppe.

Posttraumatisk stresslidelse er hoveddiagnosen, ofte kombinert med dissosiativ lidelse. Pasientene kan lide av mental fjernhet, ha hull i hukommelsen og fragmentert personlighet.

Pasientene kommer fra hele landet. Hovedtyngden er rundt 40 år, men alderen varierer fra 20 til over 60 år. De fleste er kvinner.

Krevende for pasientene

– Det er krevende å bearbeide traumer, så vi jobber kontinuerlig for å stabilisere pasientene, sier Øverby.

– De må ha vilje til endring for å få hjelp, sier Frøyshov.

Flere av pasientene har selvskading som symptom. Sykepleierne er ikke så opptatt av selve handlingen, men kartlegger hva som utløser atferden.

– De har gode grunner til selvskading, og det er viktig å møte dem med forståelse. Selvskading er en metode for å lette på trykket, sier Frøyshov.

Pasientene har både gruppe- og individuell behandling. Felles undervisning hjelper pa-



sientene å forstå sine reaksjoner.

Lager aksjonsplan

Det er mange måter å skade seg selv på. Spiseforstyrrelser og rus handler om de samme mekanismene som et kutt i armen. Mange pasienter har prøvd det meste.

Sykepleierne bruker en god del tid på å lage en aksjonsplan i samarbeid med pasienten. Planen handler om konkrete strategier for å mestre stress, inkludert selvskadingstrang. Strategiene kan være å lytte til musikk, eller å ta en varm dusj. Noen trenger noe tilgjengelig med en gang. Enkle ting som en trebit eller en stein i lommen kan minne dem om her og nå.

Pasientene øver på å kjenne grensene sine så

TARTID: Sykepleierne Gerd-Ellen Øverby (t.v.) og Sigrun Frøyshov påpeker at pasientene har selv et stort ansvar for å bli frisk.

de klarer å dosere sitt aktivitetsnivå. Et mål er å tåle mer.

Relasjonsskader

Når pasientene også har vært utsatt for omsorgssvikt, i tillegg til overgrepene, sliter de med store relasjonsskader. Tillit og trygghet i behandlingen er derfor helt avgjørende.

– Har dere noen råd til dem som møter selvskadere i somatikken?

– Møt pasienten med respekt og empati. Undersøk i hvilken grad pasienten får hjelp. Formidle eventuelt behovet videre, sier Øverby.

Vil styrke de pårørende

Helsepersonell tør ikke stille spørsmål til en pasient som har kuttet seg i armen. De er redde for svaret, sier Lena-Marie Haugerud.

Haugerud dannet i fjor Landforeningen for forebygging av selvskading og selvmord (LFSS). Hun har selv en datter som har skadet seg selv i ti år. Målet er å endre holdninger.

– Helsepersonell må se oss pårørende som en ressurs, sier hun.

Blanke ark

Personalet snakker ofte om at de ikke skal gi oppmerksomhet til selvskadere.

– La henne være, sier de. Men prøv heller å snu tankemåten. Begynn med blanke ark og spør: Hvilke psykiske årsaker ligger bak handlingen?

Hun påpeker at selvskadere merker godt at «nå har helsepersonellet snakket om meg, men de snakker ikke til meg».

En helsearbeider fortalte Haugerud om en pasient som ikke ville bruke jakke. Helsearbeideren antok det var fordi hun ville vise fram kuttene.

– Jeg spurte: «Har du bedt henne ta på jakken?» Hun svarte: «Nei, for hvis hun sier at hun vil vise fram kuttene, vet jeg ikke hva jeg skal svare.»

Haugeruds erfaring er at helsepersonell ikke tør spørre, for de vet ikke hvordan de skal håndtere svaret.

Åpenhet

Haugerud tror på åpenhet.

– Jeg har selv slitt med selvmordstanker. Det har jeg fortalt på arbeidsplassene mine. Jeg hadde ikke sittet her hvis jeg ikke hadde vært åpen.

LFSSs hjemmeside: www.selvskading.org IIII

ETT FORBUND. MANGE FORDELER!



GRATIS ALMANAKK

Noen vil ha dem små, noen vil ha dem større. Andre vil ikke ha dem i det hele tatt. NSF tilbyr gratis almanakk til alle som vil ha – du bestemmer selv hvilken type. Gå inn på Fordelsbutikken på www.sykepleierforbundet.no, følg lenken "Bestill gratis almanakk" og bestill den du vil ha. Fritt tilsendt! **Alle pensjonist-medlemmer får almanakken tilsendt automatisk.**



GRATIS NAVNSKILT

Nå kan du lage ditt eget navnskilt – helt gratis. Tillitsvalgte kan nå gå inn på Fordelsbutikken på www.sykepleierforbundet.no og lage navnskilt med navn og stilling til de medlemmene som ønsker sitt personlige navnskilt! Fritt tilsendt!

Besøk vår nettbutikk
i dag for gode tilbud:
www.sykepleierforbundet.no



DER UTE USA

Sykepleierorganisasjonene jubler. Nå har de fått det dokumentert:

Flere sykepleiere - mindre død

Forskere ved Universitetet i Pennsylvania har sammenlignet pasientdødeligheten i tre amerikanske stater: California, Pennsylvania og New Jersey. California vedtok for noen år siden en lov som fastla en bestemt bemanningsnorm for sykepleiere. Normen ligger høyere enn det som er praksis i de to andre statene.

Nå viser undersøkelsen at sykehusene i New Jersey ville hatt 14 prosent lavere pasientdødelighet og Pennsylvania 11 prosent lavere pasientdødelighet enn California. Undersøkelsen er nylig publisert i det prestisjetunge tidsskriftet Health Services Research.



FØRER BEVIS: Linda Aiken mener å ha dokumentert at bedre bemanning og lavere arbeidspress for sykepleiere gir langt færre dødsfall på amerikanske sykehus.

Bedre tid

Sykepleiere på sykehus i California har i snitt én pasient mindre enn sykepleiere i de to andre statene. På kirurgiske og medisinske avdelinger har sykepleiere sågar to færre pasienter.

Undersøkelsen viser at sykepleiere fra California i mindre grad «overser» endringer i pasientens tilstand. Den lavere arbeidsbelastningen fører derfor til bedre overvåking av pasienten, lavere dødelighet og færre pasientklager.

Linda Aiken har ledet arbeidet med undersøkelsen.

– Hvis vi kun ser på kirurgiske pasienter kunne 468 liv vært spart over en toårsperiode hvis de to andre statene hadde hatt en tilsvarende bemanningslov som California, sier Aiken i en kommentar. Hun arbeider ved sykepleierutdanningen i Pennsylvania.

Aiken anslår at flere tusen menneskeliv kunne vært spart om bemanningsnormen hadde vært gjeldende i hele USA.

– Nå må eierne i Norge forstå

Også Lisbeth Normann i NSF mener at Aikens undersøkelse bør kunne bidra til at politikerne og sykehuseierne fatter interesse for forskningen på området. De må ta dette på alvor nå, mener Normann.

– Bør også Norge vedta en lov om bemanningsnorm på sykehus, slik man har gjort i California?

– Det viktigste er ikke en lov, men at politikerne har en klar bevissthet om hva gode bemanningsplaner kan bety for pasientsikkerheten. Vi trenger en systematisk gjennomgang av bemanningsplaner og et helhetlig syn på rekruttering.

Norge er nå med i en stor forskningsstudie under EUs rammeprogram. I studien er norske sykepleiere ved alle helseforetakene blitt spurt om arbeidsvilkår og pasientsikkerhet. Svarprosent er på 60 prosent. Når resultatene foreligger til høsten, vil disse kunne legge premisene for diskusjonen om hva som er forsvarlig bemanning, mener Normann.

Hun er «negativt overrasket» over kunnskapsnivået på dette området hos arbeidsgiverne og sykehuseierne.

Da Sykepleien publiserte saken på nett og sin egen side på Facebook, tok det ikke lang tid før kommentarer fra sykepleiere strømmet inn.

«Mitt ønske: Måtte dette bli lest av toppledere og andre som har noe å si mht. penger, og måtte det bli tatt på alvor», skriver Anne Karin Frafjord.

Mens Grethe Myking mener at «slike synspunkter må inn i den synlige offentlige debatten, før kommune-/stortingsvalg! Begrunnet med flest mulige resultater av undersøkelser/forskningsresultater som viser: Tall, tall og atter tall!» ■■■

Tekst **Barth Tholens** Foto **Anners Lerdal**



Har du glemt oss?

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

Barneforsikringen leveres av TrygVesta og koster under tusen kroner i året. Bestill forsikringen hos Forsikringskontoret NSF på telefon 22 04 31 50.

Det handler om å være trygg **TrygVesta**





CHE: Et filmpoptak viser Che Guevara da han lå død i vaskerommet. Øynene var åpne, slik sykepleier Susana Osinaga forteller.

HUN VASKET CHE:

Sykepleier Susana Osinaga (77) var sykepleier på sykehuset i Vallegrande i Bolivia 1967. En dag ble hun og en annen sykepleier på vakt bedt om å komme til vaskerommet og stelle et lik. Hun visste ikke da at det var den revolusjonære geriljakrigeren Che Guevara, som nettopp var blitt henrettet i La Higuera og fløyet med helikopter hit. Hun forteller at mannen likevel gjorde dypt inntrykk.

Øynene hans var åpne og det var som han fulgte dem med blikket der han lå på en bære oppå vasken bak henne på bildet. Han hadde på seg tre par bukser og hadde langt hår og fullskjegg. De kledde av ham, vasket ham og klippet ham. Skuddsårene ble behandlet med formaldehyd. De kledde på ham en pyjamas. – Han liknet Jesus, sier hun.

Siden ble han vist fram for militære og pressen så verden kunne se at selveste Che Guevara var tatt. Befolkningen kom også for å se ham her i sykehusets vaskerom. Hjemme har Susana, som så mange andre i området, et bilde av Che på veggen. Hun er seg bevisst at hun vasket det berømte ikonet med sine egne hender og tror det kan være grunnen til hennes gode helse.

Che var hemmelig gravlagt i Vallegrande inntil 1997, da liket ble funnet og flyttet til Santa Clara på Cuba. Der lyktes han i 1959 å gjennomføre revolusjon sammen med Fidel Castro.

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.

Fjerner muskelknuter med ultralyd

Ved intervensjonscenteret på Rikshospitalet fjernes nå godartede muskelknuter i livmoren ved hjelp av ultralyd.

Muskelknutene, eller såkalte uterusmyomer, fjernes med MR-veiledet høyintensitets fokusert ultralyd (HIFU). Metoden er en non-invasiv, termisk ablasjonsmetode.

Godartede muskelknuter i livmoren kan gi plagsomme symptomer i form av blant annet blødninger, smerter og urinveislager. I Norge utføres det årlig over 2000 operative inngrep enten for å fjerne livmoren (hysterectomi) eller for å fjerne enkelte muskelknuter (myomektomi). Tilbudet omfatter også medikamentell terapi og dessuten embolisering av uterinarteriene.

Pasientene som får tilbud om deltakelse i prosjektet rekrutteres blant kvinner som er henvist til gynekologiske avdelinger ved Ullevål og Rikshospitalet for behandling av symptomgivende uterusmyomer. Pasienter som ønsker uterusbevarende behandling og som oppfyller kriteriene for inklusjon, vil få tilbud om HIFU-behandling og blir forespurt om å delta i prosjektet.

Behandlingen er altså non-invasiv og mindre smertefull enn operasjon/embolisering. Den krever som regel ingen sykehusinnleggelse og tillater en raskere gjenopptakelse av arbeid og andre aktiviteter.

Forberedelsene

Før pasienten kommer inn på behandlingsrommet får hun innlagt et treveis foleykateter med mulighet til å regulere væskeinnhold i urinblæren. Ellers blir det etablert intravenøs tilgang og pasienten får et NSAID for å forebygge smerter under behandling og etter behandling. Det vil si at de får en dose Diclofenac. De blir også tilbudt et avslappende/beroligende medikament i form av Vival.

Under behandlingen ligger pasienten i mageleie med en rund gelépute, cirka 25 cm i diameter, fuktet med vann akkurat under det området hvor HIFU behandlingen skal foretas. Dette er for at det skal være optimal kontakt med huden og geléputen uten noen luftlommer. Det er en fordel at pasienten ikke er for slank, for med litt ekstra polstring blir det bedre kontakt med geléputen. Ellers er det selvfølgelig viktig at pasienten er motivert for behandling med HIFU, da det betinger at de må klare å ligge helt stille i et ganske langt tidsrom, maksimalt cirka tre timer. Kontrollerte bevegelser med armene og hodet er tillatt.

Mange fag

Pasienten tilkobles MR kompatibelt utstyr med hjerterytmee overvåking, puls og blodtrykk

Mange fagpersoner er representert under prosedyren. Anestesisykepleier har ansvar for å overvåke pasienten, fysiker og teknisk personale fra leverandør sikrer korrekt bruk av utstyret, radiologer og radiograf tar hånd om den kontinuerlige billedtakningen med temperaturovervåking av vevet som blir behandlet.

MR-maskinen brukes til eksakt å fremstille bilder av myomet og til overvåking av temperaturen i vevet. Integriert i MR-maskinen er det en HIFU-enhet som fokuserer ultralydbølger i området som er tilstrekkelig høye til å indusere celledød.

Hvis pasienten opplever smerter i ablasjonsområdet når HIFU-behandlingen pågår, har hun mulighet for å avbryte behandlingen ved å trykke på en knapp som de holder i hånden. Det er hele tiden mulighet til å kommunisere med pasienten som for øvrig er alene i MR-rommet under behandlingen. Hun får ha øreklokker med fin musikk for blant annet og dempe litt av støyen som MR-maskinen genererer under behandlingsforløpet.

Fare for residiv

I dette prosjektet varmer de ikke mer enn 20 prosent av myomets volum til temperaturer som induserer nekrose. Slik begrenset behandling har i studier vist å gi god klinisk effekt, men faren for residiv er større enn ved mer omfattende ablasjon. En del av pasientene antas derfor å måtte trenge ytterligere behandling, som regel operasjon eller embolisering, eventuelt gjentatt HIFU-behandling.

Etter prosedyren har pasienten mulighet til telefonkontakt med gynekologisk vakt ved Rikshospitalet. De første dagene blir pasientene for øvrig fulgt opp med telefonintervju.

Denne behandlingsformen er allerede etablert i noen andre land. Spesielt i USA har den oppnådd stor aksept og er godkjent av FDA (Food and Drug Administration). Hvordan metodens innvirker på pasientens fertilitet er usikker. Derfor inkluderes bare kvinner som ikke har fremtidig barneønske. ■■■

Andre faste bidragsytere:



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



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



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

Helga Sogn Plassen

Alder: 41 år

Yrke: Anestesisykepleier

Jobber: Sykehuset i Telemark, Skien

Møter livreddede pasienter

Helga Sogn Plassen vil jobbe med anestesi resten av livet.

Jeg har jobbet som anestesisykepleier i åtte år. Jobben er utfordrende hver eneste dag og krever at jeg til enhver tid holder meg oppdatert. Jeg har mye ansvar og mulighet til å få god kontakt med pasientene. Jeg møter dem i en sårbar situasjon og får følelsen av at min tilstedeværelse betyr noe.

Min rolle er å ta imot pasienten som skal opereres. Snakke med ham eller henne, berolige og gjøre klar for bedøvelsessituasjon. Ofte møter jeg livreddede personer. Da prøver jeg å formidle tillit slik at pasienten kan stole på at han eller hun er i gode hender. At de kan sovne inn og tenke at dette faktisk går bra. Jeg legger pasienten i narkose sammen med anestesilegen eller en annen anestesisykepleier. Deretter sitter jeg hos pasienten under hele operasjonen og passer på anestiseforløpet. Oppgavene forutsetter at vi behersker og kan kontrollere høyt teknologisk medisinsk-teknisk utstyr. Det er viktig å ha god dialog med operasjonsteamet underveis. Det er også anestesisykepleiers oppgave å sørge for at narkosen avsluttes i rett tid og sørge for at pasientene våkner når de skal, kort tid etter operasjonen.

Jeg jobber mye i team, på operasjonsstua og ute i avdelingene. Noen dager kan være relativt forutsigbare, med vakt på operasjonsstuer der det utføres planlagte operasjoner. Andre vakter går jeg med calling og jobber med akutte og uforutsette situasjoner. Uansett må jeg hele tiden være forberedt på å bli tilkalt for å hjelpe til på operasjonsstuer der det oppstår akutte situasjoner eller komplikasjoner. Det hender også at jeg må bistå ved andre avdelinger. For eksempel i tilfeller der man benytter anestesi ved røntgen- eller gastrologiske undersøkelser. Ved vårt sykehus blir anestesisykepleiere bare med på ambulansetrykning i spesielle tilfeller, hvis det trengs spesialkompetanse.

Jobben krever mye av meg, jeg må alltid vite hvordan jeg skal takle akutte situasjoner. Jeg kan ikke regne med at andre kan hjelpe meg. Sånn sett er det en ansvarsfylt og alvorlig jobb. Men det er også det som gjør jobben så givende.

Jeg opplever stadig uforglemmelige ting på jobb; særlig når det går bra. Enkelte episoder vil jeg jo helst slippe å huske, men de kan være vanskelige å legge vekk. Det gjelder for eksempel i tilfeller der jeg identifiserer meg sterkt med pasient eller pårørende.

Jobben innebærer også enkelte mer rutinepregede oppgaver. Men de må utføres og det kan samtidig være en litt behagelig avveksling. Jeg kan ikke tenke meg at jeg noen gang skal jobbe med noe som ikke har med anestesi å gjøre. På en eller annen måte. ■■■

Fortalt til **Susanne Dietrichson** Foto **Per Åge Eriksen**



HESTEDROSJER foran Vestbanestasjon i Oslo, 1905. Sjøgata i bakgrunnen. Foto: A.B. Wilse/Oslo Museum.

*Dette er en historie om en gammel dame og livet.
Om hvordan levde år ser ut fra en lenestol på et sykehjem.
Om alt bare du husker og alt ingen andre forstår.
Om sangen i oss som langsomt mister sine vers, og om
Sigrid Alkem (99), som så gjerne vil leve til hun fyller hundre.*

Tekst **Hilde Tobro** Foto **Oslo Museum og privat**

Sigrids sang



SIGRID ALKEM,
født Nilsen.

Det sitter en dame i en brun lenestol og synger litt for seg selv. Den vesle munnen former seg etter ordene som går i valsetakt; «Minnes du den gangen? Minnes du den lykkelige tiden?»

Ved siden av henne, i den andre

lenestolen på dette lysegule rommet, sitter det ofte en eldre dame med tykt krøllete hår og sover. Og i den lange korridoren utenfor, like ved kalenderen som viser at det er en sort aprildag i 2008, står gjerne en tredje dame og undrer hvor hun er.

– Hvor er jeg? spør hun.

Den syngende damen vet som regel hvor hun er.

– Dette er Grefsenhjemmet ja, og her liker jeg meg godt. Jeg er Sigrid Alkem (99), født Nilsen. De kalte meg bare Sikka.



Året 1908

- › Skuespiller Bette Davis ble født 5. april 1908 (død 1989)
- › Olav H. Hauge født 18. august (død 1994)
- › Theodore Roosevelt var president i USA.
- › Gunnar Knudsen (V) var statsminister i Norge.

De eldste

Per 01.01.2009 var det 340 damer som var 99 år og 69 herrer.
Per 01.01.2009 var det 227 damer som var 100 år og 45 herrer.

Antall kvinner på 99 år – og 100 år fra 2002 til 2009

2002: 261 - 161
2003: 269 - 166
2004: 270 - 182
2005: 294 - 184
2006: 311 - 181
2007: 324 - 205
2008: 359 - 205
2009: 340 - 227

Om én måned kan denne damen oppleve å fylle 100 år.

Hvor er jeg?

Av og til er det fremmed her, særlig hvis hun befinner seg i de lange lyse korridorene. Da kan hun også lure på hvor hun er. Men som oftest sitter hun bare her i sin nye stuekrok, og underholder seg selv. Rakrygget i sin faste brune lenestol, ved et lite bord med en radio på, under et par naturmalerier til siden for kjøkkenbordene. Om hun blir minnet på sin alder sprekker ansiktet opp i et smil, og noen ganger fylles øynene av tårer.

– Er jeg så gammel, sier hun da, før hun setter pekefingeren mot tinningen.

– Men ennå har jeg forstanden i behold?

Ansiktet hennes innrammes av lett grått hår, og haken hviler tilfreds mot halsen når hun ler. En brun bluse er pyntelig festet sammen av en brosjé rundet med blanke stener. Under pleddet varmer et par mørke benklær to spinkle ben. Sigrid Alkem – født Nilsen – går ikke så mye lengre. Et par krumme turer til og fra stua hver dag greier seg, synes hun. Hun tar ett skritt av gangen, og én dag av gangen. Det hadde likevel vært utrolig om hun skulle oppleve sin 100-års dag, synes hun. Helt utrolig. Dagen er jo ikke så langt unna nå. Hun sukker smilende og rister svakt på hodet, mens blikket fryser og fester seg en plass mellom rullestolhjul og helseskoføtter.

I dag kryper øynene over gulvet, og lander på et par skinnsandaler.

«Kommer kong Haakon?»

– Hvem er den mannen som sitter der? spør hun forundret. Sigrid Alkem, født Nilsen, peker på skoene og ser ikke på damen som eier dem. Ingen svarer henne.

Det lignet da sannelig på skoene hennes far brukte, tenker hun. Slike i skinn med tre reimer over vristen. Han kalte det for tøfler eller innesko. Eller var det

hennes kjære mann som brukte slike? Hun husker ikke helt sikkert. Men er hun ikke snart 100 år? Er hun så gammel? Ja, da kan man vel ikke forvente at man skal huske all slags lenger. Og sin fars sko er det ikke rart hun nesten har glemte. Men sannelig, var det ikke presis slike tøfler han hadde?

En maidag i Kristiania i 1908

Når bjellen klinger i døren hos kjøpmann Nils Nilsen i Kristianias Pivervik, gjør han seg klar til å ta imot kunden med et vennlig «Vær saa god» eller «Please». «Pappa Nilsen» hilser kjentfolk ham. Mon tro om han savner hjelp fra sin kjære hustru der han står så slank og galant, med sitt korte mørke hår og struttende barter. Alltid lys og pen i klærne, med et par skotøy, som akkurat nå skjules godt bak disken.

Men hans hustru Therese er hjemme med deres tre piker i dag; Inger Therese, Ragna Kristine, og sist ankommet, vesle Sigrid, som bare er noen dager gammel.

I Vikas stensatte smug skinner maisola på vannposter, vaiende klesnorer og mennesker fra all verdens fjerne himmelstrøk. En blandet duft av lapskaus og skinke med egg siver ofte over denne bydelen. Bygningene som tidligere huset gledespiker, har nå gitt rom til håndverkere og småkjøpmenn, og gitt det tidligere slumstrøket et lite løft.

Pappa Nilsen vet ikke ennå, at om litt skal han bli alene om barna. Og den vesle nyankomne vet ikke at hun skal vokse opp uten mor, og snart også uten far.

Døren gir fra seg et nytt bjelleslag idet den lukkes. Det er kanskje dyretemmer Heinrich Lühr Henrichsen fra Cirkus Orlando? Som spør om et ferskt kjøttstykke til hans enorme tiger Caesar, før dagens show settes i gang i Cirkusbygningen like ved. I så fall må han betale 1 krone og 7 øre for kiloet for oksekjøttet. Vil han ha én liter nysilt melk også, blir det 17 øre til.

Kunden står nå foran den vennlige kjøpmannen i Vinkelgaten nummer 1, han som alltid tar i mot folk på dannet vis. Mon tro om ikke bartene vipper

ekstra lystig til hver sin side i dag, i det Nils Nilsen sier:

«Vær saa god?»

– Vær så god, nå er det middag!

Klokken nærmer seg ett på Grefsen-hjemmet. En pleier bøyer seg over den brune lenestolen i stuekroken. Sigrid lener seg forover.

– Hm?

– Middag!

– Å, svarer hun og setter seg tilfreds tilbake.

Fem damer og to menn sitter rundt to bord på det lysegule kjøkkenet. En dame som stadig lurer på om det er noen fra Bergen her, ser ut vinduet.

– Så fint vær det er ute, synger hun på sitt morsmål.

– Veldig fint, smiler damen som noen ganger står i korridoren og lurer på hvor hun er.

Hjelpepleier Torunn Søreng kommer inn i rommet, og lurer på om ikke Sigrid også skal sitte ved bordet. For hun sitter vel ikke særlig godt for å spise, der i lenestolen? Hun går mot henne.

– Vil du ikke sitte inntil bordet, Sigrid?

– Nei, kan jeg ikke sitte her da?

– Joo ...

– Jeg er jo snart 100 år.

Torunn smiler;

– Ja.

– Kommer kong Haakon? mumler Sigrid.

– Nei tull og tøys, avfeier hun seg selv.

Mon tro om tankene vandrer rundt den forestående fødselsdagen om få uker? For det er flere som har påstått at kongen kommer, riktignok i telegramform, om hun lever til hun blir 100 år. Eller er tankene forlengelsen av et fotografi hun nettopp kikket på, av kong Haakon med vesle Olav på armen, novemberdagen de kom til Norge i 1905. Sigrid sitter tilbaketil i stolen og holder tankene sine for seg selv.

En tallerken med fisk blir satt på et lite bord, som har blitt rullet foran henne.

– Hva er det? spør hun og bøyer seg over tallerken for å ta maten i nærmere øyesyn.

– Fisk, sier Torunn.

VINKELGATEN i Pipervika i Oslo. Til høyre på bildet kolonialforretningen til Sigrids far, Kolonial M. Ekeberg. Bildet er tatt ca 1910-20. Foto: N. Engstrøm/Oslo Museum.



SIGRIDS FAR:
Nils Nilsen.

SIGRID TIL HØYRE, med sine to søstre Inger Therese og Ragna Kristine.



SIGRID NILSEN
(pikenavnet) som konfirmant.



SIGRID OG ARNE ALKEM
GIFTET SEG I 1943.

«Det har gått så raskt, dette livet»

– Fisk er «fish» både på tysk og engelsk, svarer Sigrid.

Bergen 1923

På Fiskertorvet i Bergen går handelen som vanlig.

– Ka skipa du ha for lyren din, du stril? kan noen si, og en fiskehandler med stort forkle og grove fingre vil veie opp

dagens middag. Står han nær gaten, går salget best. Det myldrer av husmødre i side skjørt, herremenn med hatt og gutter i kortbukser og strømper. Det er ennå bare noen hundre biler i hele Hordaland fylke, så hesteevipasjene tramper seg gjennom byens gater.

Om noen tramper forbi ett av husene i Sydnesgaten, kan det hende de

hører klassiske toner. Det kan være herren i huset som stryker sin bratsj. Eller var det en svak nynning av Fjellveivisen? For det står en unge pike og vasker opp på kjøkkenet. Sikka (15) må alltid ta oppvasken i familien, men hun slipper heldigvis unna gulvene. I ni år har hun bodd her sammen med sin tante, hennes tyske mann og deres



FIRMAFEST: Fra Grotten restaurant, 1960.
Foto: Ørnelund/Oslo Museum

«Kom, Sikka mi, så tar vi en vals.»

tre barn. Men hun har aldri funnet seg til rette her, så nå har hun bestemt seg. Hun vil hjem. «Hjem» er riktignok en hel by nå, og ikke et enkelt hus med far, mor og søstre. Bjellen i forretningen til Pappa Nilsen sang sin siste strofe for åtte år siden. Hennes fars skjebne skulle bli lik hennes mors; En altfor tidlig død i tuberkulosens ubarmhjertige herjinger. Hun niogtyve, han først i de førti. De to eldste barna ble sendt på barnehjem. Vesle Sigrid på seks år, ble sendt over fjellene mot vest. Og her står hun nå, bestemt til sinns. Hun er ferdig med denne regnvåte byen, ferdig med middelskolen, med tysk, engelsk og dobbel bokføring. Nå kan hun endelig gjøre som hun selv vil. Eller hun har vel intet valg. Sikka må greie seg selv.

Kristiania i slutten av 1920-årene

Vel tilbake i sin fødeby, Kristiania, flytter Sigrid til sin søster. Og snart starter hun som ufaglært syerske. Hos Buntmaker Walker i Hegdehaugsveien spinner trådsnellene rundt og rundt, og Sigrid skyver pelskåpe på pelskåpe under nålen. Interessen for mote og design trigges. Årene virvler av sted og Sigrid går gjerne ut for å treffe andre. Men aldri alene. Og hun går aldri bort til en herremann og starter en konversasjon. Det passer seg ikke. En dannet kvinne venter til herremannen selv tar initiativet.

Kaker til kaffen

I én av de lange gule korridorere på Grefsenhjemmet henger det en korktavle. En tegneseriestripe klamrer seg fast bak en tegnestift. Et rynket aldrende par sitter rundt et kaffebord, og damen byr frem en krumkake. Under står teksten: «Når man blir gammel sier man ikke lenger at man elsker hverandre. Da spør de om de skal ha kaker til kaffen i stedet. Tord 7 år.»

I rommet bak tegnestripen, i den brune lenestolen, skulle kanskje Sigrid ha sovet middag, som resten av naboen sine når klokken nærmer seg 16, men det gjør hun ikke.

– Snart er det kaffe, opplyser en lys dame, pleier Lene Hovden.

Hun står ved kjøkkenbenken og smiler mot Sigrid, samtidig som hun setter frem kakeasjetter. Lene synes avdelingens lille sangfugl er så søt. Om 21 dager vil hun fylle 100 år.

Sigrid sover ikke middag, men sitter bare og slapper av, synger en trall og tenker. Hun tenker ikke så mye på 100-årsdagen sin i dag. Men om hun blir minnet på den, så lurer hun på om hun kommer i Aftenposten den dagen. Får hun også en stor konfekt-eske mon tro? For hun liker så godt litt søtt. Så har hun tenkt på tidligere fødselsdager, hvordan de har blitt feiret i all enkelhet.

Lene holder en hvit og blåblomstret porselenskopp foran damen som bare slapper av, synger enn trall og tenker.

– Er det kaffe? spør Sigrid.
– Ja, du skal få, lille venn. Her er varm sjokolade, svarer Lene.
– Og Sigrid, vi må rette ryggen din.
– Takk.
– Kakkao, som vi sa før. I penere strøk sa man kakaaaooo, sier Sigrid og humrer.

Lene setter en skål med to Gjendekjeks på det lille bordet ved siden av.

Sigrid kan tenke at hun kjeder seg litt her hun sitter, og hun venter stadig på besøk. Men da synger hun bare litt for seg selv og synes at hun har det bra likevel. I dag har hun allerede sunget «Kjærlighet fra Gud» noen ganger, og fått stadfestet at stemmen hennes ikke er som den engang var. Hun har smilt av tanken på at hun har noen å gi ringene på fingrene sine til, når hun selv en gang er borte. Og hun har fått tårer i øynene av savnet over en helt spesiell herremann.

Oslo, én kveld i 1950-årene

– Kom, Sikka mi, så tar vi en vals, smiler en slank herremann og holder ut armen for sin hustru. De to er på fest arrangert av ingeniør- og teknikerorganisasjonen NITO, i hovedstaden. Et orkester svøper forsamlingen inn i en tung tone, etterfulgt av to lette.

Årene har danset av sted. Sigrid møtte sin Arne, de giftet seg og flyttet sammen, først i en leilighet, så til et hus.

Nå tripper de over gulvet, tung-

lett-lett, tung-lett-lett. Arne ser på sin kjære; Hun har litt pudde i kinnene og et strøk leppestift, ikke av den ildrøde sorten, men en lys og pen en. Kjolen er tekkelig og dekker knærne hennes, og de mørke krøllene danser i takt med dem.

– Åh, dette er veldig veldig hyggelig, tenker Sigrid på disse festene. Her er det dannede, pene mennesker, og ingen fyll og spetakkel. Snart spiller kanskje orkesteret opp til en tango. For det går alltid i vals og tango. Og da skal Arne holde godt rundt sin Sigrid, som han alltid gjør, og lede henne bortetter dansegulvet. Ett trinn fort og ett trinn dit, og ett trinn bort og ett trinn hit. Taramtatam. Taramtatei, Taramtatam, Taramta. Og sammen skal de ikke snuble én eneste gang.

Den lille familien Alkem bor nå i en tomannsbolig på Årvoll i hovedstaden. Sammen valgte de ut husets lysegule farge, og i den grønne hagen springer snart en liten pike, deres eneste datter Randi Therese. Arne drar på sitt daglige arbeid ved Forende Nagle og Skruerfabrikk i Nydalen. Og når veslejenta er på skolen, fører Sigrid pelskåper ved kjøkkenbordet. Og utenfor vinduet blir vinter til vår og sommer til høst. Randi vokser ut av barnetøyet og blir en ung dame. I 1971 flytter hun til Bergen for å studere ved Norges Handelshøyskole.

Sigrid og Arne blir pensjonister sammen og hver sankthansaften



SIGRID ALKEM døde våren 2009, 101 år gammel.



GREFSENHJEMMET ble Sigrids siste hjem. Foto: Petter Bogen arkitektkontor.

kommer Arne hjem med en bukett roser. Rosene setter Sigrid i hennes forlovelsesgave, en pokal i sølv med inngraveringen: 23.06.1940.

Arne går plutselig bort en julidag i 1995. Det aldrende ekteparet sitter side ved side på en benk i hagen på Årvoll. Plutselig legger han hodet bakover og er borte. Hjertet hans stoppet bare å slå, der på benken, side ved side med sin hustru. Sigrid (87) blir alene. Men hun skal bli 99 år før hun flytter til Grefsenhjemmet. Et sted datteren fant etter flere besøk til hovedstadens eldrehjem.

– Her tror jeg mamma vil like seg, hadde hun tenkt.

Grefsenhjemmet, Oslo **6. mai 2008**

– Gratulerer med dagen! Aktivitør Grete Olin Jensen, en ung dame med skarrende r'er står helt inntil Sigrid og smiler.

– Kem e du? sier Sigrid spontant og lener seg forover.

– Eg e pleier her. Har du fått telegram fra kongen i dag?

– Nei.

– Har kongen glemt deg?

– Ja! Sigrid ler. Aktivitør Grete smiler og forsvinner ut døren igjen.

– Den norske kongen heter kong Harald, sier Sigrid til seg selv.

Det er ettermiddag på Grefsenhjemmet, og jublanten har nettopp spist dagens tirsdagsmiddag med re-

sten av beboerne. Det var lakseburger i dag. Det passet henne ikke noe særlig. Men hun fikk et par brødskiver med jordbær syltetøy i stedet. Et norsk bordflagg hadde stått på plassen hennes hele dagen.

– Det skal jeg ta med meg når jeg legger meg i kveld, hadde hun sagt for seg selv. For Sigrid synes det norske flagget er så pent. Hun får lyst til å gå i 17. maitog hver gang hun ser det, og holde flagget høyt mot sky.

Grefsenhjemmet, Oslo **– to timer frem i tid**

Om et par timer på Grefsenhjemmets storstue, omringet av et tyvetalls familiemedlemmer og venner, skal Sigrid lytte til en hel konsert tilegnet henne. Hennes yndlings-sanger skal trille ut av operasanger og prest Terje Refsenes, med Ieva Berzina på klaver. Det er gaven fra datteren Randi Therese og hennes mann. Sigrid skal le hjertelig og nikke samtykkende til strofene. Hun skal se stolt på sin datter, når datteren ikke legger merke til det. Og hun skal beundre den prikkete kjolen til sitt barnebarn, og spørre om ikke guttene hennes også er der, barnebarna Morten og Øivind? Og det er de. Hun skal spise snitter og marsipankake. Og når en av favorittsangene hennes «Kjærlighet fra Gud» blir sunget, skal hun begynne å synge, for så å lene seg

tilbake og tie. Hun skal folde hendene og lytte til gjestenes stemmer.

Og rundt de fem festpyntede bordene på Grefsenhjemmets finstue, skal stadige blikk vandre mot hedersgjesten. Datteren skal være glad for at alle nådde frem i tide, tross ettermiddagens trafikkaos. En hjemmehjelp, som heter Solveig, vil minnes alle gangene Sigrid sang «Solveigs sang» for henne. Institusjonssjef Julie Mittet vil vente på signal fra datteren, for å lese opp 100-årsbrevet, som kom fra kong Harald her om dagen. En journalist skal se seg rundt og tenkte på alle som ikke er her i dag. På alle dem som bare lever på støvet papir i Byarkivet og på falmede bilder. Alle dem som lever i beste velgående dypt i minnet til Sigrid.

Minnes du den gangen?

Det sitter en dame i en brun lenestol, og synger litt for seg selv. Ved kjøkkenbordet på Grefsenhjemmets aldersavdeling henger en klokke som viser fem over seks. Rundt den nynnende damen står det fargerike buketter, og foran henne på et lite rullerende bord, ligger gårdsdagens Aftenposten oppslått. Titter hun, vil hun se seg selv og sine 100 år oppsummert, i fire setninger, under spalten «Jubilanter»:

«100 år. Sigrid Alkem. Sigrid Alkem er født i Oslo som den yngste av tre søstre. Hun var gift med sin Arne i

52 år inntil han gikk bort i 1995. Jublanten har en datter og tre barnebarn. Hun bodde hjemme i eget hus helt til i fjor.»

Gule gardiner holder skarpe solstråler ute fra den lille stuekroken. Dette skal bli den siste maimånedens Sigrid opplever. Hun skal synge seg gjennom en deilig høst og vinter, men takke for seg når en ny vår kommer i 2009.

– Jeg vil gjerne legge meg snart, sier fru Alkem, født Nilsen. Vel inne i sengen hender det hun folder hendene og sier: «Kjære Gud i himmelen, ta vare på meg og mine.»

– Det har gått så raskt, dette livet, synes hun.

Hun tror det finnes en Gud, ja hun må tro det, og hun håper også det finnes et liv etter dette. Men fremtiden vil hun helst ikke tenke på. Fru Alkem, født Nilsen, vil tenke på tøfler med tre reimer over vristen, på pelskåper, selskapskjoler og sølvpokaler. Og på festene på NITO. Aller helst festene på NITO. På vals og tango.

«Minnes du den gangen?»

Ingen andre gidder å synge den sangen lenger, tenker hun. Og ingen husker hvem som fremførte den i sin tid, ikke engang henne selv nå. Sigrids stemme finner tonen til neste strofe, dirigerer med fingrene og synger høyere;

«Minnes du den lykkelige tiden? Den vaaar ... som en drøm.» ■■■



NSF Unique

Enten du vil spare eller låne

- 2,00%* sparerente fra første krone
- Gebyrfrie varekjøp over hele verden
- Gebyrfri nettbank
- Kredittreserve på inntil kr 75.000

Vil du vite mer?

Se www.nsf-unique.no eller kontakt Kundeservice på tlf. 815 00 073.



*Betingelser pr. mai 2010.

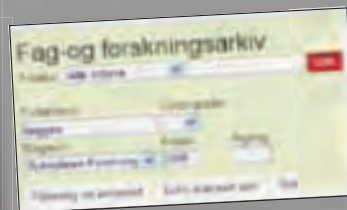
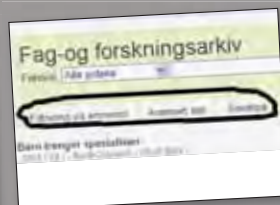
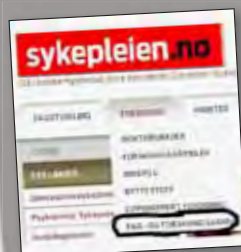
Nominell kredittrente: 8,90% årlig. Effektiv kredittrente: 50.000 (9,92%) - 25.000 (10,58%) - 10.000 (12,57%)

«Jeg fant, jeg fant...» Slik finner du gull på sykepleien.no

Trinn 1: Velg rullegardinen enten under forskning, eller fagutvikling. Velg fag- og forskningsarkiv.

Trinn 2: Her får du flere valg. Det beste er kanskje å gå på avansert søk.

Trinn 3: Fyll inn den informasjonen du er sikker på. Trykk så på søk og du får du opp artikkelen du var på jakt etter.



◀ Skal du skrive en oppgave? Eller er du på jakt etter en fag- eller forskningartikkel du har lest som du vil hente frem igjen?

Her er noen tips til hvordan du søker den frem på Sykepleien.no.

sykepleien.no

Fag & bøker



INN I VARMEN: Komplementær og alternativ medisin blir stadig mer utbredt ved utdanninger innen medisin og sykepleie i Norge, Europa og Nord-Amerika. Side 62.

Foto: Franny-Anne/Scanpix

3 om alternativ medisin

Anbefalt av Thore K. Aalberg, cand.polit. og homøopat

STEN STURE SKALDEMAN
Spis deg ned i vekt
Svensk journalist som gikk ned 65 kilo. Boken handler om hvordan bli slank og alltid mett med animalsk fett.



G. EDWARD GRIFFIN
En verden uten kreft. Historien om vitamin B17
Av en amerikansk dokumentarfilmprodusent og foredragsholder. Handler om kreftbehandling uten bivirkninger.



LINDA JOHNSTON
Din hverdagsmedisin: Hva er homeopati?
Forfatteren er lege og homeopat. En lettfattelig innføring i hvordan mange alternative utøvere forstår sykdom og behandling.



Av Hans Knut Otterstad,
Norsk institutt for omsorgstjenester og Harald Tønseth, ssb.

Flest utskrivningsklare

Undersøkelsen viser bedre tilgjengelighet, men kortere opphold for eldre på sykehus. Og at flere havner i sykehjemskø.

Aldri tidligere har etterspørselen etter geriatrisk behandling vært større enn de siste ti årene. For de sykeste av de eldre er det innleggelse i sykehus- og sykehjem som har vært mest kritisk, og hovedutfordringen har vært å unngå køer.

Denne undersøkelsen viser at det er store forskjeller mellom fylkene i det sentrale østlandsområdet i perioden 1996–2007. Forklaringen er at det er en sterk sammenheng mellom tilgjengeligheten til sykehjem og presset på sykehusene for aldersgruppen 80 år og eldre.

Den gode nyheten er at tilgjengeligheten for eldre pasienter i sykehus er blitt kraftig forbedret i denne tiårsperioden. Men konsekvensen er at sykehusoppholdet er blitt mye kortere enn

innført en betalingsordning for «overliggerere». Dette er et tegn på at problemet ikke kan løses på et faglig grunnlag, men at myndighetene må ty til økonomiske styringsmekanismer. Konsekvensen er at pasientene blir del av et spill av typen: «Dette er ikke vårt ansvar». Dette er ikke noen ny trend i norsk helsevesen, men problematikken forsterkes av eldrebølgen. Denne undersøkelsen skal besvare tre spørsmål:

- › Hvilken sammenheng er det mellom tilgjengelighet til sykehjem i kommunene og liggetider i sykehus for pasienter som er 80 år og eldre?
- › Hvor store er forskjellene mellom fylkene?
- › Kan man ut fra denne empirien peke på løsninger som kan bedre samarbeidet mellom sykehusene og den kommunale eldreomsorgen, slik at det skapes et mer sammenhengende og forutsigbart behandlingstilbud, og mer styrt av faglige prinsipper?

Statistikken synes å vise at det er en grunnleggende systemfeil i helsetjenesten i Oslo.

tidligere. Dette kan også tolkes som at sykehusene har økt sin produktivitet i forhold til eldre pasienter. Følgen av dette er «utskrivningsklare» sykehuspasienter – og at mange flere nå havner i sykehjemskø. Den dårlige nyheten er at situasjonen i Oslo er verre enn i nabofylkene og at dette har vart i lang tid, tilsynelatende uten særlige forbedringer når det gjelder sykehjemsdrift.

Tre spørsmål

Denne undersøkelsen tar for seg utviklingen av tilbudet til de eldre i en periode med økt etterspørsel etter helsetjenester på grunn av eldrebølgen. Tilgjengeligheten på plasser i sykehus og sykehjem varierer betydelig i Norge. Forskjellene mellom helsetilbudet i fylkene kan dokumenteres gjennom den offisielle statistikken. Dette skyldes i hovedsak at pleie- og omsorgstilbudet i kommunen er svært sprikende og prisgitt kommunale prioriteringer.

Et hovedproblem er overføringen av «utskrivningsklare pasienter» fra akuttavdelinger i sykehus til pleie- og omsorgstjenesten i kommunene. Dette handler egentlig om tilbudet av geriatri der ansvaret er delt mellom kommuner og sykehus. Sykehusene hevder at de fungerer som sykehjem for mange pasienter, og det er

Metode og materiale

I denne undersøkelsen er det benyttet tjenestetstatistikk fra kommuner og fylker. Det datamateriale som er mest egnet til å belyse disse problemstillingene er tallene som viser forbruksrater og pasientstrømmene i sykehus og sykehjem. I sykehusene er det den gjennomsnittlige liggetid som tallfester dette, mens det i kommunene er tilgjengeligheten til ledige plasser målt som pasientstrømmer. I både sykehus og sykehjem er behandlingsskapiteten utnyttet til bristepunktet og tilgjengeligheten blir derved bestemt av utskrivningstakten. Den kan måles både i forhold til antallet senger og i forhold til befolkningsgrupper. I denne undersøkelsen er tilgjengeligheten beregnet i forhold til aldersgruppen 80 år og eldre. Regneformelen er «Antall utskrivninger/innleggelse per år fordelt på 100 innbyggere». Det er benyttet flere materialer, i hovedsak rutinestatistikker fra Statistikk sentralbyrå

Funn:

Eldrebølgen har hatt forskjellige tidsmessig forløp i fylkene. De demografiske endringene er drivkraften bak etterspørselen av tjenester. Tabell 1 viser at eldrebefolkningen har endret seg i ulik retning, og at den har hatt helt ulik utvikling i Oslo og Akershus

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturreferanser på våre nettsider.

Søkeord:

- › Sykehjem
- › Geriatri
- › Spesialisthelsetjenesten
- › Kommunehelsetjenesten

TABELL 1: Antall innbyggere 80 år og eldre, i perioden 1996–2007, og den prosentvise endringen i samme periode. Data per 1. januar

Fylker	1996	1999	2002	2005	2006	2007	Prosent endring 1996–2007
Østfold	10334	10915	11606	12383	12537	12812	24,0
Akershus	11443	12966	15073	17186	17926	18536	62,0
Oslo	23424	23719	24431	24556	24409	24173	3,2
Vestfold	8376	9123	9896	10722	10896	10926	30,4

are i Oslo

denne perioden. Eldrebølgen kom tidligere til Oslo enn til de andre fylkene, og antall innbyggere, 80 år og eldre, nådde et toppunkt i 2005. Akershus har hatt den største utfordringen med en meget rask og sterk økning av eldrebefolkningen og dermed også av tjenestebehovene for denne aldersgruppen, men økningen kom flere år senere. I Vestfold og Østfold har økningen av behovet ligget på gjennomsnittet for dette materialet. (Se tabell 1.)

Sykehjemsdekningen har blitt redusert med opptil 35 prosent under eldrebølgen. Forskjellen mellom fylkene har vært store i hele perioden.

Tabell 2 viser at sykehjemsdekningen var meget ulik i disse fylkene ved periodens start i 1996. Akershus og Oslo hadde mye bedre dekning enn Østfold og Vestfold. Disse forskjellene gjenfinnes også i 2007, og rangeringen av fylkene er uendret. Oslo og Akershus har fortsatt betydelig bedre sykehjemsdekning enn Vestfold og Østfold. Ser man på den prosentvise endringen er det Akershus og Vestfold som har hatt den største reduksjonen av sykehjemsdekningen. I 2007 hadde Vestfold kun 13,6 sykehjems plasser per 100 innbyggere på 80 år og eldre, mens Oslo hadde 19,6. Dette betyr at Oslo hadde 44 prosent flere sykehjems plasser enn Vestfold ved utgangen av perioden. Østfold hadde den laveste dekning med 17,7 plasser ved starten på perioden, og tilbudet er ytterligere redusert i løpet av perioden. Konklusjonen er at sykehjemsdekningen i tiden 1996–2007 har blitt betydelig redusert og at det fortsatt er store forskjeller mellom nabofylker. (Se tabell 2.)

Tilgjengeligheten av sykehjem i Oslo har vært betydelig lavere enn i de andre fylkene selv om sykehjemsdekningen har vært høyere i hele perioden.

Tabell 3 viser antall utskrivinger fra sykehjemsnivået, og dermed tilgjengeligheten på sykehjems plasser i løpet av ett år. Det har vært en økning av tilgjengeligheten i denne perioden for alle fylker bortsett fra Oslo. Paradokset er at Oslo har lavere tilgjengelighet til tross for bedre sykehjemsdekning!

I 2006 var tilgjengeligheten på samme nivå i Akershus og Vestfold, med rundt 40 utskrivinger per 100 innbyggere på 80 år og eldre, i løpet av året. Østfold lå noe lavere og Oslo var lavest. Fra 2005 har tilgjengeligheten i Oslo vært betydelig lavere enn i de andre fylkene. (Se tabell 3.)

Tilgjengeligheten bestemmes i første rekke av tilbudet av korttids plasser, og i mindre grad av den samlede sykehjemsdekning.

I Norge utgjør langtidssengene cirka 85 prosent av plassene i sykehjem. Men tilgjengeligheten til sykehjem bestemmes av tilbudet av korttidssenger siden 80 prosent av utskrivingene skjer fra disse plassene. Liggetiden i langtidssenger er i gjen-

TABELL 2: Sykehjemsdekning og prosentvis endring i løpet av perioden 1996 – 2007

Fylker	Dekning av sykehjem, antall plasser per 100, 80 år +					Prosent endring 1996-2007
	1996	1999	2002	2005	2006	
Østfold	17,7	16,6	15,1	14,5	15,2	-14,3
Akershus	27,2	22,7	19,4	18,2	18,9	-30,7
Oslo	24,4	25,2	20,7	19,1	19,6	-19,5
Vestfold	20,9	19,0	15,3	14,3	13,6	-34,7

TABELL 3: Antall utskrivinger fra sykehjem per 100 innbyggere, 80 år+ i løpet av ett år i perioden 1996 – 2007, og prosentvis endring i løpet av perioden

Fylker	Utskrivinger per år per 100 innb. 80 år +				
	1996	1999	2005	2006	Prosent endring 1996-2006
Østfold	34	33	34,6	37,9	11,5
Akershus	30	35	39,1	40,2	34,0
Oslo	32	36	33,1	30,7	-4,1
Vestfold	32	33	39,4	40,2	25,6

TABELL 4: Dekningen av antall korttids plasser i sykehjem i forhold til antall innbyggere 80 år og eldre i perioden 1996-2007

Fylker	Antall korttids plasser per 100 innb. 80 år +				
	1996	1999	2005	2007	Prosent endring 1996-2007
Østfold	1,27	1,68	2,52	2,57	102,4
Akershus	2,81	2,93	2,50	3,01	7,1
Oslo	1,53	1,88	3,02	2,54	66,0
Vestfold	2,22	1,44	2,66	2,72	22,5

nomsnitt 1,5 år, og dette resulterer i en meget lav sirkulasjon i disse sengene. Dermed blir det organiseringen og driften av sykehjem som avgjør tilgjengeligheten og ikke dekningsgraden. I fylker med høyere andel korttidssenger vil sirkulasjonen bli mer effektiv målt som gjennomsnittlig liggetid og i form av bedre tilgjengelighet.

Tabell 4 viser at det har vært betydelige forskjeller i deknningen av korttidssenger i denne perioden. I 1996 var det stor variasjon i dekning. I Akershus var deknningen best, mens den var lavest i Oslo og Østfold. I perioden 1996–2007 har det skjedd store endringer, først og fremst i Østfold som har fått en fordobling av tilbudet. Akershus har hatt et stabilt og relativt godt tilbud, mens Oslo som lå lavt i utgangspunktet har hatt en betydelig økning.



Likevel er det Oslo som sammen med Østfold som har det laveste tilbudet av korttidssenger. (Se tabell 4.)

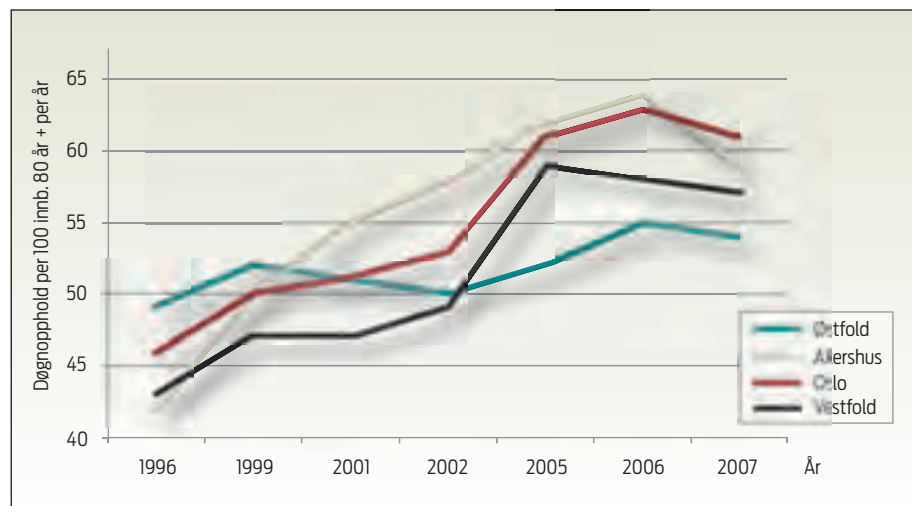
Tilgjengeligheten til somatiske sykehus har økt betydelig fra 2001 for aldersgruppen 80 år og eldre.

Figur 1 viser innleggelsesraten for aldersgruppen 80 år og eldre i somatiske sykehus. Den har økt betydelig i hele perioden, med en topp i 2006. Det er imidlertid store forskjeller i sykehusstilgjengelighet mellom fylkene, og den har endret seg over tid. Østfold

Gullstandarden er fra Akershus og Vestfold i 2007 med cirka 40 ledige plasser per 100 innbyggere per år.

hadde den høyeste tilgjengelighet i 1996, men lå lavest i 2007. I Akershus lå den lavest i 1996 og har senere ligget høyt, bortsett fra en nedgang i 2007. Oslo følger samme trend som Akershus, mens Vestfold har ligget i midtsjiktet siden 2005. Konklusjonen er at sykehusene har blitt betydelig mer tilgjengelige for den eldste aldersgruppen fra 2001, men at forskjellene likevel er større enn forventet når det er staten som har hatt ansvaret for sykehusdriften siden 2002. (Se figur 1.)

FIGUR 1: Antall døgnopphold per år i somatiske sykehus for aldersgruppen 80 år + fordelt på 100 innbyggere per år i perioden 1996 - 2007



TABELL 5: Gjennomsnittlig liggetid i sykehus for de eldre, fordelt på aldersgrupper og fylker. 1996 - 2007

Fylker	Gjennomsnittlig antall liggedager i sykehus								Prosent endring 1996-2007	
	1996		1999		2005		2007		67 - 79	80 +
	67 - 79	80 +	67 - 79	80 +	67 - 79	80 +	67 - 79	80 +		
Østfold	8	9	7	8	6,1	7,3	5,9	6,4	-26,3	-28,9
Akershus	8	8	7	8	6,1	6,6	6,2	6,8	-22,5	-15,0
Oslo	12	15	10	13	7,3	8,1	7,4	8,3	-38,3	-44,7
Vestfold	8	7	7	7	6,3	6,4	4,8	5,8	-40,0	-17,1

Liggetidene i sykehus for de eldste pasientene er redusert med mellom 15 og 45 prosent i løpet av en 11-årsperiode.

Mens figur 1 viser at tilgjengeligheten til sykehus har økt, dokumenterer tabell 5 at liggetidene for aldersgruppene 67–79 år og 80 år og eldre har blitt redusert med fra 15 til 45 prosent i løpet av denne perioden, og at forskjellen mellom fylkene er store. Dette betyr et motsatt forhold mellom tilgjengelighet og gjennomsnittlig lengde på sykehusoppholdene, noe som kan tolkes som en økning av produktiviteten med raskere sirkulasjon. I en tid med økt etterspørsel og begrenset tilbud av sykehussenger, vil denne utviklingen være den eneste mulige for sykehusene til å unngå køer.

Tabellen viser at de eldre i Oslo har hatt lengre liggetid i sykehus i hele perioden, men forskjellene fra de andre fylkene har blitt mindre i de siste årene.

Vestfold har hatt korte liggetider i hele perioden, og i 2007 var gjennomsnittlig liggetid for aldersgruppen 80 år og eldre kun 5,8 dager. Dette var hele 30 prosent lavere enn i Oslo, og dette betyr betydelig færre liggedager på årsbasis.

Den nærliggende forklaring på at liggetiden i sykehus i Oslo er lengre enn i de andre fylkene er at tilgjengeligheten til sykehjem er dårligere, jmfør tabell 3, og resultatet blir flere «utskrivingsklare» sykehuspasienter. (Se tabell 5.)

Diskusjon

Dataene i denne undersøkelsen kommer fra det offisielle rapporteringssystemet til Statistisk sentralbyrå som har vært i drift over lang tid, og det er derfor grunn til å tro at kvaliteten er rimelig god. Ettersom det dreier seg om data som kan sammenliknes fra år til år, blir «ikke forventede resultater» sjekket og korrigerert. Det er derfor sannsynlig at tallene gir et rimelig godt og representativt resultat, og at dataene kan benyttes til å besvare de tre spørsmålene våre.

Svar på spørsmål 1:

I denne perioden har det vært en økning av både sykehus- og sykehjemstilgjengelighet i Østfold, Akershus og Vestfold. Dette er et hederlig resultat når en tar hensyn til den store økningen i behov på grunn av eldrebølgen. Statistikken viser at helsetjenesten har mestret situasjonen – helt eller delvis – ved å øke tjenesteproduksjonen til de eldre. Oslo skiller seg imidlertid negativt ut, til tross for å være det eneste fylket i dette materialet som ikke har hatt særlig vekst i befolkningsgruppen 80 år og eldre i denne perioden. I Oslo har tilgjengeligheten i sykehus økt, mens tilgjengeligheten til sykehjem har blitt redusert. Effekten av dette er at forholdsvis flere eldre i Oslo klassifiseres som «utskrivingsklare» sykehuspasienter. Dette blir med jevne mellomrom rapportert i media som enkelthistorier, men denne statistikken synes å vise at det er en grunnleggende systemfeil i helsetjenesten i Oslo. Behandlingskapasiteten til de to forvaltningsnivåene som har felles ansvar for helsetjenesten for de eldre synes ikke å være koordinert i samme grad som i de tre andre fylkene. Og statistikken tyder på at det er sykehjemsdriften i Oslo som ikke strekker til, mens tilgjengeligheten til sykehusene i 2007 lå omtrent på samme nivå som de tre andre fylkene. Den gjennomsnittlige liggetid i sykehus var imidlertid høyere i Oslo enn i de andre fylkene i 2007, noe den også har vært i hele perioden. Dette avspeiler at sykehjemmene i Oslo har lavere tilgjengelighet, og det blir derved flere «utskrivingsklare» sykehuspasienter.

Svar på spørsmål 2:

Det har skjedd store endringer innenfor eldreomsorgen i løpet av denne perioden. Tallene fra 2007 viser at tilgjengeligheten til sykehus for eldrebefolkningen har økt og at den er ganske lik i disse fylkene bortsett fra Østfold som har litt lavere tilgjengelighet.

Når det gjelder gjennomsnittlig liggetid skiller Oslo seg ut ved at en betydelig høyere andel av sykehusene benyttes som sykehjem. Forklaringen er gitt ovenfor.

Svar på spørsmål 3:

Resultatene viser at det er betydelig variasjon mellom fylker i samme region når det gjelder helsetilbudet til eldre med størst behov og at Oslo peker seg ut med flest «utskrivingsklare pasienter», selv om dette kun kan fastslås indirekte i denne undersøkelsen. Liggetiden i sykehus for de som er 80 år og eldre er i våre dager blitt så kort at man kan stille spørsmål ved om ikke kravet til produktivitet og effektiviteten allerede er overskredet. Det er behov for en faglig analyse der man definerer og fastsetter kriterier for begrepet «utskrivingsklar sykehuspasient». Og i denne diskusjonen kan ikke sykehuskulturen være enerådende, fagfolk fra kommunen bør være forholdsmessig representert.

Kommunene må øke antall korttidsplasser slik at mottakspasiteten blir bedre. Sykehjemmene bør fokusere mer på rehabilitering og opptrening som et alternativ til den mer passive oppbevaring og pleie som preger tilbudet ved mange sykehjem i Norge. For at overføringene fra sykehus til sykehjem skal bli mer forutsigbar trengs faglige retningslinjer som sier noe om hvor mange ledige sykehjemsplasser det er rimelig å forvente i en kommune i løpet av et år. Empirien finnes i Tabell 3, og gullstandarden er fra Akershus og Vestfold i 2007 med cirka 40 ledige plasser per 100 innbyggere per år. Med dette som ut-

gangspunkt kan sykehusene lett regne seg fram til hvor mange ledige plasser man kan forvente per tidsenhet. Dersom strømmen av utskrivingsklare pasienter overskrider dette nivået, vil de enten måtte behandles av hjemmetjenestene i kommunen og/eller havne i sykehjemskø (1).

Konklusjon

Denne gjennomgangen av rutinedata viser at det finnes store forskjeller og gode faglige forklaringer på de problemene som har oppstått i helsevesenet på grunn av økningen i antall eldre. De største utfordringene opptrer i Oslo, og det finnes to løsninger på disse problemene:

- ▶ Driften av sykehjemmene i Oslo må endres ved å satse mer på korttidsopphold
- ▶ Samarbeidet mellom kommunehelsetjenesten og sykehusene må forbedres.

Oslo bør kunne lære av andre fylker. I nabofylket Akershus fungerer omsorgen for de sykeste eldre mye bedre, når man foretar analyser basert på driftsdata. Det mest nedslående funnet er at denne situasjonen har eksistert over lang tid. Sykehjemmene har ikke greid å løse problemene selv om dekningen av korttidsplasser i Oslo har økt. Dette underbygger påstanden om at helsetjenesten er som en supertanker som ikke endrer kursen så lett. Kravet om mer omfattende endringer for helsetjenesten i Oslo bør derfor først og fremst stilles til den kommunale driften av sykehjemsplassene. ■■■

LITTERATUR

1. Otterstad HK. Skrives ut til kjø. Sykepleien 2009; 3: 64-66.

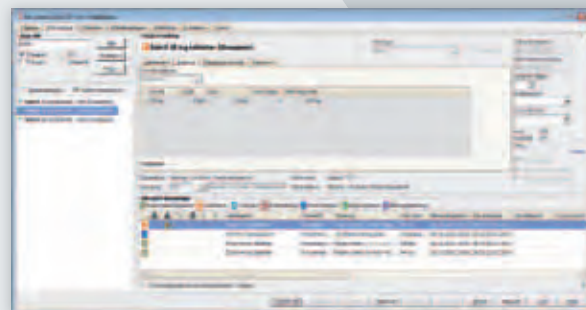
DIPS Medikasjon

DIPS Medikasjon er et resultat av flere års arbeid for å lage en sikker og fleksibel løsning for håndtering av medikasjon. Med DIPS Medikasjon kan pasientens medikasjon håndteres fullstendig elektronisk, og medikasjonskurven - et av de viktigste dokumentene i papirjournalen kan fases ut.

DIPS Medikasjon har støtte for alle vanlige former for medisiner. Brukeren får automatisk varsel dersom det finnes potensielle interaksjoner mellom foreskrevne medikamenter og dersom Cave er registrert på et medikament som man forsøker å forordne til en pasient. Med utgangspunkt i en forordning kan det enkelt genereres nødvendige resepter til pasienter.

Administrering i DIPS Medikasjon dekker både klargjøring og utdeling av medisiner. Det er også støtte for bruk av strekkodeleser. Ved utdeling kvitteres det for at pasienten har mottatt hvert enkelt medikament og tidspunkt for utlevering registreres automatisk.

DIPS Medikasjon støtter full integrasjon mot automatisk medisinforsyningssystem.



Dersom du ønsker mer informasjon om DIPS Medikasjon kan du kontakte oss på marked@dips.no

www.dips.no





Nina Lindberg
fagutviklingssykepleier,
ØPO-klinikken, Rikshospitalet



Kirsten Ladegård
avdelingssykepleier,
Barneenhheten,
ØPO-klinikken,
Rikshospitalet

Nyttige kort

Ved barneavdelingen på Rikshospitalet har smarte plastkort gjort det lettere for sykepleierne å holde oversikt over rutiner og oppgaver.

En travel barneavdeling er det viktig at sykepleiere på vakt har oversikt over alle oppgaver som skal gjøres for at pasienter og pårørende skal få den hjelpen de trenger. For å skape oversikt over oppgavene valgte barneenheten på Rikshospitalet å utvikle et praktisk hjelpemiddel som fikk navnet «Kort-versjon». Kort-versjon fikk Sykepleiens Smartpris i 2008.

Vi fikk ideen til Kort-versjon etter en omorganiseringsprosess der tilbudet til barn med behov for ortopedisk kirurgi, plastikkirurgi, ØNH-kirurgi og sykepleie ble samlet i en avdeling. I den nyetablerte barneenheten ble det utfordrende for de ansatte å ha oversikt over alle nye og gamle rutiner og oppgaver. Uforholdsmessig mye tid og energi gikk med til å dele erfaring og kunnskap. Utgangspunktet for Kort-versjon var et ønske om å ha noen «huskelapper» lett tilgjengelig. Arbeidet med kortene har også gitt flere tilleggsgevinster.

Hva er kort-versjon?

Kort-versjon består av en rekke laminerte kort i A6 format. Kortene har forskjellige farger etter hva de inneholder. Blå kort omhandler rutiner for og oppfølging av ortopediske pasienter, røde kort plastikkirurgiske pasienter og grønne kort ØNH-pasienter. De gule kortene inneholder felles prosedyrer og arbeidsoppgaver. Hvert kort har en tittel og en undertekst i stikkordform som forteller sykepleieren hva som skal gjøres. Kortene er plassert i en boks på vaktrommene.

Hele personalgruppen deltar på ulike måter i arbeidet med å opprette og oppdatere kort. Etter avtale med avdelingssykepleier utarbeider personalet tekst til de aktuelle kortene. Teksten blir satt inn i en mal, skrevet ut på fargeskriver, klippet til og laminert. Kortene blir kvalitetssikret ved at flere personer leser teksten og ved regelmessig og systematisk revidering.

Gir oversikt

Sykepleiepraksis omfatter mange ulike oppgaver. I tillegg til å hjelpe pasienter og pårørende med å dekke grunnleggende behov må vi blant annet sørge for at utstyr er tilgjengelig, bestille prøver og undersøkelser, gjøre avtaler, undervise og koordinere. Klinisk erfaring viser at kompleksiteten og arbeidsbelastningen på mange vakter kan oppleves som krevende. Spesielt nyansatte og ansatte

som utfører oppgavene sjelden, gir uttrykk for dette. En rapport viser at nyansatte sykepleiere har behov for oversikt, kontroll og trygghet for å håndtere akutte hendelser og ta ansvar for aktuell pleie og behandling (1). Kort-versjon kan bidra til å gi oversikt. Kortene er lett tilgjengelige på vaktrommet og kan hentes raskt fram. Kortene bidrar til opplevelse av kontroll fordi man får hjelp til «å huske» det som skal gjøres. Dette skaper forutsigbarhet og trygghet.

Synliggjør kompetanse

Da tre ulike fagmiljøer ble samlet i en avdeling, var det viktig å få fram den brede kompetansen i personalgruppen. Vi ønsket å etablere et felles faglig ståsted og samtidig synliggjøre den spesielle kompetansen knyttet til de tre fagområdene.

Uforholdsmessig mye tid og energi gikk med til å dele erfaring og kunnskap.

Vi mener at Kort-versjon på forskjellige måter identifiserer og synliggjør aspekter ved kompetanse som er nødvendig for å utøve spesifikke oppgaver. Når vi utarbeider kortene, arbeider hver og en av oss ut ifra vår egen kompetanse og diskuterer oss fram til en standard med kolleger. Vi diskuterer hva som er viktig i en konkret situasjon og hvilke stikkord som skal stå på kortet. Stikkordene skal være egnet til å aktivere nødvendig kompetanse hos alle som bruker kortene.

Refleksjon over praksis

Kort-versjon bidrar til refleksjon over praksis. Å reflektere er å se ting fra avstand, betrakte og overveie. Ved å utarbeide nye kort og revidere eksisterende kort betrakter man det aktuelle området på avstand. Man prøver å finne kortets rette betydning og innhold ved å reflektere over hva vi gjør og hvorfor. Arbeidet kan også avdekke vanetenkning og rutiner som ikke er hensiktsmessige. Vanetenkning kan være en trussel for kyndig utøvelse av sykepleiefaget (2).

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturreferanser på våre nettsider.

Søkeord:

- ▶ Prosedyre
- ▶ Organisering
- ▶ Barn
- ▶ Omorganisering



Kort-versjon bidrar til refleksjon over praksis.

Avdekker svakheter

Kortene bidrar også til å avdekke svakheter og mangler ved praksis. Vi ser at noen rutiner skaper forvirring og dårlig oversikt. Ulik praksis, mangel på gode prosedyrer og annen dokumentasjon blir tydeliggjort.

Arbeidet med Kort-versjon har gitt oss anledning til å samkjøre gamle rutiner og utarbeide nye og enhetlige prosedyrer. Det har også bidratt til å motivere og fremskynde annet kvalitetsforbedrende arbeid som retningslinjer, pleieplaner og så videre. På den måten bidrar Kort-versjon også til å kvalitetssikre det sykepleiefaglige innholdet i pasientbehandlingen.

Tverrfaglig samarbeid

I helseover, yrkesetiske retningslinjer og strategi blir tverrfaglig samarbeid trukket fram som viktig og ofte som en forutsetning for å oppnå helhetlig pasientbehandling (3,4,5,6). I prosessen med å utarbeide nye kort og ved revidering av etablerte kort, deltar forskjellige faggrupper avhengig av hva kortet skal omhandle. Etter initiativ, ofte fra sykepleier, blir man enige på tvers av fag om den aktuelle delen av pasientbehandlingen. Kortene er derfor en naturlig del av det tverrfaglige samarbeidet.

Entusiasme og engasjement

Kort-versjon skaper entusiasme og engasjement blant avdelingens ansatte. De ansatte kommer uoppfordret med forslag til nye kort, uavhengig av yrkesgruppe. Det at alle kan delta og at resultatene kommer raskt og konkret i form av et kort kan være motiverende faktorer. Andre avdelinger har også vist interesse for Kort-versjon, flere har etterspurt undervisning og utviklet sin egen versjon.

Begrensninger og utfordringer

Kortene inneholder ingen begrunnelser eller henvisninger. Noen er imidlertid utdrag fra kunnskapsbaserte prosedyrer og rutiner. Kort-versjon skal ikke erstatte pleieplaner, forventede forløp og prosedyrer. Den skal kun være et supplement til de eksisterende systemene som det kontinuerlig arbeides med.

For at kortene skal bli brukt må man gjøre personalet oppmerksomme på dem. Vi velger derfor å minne på, trekke frem



SMARTE KORT: Kirsten Ladegård viser frem et av kortene i Kort-versjon som gjorde henne til smartprisvinner i 2008. Arkivfoto: Stig M. Weston.

kortene og bruke dem aktivt, som for eksempel ved opplæring av nyansatte og når vikarer og studenter er i avdelingen. Kortene må være oppdaterte for å ha sin berettigelse. Revidering og oppdatering av Kort-versjon blir gjort fortløpende og minst en gang i året.

Oppsummering

Kort-versjon kan bidra til at personalet får oversikt over arbeidsoppgaver ved å finne frem til et aktuelt kort. Kort-versjon kan også bidra til å sikre at oppgaver blir gjort. Prosessen med å utarbeide kortene bidrar til faglig bevisstgjøring hos personalet samt samhold og eierskap til felles beste for fag og arbeidsmiljø. Det har vært stor interesse for Kort-versjon både innad på Rikshospitalet og fra andre sykehus. Vi har delt ideen vår med andre og ser at flere er i gang med sin Kort-versjon. ■■■

LITTERATUR

1. Førland O. Fra student til sykepleier. Dokumentasjonsrapport fra fase 1 og 2 av prosjektet «Sykepleiernes yrkesløp og yrkesverdier». FoU-rapport 2005, nr.1. Bergen: Diakonissehjemmets høyskole: Alsvåg H, Førland O, (red). Engasjement og læring. Fagkritiske perspektiver på sykepleie. Oslo: Akribi, 2007: 171-187.
2. Kirkvold M. Vitenskap for praksis? Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, 2002.
3. Lov om pasientrettigheter
4. Lov om spesialisthelsetjenester
5. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2007)
6. Strategiplaner 2009-2015 Helse Sør-Øst



Petter Viksveen,
registrert homeopat
MNHL, BA, MSC

Alternativ på frammmarsj

Komplementær og alternativ medisin får stadig større innpass hos pasienter, behandlere og ved de medisinske og helsefaglige utdanningene.

Pasienters interesse for og bruk av komplementær og alternativ medisin (KAM) har økt betydelig de siste tiårene (1-2). En undersøkelse publisert av Nasjonalt informasjonssenter av alternativ behandling viste at om lag halvparten av den norske befolkningen har brukt KAM i løpet av de siste tolv månedene (3), kvinner noe oftere enn menn. Homeopati er en av de hyppigst brukte KAM-terapiformene i flere land i og utenfor Europa (1-2). Stadig flere sykepleiere og annet helsepersonell har vist interesse for og tatt utdanning i KAM. Økt interesse for og bruk av KAM fører også til økt behov for at medisinsk personell kjenner til disse behandlingsformene, for best mulig å kunne møte pasienter som har erfaringer med og spørsmål om slik behandling (4).

Medisinsk utdanning

Det har blitt vanlig å undervise i KAM ved medisinske utdanninger i Europa (5). Blant leger i Storbritannia er homeopati det mest populære etterutdanningstilbudet, både når man tar konvensjonell og KAM-etterutdanning i betraktning. I USA tilbys KAM-kurs ved de fleste medisinstudentene, gjerne som en obligatorisk del av studiet i løpet av de første to årene. Allerede på 90-tallet var KAM godt på vei inn i utdanningen for amerikanske leger (6,7).

Kvinnelige medisinstudenter vurderer oftere KAM som positivt, og kvinner mener i større grad at disse behandlingsformene spiller en viktig rolle i helsetilbudet enn menn (8). Kvinner vil også oftere enn menn lære mer om både KAM-teori og -praksis, og ønsker å bruke en større del av studietiden på dette enn mennene. En konsekvens av dette er at kvinnelige medisinstudenter i større grad enn sine mannlige medstudenter kan ha positiv innflytelse på utviklingen av integrert medisin.

Sykepleie og sykepleierutdanning

Flere forskere har påpekt at sykepleiere bør ha kunnskaper om KAM-terapier, slik at de blir bedre i stand til å møte pasienter, gi dem råd og være bevisst etiske så vel som faglige spørsmål (9,10).

Sykepleierutdanninger vurderer i økende grad å inkludere KAM-terapier som en del av studiet, sannsynligvis motivert av økende etterspørsel blant pasientene. En undersøkelse blant 585 amerikanske sykepleierutdanninger viste at de fleste inkluderer KAM i sitt undervisningsprogram (11). Dette er i tråd med en egen resolusjon om KAM som ble publisert av Det hvite hus i 2002 (12).

En studie blant 627 ansatte og studenter ved universitetet i Minnesota viste at over 90 prosent mener klinisk pleie bør integrere det beste fra både konvensjonell og KAM-behandling, og at helsepersonell bør være i stand til å gi råd til pasienter om bruk av KAM-metoder (13). Den største interessen for KAM fant man ved fakultetet som organiserer sykepleierstudiet. I en undersøkelse hvor 90 prosent av alle britiske universiteter deltok fant man 108 kurs eller moduler i KAM og ytterligere 47 institusjoner planla fremtidige kurs (14). KAM var langt hyppigere en del av sykepleierstudiet enn medisinstudiet.

Nesten halvparten av alle de amerikanske statlige sykepleierstyrene har en politikk som tillater sykepleiere å praktisere KAM-terapi, 13 prosent er i ferd med å vurdere dette, og ingen av de resterende styrene fraråder sykepleiere slik praksis (15). Registrerte sykepleiere inkorporerer i økende grad KAM-terapier i praksisen sin (9).

Tenker helhetlig

Sykepleiere er i utgangspunktet opptatt av helhetlig tankegang (10,16), noe som også er karakteristisk for en rekke KAM-terapier, for eksempel homeopati (16). En holistisk tankegang hjelper sykepleiere med å være til stede for pasientene – fysisk, psykisk og åndelig (10). Sykepleiere har dessuten en utmerket posisjon med hensyn til å bidra til integrasjon av KAM-terapiformene. De har et solid fundament i en vestlig biomedisinsk helsemodell og dermed et godt grunnlag for å bedre vitenskapelig basis for bruk av KAM. KAM-terapier kan tas inn i en sykepleiefaglig kontekst på en relativt enkel måte (9). KAM som del av studiet viser seg å

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

Søkeord:

- ▶ Alternativ behandling
- ▶ Naturmedisin
- ▶ Sykepleierutdanning





Foto: Stampix

bidra til at medisinstudenter takler stress bedre og øker evnen til empati (17). Dette er elementer som faller helt naturlig inn i sykepleierstudiet. Profesjonell sykepleie kan bidra til økt kvalitet av KAM gjennom evaluering, refleksjon og et holistisk tankesett i vurderingen og utøvelsen av slike terapiformer (9).

Erfaringer med KAM-utdanning

En rekke tilnærminger har vært forsøkt for å øke helsepersonells kompetanse i KAM (18,19). Fra undervisning av et svært begrenset antall timer i grunnutdanningen av leger og sykepleiere, til mer eller mindre fullstendige utdanningsopplegg. I en evaluering av etterutdanningen i homeopati for leger i Storbritannia fant en at kursdeltakerne ikke bare lærte det rent homeopatfaglige, men også at dette bidro til å bedre deres praksis som leger (18). Legene sa at de blant annet:

- ▶ Ble flinkere til å lytte, mindre avvisende overfor pasienter
- ▶ Fikk et videre syn på medisinsk behandling generelt
- ▶ Fikk et nytt syn på kronisk sykdom
- ▶ Ble mindre opptatt av cellulær biokjemi
- ▶ Ble mer bevisst på å se pasientene som individer og hele mennesker
- ▶ Fikk økt interesse for klinisk medisin, og klinisk praksis ble «rikere» og mer fascinerende
- ▶ Ble mer bevisst pasientens selvhelbredende evner
- ▶ Ønsket i økende grad å henvise pasienter til andre behandlere

I en undersøkelse av kanadiske universiteter som tilbyr medisinutdanning, svarte deltakerne at mer utfyllende KAM-utdanning bør søkes utenfor de fastsatte medisinstudiene (20). I Norge eksisterer ett studium i homeopati som er skreddersydd for sykepleiere og andre med helsefaglig bakgrunn, ved Skandinavisk Institutt for Klassisk Homeopati. Studiet strekker seg over tre og et halvt år

på deltid, og krever at søker har sykepleiefaglig medisinsk grunnkompetanse eller minimum grunnfag i medisin (60 studiepoeng). Utdanningen gir kompetanse til å praktisere homeopati og til å bli medlem av forbundet som organiserer homeopater (16). Forbundet er tatt opp i Register for alternative behandlere. Sykepleiere kan også ta en modul av studiet og får da kompetanse til å veilede pasienter i bruk av KAM-behandling.

Utdanning av fakultetenes ansatte

Ettersom interessen for og bruk av KAM-terapier øker, og i stadig større grad blir en integrert del av helsefaglige utdanninger, føl-

Blant leger i Storbritannia er homeopati det mest populære etterutdanningstilbudet.

ger behovet for høyere KAM-kompetanse blant de ansatte. Ulike tilnærminger til dette eksisterer.

The University of Washington School of Nursing og Bastyr University har sammen utviklet et fire ukers intensivt KAM-kurs. Hensikten er å øke kunnskap om KAM blant fakultetets ansatte (19). Det ble fokusert på bredden av KAM-terapier, den teoretiske og kulturelle kontekst som disse terapiene er rotfestet i og det potensielle bidraget som disse behandlingsformene kan ha på ulike populasjoner. Et mer intensivt undervisningsprogram som dette, ga positive læringseffekter på samtlige målte parametere.



Et tidsmessig begrenset opplegg eksisterer ved Skandinavisk Institutt for Klassisk Homeopati. Her kan sykepleiere ta grunnkurs i homeopati, som er en egen modul av studiet og som gir en solid innføring i faget.

Det offentlige helsetilbudet

I henhold til Verdens helseorganisasjon er KAM en integrert del av det offentlige helsetilbudet i flere land i verden, også i Europa. Homeopati har eksistert som en del av det offentlige helsetilbudet i Storbritannia i mange år, hvor det også finnes fem homeopatiske

Sykepleiere er i utgangspunktet opptatt av helhetlig tankegang.

sykehus (16). Et annet eksempel er Brasil, hvor myndighetene i 2006 besluttet å integrere homeopati og tre andre KAM-terapier i det offentlige helsetilbudet, med 150 millioner innbyggere som målgruppe. Dette ble besluttet blant annet på grunnlag av Verdens helseorganisasjons anbefalinger.

Helsefremmende behandling

Pasienter har erfaringer med og ønsker økt informasjon om KAM. Frem til for noen tiår siden var det få helsefaglige utdanninger som inkluderte KAM som en del av studiet. Situasjonen har endret seg betraktelig, blant annet med en solid økning i tilbud om KAM-undervisning i medisin- og sykepleierfaglig utdanning. Sykehus i andre land har begynt å tilby KAM som en del av et integrert helsefaglig tilbud (16). En slik tilnærming har fokus på helsefremmende behandling. Norge er et foregangsland når det gjelder utvikling av KAM-lovverk og forskning på kroppens selvhelbredende evner. Skrautvol (16) har påpekt at KAM bør inngå som en del av behandlingen av kronisk syke ved sykehusenes poliklinikker, og at sykepleiere, fysioterapeuter og leger med homeopatiutdanning bør få lisens og muligheter til å praktisere innenfor helsevesenet.

Integrert helsetilbud

Amerikanske myndigheter bidrar med økonomisk støtte for at

KAM skal være

en del av utdanningsprogrammet for helsepersonell. Norske sykepleierstudier har allerede delvis introdusert en innføring av KAM i undervisningen. Lærere i helsefaglige utdanninger behøver økt kunnskap om KAM.

Gjennom utdanning i

KAM kan helsepersonell få

økt innsikt i andre tankesett og kunnskap om hvordan pasienter på nye måter kan bidra til egenomsorg. Det kan også føre til at helsepersonells kunnskap om sikkerhet og begrensninger ved både konvensjonell og KAM-behandling øker, samt at disse to tilnærmingene ikke utelukker hverandre, men kan benyttes som deler av et integrert helsetilbud.

Sykepleiere brobyggere

Introduksjon av KAM som del av helsefaglig utdanning bidrar til medisinsk pluralisme (21). Den biomedisinske «kultur» må ikke bare tilpasse seg personer fra ulike nasjoner med ulike kulturelle bakgrunner, men også ulike terapeutiske kulturer. Konvensjonell og KAM-behandling kan og bør integreres på en mer effektiv måte, til fordel for pasientene. Terapeuter som utøver KAM-behandling kan i økende grad arbeide side om side med ulike former for konvensjonell behandling i et miljø der gjensidig respekt og forståelse regjerer. Dette er også i tråd med Europarådets og Verdens helseorganisasjons resolusjoner om KAM. Sykepleiere er spesielt godt egnet til brobygging mellom konvensjonell og KAM behandling, både når det gjelder forskning, fagutvikling og i sykehusenes poliklinikker (16). ■■■



LITTERATUR

- NOU 1998: Alternativ medisin. Norges Offentlige Utredninger. Utredning fra et utvalg oppnevnt av Sosial- og helsedepartementet april 1997. Avgitt til Sosial- og helsedepartementet 15. desember 1998.
- Tindle HA, Davis RB, Phillips RS, Eisenberg DM. Trends in use of complementary and alternative medicine by US adults: 1997–2002. *Alternative Therapies in Health and Medicine* 2005; 11(1): 42–49.
- Nasjonalt informasjonssenter innen alternativ behandling (NIFAB). Bruk av alternativ behandling, 2007. Sist lastet ned fra http://www.nifab.no/om_alternativ_behandling/alternativ_behandling_i_norge/bruk_av_ab_i_norge 08.04.2010
- Kaczorowski J, Patterson C, Arthur H, Smith K, Mills DA. Complementary therapy involvement of physicians: implications for practice and learning. *Complementary Therapies in Medicine* 2002; 10: 134–140.
- Ernst E. Medical students' attitudes towards complementary medicine: systematic review. *Student BMJ* 1998; 6: 204–6.
- Carlston M, Stuart MR, Jonas W. Alternative medicine instruction in medical schools and family practice residency programs. *Family Medicine* 1997; 29(8): 559–562.
- Brokaw JJ, Tunnicliff G, Raess BU, Saxon DW. The teaching of complementary and alternative medicine in U.S. medical schools: A survey of course directors. *Academic Medicine* 2002; 77(9): 876–881.
- Greenfield SM, Brown R, Dawlatly SL, Reynolds JA, Roberts S, Dawlatly RJ. Gender differences among medical students in attitudes to learning about complementary and alternative medicine. *Complementary Therapies in Medicine* 2006; 14: 207–212.
- Frisch N. Standards for holistic nursing practice: A way to think about our care that includes complementary and alternative modalities». *Online Journal of Issues in Nursing* 2001; 6(2): 4. Sist lastet ned fra <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume62001/No2May01/HolisticNursingPractice.aspx> 08.04.2010
- Trossman S. Holistic nursing: The goal is the whole person. *Nursing World*, The American Nurses Association, 1998. Sist lastet ned fra <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/TAN/1998/HolisticNursing.aspx> 08.04.2010
- Fenton MV, Morris DL. The integration of holistic nursing practices and complementary and alternative modalities into curricula of schools of nursing. *Alternative Therapies in Health and Medicine* 2003; 9(4): 62–67.
- White House Commission on Complementary and Alternative Medicine Policy. Chapter 4: Education and training of health care practitioners. March, 51-68, 2002.
- Kreitzer MJ, Mitten D, Harris I, Shandling J. Attitudes toward CAM among medical, nursing, and pharmacy faculty and students: a comparative analysis. *Alternative Therapies in Health and Medicine* 2002; 8(6): 44–53.
- Morgan D, Glanville H, Mars S, Nathanson V. Education and training in complementary and alternative medicine: a postal survey of UK universities, medical schools and faculties of nurse education. *Complementary Therapies in Medicine* 1998; 6: 64–70.
- Sparber A. State boards of nursing and scope of practice of registered nurses performing complementary therapies. *Online Journal of Issues in Nursing* 2001; 6(3). Sist lastet ned fra <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume62001/No3Sept01/ArticlePreviousTopic/ComplementaryTherapiesReport.aspx> 08.04.2010
- Skrautvol K. Komplementærmedisin bør inn i behandlingen av kronisk syke ved sykehusenes poliklinikker. *Tidsskriftet Sykepleien* 2007; 13: 32–34.
- Flannery MA, Love MM, Pearce KA, Luan JJ. Communication about complementary and alternative medicine: perspectives. *Alternative Therapies in Health and Medicine* 2006; 12(1): 56–62.
- Reilly DT. Homeopathy: Increasing scientific validation. *Alternative Therapies in Health and Medicine* 2005; 11(2): 29–31.
- Cornman BJ, Carr CA, Heitkemper MM. Integrating CAM into nursing curricula: CAM camp as an educational intervention. *Explore* 2006; 2(3): 226–231.
- Ruedy J, Kaufman DM, MacLeod H. Alternative and complementary medicine in Canadian medical schools: A survey. *Canadian Medical Association* 1999; 160(6): 816–817.
- Kapchuk TJ, Eisenberg DM. Varieties of healing. I: Medical pluralism in the United States. *Annals of Internal Medicine* 2001; 135: 189–195.



Verv og vinn!

Nå har du muligheten til å styrke NSF, samtidig som du kan vinne flotte vervepremier. NSF er en slagkraftig fagorganisasjon som arbeider nasjonalt og lokalt for sykepleiere, spesialsykepleiere, jordmødre og helsesøstre. Vi kjenner ditt yrke og jobber for deg!

Hva koster medlemskap i NSF?

Kontingent for medlem i arbeid er 1,45% av brutto lønn. Maks kr 383,- per mnd. + ev. obligatorisk Livsforsikringspakke Kr. 128,- per mnd. Nyutdannede har halv kontingent i de to første år etter endt utdanning. Les om fordelene nedenfor.

Dine medlemsfordeler er:

- Et stort og slagkraftig **felleskap**
- Tilbud om medlemskap i 33 **faggrupper**
- 3000 **tillitsvalgte** bistår deg på de fleste arbeidsplasser
- **Sykepleien** (18 utgaver)
- Bilaget **SykepleienForskning** (4 ganger per år)
- **Juridisk bistand**
- **Godkjenning** av sykepleiefaglige veiledere og kliniske spesialister i sykepleie
- **Stipender og legater** til reise, utdanning og forskning
- **Kurs og kongresser**
- **Eget forsikringskontor** med forsikringsordninger til medlemspris
- Gunstige tilbud på **banktjenester** i DnB NOR
- **Sparing og kreditt** med NSF's Unique konto
- **Bensinrabatt** hos Esso
- **Eurocard Gold** hos Europay
- Tilgang til NSF's **nettbutikk** med medlemsprodukter
- Tilbud om **gratis medlemskap** i Landslaget for offentlige pensjonister (LOP)
- Fordelaktig mobilavtale med Telenor



Verv 3

3 verving: Leatherman verktøy



Verv 1

Verv 1

1 verving: Brødpose pistasje

1 verving: Brødpose sort



Verv 2

2 verving: Bok: Sår



Verv 2

2 verving: Bok: Godt Rett Rettferdig



Verv 1

1 verving: Termos



Verv 4

4 verving: iPod Nano 8 gb (siste modell).



Verv 2

2 verving: Grand Cru 3 skåler

VENNLIGST BRUK BLOKKBOKSTAVER

Ververs navn: _____ Ververens medlemsnr.: _____

Navn på nytt medlem: _____

Har du vært medlem tidligere? _____ Tidsrom: _____

Fødselsnummer (11 siffer) _____

Adresse: _____

Postnr: _____ Poststed: _____

E-post: _____

Telefon privat: _____ Mobil: _____

Eksamensdato: _____

Sykepleierhøgskole/sted: _____

Arbeidsgiver: _____

Arbeidssted: _____

Ansatt dato: _____

Avdeling: _____

Stillingsbenevnelse: _____

Medlemmer i lønnet arbeid innbetaler kontingenten ved månedlige trekk i lønn

Kryss av:

Brødpose Sort

Brødpose Pistasje

Brødpose Sort/Sand

Termos

Jeg sparer vervingen

Vervepremiene gjelder ikke for verving av studentmedlemmer

Ikke fosterskade etter migrenemedisin

Gravide som har brukt migrenemedisiner av typen triptaner har ikke økt risiko for å få barn med misdannelser. Det viser en ny studie med materiale fra den norske Mor- og barnundersøkelsen.

Mange migrenepasienter opplever bedring når de er gravide, men noen trenger medisiner. Andre har brukt medisiner før de oppdaget at de var gravide.

Studien viste ingen økt risiko for misdannelser hos barnet eller lav fødselsvekt eller for tidlig fødsel. Men kvinnene som hadde brukt medisiner hadde noe økt risiko for manglende sammentrekning av livmor og stort blodtap ved fødsel. Det kan ha sammenheng med den underliggende sykdommen.

Det anbefales likevel å være restriktive med migrenemedisiner under svangerskap. De gravide som trenger legemidler må også følges opp tett. Kvinnene i undersøkelsen som hadde brukt medisiner var i litt større grad rammet av svangerskapskomplikasjoner.

Kilde: Folkehelseinstituttet



Reduserer ikke fødselssmerter

Akupunktur lindrer ikke smerter under fødsel. Det viser en gjennomgang av ti kliniske undersøkelser med over 2 000 fødende kvinner.

Undersøkelsen er publisert i International Journal of Obstetrics and Gynaecology og konkluderer med at det ikke er grunnlag for å anbefale bruk av akupunktur mot fødselssmerter.

Kilde: Forskning.no

BORTKASTET? Det er like vondt å føde, viser en studie. Arkivfoto: Stig Weston



UBRUKT: Flere tar abort og flere får klamydia.

Vil ha ned aborttallene

Med en ny handlingsplan skal det bli færre aborter. Etter 2006 har antall aborter vært økende. Det samme gjelder også forekomsten av klamydia.

Helsedirektoratets nye plan skal også styrke unge og voksne til å ta vare på sin seksuelle helse.

Handlingsplanen kan lastes ned på shdir.no

Mindre hjerteinfarkt

Stadig færre nordmenn under 80 år får hjerteinfarkt. I perioden 1991–2000 sank antallet som ble skrevet ut av norske sykehus med diagnosen hjerteinfarkt med 18 prosent.

Etter 2000 økte utskrivningene, men det skyldes ny diagnostikk og overflytting mellom sykehus for å sikre pasientene PCI-behandling. Antall hjerteinfarkt hos de under 80 fortsatt å synke også etter 2000.

Kilde: Tidsskrift for den norske legeforening

Oftere på sykehus

En ny rapport fra Rådet for Sosialt Udsatte i Danmark, viser at hjemløse, stoffmisbrukere og andre sosialt utsatte benytter helsetjenester fire ganger så ofte som andre danskere

Kilde: sygeplejersken.dk

Verv og vinn!



Norsk Sykepleierforbund
Svarsending 1016
0090 Oslo

Frem med vekten

I Helse Bergen skal veing av pasienter bli rutine.

Tekst **Nina Hernæs**

En av fire er underernært. Det viser siste ernæringsregistrering som er gjort blant voksne somatiske pasienter i Helse Bergen. Tallet har vært stabilt de siste to årene. I denne perioden er det gjort åtte registreringer.

Ernæringskoordinator Kari Sygnestveit understreker hvor viktig det er å kartlegge pasientens ernæringsstatus ved innkommst.

– Det skal være rutine, sier hun.

Screening

I Helse Bergen er det innført screening for ernæringsstatus. Det vil si at pasienter som er underernært eller står i fare for å bli det skal identifiseres ved innleggelse. Det gjøres ved å veie og stille spørsmål om for eksempel matlyst og vektta. Pasienter som er i faresonen skal ha ernæringsplan og vekten skal følges opp.

Sygnestveit opplever at stadig flere sykepleiere ser nytten. Å kartlegge ernæringsstatus er også noe sykehusene skal gjøre ifølge nye retningslinjer fra Helsedirektoratet. Hvordan det gjøres, er opp til det enkelte sykehus.

– Vi får høre at tidspress gjør det vanskelig å gjennomføre, sier hun.

– Derfor prøver vi å hjelpe til så det å kartlegge ernæringsstatus er en ting man bare gjør. Å veie er også en enkel ting å gjøre.

Veide før

Eldre sykepleiere kan si at de alltid veide pasientene før.

– Av en eller annen grunn gjøres ikke dette lenger rutinemessig. Samtidig vet vi at underernærte blant an-

net øker risikoen for komplikasjoner.

Hvis en pasient er underernært eller i fare for å bli det, skal tiltak vurderes. Det kan dreie seg om å tilby flere måltider eller ernæringsdrikker.

– Det er heller ikke sikkert tiltak skal iverksettes, sier Sygnestveit.

– Men ernæringsstatus skal være en del av bildet når vi vurderer pasienten.

Alle skal veies

– En av fire er underernært. Er du overrasket?

– Nei. Dette er i tråd med internasjonale funn. Det er viktig å huske at dette er syke mennesker. Spørsmålet er om vi skal slå oss til ro med dette tallet. Vi fortsetter å hjelpe postene til å tenke ernæring. Målet er at alle voksne pasienter skal vurderes for ernæringsstatus, sier Kari Sygnestveit.

Les mer:

Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernærte kan lastes ned på www.shdir.no ■■■



ENKEL I BRUK: Vekten er tilbake. Foto: Scanpix



80 000

helsearbeidere har tilgang til PPS

PPS inneholder 300 kunnskapsbaserte prosedyrer og et omfattende kunnskapsstoff til bruk i opplæring og faglig utvikling. PPS har også egne kunnskapstester med mer enn 1000 spørsmål og svar.

Vil du vite mer om PPS og ulike bruksområder, gå inn på våre nettsider

www.akriben.no/pps

PPS ▶
Praktiske Prosedyrer i Sykepleietjenesten



Per Løvhaug

Aktuell med: Det levende buret

Yrke: NRK-journalist, forfatter

og jordbruker

Bosted: Farsund

Alder: 73 år



I dødens

Per Løvhaug har skrevet en bok om å vende tilbake til livet etter et hjerneslag.

Tekst og foto **Laila S. Berg**

Det gikk så fort. Jeg satt i sofaen, og i løpet av to-tre sekunder var bena og armene ute av kontroll. Bena slo rett ut. Jeg rakk ikke å reagere, det var kroppen som reagerte. Det kom et slags drømmesyn, to røde striper, som spikret seg på netthinnen. Underbevisstheten skjønnte at jeg fikk hjerneslag. Det var en hjerneblødning som traff hjernestammen med et kraftig slag, forteller Per Løvhaug.

Det var tv-kveld den 7. mars 2007.

Tre uker senere kom han til seg selv på Flekkefjord sykehus. Han hadde ligget bevisstløs i 18 døgn. Tidligere NRK-journalist og jordbruker Per Løvhaug kunne verken røre på seg eller snakke.

Den første tiden klarte han ikke å skille mellom drøm og virkelighet. Drømmene var detaljerte og rikholdige. Det kom en gradvis forståelse av at lammelsene ikke var en drøm. Et sjokk som gradvis ble til en aksept av situasjonen.

– Jeg kunne ikke gå, ikke stå, ikke snakke, ikke spise, ikke drikke. Avføringen gikk sin egen vei. Jeg var redusert til ingenting, fullstendig pleiepasiert. Det er da det er så viktig å bli sett og lagt merke til, sier Løvhaug.

Det takker han sykepleierne og hjelpepleierne for. Selv kompasienter arbeides det med straks, ellers

vil muskler gå tapt. Han havnet på den velfungerende rehabiliteringsavdelingen ved Flekkefjord sykehus.

Det var sykepleierne i Flekkefjord som anbefalte Per Løvhaug å skrive ned drømmene sine. Som en av en håndfull hjerneslagpasienter i verden, har han vendt tilbake til livet etter å ha vært i dødens grenseland.

– Det var en åpen dør. Det var mørkt i rommet innenfor døren. Jeg visste at hvis jeg gikk inn den døren ville jeg bli kvitt alle lidelser og få fred. Jeg så kona mi Astrid for meg, og da gikk døra igjen. Jeg så også barnbarna mine. Jeg hadde lyst til å leve igjen. Døren var døden, jeg snudde ryggen til den døren. Den var nærmest «et bakteppe» for de følelsene som da meldte seg. Følelsene strømmet opp i meg. Det er ikke mulig å beskrive det, kanskje det kan sammenliknes med ungdomskjærlighet i tiende potens. Det var en følelse så rik, forteller Løvhaug.

Han fikk lyst til å leve igjen. I begynnelsen var drømmene viktige. De var levende og merkelige. Etter at han kom hjem fra rehabiliteringsoppholdet begynte han å skrive. Tre år senere ble det boken «Det levende buret» som handler om å vende tilbake til livet etter et hjerneslag.

NRK-journalisten har opplevd gode og dårlige hjelpere på ulike måter i løpet av de tre årene som pleietrengende. Det forteller han også om i boken.

– Mens jeg har ligget på sykehus har jeg sett eldre pasienter skrumpe, tørke inn og bli borte av mangel på næring. Mat og vann bæres inn og ut.

grenseland

På denne måten velger mange eldre å avslutte sine liv ved å slutte å innta mat og væske.

Løvhaug blir svært alvorlig.

– Det viser seg i praksis at kjernen i sykepleien blir glempt. Rutiner og turnus går mer på pleiernes premisser enn på pasientenes. Det er farlig fordi det forverrer sykdomssituasjonen hos pasienten hvis ingen har tid, sier han.

Til å begynne med skjønte han ikke hva som foregikk «Etter en tid i nærkontakt med helsevesenet, begynte det å demre for meg at dette med dødshjelp ikke var så uvanlig likevel», skriver Løvhaug i boken. Han kaller det et taust massedrap å ikke fokusere på de gamles kosthold. Pleietrengende eldre rammes hardest.

Han skriver om et sykehusopphold hvor han trodde han skulle dø. Han hadde urinveisinfeksjon og lungebetennelse og klarte ikke å spise. Alle forsøk på å få i seg mat endte med hoste. Svelget var lammet. Det endte med at han

blir jo dullet og stelt med hele tiden. Det funker godt mot depresjon, sier han og ler.

Han må bruke svart humor når depresjonen kommer. «Det finnes knapt en dag jeg ikke leker med tanken på døden» skriver han i boken.

Men han har også omtanke for dem rundt seg.

– Det opptar meg at jeg ikke skal slite ut kona. Derfor er det så fint å ha en brukerstyrt personlig assistent (BPA).

Jorun Tveit er hans BPA. Hun har hjulpet ham med å skrive boken, hun følger til fysioterapi, tannlege, lege, kurs og er med på reiser. Uten henne kunne han ikke bodd hjemme. Men dette var også en kamp som avdekket kynisme i helsevesenet. De fikk avslag to ganger, så gikk saken til fylkesmannen. Der fikk de fullt medhold.

Per Løvhaug fikk 20 timer uken, som er litt i overkant av en halv stilling. I tillegg har han hjemmesyke-

Jeg så kona mi Astrid for meg, og da gikk døra igjen.

plie hver morgen og kveld. En mye billigere løsning enn sykehjemsplass, som ville blitt tre til fire ganger dyrere for kommunen.

– Hvilke budskap har du til sykepleiere?

– Menneskelighet, sier han.

«Når sykepleieren går forbi spør hun gjerne: Ligger du greit? Et spørsmål jeg etter hvert skulle komme til å hate. Det kunne jeg jo ikke svare på. Et uforstående blikk. To hender som ryster puten kraftig, fulgt av nytt spørsmål: Ligger du bedre nå?» skriver han i boken.

– Det var meningsløst. Se personen bak sykdommen, oppfordrer Per Løvhaug. ■■■

– Eldre sykepleiere har skrevet og takket for boken. De har sagt at dette skulle vi ha lest før vi begynte i sykepleien.

Løvhaug er fremdeles 100 prosent hjelpetrengende. Han har problemer med å snakke. Etter å ha blitt intervjuet av Sykepleien i tre kvarter er han tydelig preget av å ha tatt ut alt av krefter.

– Men jeg har fått en god følelse av å ha et utrolig drag på damene, jeg



Blant tungsinn og øksemord

DET ER VÅR, men tåken henger som over Dickens' gamle London. Jeg blir i det ettertenksomme hjørnet av slikt. Og jeg tenker på hvilke krefter det er som trenger seg gjennom i litteraturen.

Alt fra feberhete russere og bleke kvinner til øksemord på norske gårder. Dette tåler vi å lese. Men ville vi tålt å leve med det?

Når tåken letter skal jeg gå en tur i mitt nabolag, der de fleste hagene er ryddigere enn min egen. Og jeg skal undres. Har vi fått et samfunn der deler av det menneskelige liv er tabu? Kanskje er normene blitt for trange. Kravene til vellykkethet for store. Eller kanskje det er bånd vi legger på oss selv. Jeg har et håp om at vi tåler at folk kan vasse i søla bak blankpolerte vinduer. Bare vinduet åpnes.

Det må være en grunn til at vi svette oss gjennom Dostojevskij, Marquez og Duun. Eller nyere påskekrim for den saks skyld. Kanskje er ikke grunnen så langt unna oss. Vi gripes av det mest bisarre. Det er stort sett ikke lykkelige godnatta-historier nobelprisvinnere i litteratur leverer. Men vi leser. Sjokkert og imponert over blandingen av misære og heltemot. Og blir det for mye dramatik, så har vi jo Dag Solstad og hans hverdagstapere. Fascinerende, og antakelig stabiliserende, hvordan vi dras mot det vi ikke selv vil leve. Og hvordan noen evner å bringe disse mørke kreftene fram gjennom litteraturen. Krefter som ikke er forbeholdt rennesteinen.





Operasjonssykepleie

Av Grete Myklestul Dávøy, Petrin Hege Eide og Ingeborg Hansen (red.)
Gyldendal Akademisk, 2009
392 sider
ISBN 978-82-05391-30-7
Anmelder: Bjørn Rogne Christensen, operasjonssykepleier, Oslo universitetssykehus, Aker og masterstudent

En visitt inn i «det grønne»

ANMELDELSE: Sist høst kom det en lærebok i operasjonssykepleie i norsk språkdrakt. Det er kjærkomment for oss som arbeider i det grønne, for sykepleiestudenter i grunn- og videreutdanning og for andre som lurer på hva som foregår inne på operasjonssalen.

Det er en stund siden forrige norskspråklige lærebok i dette fagfeltet. Den nye boken fremstår som ryddig, og er lett å finne fram i.

Boken er delt i tre hoveddeler: Omsorg, kunnskap og handling, operasjonssykepleierens faglige fundament og operasjonssykepleierens formelle ansvar. De tre hoveddelene er inndelt i 20 kapitler, der leseren etter hvert kapittel finner referanse-liste over litteratur som forfatteren har benyttet. Søkeord som er brukt i litteratursøkene er tatt med, og gjør det enkelt for leseren selv å søke. Kjekt i den evidensbaserte tiden vi arbeider i.

Boken gir innsikt i operasjons-

av de tekniske aspektene ved faget, er boken også en påminnelse om hvilken sårbar tilstand operasjonspasienten er i ved ankomst på operasjonsavdelingen.

Boken er et utmerket supplement til annen litteratur om perioperativ sykepleie, som for eksempel kapitlene i Almås m.fl. sin lærebok Klinisk sykepleie fra noen år tilbake.

De ulike kapitelforfatterne ser ut til å ha samarbeidet godt, for stilmessig fremstår boken helhetlig. Det er en nytelse å lese Kari Martinsens bidrag om den sårbare operasjonspasienten. For, som Martinsen skriver «det er en oppfatning mange har, også sykepleiere, at operasjonssykepleie er et teknisk fag og har lite med sykepleie å gjøre. Disse synspunkter vil ikke bare bli utfordret i kapitlet, de vil bli imøtegått.»

Det er spennende at en ressursperson som Kari Martinsen har trykket operasjonssykepleierne til sitt bryst. Martinsen har jo bakgrunn som psykiatrisk sykepleier.

Den amerikanske kjempen Alexanders Care of the Patient in Surgery (Rothrock m.fl.) som er kjent stoff for studenter i videreutdanning i operasjonssykepleie, har fått en norsk lillebror. Stoff fra Rothrock, blir ført inn på betydelig mindre plass, og tilpasses norske forhold.

For oss som arbeider med faget til daglig, kan det være greit å la disse to verkene supplere hverandre. Der Rothrock m.fl. gir en svært detaljert beskrivelse av spesifikke kirurgiske inngrep, er de norske forfatterne gode til å beskrive hva faglig skjønn er og filosofere over operasjonspasientens sårbarhet og andre ikke-målbare fenomener.

Et positivt trekk er også den tredje

hoveddelen, operasjonssykepleiens formelle ansvar, og måten boken tar opp temaer som dokumentasjon. Det vises at faggruppen går aktivt inn i å utvikle rasjonelle, brukervennlige og pasientsikre elektroniske dokumentasjonssystemer. Dessuten er denne faggruppen i løpet av de senere år blitt omfattet av betydelige juridiske rammer for sin virksomhet, innenfor blant annet administrasjon og forskning.

Forfatterne kunne med fordel ha tatt med de "store, vanlige seksjoneringene" som operasjonssykepleiere arbeider i, som karkirurgi, gastrokirurgi og ortopedi. Og da også særskilte utfordringer under disse. Det nevnes for øvrig i innledningen at boken ikke går inn på spesifikke kirurgiske prosedyrer, og det henvises også til den tidligere nevnte storebroren Alexander. Det kan være spennende for senere utgaver å ta med dette, nettopp fordi det er viktig å bygge opp skandinavisk litteratur på dette fagfeltet.

Operasjonssykepleieren i katastrofeområder kunne også være et forslag til tema for neste utgave.

Hva gjelder øvrig teoretisk rammeverk, savnet jeg flere betraktninger rundt at man i operasjonssykepleien handler på vegne av operasjonspasienten. Pasienten er ofte i narkose, er ytterst sårbar og er i aller høyeste grad mottaker av en total sykepleie. En teori som reflekterer rundt dette, er Dorothea Orems teori om sykepleiesystemene.

Men for all del, denne læreboken er fyldig og bygger på flere og evidensbaserte studier, ikke minst presenterer den også studier som operasjonssykepleiere selv har gjort.

Pasienten er ofte i narkose, er ytterst sårbar og er i aller høyeste grad mottaker av en total sykepleie.

sykepleien som fag, og kaster også historisk lys over virksomheten inne på operasjonssalene. Operasjonssykepleie som spesialitet daterer seg helt tilbake til slutten av 1880-årene i USA.

Leseren får innsikt i temaer som bruk av desinfeksjonsmidler, håndtering av kirurgiske instrumenter, hypotermi og leiring av operasjonspasienten.

Foruten en utførlig gjennomgang

Les flere anmeldelser på nett

- › Alle bokanmeldelser i Sykepleien legges også ut på nett.
- › Let og les i vårt bokarkiv på www.sykepleien.no
- › Anmeldelsene ligger under menyknappen «**fagutvikling**» øverst til venstre på siden.
- › Sykepleien anmelder mest fagbøker innenfor sykepleie, medisin og samfunnsfag, men også noe skjønnlitteratur.





Mr. TOURETTE og jeg

Av Pelle Sandstrak
Cappelen Damm, 2009
427 sider
ISBN 978-82-02-29079-5
Anmelder: Inger Frogg Jørgensen, psykiatriske sykepleier

Tester tålmodigheten

ANMELDELSE: Dette er historien til Pelle Sandstrak, som har Tourettes syndrom. Vi følger ham fra barndom til voksen alder. For dem som arbeider innen nevrologien og er lei av ren faglitteratur er boken gull. For andre er den en informativ tålmodighetsprøve.

Allerede fra tidlig skolealder registrerer omgivelsene at Pelle er annerledes enn andre. Han har underlige tvangsritualer og en sterk trang til å berøre utvalgte ting som bringer ham i trøbbel. Likevel blir han akseptert av medelever. Han oppfattes som morsom, og er slett ingen skoletaper. Med seg på veien har han en raus og varm familie. De dømmer ikke. De opptrer støttende og stiller seg spørrende. Far, som leser Newsweek, er den første som får mistanke om Tourettes, men blir avvist av helsevesenet med utsagn som «slikt finnes ikke her».

For å komme med innvendingene

først: Det blir langdrøyt. Vår mann har store problemer med å passere en dørterskel, og ikke færre problemer med bokstavene x, y og z. Dette utløser endeløse tvangsritualer, i økende grad med årene. Men behøver vi å innprentes det samme ritualer og forsøkene på å løse det over 100 ganger? Jeg mistenker forlagets konsulent for å ha duppet av i timen.

Omtrent midtveis i boken ble jeg usikker på om det handler om en blandingsdiagnose, om ADHD er inne i bildet. Pelle blir etter hvert pålurt det han selv kaller «Odintabletter», som påfører ham gjeld og vanskeligheter. Det kommer han seg ut av på en svært original og leseverdig måte. Poenget mitt er at tablettene skulle frembringe en nærmest manisk oppstemthet. På vår hovedperson er virkningen en svulende ro og konsentrasjonsevne.

Etter økende bakterieskrekke og et-

ter å ha levd i måneder på spareribs og juice – den eneste maten som ikke bringer smitte – i et bilvrak, reiser han til Sverige. Midt i sitt omstreiferliv hører han tilfeldigvis et radio-program hvor en professor uttaler seg om syndromet. Pelle kjenner seg igjen og tar selv kontakt med professoren. Han møtes med en sjelden blanding av rørende omsorg og komplett profesjonalitet. Han innlemmes i et forskningsprosjekt og en nitid behandling og oppfølging som er fascinerende lesning. Vår mann ringer hjem til far som forut for sin tid leste Newsweek og sier – «du hadde rett! Tourettes syndrom finnes, det finnes og er stadfestet her!»

Boken formidler et håp om at noe nytter. Og at det også blant forskere fins idealister. Det er varmen lesning.

Og Pelle ble frisk. Så frisk som han vil bli.

Vær forsiktig når du leser bøker om helse. Du kan dø av en trykkfeil.

Mark Twain



**Barn og traumer
En håndbok for foreldre og hjelpere**

Av Atle Dyregrov
2. utgave
Fagbokforlaget 2010
252 sider
ISBN 978-82-450-0952-1
Anmelder: Odd Sverre Westbye, psykiatriske sykepleier

Bredt om traumer

ANMELDELSE: «Gjennom presise spørsmål, aktiv bekreftelse, støtte, trøst, anerkjennelse, tålmodighet, respekt og aktivitet for å normalisere, blir hendelsene klargjort, og barnet kan oppnå mer kontroll med og oppleve mer sammenheng og struktur i det de har opplevd.» Slik oppsummerer Atle Dyregrov hvordan man hjelper barn videre i livet etter at de har vært utsatt for et traume. Traumet kan være en enkelt hendelse som et plutselig dødsfall i nær familie eller en serie av traumer som vold mot mor eller seksuelle overgrep.

Dyregrov har et enkelt og forståelig språk som gjør at boka kan leses av alle voksne med interesse for temaet, men jeg vil hevde at den egner seg best for helsepersonell eller andre med noe basiskunnskap.

Boka favner vidt ved at den ser på traumets etiologi, barn og unges reaksjoner på traume, risikofaktorer

og beskyttelsesfaktorer, ulike typer behandling, posttraumatisk stressyndrom, skolens betydning i arbeidet og hva det vil si å være hjelper til barn med traumer.

I noen sammenhenger går nok bredden ut over dybden i de ulike kapitlene, og enkelte steder forsøker Dyregrov å dytte inn svært mye stoff på få sider, for eksempel når det handler om posttraumatisk stressyndrom. Men der boka selv ikke går i dybden gir Dyregrov leseren rikelig med referanser til annen litteratur. Referanselisten er svært bred, men jeg synes han er litt for ivrig til å vise til egen forskning og litteratur.

Noen steder i boka har henvisningene falt ut, et eksempel er knyttet til skjema for risikoprofil på side 94, og at det i teksten står «forskning viser ...» uten henvisning til hvilken forskning det siktes til.

Dyregrov krydrer boka flott med mange kliniske historier, som letter lesingen og gir innsikt. Jeg savner illustrasjoner, noe som ville gitt boka et ytterligere løft.

Mest savner jeg flere klare råd om hvor du skal henvende deg dersom du ser at et barn lider etter en traumatisk hendelse. Hva med helsesøster, fastlege, PPT, BUP og andre? Dette er for dårlig beskrevet. Særlig gir boka for få konkrete råd i saker der du får mistanke om traumer som følge av gjentatte hendelser i hjemmet. Ikke minst savner jeg noen ord om barnevernets rolle, for regelen er jo slik at dersom et barn blir utsatt for vold av noe slag i hjemmet, så er første bud å sikre omsorgen for barnet. Det er barnevernets ansvar.

Alt i alt er dette ei god og lettlest bok med mange nyttige tips, men med en del klare svakheter.

Quiz

Er du en kompetent sykepleier?

Test kunnskapene med vår aktuelle og nådeløse quiz!

1 Hvilken farge forbinder du med stafylokokkene med etternavn aureus?

- A Hvit
- B Gul
- C Blå

2 Og hvilken farge forbinder du med staphylococcus albus?

- A Rød
- B Blå
- C Hvit

3 Hvor finner du gjerne staphylococcus albus?

- A På huden
- B I magen
- C Under neglene

4 Hva produserer staphylococcus aureus som kan være giftig?

- A Sopp
- B Virus
- C Toksiner

5 Hva er Korsakows psykose?

- A Paranoia og mistenksomhet som kan komme ved langvarig dehydrering
- B Dårlig hukommelse, desorientering og hallusinasjoner som følge av tiaminmangel etter alkoholmisbruk
- C En type schizofreni som først oppsto blant østeuropeere. Blitt vanligere i Norge som følge av polsk arbeidsinnvandring

6 Hva er polyneuritt?

- A For mange nervetråder som i sin tur kan gi økt smerteopplevelse
- B Betennelse i mange nerver som blant annet kan gi lette lammelser og svekket hudsans
- C Mange nervesykdommer samtidig som ubehandlet kan føre til psykisk sammenbrudd

7 Hva skyldes barnesykdommen rakitt, der knoklene vokser seg skjeve?

- A Kalsiummangel
- B Jernmangel
- C Vitamin D-mangel

8 Hvilken kronisk lidelse hadde Che Guevara?

- A Paranoia
- B Astma
- C ADHD

9 Hva er KAM forkortelse for?



- A Komplementær og alternativ medisin
- B Kvantefysisk ambulerende team
- C Kanaliserende aura og magnetisme

10 GHB er et narkotisk stoff. Hvilket?

- A Gammahydroksysmørsyre
- B Glukohydroksidbenzen
- C Garveherdetbenzen



KORSAKOWS PROBLEM? Har denne noe med psykose å gjøre? 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: 1B Gul, 2C Hvit, 3A På huden, 4C Toksiner, 5B Dårlig hukommelse, desorientering og hallusinasjoner som følge av tiaminmangel etter alkoholmisbruk, 6B Betennelse i mange nerver som blant annet kan gi lette lammelser og svekket hudsans, 7C Vitamin D-mangel, 8B Astma, 9A Komplementær og alternativ medisin, 10A Gammahydroksysmørsyre

FAG NYHETER

Håndvask til milliarder

Tre runder med håndvask kan redusere skolebarns sykedager med en fjerdedel.

Tekst **Nina Hernæs**

Den danske sykepleieren Inge Nandrup-Bus har vakt internasjonal oppmerksomhet med undersøkelsen som dokumenterer at systematisk håndvask gir en markant nedgang i sykefraværet hos skolebarn.

Ble oppfordret

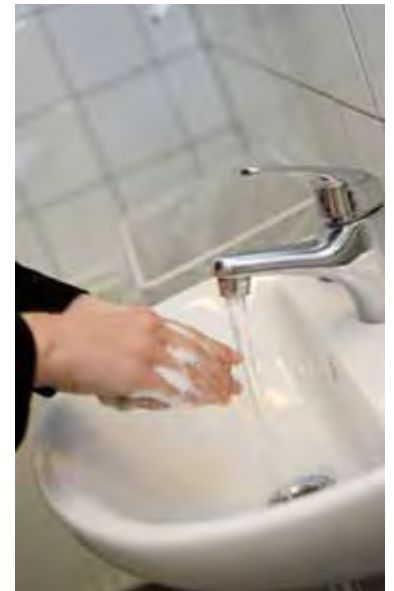
Barn ved to ulike skoler ble fulgt i tre måneder. Ved den ene skolen ble elevene bedt om å vaske hendene tre ganger i løpet av skoledagen. De fikk også undervisning om håndvask. Elevene på den andre skolen fikk ingen spesielle oppfordringer eller undervisning.

Resultat: Elevene som ble oppfordret til håndvask hadde signifikant færre sykedager enn de som ikke ble det.

Færre sykedager

Barna på skolen som oppfordret til håndvask hadde 22 prosent færre sykeperioder enn barna på den andre skolen. De hadde 26 prosent færre sykedager.

Ifølge Sygeplejersken har danske skolebarn i snitt 10,6 årlige sykedager på grunn av infeksjoner. Dersom det kan reduseres med 26 prosent, eller en fjerdedel, vil det årlig spare samfunnet for milliarder.



MINDRE SYKDOM: Tre omganger med såpe og vann gav markant mindre sykdom på dansk skole. Foto: Colourbox

Les mer: Nandrup-Bus I. Mandatory handwashing in elementary schools reduces absenteeism due to infectious illness among pupils: A pilot intervention study. Am J Infect Control 2009;37:820-6. ■■■

Smittevern på nett

Den nye smittevernboken til Folkehelseinstituttet er å finne som e-bok. Den revideres fortløpende og er den versjonen av smittevernboken som er mest oppdatert.

E-boken er delt inn i to. Den ene delen handler om ulike temaer innenfor smittevern, mens den andre delen handler om enkeltsykdommer.

Les mer på fhi.no

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 BRANKA RIMAC

«Folk i Kroatia er preget
av krigen fremdeles.»

82

KRONIKK TOVE PETTERSEN

«Den barmhjertige samaritan
hadde nok ingen barn som skulle
hentes i barnehagen.»

78



NSF HAR ORDET

Forbundsleder Lisbeth Normann

Stilling: Forbundsleder i NSF

E-post: lisbeth.normann@sykepleierforbundet.no

God ledelse = kundetilfredshet på 90 %

Hvorfor er det slik at ledere i helsesektoren ikke anerkjennes på lik linje med ledere i privat sektor?

Hvorfor er man som leder i helsevesenet nederst på «lederrangstigen» og uinteressant? Slike holdninger fratar Gutteklubben Grei muligheten for å skaffe seg verdifull kompetanse, erfaring, kunnskap, innsikt og nye ideer!

Jeg leste Kåre Valebrokks spalte «På en søndag» i Aftenposten, og fikk en rekke refleksjoner. På sitt direkte vis analyserte han debatten som har gått i det siste om hvorvidt ledere må ha kompetanse i det fagområdet organisasjonen opererer i. Vi har mange eksempler på ledere i store norske virksomheter som ikke har denne spesialkompetansen. Noen ganger går det bra, andre ganger ikke fullt så bra.

Overfører vi den debatten til helsesektoren, er min mening at ledere der må være

I en tid der kvinner skal inn i styrerommene, kan valgkomiteene bare komme til meg.

fagpersoner. De må kunne fagspråket og forstå fagets kompleksitet. På den måten skaffer de seg den nødvendige legitimiteten slik at de kan styre og lede tunge fagprofesjoner og spesialister. Å lede i sykehus er krevende, multiprofesjonelle organisasjoner som de er. De kjennetegnes av vanskelige prosesser, faglige, administrative og politiske. Det er nødvendig å forstå spillet, posisjonene og motivene, og samtidig sikre pasientene den beste kunnskapsbaserte behandlingen for minst mulig penger. Man må ha evnen til å ta faglige avgjørelser raskt, ofte og velbegrun-

net. Ledere i sykehus må stå for de daglige (mange) prioriteringene, som politikeren ikke tar, og de må håndtere dilemmaene og spriket mellom realiteter og pasientenes ønsker og behov. Dette krever faglig dyktighet, ledelsesmessig erfaring og autoritet.

Norsk helsesektor har de siste årene gjennomgått store omstillinger og levert mange gode resultater. Vi har kuttet helsekøen. Antall liggedøgn er redusert. Underskuddene er blitt mindre. Korridorpatientene er så godt som borte. Alt dette har de som jobber der, og lederne, fått til. Og det med mindre bemanning og stadig økende krav fra eiere (myndigheter), pasienter, pårørende og politikere om å levere kvalitet og flere tjenester. Man kan bare se på tall fra OECD for å danne seg et bilde av hvilke resultater spesialisthelsetjenesten i Norge har klart å levere. Det skal vi være stolt av, selv om det alltid er ting vi kunne klart bedre!

Da er det nærliggende spørsmålet til alle dem som kun skryter av det private næringsliv og deres ledere: Hvilken bedrift kan vise til en kundetilfredshet på 90 prosent slik norske sykehus kan? Ifølge Norsk Kundebarometer som offentliggjorde kundetilfredshet nå i april, kom Flytoget på topp med kundetilfredshet på 84,4 prosent. NSB hadde en kundetilfredshet på 59,9 prosent, mens Dagbladet havnet på bunn med 55,2 prosent – rett under McDonalds.

Da er det interessant å merke seg at ledere i disse bedriftene har høyere status enn dem som leder helsetjenesten! For til tross for helseledernes ekstreme utfordringer, knappe ressurser, store omstillinger, men gode resultater på mange område og høy «kundetilfredshet», er det fortsatt slik at de er nederst på rangstigen, omdømmemessig, prestisjemessig, statusmessig og lønnsmessig! Dette er verken re-



Foto: Samplix

krutterende eller motive-rende eller til å forstå!

En sykepleierleder på avdelingsnivå leder avdelinger på størrelse med en gjennomsnittlig norsk bedrift. Fortsatt har jeg til gode å høre at disse kvinnene ses på som attraktive i styreverv i det private næringsliv. Hvorfor det? Fordi man ikke vet hvilken kompetanse og erfaring en leder på ulike nivå i helsesektoren representerer. I en tid der kvinner skal inn i styrerommene, kan valgkomiteene bare komme til meg. Jeg skal uten å nøle kunne nevne en rekke kvinner, og menn, med kompetanse og erfaring som de fleste private virksomheter ikke bare vil ha nytte av, men også trenge.

Det sies at en god leder må ha følgende basiskvaliteter: en genuin interesse for området, samt et strategisk overblikk. Det mener jeg at våre ledere besitter. Det og langt mer!

Møte med et vesen

Høsten 2009 kom jeg på den andre siden av et vesen jeg trodde jeg kjente, jeg ble pasient i det norske helsevesen.

Første møtet ble fastlegeordningen der en dansk vikarlege ble min kontakt, etter 4 måneder var han forsvunnet og jeg fikk en ny dansk vikarlege som fastlege.

I seks uker ble jeg utredet på det lokale sykehuset, jeg hadde tre innleggelses med kort tids mellomrom på samme avdeling. I denne tiden møtte jeg ti forskjellige behandlende leger på avdelingsnivå, det vil si: De kom til min seng og hadde samtale med meg. (I tillegg til disse ti, var det flere spesialistleger og turnusleger). En av de ti møtte jeg to ganger, de andre var som trollet, de kom ut av esken og forsvant.

Et eksempel er lege nummer ni, som plutselig stod ved senga mi og på gebrokket norsk begynte å forhøre meg om mine spisevaner. For en som relativt nylig har tatt videreutdanning i psykisk helsearbeid ble spørsmålsrekken ganske raskt gjenkjent som evaluering av spiseforstyrrelse. Hos en 62-åring, som meg, er jo dette en meget sjelden lidelse! Da han ikke fikk sin bekreftelse, konkluderte han med følgende: «Do ha mange rare tanke i ditt hode». Dermed forsvant han,

og som de andre, for aldri å bli sett av meg igjen!

Jeg betraktet meg selv som alvorlig syk, blant annet med et uforklarlig vekttap på 14 kg. Ganske fortvilet måtte jeg også ta opp kampen med spesialistene, gynekologisk overlege, som hånlige uttrykte at han ikke forstod hvorfor medisinsk avdeling ikke godtok hans vurdering. Heldigvis ble jeg etter eget press operert, og det som samme overlege hadde bedyret var et myom, viste seg å være et sarcom og mitt liv ble totalt forandret.

Møtet med kreftavdelingen på et større sykehus hadde jeg forventninger til. Nå, tenkte jeg, her har de en kontinuitet i oppfølgingen av pasienten. Jeg fikk møte samme sykepleier ved mine behandlinger, men legene var stadig svenske vikarer, så langt fem forskjellige jeg aldri regner med å se igjen. Ved siste evaluering av behandlingseffekt kom enda en ny legevikar, et menneske som knapt kjente min historie skulle formidle en alvorlig konklusjon.

På begge sykehusene har avdelingssykepleier vært totalt fraværende i forhold til meg som pasient. Ingen avdelingssykepleier har hilst på meg. Avdelingssykepleier på kreftpost forsøkte å forandre min behandling fra avdeling til poliklinikk uten å snakke med meg. Jeg som trodde avdelingssykepleier var pasientens advokat!

Pasientsikkerhet ved norske sykehus er ofte kritisert, og min erfaring som pasient har gjort meg utrolig utrygg i forhold til dette. Det er nedverdiggende og forvirrende å møte behandlere i en svingdørsfart. Hvem holder i den røde tråden, hvordan og hvor sikkert blir en konklusjon tatt. I mitt tilfelle var det egen stahet som endelig førte fram til handling.

Det er skremmende at ingen av alle disse legene som dukket opp ved min seng identifiserte seg som den pasientansvarlige legen. Det er en utrolig belastning i tillegg til alvorlig sykdom, at et system er så tilfeldig og forvirrende som dette. Og dessverre har jeg møtt mange andre pasienter med lignende om ikke verre erfaringer.

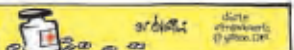
Else Davidsen, medlem nr. 1350248

www.sykepleien.no

Du kan si din mening om aktuelle saker på sykepleien.no



Riskhospitalet



Divisjon for sykepleie på Ahus må bestå!

Da vi skulle flytte fra gammelt til nytt bygg, ble det besluttet en ny organisering av sykehuset, nye måter å jobbe på, og nye prinsipper for drifting av sykehuset. Styret på Ahus hadde mot til å prøve noe nytt. Det er dessverre mange som har bestemt seg for at vi ikke skal lykkes. Det har vært omkamper og til dels trening av nye prinsipper. Etter et år i nytt bygg, er organiseringen evaluert og det er stor fare for at divisjon for sykepleie blir nedlagt og sykepleietjenesten underlagt henholdsvis kirurgisk og medisinsk divisjon. Dette betyr en ny omorganisering som påvirker vår arbeidshverdag i stor grad. Vi mener det er for tidlig å evaluere og at det er risikabelt å gjennomføre en så omfattende omorganisering nå. Vi mener at Divisjon for sykepleie (DFS) må bestå

og argumenterer for dette med følgende: korridorpasienter, kvalitet og ledelse.

Styret ved Ahus vedtok en organisering som blant annet hadde til hensikt å redusere antall korridorpasienter. For å få det til, vedtok de å etablere enhet for pasientlogistikk i Divisjon for sykepleie.

Den nye organiseringen har redusert antall korridorpasienter til et minimum. Dette medfører redusert arbeidsbelastning for sykepleietjenesten, som følge av en mer forutsigbar drift og riktig bemanning i forhold til pasientenes behov. Det har gitt mer tid til pasientene. Effektiv styring har altså gitt bedre kvalitet og økt pasientsikkerhet.

I gammelt bygg var det svært rigide bemanningsløsninger. Dette medførte at man i enkelte sengepos-

ter kunne ha lavt pasientbelegg men allikevel høy bemanning og i andre sengeposter det motsatte. Bemanning stod ikke i forhold til pasientbelegg. I DFS er det høyt fokus på fleksibilitet i sykepleietjenesten. Man har hatt fokus på at det skal være bemanning etter hvor mange pasienter som er der og pasientens behov for tjenester.

Utveksling av kompetanse mellom de ulike enheter skapte stor motstand i starten, men nå ser vi at dette har en god effekt i forhold til større lojalitet til kolleger, økt faglig kompetanse samt en økonomisk gevinst ved at man reduserer innleie av bemanning. Denne fleksibiliteten bidrar til at sykepleietjenesten opparbeider mer breddekompetanse som gjør at man med større kyndighet kan utøve grunnleggende sy-

SIDEN SIST

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

Sykehuskvalitet – sannhet eller myte?

Som ektefelle til en sykepleier leste jeg med stor interesse redaktørens siste leder om lokalsykehusene. Det har jo det siste tiåret blitt etablert som en sannhet at små sykehus leverer dårligere kvalitet enn store, og at noen av dem derfor burde avvikles av faglige hensyn – som pasientsikkerhet.

Politikere som Jan Bøhler uttaler at det er direkte helsefarlig å frede lokalsykehusene. Gaza-legen Erik Fosse mener lokalsykehusene kan gi folk en falsk trygghet. Det har blitt et slags helsepolitisk mantra at små sykehus bør legges ned og tilbudene sentraliseres for at vi skal opprettholde eller øke kvaliteten – til beste for pasientene. «Big is beautiful, small is out», som redaktøren selv ironiserer.

Dette høres både tilforlatelig og fornuftig ut, men er det noen gang stilt spørsmål om hvor disse etablerte sannhetene kommer fra? Hvor er dokumentasjonen for at små sykehus nærmest per definisjon leverer dårligere kvalitet enn store? Merk at det her ikke bare tas utgangspunkt i kompetanse, som nesten uten unntak øker med størrelsen på sykehuset. Dette handler om utøvd

kvalitet, som vel så ofte kan være mer kulturavhengig.

Professor Geir Bukholm ved Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten holdt nylig et foredrag der han oppsummerte hva vi måler av kvalitet i somatiske sykehus per januar 2010. Listen er ikke lang:

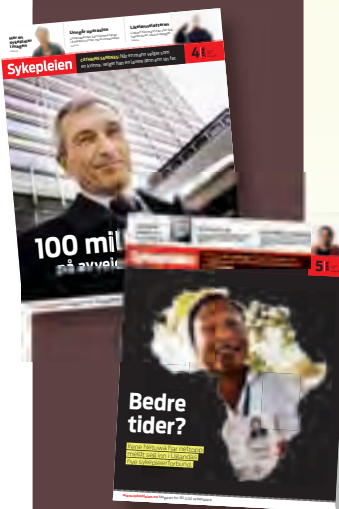
1. Hyppighet av keisersnitt
2. Individuell plan (barnehabilitering)
3. Ventetid operativ behandling for tykktarms-/endearmskreft
4. Preoperative liggetider ved lårhalsbrudd
5. Sykehusinfeksjoner
6. Strykninger fra operasjonsprogrammet
7. Korridorpasienter
8. Epikrisetid
9. Pasienterfaringsundersøkelser

De fire første målingene finner jeg ikke offentlig tilgjengelige, men alene gir de vel neppe grunnlag for å utrope enkeltsykehus som verken veldig gode eller katastrofalt dårlige totalt sett. De fem siste målingene finnes derimot på fritt-sykehusvalg.no. Og blant de 60 sykehu-

sene jeg har vært i stand til å liste – og dermed rangere, er det tall som tilsynelatende får den etablerte «sannheten» til å fremstå som litt av en myte:

- » Fem lokalsykehus har til dels betydelig mindre sykehusinfeksjoner enn det beste universitetssykehuset (Akershus). Et sykehus som Haukeland ligger nede på 46. plass.
- » 25 lokalsykehus har mindre andel utsettelse av operasjoner enn beste universitetssykehus (Haukeland).
- » 22 lokalsykehus har mindre andel korridorpasienter enn beste universitetssykehus (Akershus)
- » 19 lokalsykehus har bedre epikrisetid enn beste universitetssykehus (Ullevål).

Når det gjelder målingene av pasienttilfredshet er disse nødvendigvis subjektive, og helsepersonell kan ha problemer med å se at de representerer noe faglig mål på det de selv forbinder med kvalitet. Ikke desto mindre burde pasientene være de nærmeste til å evaluere kvaliteten på de tjenestene som leveres, all den stund det er de som er «kundene».



kepleie til flere pasientgrupper. Spisskompetanse ivaretas gjennom godt planlagte turnuser som alltid sikrer tilstedeværelse av erfarne sykepleiere i de enkelte seksjoner. Effektiv styring av bemanningen skaper økt kvalitet og bedre pasientsikkerhet.

Ved etablering av DFS har man utarbeidet en klar strategi for utvikling av sykepleiefaget: – fra opplæring til fagutvikling og forskning. Dette har vi aldri hatt tidligere. I 2008 har det vært høyt fokus på opplæring og reopplæring av ansatte for å sikre forsvarlig drift. Dette videreføres også med høyt fokus i 2010.

Den nye organiseringen har ført til færre meldte feil og bedre skår på medarbeidertilfredshet. Det betyr bedre kvalitet og økt pasientsikkerhet.

Mange seksjonssykepleiere i DFS har tidligere vært organisert både i forhold til todelt ledelse og enhetlig ledelse. Da var de fleste seksjonssykepleiere underlagt en lege. Vi opplevde da at det var liten interesse og forståelse for sykepleiefaget, sykepleietjenesten og daglig drift av sengepostene. Vi opplevde i liten grad å bli informert om prosesser som foregikk og savnet det å ha sykepleie og drifting av enhetene i fokus. I tillegg gikk alle disse prosesser som var viktig for sykepleietjenesten veldig tregt og det tok lang tid før beslutningene ble tatt.

Vi er bekymret for at vi vil falle tilbake til den samme strukturen dersom vi blir omorganisert til gammel modell. Da vil vi som seksjonssykepleiere

kun bli utøvere uten beslutningsmyndighet, noe som vil medføre en forringelse av sykepleiefaget.

På vegne av 10 seksjonssykepleiere i Divisjon for sykepleie, ved seksjonssykepleiere Lillian Reiten og Anita Østlund.

www.sykepleien.no

Du kan si din mening om aktuelle saker på [sykepleien.no](http://www.sykepleien.no)



Her er tilbakemeldingene til dels oppsiktsvekkende – i hvert fall ut fra mine forventninger:

- » Fornøyd med leger: Åtte lokalsykehus slår beste universitetssykehus (Tromsø).
- » Fornøyd med pleie: 16 lokalsykehus slår beste universitetssykehus (St. Olav).
- » Fornøyd med info om prøver: UNN Tromsø best på sjetteplass.
- » Fornøyd med oppfølging av pårørende: St. Olav er nede på delt 18. plass.
- » Fornøyd med organisering: 13 lokalsykehus scorer bedre enn St. Olavs Hospital.
- » Fornøyd med standarden: Her scorer universitetssykehusene (ironisk nok) best. UNN Tromsø er oppe på 4. plass.

Sammenligner en med landsgjennomsnittet er det også nedslående tall for flere av de store:

OUS Ullevål scorer dårligere enn landsgjennomsnittet på syv av ti kvalitetsmålinger. Sykehuset scorer noe bedre på infeksjoner og epikriser, men ligger akkurat på snittet når det gjelder pasientenes tilfredshet med legene.

- » Haukeland ligger under snittet på ni av ti målinger. Bare opplevd standard måles marginalt over landsgjennomsnittet.
- » Fem av seks universitetssykehus scorer dårligere enn landsgjennomsnittet på pleie.
- » Best i klassen av de store er St. Olav, som ligger over snittet på seks av ti kriterier, hvorav samtlige er pasienttilfredshetsmålinger.
- » Selvsagt finnes det også lokalsykehus som scorer dårlig. Aker – som Jan Bøhler mener burde få leve – scorer til dels klart under landsgjennomsnittet på samtlige målte kriterier.

På dette tidspunkt har nok opptil flere satt kaffen i halsen – med den åpenbare innvending at jeg fokuserer på feil problem. At problemet er at målinger og data i det norske sykehusvesenet er helt utilstrekkelige for å få frem viktige kvalitetsforskjeller. At man heller burde måle slikt som 30 dagers dødelighet etter hjerteinfarkt, slag og hoftebrudd, som Sosial- og helsedirektoratet har tatt til orde for.

Ja, helt enig, men dette er de målinge-

ne vi har! Selvsagt vil helseregionene og -foretakene i tillegg ha interne tall på avvik, klagesaker og erstatningsutbetalinger, men vi ser aldri disse brukes som begrunnelse for å legge ned lokalsykehus. Jeg tror ikke det er tilfeldig. Rapporterte data fra Norsk Pasientskadeerstatning antyder at forskjellene mellom foretakene i hovedsak er små. Forskjellen ser vi likevel ved at de små har vesentlig mindre å gå på enn de store hvis de gjør alvorlige feil, jfr. rådende oppfatning av hvordan verden ser ut. Hva hadde skjedd om det var et nedleggingsstruet sykehus – og ikke St. Olav – som skambrente pasienten da de skulle operere ut den gjenglemte saksen?

Det finnes helt sikkert andre, uoffisielle målinger – for eksempel tall fra pasientadministrative systemer som kan benyttes i en kvalitetsanalyse. Men før disse benyttes til å beslutte nedleggelse av det som utad fremstår som noen av de kvalitativt beste sykehusene vi har, burde vi få alle data på bordet. Kanskje ville noen fakkeltog da blitt innstilt, eller kanskje ville det gitt et mye mer nyansert bilde av kvalitetsforskjellene mellom liten og stor?

Hvis slike målinger er for usikre eller unyanserte til at de kan legges frem, burde de heller ikke kunne benyttes som føde for pengetellere, helsepolitiske ideologer og skrivebordsteoretikere. I stedet burde noen og enhver spørre seg: Hvor ellers i samfunnet baserer man nedleggelse av viktige offentlige tilbud for befolkningen på hearsay og udokumenterte påstander? Hvor mye av «sannheten» om de dårlige lokalsykehusene er formet ved de store sykehusene, hvor personell har fått muligheten til å spesialisere seg innenfor en flik av medisinen, og med desto større autoritet kan felle desto tyngre dommer over allrounderne ved våre lokalsykehus? Hvem av disse har aksess til å påvirke politiske myndigheter og forme opinionen i spørsmål som omhandler den kvalitative ressursbruken i Helse-Norge, og hvem av dem har det ikke?

Jeg synes dette er viktige spørsmål som et blad som Sykepleien burde stille, så vi ikke risikerer å slå barnet ut med badevannet i arbeidet med å gjøre sykehusene våre bedre.

Arild Myhre, Kristiansund



Førsteamanuensis i filosofi, Institutt for filosofi, idé- og kunsthistorie og klassiske fag, Universitetet i Oslo, Tove Pettersen.

Den barmhjertige samaritan

Lignelsen om den barmhjertige samaritan sier lite om det virkelige og høyst aktuelle omsorgsetiske dilemmaet: Hvordan fordele omsorgen når ikke alle kan få?

Lignelsen om den barmhjertige samaritan er kjent og avholdt i vår kultur. Den har inspirert mange til gode gjerninger, den fremholdes som ideal for flere omsorgsyrker og som grunnfortelling for omsorgsetikken. Det er fordi samaritanen, i motsetning til presten og levitten, eksemplifiserer forbilledlig handlinger og karaktertrekk. Men kan virkelig samaritanen være et etisk ideal for omsorgsutøvelse i dagens verden? Med utgangspunkt i tre sentrale omsorgsetiske spørsmål lignelsen berører – hvem er min neste, hvilket motiv gjør en omsorgshandling etisk, og hva kjennetegner en omsorgshandling – skal vi reflektere over nettopp det.

Omsorg for alle

At samaritanen gir omsorg til en ukjent viser at omsorgen ikke begrenses til våre nærmeste, eller bare kan ytes av eksperter. Lignelsens universalistiske aspekt er i overensstemmelse med en grunntanke i omsorgsetikken; alle mennesker er potensielle omsorgsmottakere og omsorgsgivere. Nettopp denne universalise-

men på det å respondere på den konkrete andres behov. Her stopper imidlertid parallellene. Selv om spontanitet og medfølelse kan være beundringsverdig i noen situasjoner, kan de ikke fungere som handlingsledende idealer i en normativ teori. Dersom den spontane omsorgsutøvelsen skulle gjøres til norm, ville omsorgsyteren måtte dedikere seg til den første trengende som dukker opp. Det kan forvolde skade på dem som ikke får, medføre dårlig ressursbruk og ubegrunnet forskjellsbehandling.

Å fremholde samaritanens spontanitet som etisk ideal for omsorgsutøvelse kan også villedde omsorgsuttøveren. Det er nemlig bare når man har ubegrenset med tid og ressurser, og ingen andre forpliktelser, at spontan omsorg kan være forbilledlig. Dette er ikke karakteristisk for dagens omsorgsyrke, hvor knallhard prioritering mellom behov er en konstant utfordring. I situasjoner hvor prioritering er nødvendig, er spontanitet ikke eksemplarisk. Sammenlignet med dagens sykepleier, fremstår samaritanen som en privilegert omsorgsyter. Ikke bare har han kunnskap om hvordan forbinde sårene, vin og olje til å rense dem med. Han disponerer også et esel som kan frakte den sårende, og har styrke til å løfte ham opp på dyret. Han vet veien til et herberge med ledig kapasitet, har tid til å føre ham dit for ytterligere pleie, og penger nok til å betale for oppholdet og videre behandling. Han hadde nok heller ingen barn som skulle hentes i barnehagen.

Hvor mange ganger skal man hjelpe den samme mannen opp av grøften?

ringstanken, som teorien deler med lignelsen, har gjort det mulig å utvide omsorgsetikkens gyldighetsområde fra private og profesjonelle relasjoner, til også å gjelde sosiale og globale relasjoner.

Spontan omsorg

Samaritanens motiv og handlemåte blir gjerne også fremholdt som eksemplarisk. Spontan yter han omsorg for den sårede. Til grunn for denne umiddelbare handlingen ligger medfølelsen: Da samaritanen så mannen i grøften «fikk han inderlig medynk med ham». Sagt på en annen måte: Omsorgsgiver så den andres lidelse, lidelsen vekket medfølelse, og medfølelsen ledet til en spontan omsorgshandling.

Her tangerer omsorgsetikken og lignelsen hverandre ved at fokuset ikke legges på abstrakte og universelle handlingsregler,

Først til mølla

Å gjøre lignelsens omsorgshandling normerende uten å ta samaritanens gunstige ressursituasjon i betraktning er villedende. Lignelsen sier lite om det virkelige og høyst aktuelle omsorgsetiske dilemmaet: Hvordan fordele omsorgen når ikke alle kan få?

Skulle man bruke spontanitet som fordelingsprinsipp, blir omsorgsutøvelsen basert på «først-til-mølla»-prinsippet. Dette prinsippet favoriserer ikke-etiske egenskaper som ressurser, bekjentskaper, styrke etc. For hvem står først i omsorgskøen (eller helsekøen)? De svakeste og mest sårbare, eller de mest selvhevdende og ressurssterke? Spontan omsorg kan i noen situasjoner frembringe hensynsløshet, selvcentrering og manipulering blant de trengende. Omsorgsetikkens fordelingsprinsipp må være at de verst stilte og mest sårbare prioriteres, ikke de første «til mølla».

Spontan omsorg kan altså ikke fungere som norm, det kan imidlertid den modne omsorgsutøvelse hvor refleksjon, integritet og gjensidighet vektlegges.

Kan tilsløre og presse

Å fremholde samaritanen som ideal for omsorgsutøvelse kan også være en belastning for omsorgsutøveren fordi gapet mellom det lignelser forteller bør gjøres, og det hun faktisk kan gjøre er for stort. Diskrepansen mellom lignelsens omsorgsideal og ressurs-situasjonen i dagens omsorgsykker bidrar også til at lignelsen kan fungere politisk tilslørende. Fordi hele omsorgsbehovet i lignelsen løses ved at én ressurssterk privatperson griper inn, innbyr lignelsen til å gjøre politiske og sosiale omsorgsutfordringer til et individuelt ansvar.

I omsorgsetikken argumenterer man for at omsorg også er et felles og et politisk ansvar på linje med rettferdighet, frihet og likhet. Å implementere et urealistisk omsorgsideal for enkelte grupper, det være seg sykepleiere, lærere, kvinner eller mødre, kan imidlertid være svært hensiktsmessig for dem som nyter godt av omsorgen: Det får omsorgsutøveren til å strekke seg ekstra langt, det gjør henne mottakelig overfor urimelig press og forventninger fra pasienter, arbeidsgiver og andre. I omsorgsetikken kan man ikke ha et ensidig omsorgsideal, det vil si et ideal som bare tar hensyn til den ene partens interesser, men også ha omsorg for omsorgsutøveren.

Når vi føler for det?

Heller ikke motivet for omsorgsutøvelsen, altså den inderlige medynken samaritanen kjente for stakkaren i grøften, kan tjene som et etisk forbilledlig motiv i omsorgsetikken. Skulle spontan medfølelse være idealet, risikerer vi å bare yte omsorg så lenge vi «føler for det». Presten og levitten som gikk forbi, gjorde det kanskje fordi de ikke følte noe? Å basere omsorg på en «inderlig medfølelse» skaper også utilbørlig press på omsorgsyteren, enten om å alltid yte omsorg når medfølelsen er der, eller dårlig samvittighet og følelsen av å gi annenrangs omsorg om man ikke i tillegg til å yte omsorg også føler noe spesielt.

Men dersom ikke følelser er motivet, handler omsorg da om å følge regler? Presten gikk kanskje forbi fordi han valgte å ta hensyn til reglene om det renselsesritualet han måtte gjennomgå om han rørte mannen i grøfta. Men regler kan heller ikke garantere at vi handler omsorgsfullt. Vi kan velge om vi vil følge eller bryte regler. Etikkk handler om å ta reflekterte og selvstendige valg, og stå for konsekvensene.

Må spørre hvorfor

I omsorgsetikken motiverer både følelser og retningslinjer omsorgshandlinger, men på en måte som ikke direkte kan leses ut av lignelsen. Velviljen overfor den andre er ikke borte, men andreorienteringen forankres i et stabilt karaktertrekk (fremfor en spontan følelse), og i at man velger å handle i overbestemmelse med et rasjonelt forankret omsorgsideal. Dessuten teller også interessene til omsorgsutøveren selv, og de andre som hun har en relasjon til.

Med dette som beveggrunn for omsorgshandlinger får man også en annen forståelse av hva omsorgshandlinger er: Omsorgsutøvelse



IKKE SOM I DAG: Den barmhjertige samaritan hadde alle ressurser tilgjengelig. Og han måtte ikke skynde seg for å rekke barnehagen. Foto av maleren Eugène Ferdinand Victor Delacroix (1798-1863) sitt maleri «Den barmhjertige samaritaner».

er ikke ensbetydende med å alltid gi den andre det hun vil ha. Krav om motytelser og ansvar er også en viktig del av omsorgsutøvelsen. Samaritanen spør ikke hvorfor det er behov for hjelp. Det spiller ingen rolle om mannen i grøften har vært uforsiktig eller er helt uskyldig.

Med et omsorgsetisk utgangspunkt er det vanskelig å gjøre en slik omsorg normerende. Å ikke spørre hvorfor den omsorgstrenende behøver hjelp, men alltid være rede til å assistere, kan hindre omsorgsmottaker i å lære av egne feil og ta konsekvensene av sine handlinger. Det kan skape avhengighet fremfor selvstendighet og autonomi, og være en form for umyndiggjøring. Det er noe annet å havne i en ulykkelig situasjon én (eller en sjelden) gang, enn å gjøre det stadig vekk. Hvor mange ganger skal man hjelpe den samme mannen opp av grøften?

Å ikke spørre hvorfor det er behov for omsorg kan videre være en måte å lukke øynene for ubehagelige private, profesjonelle og politiske forhold som burde være adressert fremfor å fortsette en omsorgsutøvelse som bare lindrer symptomer.

Lignelsen om den barmhjertige samaritan er en vakker fortelling, men den har begrenset gyldighet. Det synes derfor nødvendig å utarbeide en omsorgsforståelse som ikke idylliserer og tilslører omsorgsutøvelsens virkelige vilkår. ■■■



DILEMMA

Berit Støre Brinchmann om helsebyråkrati

Navn: Berit Støre Brinchmann

Bakgrunn: Professor i sykepleie ved Høgskolen i Bodø

E-post: berit.stoere.brinchmann@hibo.no

Regelrytteri eller faglig

Er det alltid viktigere å fylle ut riktige skjemaer og å forholde seg til ulike regelverk, enn å ta vare på pasientens ve og vel.

En ung mann med ADHD kontakter sin fastlege for å få fornyet resept på Concerta (et ritalinlignende medikament). Fastlegen beklager, men han har ikke mottatt svar fra Fylkesmannen, og trenger slik godkjenning for å skrive ut dette medikamentet, da pasienten er over 18 år. Den unge mannen har en gang tidligere sluppet opp for Concerta, og fikk da betydelige ADHD-symptomer. Dette er fastlegen orientert om, og det er flere måneder siden.

Den unge mannen ringer fortvilet til sin tidligere psykiater, som heller ikke

taket om godkjenning har stoppet opp. Den eldre psykiateren (på over 80 år) drar deretter til sitt faste apotek sammen med den unge mannen. Han har heller ikke tillatelse fra Fylkesmannen til å skrive ut Concerta, men forhandler med farmasøyten slik at den unge mannen til slutt får sin medisin. «Er du villig til å ta denne sjansen; det er jeg!»

Hva kan vi lære av denne episoden?

Hva skjer når ansvaret for pasienter overføres fra spesialisthelsetjenesten og til fastlegen? Det tar tid å bli kjent med nye pasienter og å sette seg inn i deres situasjon. God oppfølging og behandling av en rekke tilstander krever langt mer enn en vanlig fastlegetime gir rom for. Ikke alle fastleger har nødvendig kunnskap om ulike spesialdiagnoser, medikamenter, bivirkninger og behandling, eller hvilke skjemaer de skal benytte når de søker Fylkesmannen om godkjenning.

Det er viktig med strenge regler knyttet til utskriving av amfetaminlignende medikamenter. Hensikten med slikt regelverk er å begrense misbruk, og å sikre at farlige medisiner ikke kommer på avveier. I denne situasjonen, som helt sikkert ikke er enestående, var det imidlertid snakk om en helt uskyldig voksen pasient. Han hadde aldri misbrukt rusmidler eller medikamenter, men blitt foreskrevet Concerta av sin tidligere psykiater, fordi dette var den beste behandlingen mot hans ADHD-tilstand. Da er det synd at byråkratiet og systemet, og det å fylle ut riktige skjemaer og å forholde seg til ulike regelverk, synes viktigere enn ivaretagelsen av den enkelte pasients liv og helse, og ve og vel.

Hvem har ansvaret?

Hvem burde tatt ansvaret i denne og lig-

nende situasjoner? Fastlegen? Pasientens tidligere psykiater? Psykiatrisk akuttvakt? Hvor ble det av det faglige og moralske omdømmet og skjønnet? Sosiale normer og konvensjoner, etiske regler og retningslinjer kan veilede oss, men vi må utøve et moralsk skjønn og bruke vår innsikt og forståelse. Plikter, normer og regler kan vi støtte oss til når vi står oppe i krevende og vanskelige situasjoner, slik vi støtter oss til krykker hvis vi er dårlige til beins. Hvis krykkene blir for u håndterlige, vil de imidlertid hindre oss mer enn de er til hjelp i situasjonen. «Krykkemorale blir en erstatning for vår manglende godhet, en krykke for vår vaklende karakter ... Spontaniteten er da blitt erstattet av normmoralen» sier Kari Martinsen (1, s 85). Leger og annet helsepersonell kan miste lisensen om de bryter lover og regler. Burde de ikke heller miste lisensen om de ikke evner å utøve skjønn?

Fikk advarsel

Det er uholdbart og et stort tankekors at det måtte en eldre, faglig nestor til (på over 80 år), som var villig til å utfordre reglene, og til å skjære igjennom for å hjelpe en pasient i en urimelig og uforskyldt situasjon. Dessverre kjenner ikke alle pasienter og deres pårørende til ressurspersoner av samme kaliber, og kan dermed bli uskyldige ofre om de skulle komme ut for noe lignende. Det hører med til fortellingen at både den eldre psykiateren og apoteket i ettertid har mottatt advarsel fra Fylkesmannen, mens fastlegen som forårsaket den uheldige hendelsen gikk fri. ■■■

LITTERATUR

1. Martinsen K. Fra Marx til Løgstrup. Om etikk og sanselighet i sykepleien (2. utg.) Oslo: Universitetsforlaget, 2003.

To hele arbeidsdager har han tilbrakt ved telefonen, uten å få hjelp

kan hjelpe ham, da pasienten nå er overført fastlegen. Han får beskjed om å henvende seg til legevakten eller psykiatrisk akuttvakt, men også her blir han avvist fordi han mangler hasterekvisisjon fra fastlegen. To hele arbeidsdager har han tilbrakt ved telefonen, satt over fra sentralbord til sentralbord, uten at noen har kunnet hjelpe. Det virker som om ingen vil ta ansvar. Dette er en fredag ettermiddag og den unge mannen belager seg på en helg uten nødvendige medisiner, og med betydelige plager.

Tilfeldigvis kjenner pasientens pårørende en pensjonert psykiater i denne byen. Den eldre legen ringer Fylkesmannen, fastlegen, pasientens tidligere psykiater og psykiatrisk akuttvakt. Da får han vite at fastlegen har brukt feil skjema da han søkte Fylkesmannen om godkjenning for å skrive ut Concerta, og det er derfor ved-

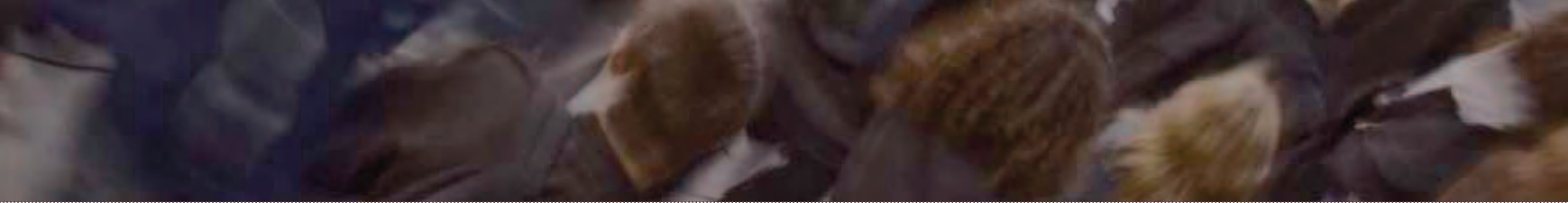
Faste bidragsytere



Leder Rådet for sykepleieetikk Marie Aakre



Professor ved seksjon for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo Per Nortvedt



skjønn?



Til refleksjon

- › Er det alltid riktig å følge reglene?
- › Hvem burde tatt ansvaret i denne og lignende situasjoner?
- › Hva ville du ha gjort om du var fagperson i denne situasjonen?
- › Hva ville du ha gjort om du var pasient eller pårørende?

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 Branka Rimac

Hvem: Branka Rimac

Alder: 51 år

Utdanning: Sykepleier med videreutdanning i sykepleieledelse

Yrke: Avdelingsleder på avdeling for revmatisme og rehabilitering, Universitetssykehuset i Zagreb, Rebro.

Hvorfor: Hun er prisbelønnet leder for det kroatisk sykepleierforbundet og sitter i styret i den europeiske sykepleierorganisasjonen EFN. Kroatia blir kanskje EU-medlem i 2011.

Pregget av krigen

På 90-tallet lappet hun sammen sårede soldater i krigen mot serberne. Nå fører hun kampen for bedre sykepleierutdanning i Kroatia.

Tekst og foto **Ellen Morland**



*«Har jeg 20-årige sykepleiere på min avdeling,
da sover jeg ikke godt om natten.»*



På fortauet i en travel gate i Zagreb ser Branka Rimac ut som en hvilken som helst husmor på bytur. Men noen av kroatene som er ute i vårsola drar kanskje kjensel på henne. Hun er den entusiastiske lederen for det kroatisk sykepleierforbundet og medlem av likestillingskomiteen i parlamentet. Kroatene har blant annet sett henne i tv-debatter om helse spørsmål, tidvis et hett tema. Det er mye som ennå ikke fungerer som det skal i den unge staten som inntil 1991 var en del av Jugoslavia. Krigen som kom etter løsrivelsen gikk hardt ut over både helse og økonomi.

Rimac passerer en mann i rullestol som tigger. Han har bare ett ben. De krigsinvalidene er synlige i bybildet, de er menn i 30-årene.

Hun kommer rett fra jobben på Rebro-sykehuset, universitetssykehuset i Zagreb, der hun har jobbet i 30 år. Klinikksjefen lot henne motvillig få gå litt tidligere. Han er vant til at hun har mange jern i ilden. Hun har dagstilling som leder for avdelingen for revmatologi og rehabilitering, men jobber ofte ekstra på kvelder og lørdager for å opparbeide fri hun trenger for å være leder i det kroatisk sykepleierforbundet HUMS.

– Høres ut som du aldri har helt fri?

– Jo, på søndager.

RIMAC HAR SETT SEG UT en restaurant der vi kan snakke uforstyrret. Hun bestiller viltkjøtt, og ser nesten litt beskjemet ut. Det er lite villskap over henne. Tross heder og berømmelse virker hun beskjeden. Branka Rimac ser fremdeles på seg selv som en vanlig sykepleierleder som prøver å gjøre en god jobb med

«Soldatene kom inn, skitne, sultne og såret.»

pasientene. Hun mener det er en fordel at hun fremdeles jobber ved sengekanten. Hennes mange erfaringer kommer pasientene til gode. Der er hun sikker i sin sak.

Jordnærheten kombinert med ekte engasjement har blitt lagt merke til. I høst ble hun kåret til årets sykepleier av internasjonalt senter for sykepleieetikk. Hun gjorde seg bemerket gjennom styreverv i det europeiske sykepleiersamarbeidet. Også NSF ble imponert. Det førte i vinter til en avtale om økonomisk støtte til HUMS fra NSF.

Branka Rimac sykepleierforbund sysler med de faglige spørsmålene. Cirka 8000 av Kroatias 30 000 sykepleiere er medlem. En annen organisasjon, som kalles Syndikatet, tar seg av rettigheter og lønn og administrerer lisensordningen. I HUMS har styrking av utdanningen topp prioritet for tiden. Kroatia står først i køen av nye EU-medlemsland. I 2011 kan medlemsforhandlingene være ferdige. Men kroatene må ta alvorlige grep før de kan bli en del av det gode europeiske selskap. De mest omtalte problemene er korrupsjon og organisert kriminalitet. Men kroatene har også en stor jobb med å tilpasse utdanningssystemet til standarden i Europa.

Sykepleierutdanningen må reformeres kraftig. Inntil i fjor begynte kroatisk ungdom på fireårig sykepleierlinje på videregående

som 14-åringer. To år på sykepleierskolen etter det gjorde dem klare for jobb som 20-åringer.

– Det er altfor ungt. Har jeg 20-årige sykepleiere på min avdeling, da sover jeg ikke godt om natten, sier Rimac kontant.

– De er for umodne. Og deres forventninger til yrket når de som 14–15-åringer velger sykepleie, er ikke realistiske.

RIMAC BEGYNTE Å JOBBE med dette allerede på midten av 90-tallet, etter at krigen var over i 1995. Forbundet ble startet i 1992. Fra 2000 var Rimac leder. Under krigen kom hun i kontakt med amerikanske helsearbeidere og ble trukket med i internasjonalt arbeid.

– Dette har utviklet meg personlig og faglig. Og gjennom dette har vi etter hvert sett at vi ikke har nok utdanning.

Nå virker EU-tilpasningen som en brekkstang for å heve standarden på faget.

– Hva er det kroatisk sykepleiere ikke kan nok om?

– It, kommunikasjon, pasientrettigheter, dokumentasjon, etikk, ramser hun opp.

Det handler også om å ta kontroll over faget.

– Skole for sykepleiere bør ledes av sykepleiere. Disse tankene fikk vi etter å ha meldt oss inn i den internasjonale sykepleierorganisasjonen ICN. Nå underviser bare leger.

Å få utdanningen inn på fakultetet, åpner for mastergrad og doktorgrad for sykepleiere. Først da kan de undervise sine egne. Til høsten er faktisk målet delvis nådd. Universitetet i Zagreb starter sykepleierutdanning på bachelornivå. Et nytt katolsk universitet gjør det samme, og får i tillegg et mastertilbud.

– Dette er virkelig noe fint! Sykepleie blir en del av det akademiske fellesskapet. Det blir en åpenhet mellom fagene. Studenter fra andre retninger kan ta fag fra vårt yrke, og omvendt, det er veldig positivt, mener Rimac.

– Hvordan er interessen for dette blant sykepleierne?

– Vi får spørsmål hver dag. De er veldig interessert. De ringer fra hele landet. Og de spør ikke engang hva det koster. Mange kommer også innom kontoret vårt for å forhøre seg om utdanningsspørsmål.

HUMS jobber tungt for å få medlemmene til å stille opp med frivillig arbeid som organisasjonen baserer seg på. Det er bare én som hever lønn, kontorlederen. Men mange sykepleiere har nok med en vanskelig hverdag. Arbeidsledigheten i Kroatia er nå oppe i 11 prosent, og stiger. Sykepleierlønnen er lav: Begynnerlønnen er 4–5000 kroner per måned. Etter fem år inkludert turnustillegg kan den komme opp i 8000. I fjor sommer innførte myndighetene en ekstraskatt på grunn av finanskrisen som har rammet hardt. Alle statlige ansatte betaler 4 prosent ekstra i skatt.

– Harac, kaller vi det her, sier Rimac, med et hissig glimt i øyet.

Navnet stammer fra skatten de forhatte tyrkerne påla befolkningen da de hadde herredømme over Balkan.

DET KAN VIRKE SOM HELE LIVET har handlet om sykepleie for Branka Rimac. I oppveksten i den lille byen Tuhelj likte hun å hjelpe andre og fant tidlig ut at hun ville bli sykepleier, til farens fortvilelse. Yrket har dårlig rykte, og han likte ikke å tenke på at datteren skulle jobbe turnus med nattevakter og lav lønn. Men moren støttet henne.

«Dette er virkelig noe fint! Sykepleie blir en del av det akademiske fellesskapet.»

Hun vokste opp med en bror og en søster i den lille landsbyen noen mil nord for Zagreb. Rimac har et hus i landsbyen nå. Det er hit hun drar på søndager.

– Det ligger like ved Kumrovec.

Hun ser granskende på meg, venter at det skal ringe en bjelle.

– Du vet, Titos fødeby, forklarer hun med en lett ironisk latter.

Da hun vokste opp var Tito fremdeles Jugokets store helt. Han styrte den sosialistiske konføderasjonen Jugoslavia fra andre verdenskrig til sin død i 1980. Barndomshjemmet hans i Kumrovec var et populært turistmål. Det var stas å fortelle at man kom fra den gamle marshallens hjemtrakter.

Videregående og sykepleierskolen tok hun i Zagreb, der hun fikk bo hos en tante, og var ferdig utdannet samme år som Titos død utløste landesorg. Hun giftet seg også, men fikk ikke barn. Hun hadde kanskje ikke tid. Mannen døde for ti år siden av sykdom. Etter det engasjerte hun seg enda sterkere i organisasjonsarbeidet og ble valgt til leder av forbundet.

– Det ble min terapi, sier hun kort.

RIMAC VIL NØDIG SNAKKE OM personlige ting, heller ikke om fortiden. Det er arbeidet i HUMS hun brenner for nå. Men hennes innsats under krigen på 90-tallet er viden kjent. Mens Rimac kommer i gang som sykepleier på begynnelsen av 80-tallet, er landet i forandring. Jugoslavia har mistet sin sterke leder som holdt motsetningen mellom folkegruppene nede. Inflasjonen øker i takt med nasjonalismen. Gammelt hat, særlig mellom serbere og kroater, blusser opp. Slovenia og Kroatia, den gang delrepublikker i Jugoslavia, erklærer sin selvstendighet fra resten av Jugoslavia i juni 1991. Den serbiskdominerte eliten i Beograd raser og beordrer militæret om å bombardere utbryterne. Slovenernes kamp er over på et par dager. Siden Kroatia har en stor serbisk minoritet, som er i flertall i noen kommuner, blir krigen lengre og bitrere her. Den varer til 1995.

De jugoslaviske tanksene ruller fremover i retning Zagreb. På Rebro-sykehuset der Rimac arbeider, blir det svært travelt.

– Når sirenene gikk måtte vi bære barna fra barneavdelingen i 4. etasje ned i kjelleren. Jeg jobbet dag og natt. Rebro var et militær-sykehus. Soldatene kom inn, skitne, sultne og såret. Jeg var på sykehuset i mange dager i strekk. Kunne ikke dra hjem.

Snart ønsker også Bosnia-Hercegovina selvstendighet. Her er situasjonen enda mer komplisert, med tre folkegrupper: kroater, serbere og bosniaker (muslimer).

Det er vanskelige tider for henne som sykepleier og for befolkningen ellers. Hun engasjerer seg i hjelpearbeid, i organisasjonen Den hvite vei (Bijeli Put). I Kroatia er krigen brutal nok, med beleiring, overgrep og snikskyttere. Men i Bosnia blir situasjonen kanskje enda mer grotesk. Siden de tre folkegruppene i mange områder bor ganske blandet, blir etnisk rensing et våpen i krigen. Hele landsbyer blir massakrert for å gi plass til andre. Kvinner blir voldtatt for å skremme og fornedre fienden. Halvmilitære grupper opererer mer eller mindre på egen hånd.

Høsten 1993 har den lille byen Nova Bila i Lasvan-dalen midt inne i Bosnia vært omringet av fiender i mange måneder. Her mangler folk alt. Bijeli Put organiserer en redningsaksjon som Branka Rimac blir med på.

– Vi reiste i busser inn til Nova Bila med forsyninger: mat, me-

disiner klær og skolebøker. Turen tok to dager med omkjøringer og kontroller på grunn av kampene.

De blir stadig stoppet. Det er farlig, de vet aldri hva ungguttene bak de store geværene har fore. Men de kommer frem.

Det synet som møtte dem i den bosniske byen gir henne fremdeles tårer i øynene.

– Kirken fungerte som sykehus, og pasientene lå overalt, på kirkebenkene, på gulvet ... Operasjonsstuen var i garasjen.

– Det var tungt å møte disse menneskene. Hver familie hadde mistet noen. Vi ble der syv dager, men vi holdt kontakten med folk der etterpå. Etter krigen samlet vi inn penger og bygde et sykehus der.

Samholdet mellom folk var bedre den gang enn det er nå, synes Rimac. Men mange er plaget av minnene.

– Folk i Kroatia er preget av krigen fremdeles. Det er mer kreft og psykisk sykdom. Folk har blitt deprimert etter opplevelsene, og mange har flyttet fra hjemstedet sitt og gamle venner.

Fra de serbiskdominerte områdene i Kroatia reiste mange til Serbia. Kroater som bodde i Bosnia flyttet til Kroatia. En del flyttet til utlandet.

ETTER JOBB drar Rimac ofte til kontoret som ligger i en drabantby utenfor sentrum av Zagreb. Det er travelt nå, i mai skal HUMS arrangere en fire dagers sykepleierkonferanse. De har booket inn mange, gode internasjonale foredragsholdere.

Men først skal hun en tur til London. 24. april blir hun tildelt en ærespris av det engelske sykepleierforbundets årlige kongress, som den første noen gang fra et land utenfor anglosaksiske områder. Så må hun innimellom ha oversikt over ombyggingen av revmatismeavdelingen. Det blir nytt og fint, med basseng. Hun glemmer ikke pasientene. ■■■





Siste utvei når bare meningsløs lidelse gjenstår.

Kari Vigeland, professor emirita i psykologi og styremedlem i foreningen Retten til en verdig død

Legalisere fortsatt forby

Agi helsehjelp til pasienter med dårlig prognose er utfordrende. Alvorlige beslutninger må tas, enten om å starte eller fortsette livsforlengende behandling eller å la være.

– Bør man kunne avslutte behandlingen når det ikke lenger er håp om et akseptabelt liv?

Kari Vigeland: – Med uakseptabelt liv forstår jeg et liv som er uten positiv livskvalitet for en syk, et liv som vil domineres av lidelse, plager og hjelpeløshet – uten at behandlingen kan endre vesentlig på dette. Behandlingen vil da være hensiktsløs og derfor bør den avsluttes.

– Sist høst fikk vi Nasjonal veileder for beslutningsprosesser for begrensnings av livsforlengende behandling hos alvorlig syke og døende. Denne skal hjelpe helsepersonell å ta slike beslutninger. Veilederen sier blant annet at når livsforlengende behandling avsluttes, skal lindrende behandling om nødvendig opptrappes. Dette er det ikke vanskelig å være enig i. Men det er heller ikke riktig å fortsette livsforlengende behandling for enhver pris, da dette kan forlenge en vond dødsprosess.

– Pasienter som er beslutningsdyktige, kan avslå behandling de ikke ønsker. Men når den syke ikke lenger har slik kompetanse, sier veilederen at legen skal ta hensyn til hva pasienten ville ønsket. Her vil et gyldig livstestament være til hjelp. Det uttrykker nettopp hva pasienten ville ha ønsket.

– Pasientrettighetsloven gir den beslutningsdyktige pasient styrket autonomi. Men en syk kan ikke kreve behandling som ikke har noen hensikt, eller som er for kostbar for samfunnet. Og slik må det være.

– Min oppfordring er å skrive livstestament.

Marie Aakre: – Med aktiv dødshjelp forstås en aktiv handling med den hensikt og følge at pasienten dør. Aktiv dødshjelp (eutanasi) er å ta liv. I dag beskrives aktiv dødshjelp enten som en leges intenderte (tilsiktete) drap på en person ved å injisere medikamenter, på personens frivillige og kompetente forespørsel. Selvvalgt, men ikke selvgjort. Eller som assistert selvmord ved å gjøre medikamenter tilgjengelig slik at personen selv kan innta dem og ta sitt eget liv, basert på personens frivillige og kompetente forespørsel.

– Aktiv dødshjelp betyr altså ikke å la være å starte eller å holde tilbake medisinsk nytteløs behandling. Heller ikke å stoppe eller trekke tilbake medisinsk nytteløs behandling. Heller ikke å starte eller avslutte behandling som kunne hatt effekt. Heller ikke det samme som terminal sedering eller avansert smertebehandling som kanskje kan forkorte livet noe hos et døende menneske.

– Jeg vil derfor reformulere spørsmålet: Bør man kunne avslutte livsforlengende medisinsk behandling som ikke har effekt når det ikke lenger er håp om bedring og et verdig liv for et døende menneske? Her er mitt svar er et tydelig JA. Åpen dialog om når nok er nok fremmer verdighet for et døende menneske, sammen med løfte om at den lindrende behandling fortsetter helt fram til døden. Det er stor forskjell på å ta liv og å la dø. Hvis behandlingen bidrar til å forlenge en uverdlig og plagsom dødsprosess, eller gir tilleggsplager og falske håp, bør den avsluttes. I et etisk perspektiv er mitt svar basert på hospiceverdiene for omsorgen ved livets slutt. De verdiene heter respekt for liv, respekt for den enkeltes verdighet, barmhjertighet, helhet og åpenhet. Dette er ikke å sette en dødelig sprøyte for å ta liv, men å tro at det alltid er mer å håpe på hvis noen bryr seg.

Vil gjør det meste vanskeligere for alle involverte.

Marie Aakre, sykepleier, høyskolelærer og leder for Faglig Etisk Råd i Norsk Sykepleierforbund

eller aktiv dødshjelp?

– Vil en legalisering av aktiv dødshjelp gjøre behandlingen enklere, mer verdig og for hvem?

Kari Vigeland: – Motstandere av aktiv dødshjelp, ikke minst innenfor det palliative miljøet, hevder ofte at man alltid kan hjelpe pasienter på andre måter enn ved aktiv dødshjelp, og da først og fremst gjennom god omsorg og lindrende behandling. Men uansett hvor langt den smertestillende og lindrende behandlingen har utviklet seg, og selv om alle mulige tiltak på dette området tas i bruk, så er det noen som ikke kan lindres godt nok. Undersøkelser anslår at det gjelder rundt 5 prosent av de døende. Jeg vil tro det er langt flere her i landet som ikke får god nok lindring. Vi har blant annet et underforbruk av morfin og lindrende sedering for døende sammenlignet med andre land.

– Det er to former for aktiv dødshjelp, eutanasi der legen gir en dødbringende injeksjon, og assistert suicid der legen skriver ut resept på en dødbringende dose, som den syke kan velge å ta selv. Begge deler skjer etter den beslutningsdyktige pasients klare og stabile ønske. 70 prosent av den norske befolkningen støtter legeassistert suicid og 63 prosent er positive også til eutanasi, dersom den døende ikke er i stand til å svelge medisin. Etter ti års praktisering av legeassistert suicid i USA, viser undersøkelser at bare et beskjedent antall pasienter har benyttet denne muligheten, og at det ikke har skjedd noen utglidning eller misbruk.

– Min viktigste grunn til å støtte aktiv dødshjelp er ikke at det skal kunne gjøre behandlingen enklere, men at det gir den håpløst syke trygghet for at det finnes en siste utvei når alle behandlingsmuligheter er utprøvd og bare meningsløs lidelse gjelder.

Marie Aakre: – NEI, legalisering av aktiv dødshjelp vil gjøre det meste vanskeligere for alle involverte parter. Verken legen, pasienten, nære pårørende, andre helsearbeidere eller samfunnet får det enklere. Selvvalgt død som helsetjeneste vil skape mange nye dilemma. Hvis leger skal kunne ta liv uten å straffes for det vil presset øke. Hvem skal påta seg oppgaven å ta liv? Det er en stor belastning for de fleste leger å være både livredder og bøddel.

– Vil verdigheten styrkes? Den største lidelsen jeg har sett har nok vært aleneheten. Meningsløshet og opplevelsen av å være til byrde er den hyppigste begrunnelse for de som har fått aktiv dødshjelp i Nederland. De som kjemper for legalisering begrunner sitt syn med respekt for autonomi. Sjelden er man vel mindre autonom enn ansikt til ansikt med egen død og hjelpeløshet. Autonomien har få beskyttende rammer, og det er respektløst å overlate så dramatiske beslutninger til et dødssykt menneske.

– Hvem skulle få dødshjelp? Noen få mennesker møter sterk lidelse og meningsløshet nær døden. Hvem de er kan sjelden forutsies. Det ville være uverdige å tilby disse «håpløst syke» aktiv dødshjelp fremfor det ypperste av god lindring og trøst.

– Og hvor skulle aktiv dødshjelp skje? På sykehjemmene der de fleste dør? På palliative enheter der lindring og trøst er selve oppdraget? I intensivavdelinger som daglig kjemper for å redde liv? Hjemme der de har levd sitt liv? I egne dødsliknere? Hva ville bli enklere?

– Noen påstår at folkemeningen viser et klart flertall for aktiv dødshjelp. Vet folk godt nok hva de svarer på? Hva slags myter lever om døden? Hvorfor skulle vi, som et av få land i verden ta livet av hverandre før det er slutt? ■■■

Tekst **Bjørn Arild Østby** Foto **Erik M. Sundt**





REFLEKS

Gjesteskribent Jon Hustad

Navn: Jon Hustad
Yrke: Journalist i Dag og Tid
E-post: jon@dagogtid.no

Vi som er leie av helsemoralisme

Kva er det som avgjer om vi får gode eller dårleg liv?

Eg må berre vedgå det: Eg har fått nok av helsemoralisme. I byrjinga av april var resultatata av ei ny kreftgransiking presentert i Journal of the National Cancer Institute. Kosthaldet til 500 000 europearar hadde vorte granska – hjelper fem om dagen? Kortsvaret er nei. Det var knapt ein signifikant effekt. Anten du åt lite eller mykje frukt og grønt, krefttraten låg stort sett stabilt. Det byrjar å føya seg inn i eit mynster dette: Østrogen, vitamintilskot, alkohol, mjølkerprodukt og så bortetter, det meste av det vi har høyrst om kva som er viktig å få i seg eller halde seg unna, har synt seg å vera feil eller i det minste, lite viktig.

Så kva er det då som avgjer om vi får gode eller dårleg liv? I 1967 sette professor Donald Read og professor Geoffry Rose ved University College London (UCL) opp ein stor, studie på kva slags risikofaktorar det var som kunne føra til hjarte-, kar- og lungesjukdomar. Det heile skulle få namnet «The Whitehall Study», forskingsobjekta var nemleg regjeringsbyråkratane i London.

Betyr det sosiale livet så mykje meir enn livsstil?

Ein av kameratane til professor Donald var chief medical advisor i det britiske regjeringsbyråkratiet. Og gjennom denne kontakten fekk professorane og assistentane deira tilgang til 18 000 menn i alderen 20 til 64 år, alle lokaliserte på eit lite område rett i nærleiken av UCL.

Så byrja dei å registrera blodtrykk, røykjevanar og kolesterolnivå, og dei gjekk heile vegen, frå dørøpnaren i Parlamentet til departementsråden i Downing Street. Studien kom til å vara i over ti år, men det var fyrst mot slutten av 1970- og inn i 1980-åra at talmaterialet verkeleg byrja å verta analysert av epidemiologen Michael Marmot. Rose fortalde som sant var, at studien primært handla om kva slags biologiske risikofaktorar det var som kunne føra til hjarte- og karsjukdomar, «men nærast for å vera gode hushaldarar registrerte vi også kvar dei ulike mennene høyrde heime i hierarkiet». Dimed var resten av Marmots yrkeskarriere fastlagd.

I 1985 starta Marmot Whitehall II. Han plukka ut ei gruppe på 10 308 kvinner og menn (denne gongen fekk altså kvinnene vera med). Studien går framleis føre seg. Så seint som no i oktober 2007 vart ei ny gruppe plukka ut.

Så kva er det Marmot og dei andre har funne ut? Jau, at om du ser isolert på hjartesjukdomar, så er det ikkje slik at dei som er høgt på rangstigen og i såkalla stressande jobbar, som vert mest råka. Dei vert minst råka. Det er dei på botnen som får flest hjarteinfarkt. I tillegg finn vi ein tydeleg rangsamanheng. Di lægre du er i hierarkiet, di meir hjartesjukdom. Med andre ord: Dei i midten har fleire hjarteinfarkt enn dei på toppen, men langt færre enn dei på botnen.

Men det stoggar ikkje der. Den same regelen gjeld for diabetes, slag, magesår, ulukker, blind vald og så bortetter. Ja, det er til og med ein samanheng mellom kreft og kvar ein står på den sosiale rangstigen. Oppsummert: Dei på botnen har over tre gonger så høg mortalitet som dei på toppen, og då skal vi hugsa på, fortel Marmot, at dei ikkje nett er fattigfolk, dei som står lengst nede, «dei eig både hus, bilar og store fjernsyn».

Her er det at nokon sjølvsagt vil peika på at livsstil må ha noko å seia, at folk på botnen, på Sagene, røykjer meir, drikk både meir øl og dårleg brennevin, og attåt trenar mindre enn dei på toppen, dei på Vindern. Ja, lyt til og med eg vedgå, det er ein samanheng mellom mortalitet og livsstil, men denne samanhengen kan i høgda forklåra 40 prosent. Jamvel om ein korrigerer for livsstil, syner analysane at dei på botnen har 2,1 gong så høg mortalitet som dei som er øvst.

Sagt på ein annan måte: Ein røykjande fjøsfeittetar på toppen lever lenger enn ein ikkje-røykjande vegetarianar på botnen.

Kan dette verkeleg vera sant? Betyr det sosiale livet så mykje meir enn livsstil? Det ser slik ut. I 1978, stutt tid før kommunismen kollapsa, var hjarte- og karsjukdom-mortaliteten mellom menn i Sverige og Litauen om lag den same, syner den såkalla LiVicordia-studien. Så kollapsa det meste i Baltikum. I 1994 var det fire gonger så mange som døydde på grunn av hjarteinfarkt i Litauen som i Sverige. Studien syner at konvensjonelle risikofaktorar – alkohol, røyk osv. – spelar ei lita rolle. Og som vi òg veit: Evolusjonen treng noko meir enn seksten år på å verka, røvarcapitalisme og rå rangering greier seg derimot med langt færre år enn seksten.

Visste du forresten at grekarane røykjer tre gonger så mykje som nordmenn og lever like lenge?

Øvrige gjesteskribenter 2010:



Trude Aarnes
Jordmor og privat-
praktiserende sexolog



Anders Folkestad
Leder i Unio



Cathrine Sandnes
er redaktør av tidsskriftet
Samtiden



Martine Aurdal
Leder av samfunns-
avdelingen i Dagbladet

Moderne design
og topp sikkerhet



i20



Hyundai i20 har alt du kan forvente av en ny bil 5 års kvalitetsgaranti, lavt forbruk av drivstoff og lavt utslipp av CO₂. Med sitt moderne design, innvendige plass og mange praktiske løsninger har Hyundai i20 blitt en vinner i sin klasse.

www.hyundai.no

Pris fra kun kr 159.950,- Pr mnd kr 1.578,-*



Hyundai i20 har oppnådd 5 av 5 mulige stjerner i ny Euro NCAP test som setter fokus på bilens totale sikkerhet. Denne testen setter standard for bilsikkerhet i Europa. www.euroncap.com

Kvalitet fra verdens 5. største bilprodusent.

Populære modeller til jobb og fritid!

praxis

...gjør dagen din behagelig

Hos Praxis presenterer vi deg nå for våre spennende nye modeller og velkjente klassikere. Modeller som gir deg følelsen av velvære enten det er på jobb eller i fritiden - uten å gå på kompromis med hverken kvalitet eller pris.

Miks som du vil
- Spar opp til
50%



Fritt valg 2 par kun

350,-



Modell 25170 Roma
Damesandal med borrelåslukking.
Kvalitet: Imitert nubukk
Farge: Lys blå m/grå og Navy m/grå
Størrelse 36 - 42
Normalpris 199,-

Modell 25110 Athen
Dame ballerinasko med borrelåslukking over vristen.
Kvalitet: Skinn
Farge: Hvit/grå
Størrelse: 36 - 42
Normalpris 299,-



Modell 25080 Lisboa
Damesandal i ekte skinn med tåstropp og borrelåslukking.
Kvalitet: Skinn
Farge: Hvit - Rød - Sort
Størrelse: 36 - 42
Normalpris 329,-



Fritt valg 2 par kun

500,-



Modell 25150 Dublin
Dame sportsko med strikk og oppbygd hæl.
Kvalitet: Imitert skinn
Farge: Hvit m/grå
Størrelse: 36 - 42
Normalpris 299,-

Modell 25180 Monaco
Sandaler til damer og herrer med borrelåslukking.
Kvalitet: Imitert skinn
Farge: Sort og hvit
Størrelse: 36 - 46
Normalpris 299,-



Fritt valg 2 par kun

400,-



Modell 25130

Amsterdam
Dame sandal med mulighet for regulering av hælrem og over vristen.
Kvalitet: Skinn med innersåle i mikrofiber
Farge: Hvit/grå
Størrelse: 36 - 42
Normalpris 299,-



Sort Rød Hvit Lys blå Turkis Lys lime Pink Azurblå Lilla Navy Coral

Ta 3 betal for 2

250,-

Formsydd topp
Modell 98508
Formsydd dame t-shirt i 100% bomull. Super myk kvalitet som holder fasong og farge - selv etter mange vask.
Str. S-3XL
(Hvit og lys blå opp til 4XL)

Miks som du vil! - Du kan fritt bestille blandt alle varene på siden og får selvfølgelig rabatt på alt - dersom du bestiller minimum 2 deler tilsammen. (gjelder ikke T-skjorter) Varene sendes i postoppkrav (kr. 129,- i porto/oppkravsgebyr) Husk at du enkelt og raskt kan bestille på våres hjemmeside, hvor du har mulighet for å betale med VISA og dermed sparer du kr. 39,- i oppkravsgebyr. Tilbudet gjelder til 30.06.2010. Full retur- og bytterett i 14 dager.

Praxis Arbeids- og Fritidsklær A/S
Sjøtun Næringspark
6899 Balestrand

Bestill på 57 69 46 00 eller www.praxis.no

- hvor du kan se hele kolleksjonen