

Vil ha smilende kommuner

Da Åslaug Haga ble kommunalminister, møtte hun en sektor som var helt utpsyka etter år med Erna. Nå skal den blomstre igjen. Men eldreomsorgen får ikke øremerkede midler.

Side 24

Smartprisen til Bergen side 10

Dokumentar: Fikk samisk-forbud side 12

Tema: Evidensbasert praksis side 30

Med rett til å flørte side 46

10



12



30



Utgivelsesplan 2007

Nr.		Materiellfrist	Utgivelse
1	Sykepleien	03.01	11.01
2	Sykepleien	17.01	25.01
3	Sykepleien	31.01	08.02
4	Sykepleien	14.02	22.02
5	Sykepleien	28.02	08.03
6	Sykepleien *	14.03	22.03
7	Sykepleien	28.03	12.04
8	Sykepleien	25.04	03.05
9	Sykepleien	16.05	24.05
10	Sykepleien *	12.06	19.06
11	Sykepleien	08.08	16.08
12	Sykepleien	22.08	30.08
13	Sykepleien	12.09	20.09
14	Sykepleien *	26.09	04.10
15	Sykepleien	10.10	18.10
16	Sykepleien	24.10	01.11
17	Sykepleien	07.11	15.11
18	Sykepleien *	28.11	06.12

* SykepleienForskning som eget bilag til Sykepleien.

Sykepleien har nå **183 000** lesere.



Donacom[®]
glukosamin

Nyhet!

- Donacom[®] er et nytt legemiddel for lindring av symptomer ved mild til moderat kneartrose¹
- Donacom[®] er et høydosert glukosamin med dosering en gang daglig¹
- Donacom[®] er et pulver med nøytral smak som løses lett opp i vann¹



Se preparatomtale side 5


ALGOL
— PHARMA —

Sykepleien

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

E-post:

redaksjonen@sykepleien.no
interaktivt@sykepleien.no

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

Ansvarlig redaktør

Barth Tholens
barth.tholens@sykepleien.no

Redaksjonssjef

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

Fagredaksjonen

Nina Hernæs (leder)
nina.hernes@sykepleien.no
Torhild Apall Dybvik
torhild.apall@sykepleien.no
Ann-Kristin Bloch Helmers
annkristin.helmers@sykepleien.no

Nyhetsredaksjonen

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

Desk og grafisk formgivning

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

Markedssjef

Ingunn Roald
ingunn.roald@sykepleien.no

Markedskonsulenter

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

Repro og trykk

Stibo Graphic AS



Foto: Bo Mathisen

- 5 Siden sist – reaksjoner
7 Helse i nyhetsbildet
9 **Elleve raske:** Halvor Fossum Lauritzsen
9 Sparer nyfødte
10 Smartprisen: 100 000 til melkerør
12 **Dokumentar:**
Fikk ikke snakke samisk med pasient
Ord mot ord
– Klart lovbrudd
– Forkastelig av UNN
18 Da August ble gentestet
20 – Angi hverandre!
22 **Barth Tholens** om ny sjanser
24 **Tett på** Åslaug Haga
27 Mot sentraliserte kjøttkaker
28 – Mer tid til spesialkost
30 **Tema:** Evidensbasert praksis
Bli evidensbasert på 1-2-3
Jobber du etter boka?
Den som leitar skal finne
Diabetespleie som virker
La filteret under lupen
Fra tilfeldighet til system
44 Glutenfritt til autistiske barn
44 Årets trønderiske sykepleieildsjel
45 Tvangsernæring lovlig
– skjerming må skjerpes
46 Med rett til å flørte
49 – Snakk om seksuell legning
50 Ser legning mer enn graviditet
51 Mor, mor og barn
51 70 registrerte fødslær
52 Mange feil på akutten
54 **Fag i utvikling:**
Da NIC og NOC kom til alders-
psykiatrisk post
56 **Lisa Øien** om lovstridigheter
59 Fagnotiser
60 Faggruppene
61 **Kontra: Terje Carlsen** om
helseundersøkelser
62 **Fagkronikk:** Enkel, blå resept
64 Bokanmeldelser
65 Nye bøker

Neste nummer: Sykepleien 02/07**Sykepleieren som prøvekanin**

Sykepleiere er en yndet profesjon å forske på, både blant sosialantropologer og kreftforskere. Vi har spurt forskerne hvorfor.



38

73



- 66 **Forfatterintervju:** Inger Johanne Østensjø
67 Månedens bok
68 Fagnotiser
69 Dilemmasvar
70 **Dilemma:**
Marie Aakre om ledere i klemma
72 Folk
72 Ny fagsjef i NSF
73 Erik Bårdsgang slutter
74 **NSF: Bente Slaatten** om
dødsdommene i Libya
Gode forsetter?
75 Dialogmøte med ministeren
76 Før: Ta en konjakk!
76 Minneord
77 Register fagartikler 2006

Tema: Evidensbasert praksis

Evidensbasert sykepleie er i vinden. Vi gir deg det du trenger for å bruke det.

- 83 SykepleienJobb
Ledige stillinger
104 Meldinger, skoler, kurs

Da August ble gentestet

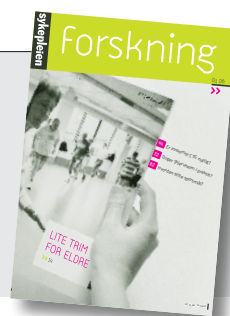
August Aschehoug likte ikke å få penselen inn i munnen. Men slik får mor og far vite om han er disponert for en type risikogener for diabetes 1. Det er et pågående prosjekt i regi av Folkehelseinstituttet.



Foto: Marit Fonn

18

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



Abort-veiledning fins

Etter å ha lest siste Sykepleien 17/06 om temaet abort, ønsker jeg gjerne å komme med noen supplerende opplysninger. Slik det går frem av reportasjen, er det et klart behov for mer veiledning og tettere oppfølging både før og ikke minst etter et abortinngrep. Det er verd å merke seg at det eksisterer et veiledningstilbud. Amatheia er en veiledningstjeneste som tilbyr gratis veiledning til kvinner og par som er blitt uplanlagt gravide. Amatheia tilbyr også samtale og oppfølging etter et abortinngrep. Det er et landsdekkende tilbud med 19 lokalkontorer.

Telefonen er åpen alle virkedager mellom 08.00-20.00.

Det er skremmende å lese hvor «enkelt» det nå kan gjøres å avslutte et svangerskap. Jeg skulle ønske at vi mer kunne forebygge, og satse mer på veiledning før en så viktig avgjørelse blir tatt. Amatheia kan hjelpe til med dette.

M. Berge

Ikke Aspberger

Navnet Aspberger syndrom, nevnt i et intervju med forfatterne Magne Medhus og Mie Mohlin i Sykepleien 5/06, er feil benevnt. Diagnosen er oppkalt etter den Østerrikske barnepsykiateren Hans Asperger og heter altså Asperger syndrom.

M. Joachimsen

Harry og patetisk

Jeg har bare lyst til å gi dere en tilbakemelding på annonsen for Viagra i siste nummer av Sykepleien. Den var i beste fall humoristisk, - kanskje mest for menn.

Men for meg som et vanlig kvinnelig medlem fortøner den seg hARRY og patetisk. Den bygger opp om en ide som i vår kultur er sterk nok allerede. Nemlig ideen om at menns ereksjon bør være passe - og at passe betyr hardere enn naturen tilbyr. Slik sett spiller den på lag med ideer om at puppene bør være akkurat passe faste, at nesa bør være rett, at tennene bør stå på rett linje, at rynker er feil, at skallethet bare er OK dersom man er barbert. Det er alle sammen beskjeder som skaper sykdom, ikke helbredelse.

Det forteller kanskje også at det meste kan skaffes for penger. Jeg synes heller ikke at annonsen er faglig opplysende, og det bør man forvente i et fagblad for sykepleiere.

Jeg vil bare ha sagt at jeg synes Sykepleien bør være kritisk til slike budskap, selv om pengene er gode å ha og sikkert går til en god sak.

Inger Kyrkjerud,
Diakonhjemmets sykehus, Oslo

Et løft

Jeg vil gratulere med bladet Sykepleien Forskning. Dette var et viktig bidrag for å løfte interessen for og formidling av forskning blant sykepleiere. Sykepleien

Forskning viser at også sykepleiere evner å forske, skrive og publisere.

Else Karin Kogstad,
Avdeling for forebyggende arbeid,
Akershus Universitetssykehus

Donacom®
glukosamin

C Donacom

Antiinflammatorisk.

ATC-nr.: M01A X05

PULVER I DOSEPOSE 1178 mg: Hver pose inneh.: Glukosaminsulfat 1500 mg tilsv. glukosamin 1178 mg, aspartam, sorbitol, hjelpestoffer.

Indikasjoner: Lindring av symptomer ved mild til moderat artrose i kneleddet.

Dosering: Innholdet i en dosepose (tilsv. glukosamin 1178 mg) løses opp i et glassvann (ca. 250 ml) og tas 1 gang daglig, helst til mat. Preparatet er ikke indisert forbehandling av akutte smertefulle symptomer.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for glukosamin eller et eller flere av hjelpestoffene. Må ikke gis ved skalldyrallergi, da virkestoffet utvinnes fra skalldyr.

Forsiktighetsregler: Forsiktighet tilrådes ved diabetes mellitus. Hyppigere kontroll av blodsukker-nivåer kan være nødvendig ved oppstart av behandlingen. Hyperkolesterolemie er observert i noen få tilfeller. Ikke anbefalt for barn og unge under 18 år, da effekt og sikkerhet ikke er klarlagt. Preparatet er pga. sorbitolinnholdet uegnet ved arvelig fruktoseintoleranse. Inneholder aspartam og forsiktighet må utvises ved fenylketonuri. Preparatet inneholder 151 mg natrium pr. dose og dette skal tas i betraktning hos pasienter som står på natriumkontrollert diett.

Interaksjoner: Rapporter tyder på at det kan være interaksjoner mellom glukosamin og perorale antikoagulantia.

Graviditet/Amming: Opplysninger mangler. Preparatet bør derfor ikke brukes under graviditet eller amming.

Bivirkninger: *Hyppige (>1/100):* Gastrointestinale: Dyspepsi, mavesmerter, diaré, forstoppelse, kvalme. Neurologiske: Hodepine, døsighet. *Mindre hyppige:* Hud: Utslett, pruritus, erytem. Enkeltrapporter om følgende bivirkninger: Utmattelse, nedstemthet, svimmelhet, allergiske reaksjoner, synsforstyrrelser, hjerteinfarkt, perifere ødemer.

Egenskaper: *Klassifisering:* Ikke-steroid antiinflammatorisk og reumatisk middel. *Virkningsmekanisme:* Glukosamin er en endogen substans. Eksogen tilførsel til dyr kan øke proteoglykan-syntesen i brusk og derved hemme nedbrytning av brusk. Langtidsstudier indikerer at glukosamin kan ha en positiv effekt på bruskmetabolismen. Studier har vist at smertelindring er forventet å inntre etter noen ukers behandling. *Absorpsjon:* Absorberes via glukosetransportører. *Proteinbinding:* Bindsikke til plasmaproteiner. *Fordeling:* Distribusjonsvolum ca. 5 liter. *Halveringstid:* Ca. 2 timer etter i.v. tilførsel. *Metabolisme:* Hovedsakelig via heksosaminsystemet. *Utskillelse:* Ca. 38% av en i.v. dose utskilles som uforandret substans i urinen.

Oppbevaring og holdbarhet: Oppbevares ved høyst 30°C.

Pakninger og priser: Dosepose: 30 stk. kr. 201,30, 90 stk. kr. 543,00.

Sist endret: 09.10.2006

Ref. 1): Se Felleskatalogen 2006



Algol Pharma AS, Smuget 1, 1383 Asker,
Tlf: 66 90 55 66 Faks: 66 90 55 67 www.algolpharma.no

Sykepleien Helt Enkelt Unikt

Sykepleiens formålparagraf

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

pleiernes 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, i følge Vær Varsom-plakaten, kan klages inn for Pressens Faglige Utvalg. Sykepleien betinger seg retten til å lagre og utgi alt stoff som publiseres i elektronisk form.

Vi siterer Freddy de Ruyter

«Elendig forslag. Det vil bli en koloss av en helseregion hvor sykehusene på Sørlandet vil bli liggende enda mer på ryggen.»

Freddy de Ruyter, Ap i Aust Agder,
om forslaget om å slå sammen
Helse Sør og Helse Øst

ARCOXIA® - RASK OG LANGVARIG EFFEKT¹

I en klinisk studie for å vise innsettende effekt²:
Smertelindring vist etter

24 minutter

I en klinisk studie for å vise innsettende effekt²:
Smertelindrende effekt i

24 timer

Til symptomatisk behandling av:

Artrose _____ **60 mg en gang daglig**

Dosen for OA skal ikke overstige 60 mg daglig. Pasientenes behov for symptomatisk lindring og terapirespons må vurderes periodisk, særlig hos pasienter med artrose.

Revmatoid artritt _____ **90 mg en gang daglig**

Anbefalt dose er 90 mg daglig. Dosen ved revmatoid artritt skal ikke overstige 90 mg daglig.

Akutt urinsyregikt _____ **120 mg en gang daglig**

Dosen for akutt urinsyregikt skal ikke overstige 120 mg daglig, begrenset til maksimalt 8 dagers behandling. ARCOXIA 120 mg bør kun benyttes under den symptomatiske perioden.

Referanser: 1. Godkjent Preparatmtale. 2. Malmstrom K, Sapre A, Coughlin H et al. Etoricoxib in acute pain associated with dental surgery: A randomized, double-blind, placebo- and active comparator-controlled doseranging study. Clin Ther 2004;26:667-679.

Referanser og fik-tekst side 68

THE POWER TO MOVE YOU **ARCOXIA**[®]
(etoricoxib, MSD)

Før forskrivning av ARCOXIA[®], se preparatmtalen for kontraindikasjoner, forsiktighetsregler og bivirkninger.
 ARCOXIA[®] er et registrert varemerke tilhørende Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, NJ, USA.

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

Nye regler om arbeidstid

Fra 1. januar gjelder nye regler om arbeidstid etter arbeidsmiljøloven. Blant annet får Arbeidstilsynet utvidet adgang til å gi dispensasjon fra arbeidstidsreglene innen visse sektorer.

NHO om likelønn

– Det er ikke sikkert at det uforklarte lønnsgapet mellom menn og kvinner skyldes diskriminering. På den andre siden kan vi ikke se helt bort i fra det heller, sier spesialrådgiver Olav Magnusen i NHO, ifølge likelønnskommisjonen.

Kritikk i Florø

Nærskjehuset i Florø får hard medfart i en rapport fra Sintef Helse, som peker på mangler ved både planleggingen, driften og finansieringen av det som skulle bli et nasjonalt pilotprosjekt.

Millioner til forskere

To forskningssentre ved Rikshospitalet-Radiumhospitalet har fått tildelt status som Senter for fremragende forskning (SFF). Åtte norske forskningsledere fikk i desember 2006 tildelt 800 millioner kroner over ti år for å skape forskning i verdenstoppen av Forskningsrådet. To av disse er professor Harald A. Stenmark ved Centre for Cancer Biomedicine og professor Ludvig M. Sollid ved Centre for Immune Regulation, Rikshospitalet-Radiumhospitalet med Universitetet i Oslo som verts-institusjon.

Rettfærd for sykehusmilliarder

Nå skal sykehusmilliardene fordeles mer rettfærdig mellom de

fem regionale helseforetakene, og da i et nytt inntektssystem som tar hensyn til geografi, befolkning, nye oppgaver og den teknologiske utviklingen. Før jul oppnevnte regjeringen i statsråd et nytt utvalg som skal se på fordelingen.

– Flere nye oppgaver for de regionale helseforetakene og store endringer i helsetjenesten etter sykehusreformen, gjør det nødvendig med et nytt inntektssystem for spesialisthelsetjenesten, sier helse- og omsorgsminister Sylvia Brustad i en pressemelding.

Storm rundt Kreftregisteret

Kreftregisteret og forskningssjef Steinar Østerbø Thoresen anklages for korrupsjon i forbindelse med utviklingen av kreftvaksinen Gardasil. Helse- og omsorgsminister Sylvia Brustad sier hun vil se nærmere på habiliteten til norske helseeksperter som har fått penger for sine bidrag til utviklingen av kreftvaksinen Gardasil.

Influensaen er kommet

Vinterens store utbrudd ventes å starte noen uker ut i januar. – Ja, vi har sett den spede begynnelsen på influensaen. Men det tar nok noen uker før vi ser det for alvor, sier overlege Hans Blystad ved Folkehelseinstituttet til Aftenposten.

Dagbøter til Helse Bergen

Arbeidstilsynet er ikke fornøyd med handlingsplanen for arbeidsmiljøet på Sandviken sykehus. Nå har tilsynet vedtatt tvangsbøter på 10 000 per dag fra 2. januar.

Protester mot dødsdom

En bølge av internasjonale protester ble utløst da Libya før jul befestet dødsdommen mot fem bulgarske sykepleiere og en palestinsk lege som er dømt for å ha smittet 426 barn med hiv. Legeforeningen ber i et brev om at Regjeringen igjen tar opp dødsdommene med myndighetene i landet, ifølge foreningens nettsted.

Dropper gjenvalg

Nestleder i Norsk Sykepleierforbund, Erik Bårdseng, varsler at han ikke stiller til gjenvalg på landsmøte til høsten.

Generalstreik for sykehuset

Sør-Varanger kommune gikk til generalstreik 19. desember for å protestere mot Helse Finnmarks vedtak om sparetiltak ved sykehuset i Kirkenes. Kommunestyret i Sør-Varanger sluttet enstemmig opp om et forslag fra ordfører Tone Hatle, som ifølge avisa Finnmarken la sakslisten til side og åpnet gårdsdagens kommunestyremøte med en oppfordring om generalstreik i kommunen.

Skal ut av eldreinstitusjonene

Sylvia Brustad og regjeringen har arbeidet for å oppfylle Sorria Moria-erklæringens mål om at unge funksjonshemmede skal ut av eldreinstitusjonene. Alle landets kommuner er pålagt å registrere hvor mange unge med nedsatt funksjonsevne som bor i slik. Foreløpige tall viser at 191 personer under 50 år var bosatt i institusjoner for eldre i 2005. Av disse bor 129 i alders- og sykehjem. Dette er en nedgang i forhold til 2004, ifølge Helserevyen.



Det er de yngste som lider mest av hudsykdommer, slår **Vårdfacket** opp på førstesiden. Likevel toner foreldrene ned barnas eksemplager.



Hvert år reiser mellom 400 og 500 danske sykepleiere til utlandet for å arbeide. Å bruke litt tid på planleggingen før man drar, kan være en god ide, mener **Sygeplejersken** i desemberutgaven.



Kan tollstasjoner i trafikken spare liv? Ja, skriver **Läkartidningen**. Ifølge tidskriftet regner de med at 23 dødsfall som følge av forurensning kan forhindres.



Sykepleiens smartpris 2006:

100 000 til melkerør



Sykepleiens smartpris 2006 gikk til nyfødtposten på Haukeland universitetssykehus og er en oppfinnelse inspirert av korketrekker og isboring.

Et perforert stålrør sørger for at donormelk blir testet for mikrober på Haukeland universitetssykehus i Bergen. Hensikten er å gi de aller minste nyfødte renest mulig donormelk.

Fornøyde vinnere

– Vi syntes selv vi hadde en god idé, sa enhetsleder Helle Milde da hun sammen med assisterende enhetsleder Kari Tøsdal mottok prisen.

De fem kandidatene med flest stemmer ble feiret med lunsj hos Sykepleien i Oslo 11. desember.

Det er Sykepleiens lesere som har stemt frem vinneren. 830 stemmer ble talt opp og 108 av dem gikk til stålrøret fra Haukeland. Alle de 21 kandidatene til Smartprisen fikk stemmer.

Slipper å tine

Hensikten med det perforerte vinnerrøret er å sikre best mulig prøvemateriale fra donormelk. Det vil si morsmelk som er gitt av andre kvinner enn barnets mor. Men denne melken må testes for mikrober. Utfordringen er at donorene leverer glass med melk fra mange pumpinger. Mellom hver pumping settes morsmelken i fryseren. Før var praksisen å sette glasset til tining i to timer, og sende den opptinte melken til laboratoriet. Resten av glasset ble frosset ned igjen. Men dette er ikke i tråd med gjeldende forskrifter.

Fordelen med det perforerte stålrøret, er at det plasseres i glasset før donor begynner å pumpe.

Når glasset leveres til morsmelkmottaket, «skrus» røret opp av melken og sikrer på den måten prøver fra alle melkelagene uten at melken må halvtines.

Skrudd idé

Ideen er inspirert både av vinopptrekkere og glasiologi. – Overlegen vår, som liker en god flaske vin, fikk en idé om å bruke korketrekkerprinsippet. Men det ble mye søl, fortalte Helle Milde.

Men å skru seg ned i melken syntes avdelingen var en god idé, som de ville spinne videre på.

De skjelte til glasiologien og hvordan isforskere skrur seg ned i is for å ta prøver. Sammen

De fem beste:

1

Haukeland universitetssykehus
Nyfødtposten
Perforert stålrør

2

Universitetssykehuset
i Nord-Norge
Anestesiseksjonen
Tralle til medisinsk utstyr

3

Sykehuset Buskerud
Kirurgisk intensiv
Skililaken av spinnakerduk

4

Akershus universitetssykehus
Avdeling for forebyggende
helsearbeid
Senter for sorgstøtte

5

Stavanger universitetssykehus
Akuttmottaket
Prioriteringsverktøy



\$\$\$:- Yes, kanskje vi kan tjene litt penger. Det tenkte Kari Løvås (t.v.) og Helle Milde da de leste om Smartprisen. De vant 100 000 kroner til fagutvikling.



FAKSIMILE fra Sykepleien nr. 13/2006.

med medisinsk-teknisk avdeling utviklet de «Prøverøret», som nå har gitt avdelingen 100 000 til fagutvikling.

– Dette gir oss noen muligheter vi før bare kunne drømme om, er Milde og Tøsdal enige om.

Rør til flere

– *Hva skal dere bruke pengene til?*

– Til prosjekter vi allerede har valgt å satse på, innenfor ernæring, respirasjon og NIDCAP, sier de og er enige om at det er masse de gjerne skulle gjort.

Det perforerte stålrøret håper de kan tas i bruk av flere.

– Vi tror andre sykehus har som praksis å halvtine melk, slik vi gjorde før. Et håp er at de i hvert fall endrer denne praksisen. For barnas skyld.

Kriterier 2007

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

Forslag merkes «Smartprisen» og sendes til smart@sykepleien.no eller Sykepleien, postboks 456 sentrum, 0104 Oslo.

Med påmelding skal følge en presentasjon som skal inneholde følgende:

En beskrivelse av ideen/løsningen med angivelse av

- Hva er dette?
- Hva er nytt?
- Hvilke fordeler har ideen/løsningen?
- Hvor langt har man kommet?
- Hvilke tanker har man for fortsettelsen?

Kontaktinformasjon til de/den som har eierskap til ideen.

(navn, adresse, telefon samt e-postadresse)

Og husk: Send inn så fort som mulig!

Ny Smartpris!

2007 kan bli året da din lure idé hjelper andre og høster penger. Innovasjon Norge og Sykepleien lokker med til sammen 200 000 kroner.

Smartprisen formerer seg: Neste år deles tre priser ut: Som i 2006 går 100 000 kroner til den kandidaten leserne stemmer frem. I tillegg vil en fagjury dele ut en egen pris på 50 000. Nytt av året er også en egen kategori for ikke-realiserede ideer. Den beste premieres med 50 000 kroner.

Falt for tun

Sykepleieredaktør og Smartprisgründer Barth Tholens mener stor bredde preger årets pris. Men han har mistanke om at det er et hav av kandidater som aldri meldte seg.

– *Noe du spesielt savner?*

– Sykehusene har vært flinke til å fremme seg selv. Vi ønsker flere forslag fra sykepleiere i kommunehelsetjenesten. De må ikke føle at deres sjanse for å nå frem er mindre.

– *Hadde du en favoritt?*

– Jeg falt litt for setertunet på Åndalsnes sjukeheim. Det er et eksempel på at man med begrensede kommunale midler også kan komme på gode ideer.

Søker gründere

Neste års Smartpris deles ut av Sykepleien og Innovasjon Norge, som er en statlig organisasjon som skal fremme næringsutvikling. Innovasjon Norge eies i dag av Nærings- og handelsdepartementet.

– Det er to grunner til at vi blir med, sier rådgiver Siri Bjørnstad i avdelingen for veiledning til oppfinnere.

– Helsevesenet har et uforløst potensial i forhold til nye ideer, og det jobber mange kvinner her. For oss er det et mål å øke antall kvinnelige gründere.

Lav terskel

Konkret skal Innovasjon Norge bidra med penger og kompetanse på idéutvikling.

– *Hva forventer dere av samarbeidet?*

– Å komme i kontakt med mange mennesker med ideer som kanskje kan utvikles videre.

– *Hva tilfører dere samarbeidet?*

– Vi vil vurdere hvilke forslag som har forretningsmuligheter og kvalitetssikre forslagene før de publiseres. Vi gir enkelt deltakere mulighet til å komme noen skritt videre med sin idé.

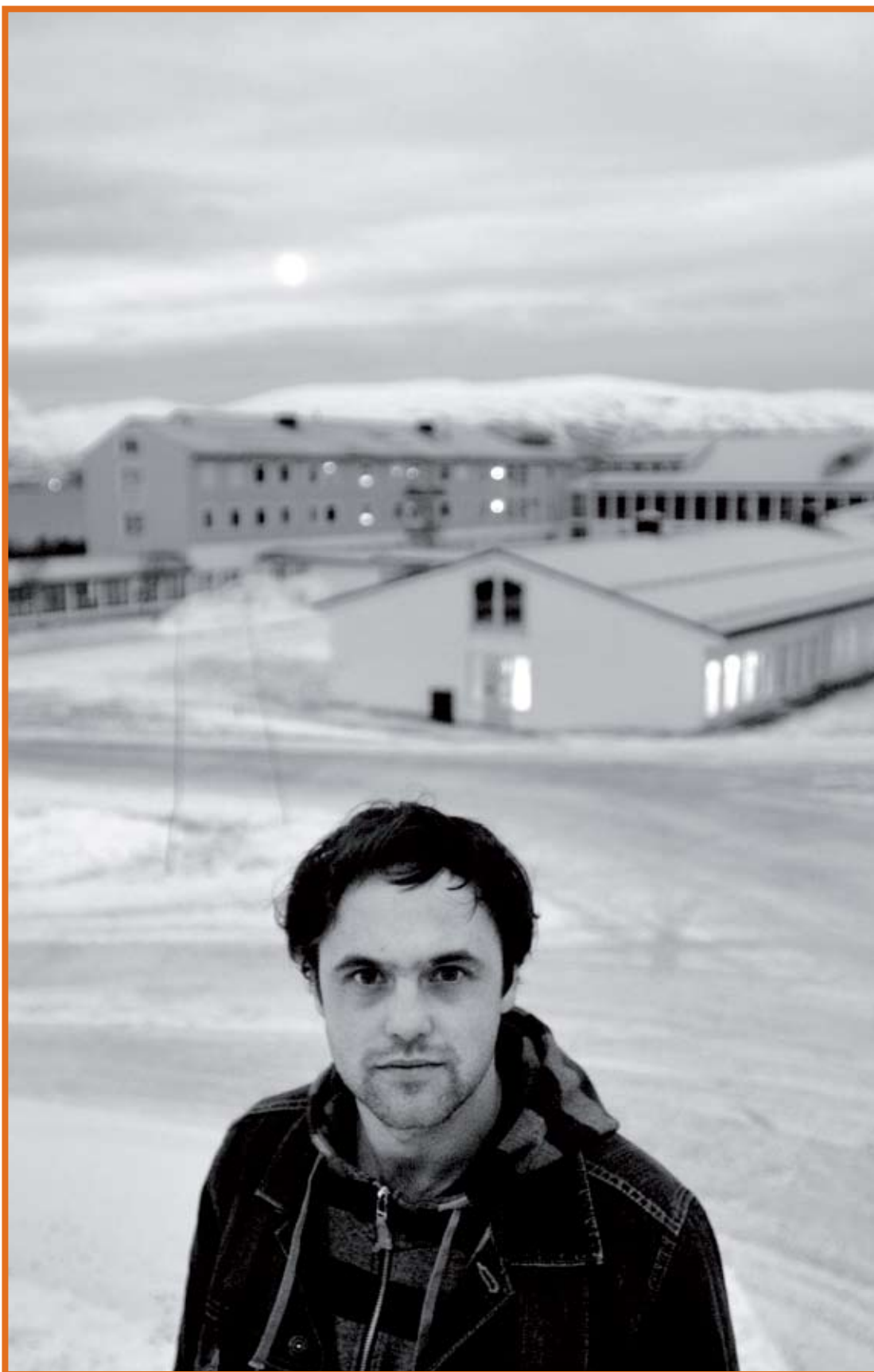
– *Noen råd?*

– Send inn. Ingen ideer er for små. Har du eller avdelingen funnet opp noe som gjør hverdagen lettere for én pasient er det godt nok. Kanskje ideen kan komme flere til nytte.



ØNSKER KONTAKT: Innovasjon Norge og Siri Bjørnstad håper å komme i kontakt med kvinnelige gründere fra helsesektoren gjennom Smartprisen 2007.

Foto: Stig Weston



PARANOIDE: Mats Erik Mackhé fikk beskjed om at de andre pasientene kunne bli paranoide hvis han snakket samisk i fellesmiljøet på en psykiatrisk avdeling på UNN. Han er ikke den eneste ansatte som har fått beskjed om ikke å snakke samisk.

Fikk ikke

La oss kalle ham Isak. Han kommer fra ei samisk bygd og har i alle år slitt med ulike psykiatriske symptomer. Det har vært tvangstanker, vrangforestillinger, konsentrasjonsvansker og en mengde andre ting. Diagnosene og utredningene har vært like mange som det finnes samiske ord for snø. Han er den ukjente hovedpersonen i historien Mats Erik Mackhé forteller oss.

Isak tiner opp

Våren 2006 går Mats Erik siste året på sykepleierutdanningen. I løpet av ti ukers utplassering på en post ved spesialpsykiatrisk avdeling ved Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) i Tromsø (tidligere Åsgård), møter han Isak for første gang.

– Jeg opplevde ham som innestuttet, og det var svært vanskelig å føre en samtale med ham. Han svarte oftest kun på tiltale og sa sjelden mer enn det mest nødvendige, forteller Mats Erik.

Sykepleieren er oppvokst i Jämtland i Sverige. Han har også bodd ti år i Jokkmokk, som er et samisk kjerneområde. Her lærte han seg en del samisk.

Det er offisielt 40 000 samer blant Norges fem millioner innbyggere. Det er et lavt estimat og tallet er økende etter at vi har fått en revitalisering av den samiske kulturen.

Først i 1959 fikk samene rett til å snakke morsmålet sitt på skolen og til å få undervisning i samisk.

Sametinget ble etablert i 1989.

snakke samisk med pasient

TROMSØ: Sykepleierstudent Mats Erik Makché fikk god kontakt med en innsluttet psykiatrisk pasient ved å bruke pasientens morsmål. Men sjefen ville ikke høre samisk i felleslokalene.

Etter hvert oppdager Isak at Mats Erik snakker litt samisk. Samisk blir dermed det språket de bruker mest, så langt det går. De har ingen dypere samtaler. De hilser på hverandre, snakker om hva som har skjedd i løpet av dagen, hva som skal skje, Isaks hjembygd og slikt.

Mats Erik merker at Isak oppsøker ham og tar kontakt. Isak blir mer sosial sammen med ham. Han blir mer kommunikativ og mer sammenhengende når han snakket samisk. Samtalen glir lettere.

– Vi fikk en bedre og nærmere kontakt med samisk enn med norsk, sier Mats Erik.

Paranoide av samisk

En dag blir han innkalt på kontoret til avdelingslederen som ber ham slutte å snakke samisk på avdelingens fellesrom fordi de andre pasientene kan bli paranoide. Han ber ham heller å gå inn på et spesialrom når de skal snakke samisk, slik at de andre pasientene ikke hører det.

– Det første jeg tenkte var at det var synd. Jeg måtte jo ha noe å si hvis jeg skulle ta ham med inn

på et lukket rom for å prate, sier Mats Erik.

Det ville bli for avansert og kunstig, dermed mister de den gode kontakten de har hatt. Isak mister det som for ham muligens har betydd oppmerksomhet, bekreftelse og trygghet. Han har ikke lenger mulighet til å få bruke sitt morsmål i en naturlig samtale.

Lovbrudd

Først etterpå begynner Mats Erik å reflektere over lovligheten i beskjeden han fått. Han leiter opp lovene og finner ut at avdelingslederens forbud strider mot flere av dem. «Den som ønsker å bruke samisk for å ivareta egne interesser overfor lokale og regionale offentlige helse- og sosialinstitusjoner, har rett til å bli betjent på samisk» heter det i samelovens paragraf 3-5 om utvidet rett til bruk av samisk i helse og sosialsektoren. Loven gjelder i det såkalte forvaltningsområdet for samisk språk, som er sju kommuner i nord, men også på Åsgård fordi UNN skal betjene befolkningen i nord. Videre er det et brudd på pasientrettig-

hetsloven paragraf 3-5 hvor det står at «informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn». I samme lov har man også paragraf 1-1 som sier at befolkningen skal ha rett til lik helsehjelp av god kvalitet og at lovens bestemmelser er til for å fremme tillitsforholdet mellom pasient og helsetjeneste og ivareta respekten for den enkelte pasientens liv, integritet og menneskeverd. Mats Erik mener man i dette tilfellet ser det motsatte. Han synes også at det er flere brudd på psykisk helsevernloven.

Urdu

Mats Erik skriver alt ned i et såkalt «arbeidskrav» og leverer sjefen sin, med frykt for at han vil komme til å stryke dersom han kommer på kant med avdelingen. På nytt innkalles han til avdelingslederen som i stedet for å beklage, mener at sykepleierstudenten ikke har forstått noen ting.

– Han spurte meg hvordan det skulle gå hvis vi snakket urdu. Jeg så ikke alvorret i at vi kunne

forstyrre de andre pasientene. De kunne bli både paranoide og gå inn i en psykose, fikk jeg høre, forteller Mats Erik.

Men er det sant, undrer han. De har også en asylsøker som pasient. Denne får snakke engelsk. Og det pågår bygningsarbeider som bråker kraftig med boring i veggene som kan gå noen og enhver på nervene.

I de ti ukene Mats Erik er utplassert ser han aldri noen samisk kunst på veggene. Den samiske nasjonaldagen 6. februar blir heller ikke markert med flagg inne. Men riktig nok flagges det ute på UNN, og det blir servert ekstra god mat på avdelingen.

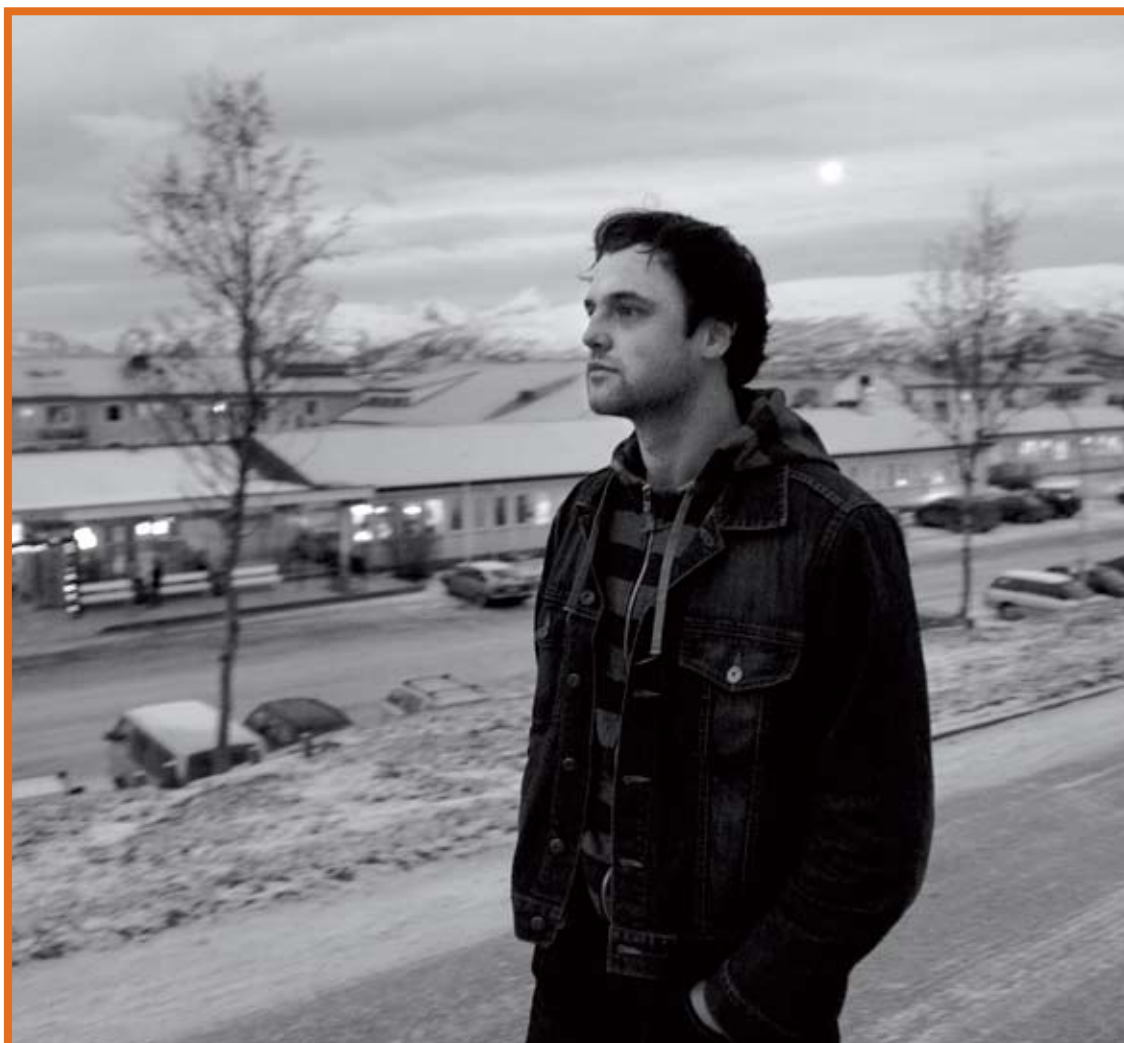
– Kommunikasjonen er ekstra viktig i psykiatri. Man skal trygge pasienten, men her fikk ikke pasienten lov til å være seg selv, verken gjennom å snakke sitt eget språk eller å se noe kjent rundt seg, bemerker Mats Erik.

Variierende rutiner

Etter praksisen skriver Mats Erik sin hovedoppgave om hvordan samiske pasienter blir møtt på UNN. Han intervjuer fem ansatte og finner at det står betydelig be-



FRYKTET Å STRYKE: Mats Erik vågde ikke å rapportere om det samiske språkforbudet selv om det var et lovbrudd. Han var utplassert student og fryktet å stryke til eksamen dersom han kom på kant med avdelingen.



dre til ved noen andre avdelinger på sykehuset.

– Men de fortalte også om avdelinger både på Åsgård og andre steder hvor de kjente igjen mine funn. Det er svært tilfeldig hvordan samiske pasienter blir møtt, sier Mats Erik.

Han får B på oppgaven og gir den til ledelsen ved Åsgård. Han blir også intervjuet i internvisa ved sykehuset.

Mats Erik mener det må mer til enn bare noen skilter på samisk for at samer skal få et likeverdig helsetilbud som etniske nordmenn.

– UNN må ansette mer samisktalende helsepersonell og lære opp sine ansatte i samisk kulturforståelse.

Han synes også at en tolk i deltidstilling er lite til hele UNN. Når tolken er ferdig på jobb klokken 14, må det ringes etter vikarer ved akutt behov.

– Jeg savner konkrete retningslinjer for hva man skal gjøre for å imøtekomme den samiske pasient. Men slike retningslinjer er ikke nok i seg selv. De må følges i praksis også.

Våknet opp som same

I dag har Mats Erik en halv stilling som nattevakt på kreftavdelingen ved UNN og studerer samisk ved universitetet på fritiden.

For ikke lenge siden jobbet han på kirurgisk post og skulle hente en pasient med et norskklingende navn på oppvåkningen. På rapporten ble det advart om at hun var stille og innesluttet og ikke ville ha kontakt med personalet. – Da hun våknet opp, snakket hun samisk. Ingen visste at hun var samisk. Ingen hadde spurt. Ingen visste om hun ønsket tolk, sier han.

Først vil Mats Erik tilegne seg praktisk erfaring og lære å bli sykepleier «på ordentlig». Men så har han lovet veilederen sin å

arbeide videre med spørsmål om samiskhet innenfor helsevesenet. – UNN er tredjelinjetjeneste og skal være det beste tilbudet vi har til den samiske befolkningen. Samiske pasienter kan ikke reise noe annet sted og finne et sykehus

som gir et bedre tilbud til dem. Så hvis de ikke får det de har krav på her, hvor skal vi sende dem da? Til månen? spør Mats Erik Mackhé, sannsynligvis UNNs eneste svensk-norsk-samisktalende sykepleier.

SAMER I PSYKIATRIEN

I USA har etniske minoriteter vært overrepresentert på psykiatriske institusjoner. Studien til Sørli og Nergård viser imidlertid at det er en prosentvis like stor andel samer som nordmenn som får psykiatrisk sykehusbehandling ved UNN.

– Dette kan blant annet ha sammenheng med at den samiske befolkningen, i motsetning til andre urfolk, gjennomsnittlig har samme utdanningsnivå som majoritetsbefolkningen og at primærhelsetjenesten er like godt utbygget i deres bostedsområder, sier Tore Sørli ved Universitetet i Tromsø.

Ord mot ord



Avdelingslederen som forbød samisk i fellesmiljøet, hevder at det var en enkeltstående episode. Men også en annen ansatt har opplevd det samme som Mats Erik i 2006.

– Versjonen til Mats Erik stemmer ikke helt, vi kan selvfølgelig ikke nekte noen å snakke språket sitt på avdelingen, sier avdelingslederen til Sykepleien.

Han forteller at det var to pasienter som var svært syke på avdelingen. Disse reagerte på at det ble snakket et språk de ikke forsto.

Derfor trakk han studenten til side og sa at det kanskje var lurt å ikke snakke samisk i fellesmiljøet. Nå ser han at denne handlingen har fått en større dimensjon enn det i utgangspunktet var ment.

– Pasientene på denne posten har en alvorlig psykisk lidelse. Noen av dem kan reagere på at de ikke forstår hva som blir sagt rundt dem, og det kan aktivere en paranoid beredskap. For å få til et godt behandlingsklima, må en ta hensyn til alle pasientene, sier han.

Beklager

Han understreker at den samiske pasienten snakker sitt språk så mye han vil i dag, både med personale og andre pasienter.

– *Angrer du på at du sa det som du gjorde?*

– Jeg måtte det da, ellers kunne jeg fått en situasjon på avdelingen.

– *Vil det si at du kanskje gjør det samme neste gang?*

– Det må jeg vurdere faglig fra gang til gang.

– *Og hva gjør du hvis en samisk pasient kommer og klager på at det blir snakket norsk?*

– Nei, her er ikke noe forbud mot å snakke sitt eget språk, og jeg beklager hvis det er blitt oppfattet som at samisktalende pasienter ikke får bruke sitt språk i avdelingen.

Krenkende

Mats Erik blåser av en slik forklaring og mener det er en etterkonstruksjon. Han ble aldri fortalt at to pasienter var ekstra syke og at det hele bare var en midlertidig løsning. Derfor fikk han inntrykk av at dette var en generell regel.

Det samme kan Anne-Lise Johnsen fortelle. Hun er sosialarbeider og var ansatt som miljøterapeut ved samme post i to måneder i fjor vinter. Da fikk hun på et tidspunkt beskjed fra avdelingsleder om ikke å snakke samisk i fellesrommene, uten at det ble henvist til at to pasienter var ekstra syke og at dette bare skulle være en midlertidig løsning.

– Jeg ble ganske overraska over å få høre det. Men jeg tror det er flere som vil kjenne seg igjen i slike historier, både ved UNN

og ved andre institusjoner, sier Johnsen.

Hun ønsker ikke å henge ut noen ved Åsgård ved å fortelle om sin erfaring, men synes det trengs en debatt rundt dette.

– Det er viktig at ikke tilfeldighetene får styre. Når en velger å si nei til det samiske, bør det foreligge en faglig begrunnelse. Kanskje er det slik at det ikke er rom for det samiske på UNN? Slike historier som her kommer fram kan tyde på det, sier hun.

Johnsen mener at et system som ikke følger de rammene som ligger i lovverket er med på å krenke pasientene.

– Vi lever tross alt i 2006 og snakker så varmt om et flerkulturelt samfunn. Men jeg opplever ofte at det samiske ikke inkluderes i det flerkulturelle begrepet, sier hun.

– Klart lovbrudd

Marit Einejord er den eneste tolken på UNN. Hun mener denne saken er et klart lovbrudd, men at det i bunn og grunn handler om høflighet.

Det handler om at folk fra Nord-Norge må oppdras til vanlig høflighet, hevder hun.

– Dessverre opplever vi som samisktalende ganske ofte at folk kan finne på å bryte inn i en samtale med følgende utbrudd: «Snakk norsk!». Men det har vært snakket samisk rundt de fleste kjøkkenbord i Nord-Norge. Det er ikke lenger akseptabelt

å irettesette folk som snakker samisk.

Duodjifri sone

Einejord bekrefter at det er lite på de psykiatriske avdelingene som forteller hvor i verden man befinner seg. Det er lite samisk brukskunst (duodji) å se.

– Bildene, makrameene, lappeteppe og mattene på gulvet er vel-

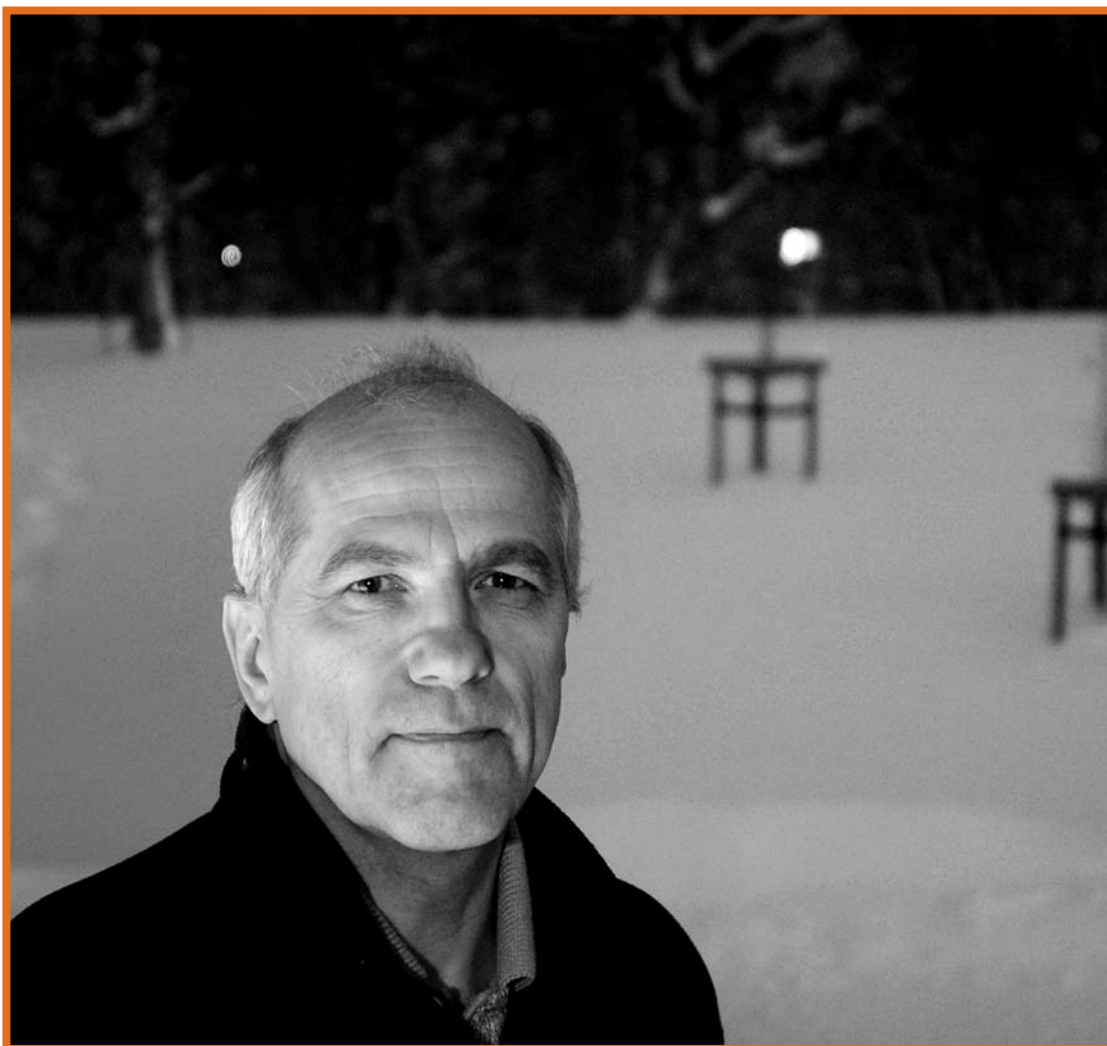
dig fremmed. Du kunne like gjerne vært i Danmark. Det er ingenting på veggene eller i tekstilene som forteller deg at du er nær hjemmet ditt og at du skal hjem igjen. Det er trist, sier hun.

Lederansvar

Einejord tror imidlertid det er nok med én tolk på UNN.

– Behandler oppdager sjelden sitt tolkebehov, og samer vil helst ikke bruke tolk. Deres største ønske er å bli betjent av samisktalende helsepersonell. Vi trenger fokus på at det er sykehuset som trenger tolk, ikke pasienten, sier hun.

Hun håper og tror at avdelingene på UNN er tydelige på at det er greit å være same og snakke samisk. Etter hvert som det er greit ute i samfunnet, vil det påvirke situasjonen inne på avdelingene selv om folk er syke og ute av seg. Det er et lederansvar å tydeliggjøre hva som er greit og hva som er uakseptabel atferd i slike saker, mener hun.

**FØLESESSPRÅKET:**

Morsmålet er følelsenes språk.
– Det er generelt akseptert i all psykiatrisk behandling, og i krisebehandling spesielt, at morsmålet foretrekkes, sier professor Tore Sørli.

Misfornøyd med psykiatrien

I en studie Sørli og Jens-Ivar Nergård publiserte i *Transcultural Psychiatry* i 2005 er en del av begrensninger dette innebærer for de samiske pasientene dokumentert. De sjekket pasienttilfredsheten ved de psykiatriske avdelingene ved UNN, sammenlignet samiske med norske pasienter og sammenlignet også pasientenes og deres respektive terapeuters vurderinger av kontakten og samarbeidet dem imellom. Funnene var ganske avslørende:

De samiske pasientene var mer misfornøyd med behandlingen enn de norske. Men terapeutene klarte ikke å fange dette opp. De opplevde at kontakten og samarbeidet var like godt med de samiske som med de norske pasientene.

Studien viste også at terapeutene ikke kartla de samiske pasientenes behov for et samiskspråklig behandlingstilbud og følgelig heller ikke ga tilbud om dette. Pasientenes bruk av alternative behandlingsmetoder ble heller ikke kartlagt eller forstått.

Kartlegger

I tråd med Sørliens konklusjoner, er ikke pasientenes misnøye fanget opp på akuttpost Nord 1. Men avdelingsleder Robert Karlsen mener posten holder det samiske perspektivet høyt.

Posten hans har ansvaret for Finnmark og de tre nordligste

– Forkastelig av UNN

Professor Tore Sørli synes denne historien er et talende eksempel på at UNN oppfatter samisk som et fremmed språk, noe han anser som helt forkastelig.

Tore Sørli er professor og leder for avdeling for klinisk psykiatri ved det medisinske fakultetet ved Universitetet i Tromsø. Han mener historien med Isak og Mats Erik illustrerer at denne posten i likhet med andre poster på de psykiatriske avdelingene ved UNN er utformet og drevet som om alle pasientene skulle ha en vestlig, norsk bakgrunn.

– Da blir alle andre språk, inklusive samisk, som er et av de tre offisielle språk i Norge,

også å oppfatte som et fremmed språk. Dette er prinsipielt selvsagt helt forkastelig, sier Sørli.

Bortsett fra skilting på samisk og ordinær tolketjeneste synes han det er lite eller intet ved utformingen og driften av UNNs psykiatriske eller somatiske poster som tilsier at en del av den befolkningen de skal betjene er samisk.

– Dette er i strid med det ansvaret UNN er pålagt for den samiske befolkningen, sier professoren.



Nytt masterstudium

Helsearbeidere som ønsker å møte pasienter med en annen kulturbakgrunn enn den norske på en best mulig måte, får snart et bedre utdanningstilbud.

Et nytt mastergradstudium i klinisk kulturpsykiatri er under utarbeidelse ved Universitetet i Tromsø. Det er et samarbeidsprosjekt mellom professor Tore Sørli ved avdeling for klinisk psykiatri ved det medisinske fakultet, professor Jens-Ivar Nergård ved det samfunnsvitenskapelige fakultet, Universitetet i Tromsø og Samisk nasjonalt kompetansesenter i Lakselv/Karasjok. Her vil samisk kultur bli vektlagt, men studiet vil også fremme en sensitivitet for kulturelle forhold som har stor overføringsverdi til møtet med pasienter fra andre kulturer.

LES MER:

Jens-Ivar Nergård har nylig gitt ut boken «Den levende erfaring, en studie i samisk kunnskapstradisjon» på Cappelen akademisk forlag. Der kan du lese mer om de tradisjonelle historiene (narrativene) som er så viktige i samisk kunnskapstradisjon.



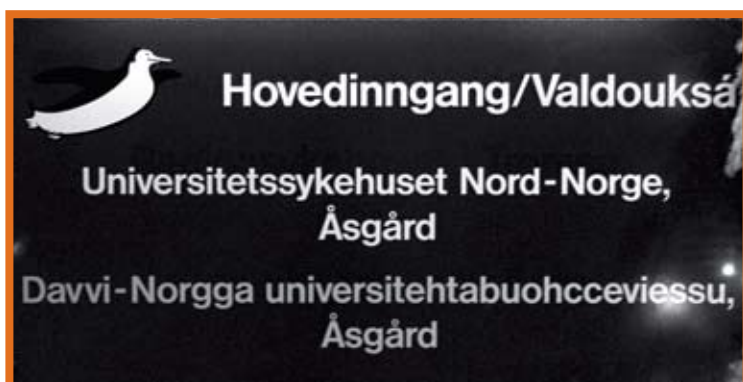
– Disse narrative har et språk som både betegner og synliggjør sykdomstilstandene, og de har en dyp forankring i den samiske tradisjonelle verdensoppfattelsen. For mange samiske pasienter finnes det ingen alternative begreper til disse, sier Sørli.

Feildiagnostiseringer

Sørli mener det er viktig med et bio-psyko-sosiokulturelt helhetsperspektiv for å kunne forstå og behandle den enkelte pasient på en god måte. Dessuten er det generelt akseptert i all psykiatrisk behandling, og i krisebehandling spesielt, at ens følelsesmessige språk, morsmålet, foretrekkes. – Dersom pasientenes kulturelle bakgrunn og kontekst ikke forstås, kan den informasjon som vanlige norske og vestlige intervjuer og utredningsprosedyrer gir, fort bli feilaktige, sier Sørli.

Uttryksformer som er normale i en kultur kan feilaktig bli oppfattet som sykelige i en annen. Ifølge retningslinjene skal den som for eksempel diagnostiserer en vrangforestilling, ha god nok kjennskap til pasientens kulturelle bakgrunn til å vite at det ikke dreier seg om forestillinger som er normale i vedkommende kultur.

– Denne transkulturelle kompetansen er dessverre ofte ikke til stede hos helsepersonell i norsk eller nordnorsk psykiatri, mener Sørli.



kommunene i Troms. Den har 13 sengeplasser og 35 ansatte. Av dem er fem samisktalende og to sykepleiere er skolert i samisk kulturforståelse.

– Vi kartlegger pasientenes behov for et samisk behandlingsopplegg og skriver i utlyste stillinger at vi har behov for samisk personell, forteller han.

Det har ikke bestandig vært like lett å få tak i samisktalende personell, men de har valgt den med samisk kompetanse når det har vært konkurranse mellom to kandidater.

Avdelingsleder ved allmennpsykiatrisk avdeling, Geir Øyvind Stensland, mener de har et stort fokus på god kommunikasjon i psykiatrien, også overfor samisktalende pasienter.

– Undersøkelser som den Sørli var med på er viktig for å belyse dette og vise hvor vi må gjøre en større innsats, sier han.

Kulturmisforståelse

Sammenlignet med den individualistiske norske kulturen, vektlegger den samiske kulturen det familiære selvet og slekten. Følelser kommuniseres oftere indirekte og ikke-verbalt. Disse kulturelle forskjellene er også kjent i andre land. De gjør ofte at terapeutene ikke oppfatter mentale helsebehov og er i utenlandske studier vist å ha negativ effekt på kvaliteten på behandlingen.

I samisk kultur er det vanlig å bruke tradisjonelle historier (narrativer) for å gi uttrykk for sin situasjon. Studien viste at pasientene underkommuniserte slike uttrykk av redsel for ytterligere sykdeliggjøring. Denne frykten var ikke ubegrunnet, for studien dokumenterte også at pasientenes bruk av slike tradisjonelle historier ble brukt som grunnlag for å sykdeliggjøre dem.

Da August ble gentestet

August Aschehoug er et av 100 000 norske barn som testes for risikogener. Hensikten er å finne ut mer om miljøårsaker til diabetes type 1.

Barn som er født med genetiske variasjoner på kromosom 6 har 20 prosent livstidsrisiko for å utvikle diabetes type 1. Til sammenligning er risikoen for barn uten disse genetiske variasjonene 1 prosent. Men gener er ikke alt; de fleste med risikogener utvikler aldri sykdommen. Diabetes type 1 skyldes en kombinasjon av arv og miljø. Forskning tyder på at miljøpåvirkning tidlig i livet, kanskje allerede i forsterlivet, spiller inn. Gjennom Midia – Miljøårsaker til type 1 diabetes skal norske forskere prøve å finne ut hvilke. Prosjektet skal avdekke barn med «diabetes risikogener» og følge dem opp frem til de er 15 år.

Mor og barn

August Aschehoug er ti måneder og har vært under forskernes luper siden før han ble født. Gjennom Mor- og barnundersøkelsen har foreldrene hans i flere omganger svart på spørreskjemaer om kosthold og andre forhold rundt graviditet og fødsel. Det er tatt biologiske prøver av mor og far rundt 17. svangerskapsuke og prøver fra navlestrengsblodet etter at August var født.

Midia er et delprosjekt i den norske Mor- og barnundersøkelsen, men deltakerne er ikke automatisk med i Midia. Barna rekrutteres for seg, og eget samtykke kreves fra foreldrene. Men for barna som allerede er med i Mor- og barnundersøkelsen er det allerede samlet inn datamateriale som kan brukes i jakten på miljøårsaker hos barna med risikogener som utvikler diabetes.

Mange tester

Forskerne må inkludere rundt 2 000 barn med «diabetes risikogener» for å få et resultat de kan stole på. Anslagsvis har 2,2 prosent av norske nyfødte disse genene. Derfor må forskerne teste 100 000 barn for å finne frem til de 2 000 som har risikogenene. Så langt er 33 135 barn testet. 718 har risikogenen. 6 har utviklet diabetes type 1.

Følges opp

For å få tak i genmateriale fra August, tas en prøve fra munnhulen ved hjelp av en liten børste. Den strykes 15-20 ganger mot innsiden av kinnnet, stikkes i en beholder med skrukork og sendes til Folkehelseinstituttet for analyse. Dersom han har risikogenene forskerne er på jakt etter, skal han følges opp ved hjelp av spørreundersøkelser, blod- og avføringsprøver. I tillegg får forskerne lov til å hente opplysninger om barnet fra andre registre som Medisinsk fødselsregister, hvis dette er godkjent av Datatilsynet.

Virus, kost og vekt

Ifølge prosjektleder for Midia, Kjersti Skjold Rønningen, er det særlig tre miljøfaktorer prosjektet fokuserer på:

- Enterovirus
- Kosthold, særlig første leveår når fast føde introduseres, og om barnet ammes.
- Vekt, og da barnets fødselsvekt og mors vektoppgang som gravid.

– Er det ikke belastende å vite at ens barn risikerer sykdom uten å kunne gjøre noe?

– Det følger vi godt med på. I alle spørreskjemaene spørres det om hvor ofte mor og far tenker på at barnet har risikogenene og hvor bekymret de er. Det siste spørres også mødrene om i Mor- og barnundersøkelsen, men vi ser ingen forskjeller i svarene deres kontra svarene i Midia.

En grunn til det er at barn med risikogenene følges opp tett av helsesøstrene ansatt i Midia og ofte også sin lokale helsesøster.

Og August?

Han hadde ikke risikogenene, og er nå ute av Midia-prosjektet. Men det finnes andre genkombinasjoner som gir økt arvelig risiko for diabetes type 1 enn dem som er testet. Derfor har han, som alle andre, fremdeles en risiko for å utvikle diabetes type 1.



MUNNHULEPRØVE: Genmateriale børstes fra innsiden av August sitt kinn, til irriterte protester.

De fleste trenger mer enn tannpuss



Flux fluor reparerer små hull

Hvis du pusser tennene med fluortannkrem to ganger om dagen i minst to minutter, ikke skyller ut skummet etterpå, ikke spiser mellom måltidene, ikke drikker brus og ikke har hatt hull i tennene – ja, da gjelder nok ikke dette deg.

Alle vi andre vil ha godt av Flux fluor. Flux gjør tannemaljen sterkere, og har faktisk evnen til å reparere små hull i tennene før de blir så store at tannlegen må bore.

Du får Flux fluor på apoteket som tyggegummi og sugetabletter med flere gode smaker og styrkegrader som passer for både barn og voksne.

Flux – sterke tenner hele livet

Flux inneholder natriumfluorid som motvirker hull i tennene. Les pakningsvedlegget nøye.



Ludens reklamebyrå Foto: Vekemey Vidéar

Les mer på www.fluxfluor.no

– Angi hverandre!

– Helsearbeidere må angi hverandre! oppfordrer Petter Eide i Amnesty International Norge.



STERKERE: Petter Eide mener fagbevegelsen har både kraft og plikt til å gjøre mer for menneskerettighetene.

Petter Eide, generalsekretær i Amnesty International, utfordret fagbevegelsen på Unios årskonferanse på Sundvollen 8. desember. Han mente potensialet er stort for å øke innsatsen for menneskerettighetene.

Rett til å kritisere

Siden begrepet menneskerettigheter ofte blir misbrukt, startet

han med et lynkurs: Rettighetene dreier seg om en minstenorm for hvordan mennesker skal behandles. Og det handler om statens forpliktelser til å beskytte individers rettigheter, blant annet til mat og helse og et liv uten vold. Hovedstrategien i menneskerettsarbeidet er å sette lys på «trollet» og identifisere overgriperne: «Vi

ser at dere ikke straffer voldtekt.» Eller: «Vi vet at dere fengsler folk uten lov og dom.»

– Hvis overgriperne vet at de ikke blir sett, fortsetter de. Vi må fortelle trollet: «Vi ser deg.»

Men dette er ikke norsk fagbevegelse flink til, mente Eide.

– Vi tror det arbeidet som gjøres er anonymt for medlemmene.

Eide påpekte at globaliseringen er en fordel for menneskerettighetsarbeidet. Det er blitt vanskeligere å bryte rettighetene uten at omverdenen ser det.

– I motsetning til andre felt har vi her rett og plikt til å fortelle andre nasjoner hvor skapet skal stå, påpekte Eide, som i februar forlater Amnesty og blir generalsekretær i bistandsorganisasjonen Care Norge.

Øyne og ører

Fagbevegelsen kan ikke jobbe for å sikre én rettighet av gangen, mener Eide.

– For eksempel er det en dårlig idé å bare jobbe med faglige rettigheter uten å sette det i sammenheng med fattigdom.

– Den aller største utfordringen for fagbevegelsen er at den vil sikre eget arbeid og økonomi, for eksempel ved å være kritisk til innvandring.

Eide etterlyste fagbevegelsens øyne og ører. Det er sjelden at rapporter om overgrep kommer fra ens egne.

– Vi hører sjelden lærere eller politi fortelle om overgrep gjort

av kolleger. Hvorfor sier ikke de tillitsvalgte fra? Beskytter de egne folk selv når disse begår menneskerettsbrudd? Er det usolidarisk å angi medlemmer? Nei, tvert imot, det er solidarisk.

Eide viste til klubblæderen i Aker Kværner som ville stoppe bedriftens aktiviteter i fangeleiren Guantanamo på Cuba, selv om den risikerte tapte arbeidsplasser.

– Lag allianser

Fagorganisasjoner møter ofte åpnere dører enn menneskerettsorganisasjoner. Amnesty kommer ikke inn i Kina – men det gjør LO.

– Den muligheten brukes for lite av fagbevegelsen. Gå i allianse med politiske krefter for å jobbe fram politiske mål utover egne interesser! Mest kjent for dette er Solidaritet i Polen som utfordret makten i hjemlandet. Fagbevegelsen har mer penger og kraft enn menneske rettighetsbevegelsen. Tenk hvor sterk en slik allianse kunne vært, sa Eide.

Tortur

Overfor Sykepleien trekker Amnesty-lederen fram tortur som et spesielt tema for helsesektoren.

– Vanligvis er helsearbeidere involvert i tortur på torturistens side. Men også på den motsatte siden, fordi de møter ofrene i behandling.

Eide har inntrykk av at norske leger og sykepleiere ikke blir undervist om dette.

– Derfor vet de ikke hvordan

de skal diagnostisere tortur og hvordan de skal rapportere om det.

– Helsepersonell vil kvie seg for å sladre på kolleger – hva skal til for å få dem til å rapportere om kollegers overtramp?

– For det første handler det ikke om å sladre i det hele tatt, men om at helsearbeidere må stå på offerets side. Hvis det er et problem for helsearbeidere at etikken står i motsetning til frykten for å sladre, trengs en grundig diskusjon i helsevesenet. Menneskerettsarbeidet krever at vi har noen varslere. Helsepersonell er velegnet til det. Det er til og med festet i etiske fordringer og internasjonale avtaler, sier Petter Eide.

– Dilemma

Unio-leder Anders Folkestad

mener Unio-forbundenes internasjonale arbeid for helse og utdanning er godt menneskerettsarbeid på kort og lang sikt. – Mye av dette arbeidet handler om å bedre hverdagen og legge til rette for et mer verdig liv. Men det er ikke alltid det gir pangoverskrifter.

Han medgir at å melde kolleger i første omgang kan oppleves som å være i strid med den indre solidariteten i en profesjon.

– Men selv om det kan være en god førsterefleks å forsvare sine egne, kan det føre til at overgrep blir parkert og oversett. Her har vi et dilemma vi må trene mer på, sier Folkestad.

Leder i Norsk Sykepleierforbund (NSF) Bente Slaatten påpeker at sykepleiere og annet



FORBEDRER SEG: Bente Slaatten og Anders Folkestad på Unio-konferansen.

helsepersonell er i en særstilling når det gjelder menneskerettigheter, fordi både etiske retningslinjer og lovverk forplikter tungt.

– Lojaliteten til pasienten er det bærende i disse yrkene.

– Men sykepleierne er ikke de største varslerne?

– Nei, og dette må det jobbes med hele tiden.

Slaatten viser til NSF's internasjonale arbeid.

– Jeg er litt uenig med Petter Eide i at dette bare er å sikre seg selv og sine egne. Særlig i fattige land som Malawi er det å bygge organisasjon og styrke det sivile samfunn en kamp for menneskerettighetene, både for sykepleierne og pasientene.

Den nye solidariteten

Mer diffus, og mer tolerant. Slik har det gått med solidariteten.

Et viktig poeng for fagorganiserte er solidaritet. Eller?

På Unios årskonferanse fortalte Steinar Stjernø, professor på Høgskolen i Oslo, om hvordan solidariteten er blitt mindre forankret i klasse, og mer i personlige valg.

– Det er mindre kollektivtenkning og mer plass for individet. Aksepten for forskjeller er økt.

Det er blitt mer diffust hva solidaritet egentlig er. Den er mindre stabil og mer flyktig, men toleransen for avvik og annerledeshet er større.

– Dens mål er mer uklart, sa Stjernø, og pekte på at i moderne partiprogrammer formuleres ofte solidaritetens mål som et samfunn i harmoni, med sosial integrering.

– En ny solidaritet i individualiseringens tid må baseres på den store samtalen om etiske spørsmål – ikke frykten for normative spørsmål, mente han.

Han kunne faktisk ønske seg mer pekefinger og moralisering, slik at det blir en levende debatt.

– I dag trengs et nytt kompromiss mellom kollektiv og individ.

Men det fins ingen solidaritet uten at individets lyst og interesser ofte må vike. Selv om nasjonalstaten fortsatt er viktig som ramme for solidariteten, må en moderne solidaritet også gripe ut over landegrensene, sa Stjernø.

Barth Tholens om nye sjanser

Stilling: Redaktør i Sykepleien

E-post: barth.tholens@sykepleien.no



Kjære landsmenn!

Jeg kunne nok ha blitt en brukbar statsminister. Særlig god ville jeg vært på nyttårstaler. Det ville blitt helt slutt på de tomme frasene. Omsorg ville blitt høystatus innen nyttårsrakettene hadde landet hos naboen.

Kjære landsmenn, kunne jeg da ha sagt, med klar røst. Er du ikke lei av å høre at vårt land vil knekke ryggen på eldrebølgen? Nu vel, vi kommer ikke til å gjøre det. Faren er over. Slapp av.

Eldrebølgen er det største vi vil oppleve i vår livstid. For 100 år siden gikk vi i graven rett etter at vi hadde filert vår siste torsk i fiskefabrikken. Snart får vi leve 30 år til OG VI KAN GJØRE HVA VI VIL. Reise! Leve! Ha tid til hverandre! Vi skal få det knallbra, det har min regjering nettopp bestemt. Kjære Landsmenn, gled dere til en alderdom som blir atskillig mer givende enn ungdommen og tusen ganger mer spennende enn livet som småbarnsforeldre i tidsklemma.

Ja, noen av dere blir selvsagt demente etter hvert! Men regjeringen har satt seg som mål å løse demensgaten innen 2020. Ikke bare i Norge, men over hele verden. Et djervt mål. Men landet ikke også amerikanerne på månen bare ti år etter at Kennedy hadde bestemt det? Derfor går vi nå inn for å redusere utslippet av demente med 50 prosent i løpet av de neste årene, ved hjelp av helt ny teknologi!

Regjeringen skal i det hele tatt løse eldregåten. Hvem har sagt at livet vil gå til hundene når gästolen etter hvert blir Norges viktigste transportmiddel? Vi må bare konvertere til livskvalitet som bærende prinsipp i vår nasjonaløkonomi. Norges Bank vil fra første januar heve renten for utstrakt pessimisme. Hvorfor ser næringsbygg i dag ut som fornøyespalasser mens sykehjemmene står fram som bagasjebokser på en nedlagt jernbanestasjon? I 2020 skal det bli motsatt: Ingen gamle skal behøve å stirre mot en betongmur i en omsorgsbolig. De gamle skal få rikelig med glassfasader, kunst av Nicolaus Wiederberg, og de skal få kantiner med palmer, dikt og fritt utsyn over fjorden.

Først og fremst, kjære landsmenn, ville jeg da ha sagt, skal vi løse yrkesstatusgaten i Norge. Når vi har funnet fram til livskvalitet-



STILSKIFTE: Gode nyheter fra Rådhusplassen: Vi avskaffer eldrebølgen som kommende katastrofe. Foto: Colourbox

koden, vil det være unødvendig å bruke flere krefter på å utvikle grå kjøpesentre med helt like butikker i alle byene. Det er ikke antallet kjøpesentre, men det økte omsorgsforbruket som vil bli Norges symbol på framgang. Omsorg vil bli vårt nye nasjonalprodukt, og omsorgsarbeiderne vil bli våre nye oljearbeidere! Derfor setter regjeringen i gang et massivt forskningsprogram som skal revolusjonere denne sektoren. Det vil føre til en eksplosiv utvikling av nye omsorgsmetoder og helsefremmende handlingsmønstre. Lille Norge vil eksportere omsorgsteknologi til hele verden! Våre viktigste selskaper vil bli operatører på alle de viktigste omsorgsfeltene i EU, Russland og Japan. Fagfolk fra fjern og nær vil strømme

til Norge for å lære. De vil i Norge få sin opplæring fra toppsjiktet innen internasjonal forskningsbasert eldreomsorg. Våre omsorgsspesialister vil framstå som en yrkesgruppe så ettertraktet at finansmeklerne vil trygle om likestilling. Ville jeg da for eksempel kunne si. Som statsminister.

I 2020 vil de gamle fortsatt være gamle, ja, de vil være eldre. Men de vil være mindre sykkeligjorte, mindre ensomme og først og fremst mindre unyttige. Det vil være en nasjonal stolthet å kunne gi de eldste det beste som samfunnet kan tilby! Å konstruere broer eller drive aksjehandel kan hvem som helst gjøre som disponerer en god datamaskin. Men å sørge for å holde oss mennesker i perfekt drift, ved hjelp av det siste innen forskning og det beste innen hjelpemidler – det vil være noe av det største som unge mennesker kan gi seg i kast med. De vil gi en avkastning som bare fantasien setter grenser for.

Slik blir det, kjære landsmenn, ville jeg da si, mens jeg så rett inn i kameraet og «Ja vi elsker» begynte å tune inn fra bakgrunnen. Nei, livet blir ikke trist under min regjering. De gamle skal ikke behøve å bo i konvertible containerhjem med utsikt mot kirkegården, dusjing bare på tirsdager og bingo som avgjørende kvalitetsindikator. De gamle skal ikke behøve å føle at de knuser barnabarna under sitt økende pleiebehov. Bingoen blir erstattet med teatersport. Og pleierne vil være kremen av nasjonens unge utdannede mennesker.

Ville jeg da si, som statsminister. Før rakettene hadde tatt overhånd. Om jeg da ikke hadde byttet ut hele det private svineriet med et gigantisk statsbekostet rakett-inferno på Rådhusplassen, mens Ammerudhjemmet hadde sittet på vipplassene på første rad.

Godt nytt år!

- ▶ Mindre muskeltretthet
- ▶ Grete Waitz sålen i alle modeller

Helse og Fritid

- ▶ Maks støtdemping
- ▶ Mindre belastning på kroppen

2007

Grete Waitz



549,-



Art. 288 oljet skinn
Beige eller sort.
35 - 46
Bestselger 2006

549,-



Art. 294 oljet skinn
Farge: rust 35-42
NYHET!
2007-modell

499,-



Art. 253 semsket
Beige eller sort.
35 - 46

499,-



Art 293 blått skinn
35-42
NYHET!
2007-modell

549,-



Art. 292 oljet skinn.
Beige. 35 - 42

Priser fra **499,-***
Normalpris fra 825,-

Tlf.: 67 97 80 40

Fax: 67 97 18 16

E-mail: post@footcare.no

For flere modeller se:
www.footcare.no

Tillat oss inntil 3 ukers leveringstid.
*Porto/oppravsgebyr kommer i tillegg

SVARKORT

Ja takk! Jeg ønsker å bestille Grete Waitz helsesko.
Skriv inn artikkelnr., farge, størrelse, antall og pris.

Artikkelnr.	Farge	Størrelse	Antall	Pris

Navn:

Adresse:

Postnr.: Sted:

Tlf.: E-post:

Det er trygt å bestille, - du har full bytte og returrett

Grete Waitz

Adressaten betaler for sending i Norge

Distribueres av Posten Norge

Foot Care AS
SVARSENDING 4330
0093 OSLO

Lokal patrioten

Åslaug Haga går fire tusen skritt på en normal dag. Tallet må opp hvis blodtrykket skal ned. Da hjelper det ikke å lunte rundt på fjordingen Lunblom.

– Mer fest i kommunene, har Åslaug Haga nettopp proklamert fra talerstolen.

Over to hundre Unio-tillitsvalgte er på årskonferanse på Sundvollen. Det er 7. desember, og kommunalministeren har sagt at selv om kommunene bestemmer selv, så gjør de det hun vil de skal gjøre: Bruker de økte finansene på barnehager, skole og eldreomsorg. Hun har knegget det som er blitt karakterisert som Stortingets ræste latter, og gjort sitt ytterste for å løfte opp norske kommuners rykte.

– Ta en fest hver gang skolen får en ny lærer! Spis bløtkake på sykehjemmet når det begynner en sykepleier der!

Sykepleien har fått ti eksklusive minutter til å fotografere statsråden. Fra 14.30 til 14.40. Haga har lært at det er lurt å følge fotografers instruksjoner og lar seg villig beordre opp i trappen, ut i regnet og til å løfte haken. Hun spanderer fem minutter ekstra.

Dagen etter skal hun legge fram regionmeldingen – og fortelle om og om igjen at: ja, regjeringen vil beholde tre politiske nivå, men nei, vi har ikke landet på et regionantall. Det trengs mer tid, selv om diskusjonen om fylkeskommuner og regioner har pågått i 20 år og dokumenthaugen er meterhøy. Det nytter vel ikke å prøve å få henne til å si et tall, hun skal avvise med et sjarmerende vrinsk.

Fem dager før jul er stemningen dempet i departementet. Knappt en medarbeider i nærheten, og rødkledde Haga henter kaffen selv. Sju små spikkede nisser med symbolske røde og grønne luer har fått plass på bordet mellom oss. De kom i posten fra en mann i Telemark. Kan hende en beundrende bonde?

Assosiasjonene går uunngåelig i retning åker og fjøs når tittelen er leder av Senterpartiet. Hun blir

Jeg vil jo at kommunene skal smile mer. Men det ble vel mye smilekurs og Janne Carlzon.

nok stadig tatt for å være landbruksminister.

– Hum, hum. Nei, det har faktisk ikke skjedd.

Men fornærmet ville hun ikke blitt.

– Greit det. Jeg er stolt av norsk landbruk, som jeg er stolt av norske kommuner.

Haga har en avslappet hånd under haken og forfekter at den sørgelige hetsen og stigmatiseringen landbruket har vært utsatt for de siste tjue årene er ufortjent.

– Det har ikke vært kulturelt fint nok å komme fra landbruket. Men holdningen er i ferd med å snu.

Hun vokste opp på gård i Nes i Akershus. Faren Hans var leder i Bondelaget. Men bondedatteren

valgte statsvitenskap og dro ut i verden som diplomat. I flere år var hun i New Dehli og New York. Det ble 14 år i UD's tjeneste, ute og hjemme. Underveis traff hun en likesinnet - en bondesønn og diplomat - giftet seg og fikk to barn.

– *Verdensdiplomati og Senterpartiet - henger det sammen?*

– Det er det mest logiske av alle sammenhenger. Jeg er lokalist og globalist.

Og hva betyr det? Jo, en erkjen-

er det altfor mye tvang. Folk bor steder de ikke ønsker - hovedsakelig fordi det mangler arbeidsplasser. Moderne distriktpolitikk handler om valgfrihet. Mye av utfordringen som regionminister er å skape et mangfold av arbeidsplasser i landet.

Haga tenker særlig på kvinnene i distrikts-Norge. Flere av dem kunne godt blitt gründere, synes hun, og skape noe selv. I dag er bare én av fire gründere av hunkjønn. Ikke fordi de ikke kan, men fordi jenter ikke har samme sjøtilliten som gutter. De må tore å ta større risiko.

– *Hvilken innflytelse har du på sykepleiernes hverdag?*

– Jeg håper jeg er med på å få dem til å rette ryggen og til å forstå hvor viktige de er.

Haga møtte en kommunal sektor som var utpsyka. Av forgjengeren Erna.

– De ansatte var tyta ørene fulle av at de var uvillige i fire år under Erna Solberg.

– *Hvordan merket du det?*

– I møte med folk på sykehjem. Ordførere. Fagforeninger.

– **Sentral minister som elsker lokalt selvstyre** – *det er jo en selvmotsigelse?*

– Jeg hører noen mener det, men er dypt uenig. Jeg er overbevist om at folk lokalt er like smarte som oss som tilfeldigvis sitter her i disse høyblokkene i Oslo. De finner smartere løsninger enn det vi kommer på. Gro Harlem Brundtland skal ha

TETT PÅ

Navn: Åslaug Haga

Alder: 47 år

Hvorfor: Fordi hun som kommunal- og regionalminister har innflytelse på folk der de bor og arbeider.

definert lokalt selvstyre slik: «Frihet til å oppfylle de nasjonale mål.»

– *Enig med Gro?*

Hun tenker seg om.

– Det er i hvert fall en sannhet med store modifikasjoner. Altfor ofte konstrueres uenighet mellom sentrale og lokale myndigheter. Jeg er ikke overrasket over at når regjeringen gir kommunene frie midler, satser de på skole og eldreomsorg.

– Sånn som vi tenker oss. Senterpartister på storting og i regjering tenker ikke annerledes enn senterpartister lokalt.

Men Haga er også for en nasjonal politikk.

– Fordi vi reagerer sterkt på ulikhet. Men det er avstand fra kravet om likhet til ønsket om lokal handlefrihet.

– *Når er det punktet vanskelig?*

– Det er avveininger hele tiden.

Å øremerke midler til barnehagebygging, synes hun er riktig, fordi det er et allment politisk ønske om full dekning. Men når målet er nådd - vekk med øremerkingen.

Haga registrerer kontinuerlig krav om øremerking til eldreomsorg. Hun er sikker på at det ville gått «helt gærnt» om hun gikk med på det.

– Fordi øremerking over tid vil bety at vi ville lage A4-maler her i høyblokka og tre dem nedover ørene på dem i kommunene. Det ville ikke blitt gode løsninger for herr Fransen og fru Hansen.





– Noen felt du klør i fingrene etter å øremerke?

– Absolutt ikke. Jeg vil kjempe med nebb og klør for frie midler til kommunene. Det handler om demokrati, er mest økonomisk effektivt og gir et skreddersydd tilbud til Fransen og Hansen.

– Ikke engang noen kroner til jordmortjeneren?

– Vi har diskutert både helsesøstre og jordmødre. I den grad man vurderer øremerking til den type tjenester, kan det bare skje hvis det dokumenteres at tilbudet er så dårlig at det trengs en fase med oppbygging.

Det er dager hun lurer på om tiden er moden.

– Men jeg er ennå ikke rede til å si at kriseplan er nødvendig. Det er ikke et tilfredsstillende tilbud i de to sektorene, men det er på sett og vis et nederlag å øremerke.

Hun stikker litt til Erna igjen:

– Dårlig kommuneøkonomi over tid har sulteføret alt som smaker av forebyggende virksomhet. Vi må bli flinkere til å forebygge så vi slipper å reparere så mye.

Haga på kontoret er en mer dempet utgave

enn den på talerstolen og på tv. Kanskje tenker hun på alt hun skal rekke før jul. Hun gleder seg til å bake. Sist helg gikk fløyten fordi Statoil og Hydro bestemte seg for å fusjonere.

– Forebygging vil dere høre mer om, sier hun plutselig. Sammen med justis- og helsemi-

nisteren skal hun sette seg ned og systematisere tanker om dette. Akkurat hva det ender opp i vet hun ikke, men et dokument skal det bli.

– Når?

– Det får du ikke skrive, sier hun og mumler et politisk strategisk tidspunkt.

– Hvis du var helseminister for en dag, hva ville du gjort?

– Nå mener jeg Sylvia har gjort en glitrende jobb. Kan ikke gi deg et godt svar.

– Noe kan du vel si? Et eller annet?

Men nei. Haga er solidarisk.

Vi snakker litt om hvor bra det er med lokalsykehus. Haga vil ha dem alle og er fornøyd med Soria Moria-erklæringen som sier det samme. Men hvilke funksjoner de skal ha, er også hun villig til å diskutere.

Smilende kommuner het det først. Men Haga fikk kalde føtter og prosjektet fikk det søvndyssende navnet *kvalitetskommuner*. Hun var redd det muntre begrepet ville bli herjet med.

– Jeg er fortsatt glad i det. Jeg vil jo at kommunene skal smile mer. Men det ble vel mye smilekurs og Janne Carlzon.

– Kan du fortelle hva en kvalitetskommune er uten at jeg begynner å gjespe?

Hun smiler ikke:

– Den gir skreddersydd tilbud til innbyggerne. Er økonomisk effektiv. Har gode arbeidsplasser og god service.

Hun gir seg der. Men hun vet at skal kommunene fornye seg, må de ansatte være involverte. Ellers setter de bremsene på.

– Hvilket ansvar opplever du for helsevesenet?

– Jeg har ikke tenkt så mye på det.

Hun vipper på stolen. Kikker ut av vinduet, i retning statsministerens kontor.

– Jeg har aldri hatt respekt for autoriteter. Det er et stort pro-

blem å se meg selv som en. Jeg er ekstremt resultatorientert.

– Har du en stemmesanker i deg som aldri hviler?

– Som politiker har jeg vel det, men det er ikke det jeg tenker på hver dag. Tenkte ikke sånn da jeg innledet på Unio-konferansen. Men det er jo valg hvert annet år. Kanskje er det naivt, men jeg tror at har man resultat å vise til, vil det gi resultat i valg. Vi får se åssen det går. Vi er jordnære i Senterpartiet, opptatt av at det skal spire og gro, sier hun på Haga-vis.

Haga går på piller. Hennes høye blodtrykk ble kjent da hun sist høst måtte kaste inn håndkledet et par uker.

– Jeg har spist piller før også, første gang som student. Jeg har en lang historie både med og uten piller.

Jada, hun vet hva som skal til: Fysisk aktivitet, spise sunt, mindre stress.

– Alt er krevende, men jeg prøver å skjerpe meg.

– Hva stresser deg?

– Alt jeg ikke får gjort. Ambisjonen er å få arbeidsdagen ned i tolv timer. Jeg er ikke riktig der ennå.

Departementet sliter med altfor høyt sykefravær.

– Men vi er ikke verstingen.

Arbeidsmiljøet er undersøkt, bedriftshelsetjenesten kontaktet. Vi har gjort alt etter boken. Skal vi videre, må vi satse på friskhet.

Konkret vil det si konkurranse. Med skritteller. Regionalpolitisk avdeling vant nettopp og fikk pris utdelt på julebordet.

– Teller du også skritt?

– Ja, ja. Jeg fikk sjokk. På en normal dag går jeg bare 4 000 skritt. Det er halvparten av det jeg bør gå. Det er sørgelig stell.

Men hun har alltid løpt litt. Og skal gå mer tur.

På småbruket på Ås har familien hest, kanin, katt og fisk i bolle.

– Det er bare hyggelig. Vi hadde en fantastisk sommer med føll. – *Yndlingsdyr?*

Jo mer jeg treffer folk i høye posisjoner, jo mer ydmyk blir jeg overfor dem som yter noe for andre i hverdagen.

Haga er visst en evig diplomat:

– Det vil jeg ikke si noe bastant om. Det er fantastisk med en ride-tur på fjordingen Lunblom. Men ikke noe er så beroligende som å ha katta i fanget.

Haga stryker håndflatene mot

hverandre mens hun vurderer eksempler på sterke inntrykk. Det må bli sjølbyggerne i Meland som hun traff i fjor vår. Hun forteller langsomt om bostedsløse, rusmisbrukere og folk med psykiske problemer som hjelper hverandre med å bygge egen bolig. Hun husker «stjernene i øya.»

– Blir du blasert av å treffe så mange mennesker?

– Jeg omgås direktører og statsråder. Men jo mer jeg treffer folk i høye posisjoner, jo mer ydmyk blir jeg overfor dem som yter noe for andre i hverdagen.

Hennes erfaring med helsevesenet dreier seg mest om faren. Han bor nå delvis på bo- og servicesenteret på Årnes. Hun var nettopp der på julebord.

– Jeg sa da, og mener inderlig at det er utrolig mange gode tilbud til folk i Norge. Folk som mottar tilbud er mer tilfreds enn de som ikke har vært borti det. Det er et tankekors.

– Hva skal du bake?

Hun nevner tre sorter - smult-ringer, fattigmann og klinge - før diplomaten igjen tar henne:

– Jeg liker å bake alt mulig.



Kjøttkaker på langtur

Ved å satse på ett storkjøkken som skal levere mat til sykehus, sykehjem og andre institusjoner i samme helseforetak, må for eksempel industriproduserte kjøttkaker belage seg på mye håndtering, ompakking og en lang tur før de serveres til pasientene. Det er helseforetakene som må betale det meste av det følgende langtur koster:

- Ut** fra lager hos produsenten
- Inn** på lager hos grossisten
- Ut** fra lager hos grossisten
- Inn** på lager på storkjøkken
- Ut** fra lager på storkjøkken
- Inn** til ompakking i plast (vakuumering)
- Inn** på nytt kjølelager
- Ut** av kjølelager
- Inn** i vogn/container og til annet kjølerom
- Ut** av kjølerom
- Inn** i fraktbil
- Ut** av fraktbil
- Inn** i kjølerom på sykehusene
- Ut** av kjølerom
- Inn** i kjøleskap på postkjøkken
- Ut** av kjøleskap
- Inn** i ovn for oppvarming
- Ut** av ovn til varmeskap
- Ut** av varmeskap for servering

Før var det grossisten som sto for frakten til hver enkelt institusjon. Dermed ble det mindre håndtering før maten kom på tallerken også.



Mot sentraliserte kjøttkaker

Kjøkkensjef Nils Terje Tangnes synes ikke noe om at store sentralkjøkken fortrenger mindre institusjonskjøkken. For er det slik at vakuumpakkede kjøttkaker blir bedre og billigere på langtur?

Tangnes er kjøkkensjef ved Stefensrud Rehabiliteringssenter i Vestre Toten kommune. Han har lang erfaring som kjøkkensjef ved hoteller og sykehjem, og nå ser han seg lei på politikernes forkjærlighet for sentralkjøkken og plastemballasje.

– Det fjerner det som av mange oppleves som selve hjertet i en institusjon. Nå må denne utviklingen snus. Vi må tilbake til den gode matomsorgen!

For sykehus og institusjoner som har ordningen med sentralkjøkken kan det være lang vei fra gryte til tallerken.

– Hele nitten ledd må både vakuuerte industrikjøttkaker og andre produkter innom. I motsetning til linjeakvitten øker ikke denne maten i verdi når den er på reisefot, sier kjøkkensjefen. Han mener løsningen fører til økt miljøbelastning, økte kostnader til distribusjon, energi og vedlikehold av kostbart utstyr.

Konsulenter uten peiling

Kjøkkensjefen mener konsulentene er årsaken til at administrasjon og politikere tror de kan spare penger på sentralkjøkkenordning.

IMOT: Kjøkkensjef Nils Terje Tangnes synes det er meningsløst å gå over til sentralkjøkken.



– Mange av konsulentene har lite eller ingen kjøkkenerfaring. Derfor står de økonomiske analysene om omlegging og ny drift ofte til strykkarakter. Etter at vedtak fattes dukker ofte uforutsette utgifter opp.

Han mener kok-kjøll-rettene som serveres til hjemmeboende, på sykehus og andre institusjoner må være på høyde med industriens – og helst bedre.

– Hvis ikke, kan industrien like godt ta over.

Siste ledd

Tilberedning og reoppvarming av mat som produseres i sentralkjøkken krever pinlig nøyaktige oppskrifter og forskjellige oppvarmingstider.

– Det skal ikke mye fantasi til for å forstå hva som skjer når for eksempel brokkoli blir varmet opp igjen like lenge som en kompakt gryterett. Smak og næringsinnhold blir deretter. Noen pasienter trenger næringstett og energirik mat. Dette behovet blir det ofte ikke lagt til rette for lenger.

Tangnes mener det er meningsløst at tilberedning av mat overføres til nye yrkesgrupper,

som for eksempel pleiepersonell på sykehjem og sykehus.

– Disse arbeidstakerne er spesialister på andre fagområder. Stadig flere av dem blir nå satt til å utføre oppgaver de ikke har lyst på og som de mangler kunnskaper om. Resultatet av sentraliseringen blir at både sykehus og kommuner er i ferd med å miste matfaglig kompetanse som det vil ta lang tid å bygge opp igjen. I Sverige, der denne sentraliseringen startet tidligere enn hos oss, er man i gang med å snu, mens vi i god tro dessverre fortsatt bygger sentralkjøkken.

– Hva mener du er alternativet til sentralisering av storkjøkken som nå sprer seg til stadig flere helseforetak og kommuner her i landet?

– Institusjoner bør uansett ha sitt eget kjøkken. Vi trenger fagfolk som kan lage mat der. Det gjelder spesielt på sykehus og sykehjem der mange pasienter er avhengig av spesialkost. Bedre oppskrifter, mer moderne utstyr, dialog med brukerne og gode rutiner for sluttbehandling av matvarene er kjøkkensjefens oppskrift for det gode institusjonskjøkkenet.

Priser stordrift:

– Mer tid til spesialkost



GODKJENT: Reidar Hansen(82) nyter kaffe og dessert etter et godt måltid lapskaus på Skedsmotun bo- og behandlingssenter. Bak står avdelingsleder Ragnhild Rogndokken og kjøkkensjef Sjur Nielsen.

På Skedsmo sentralkjøkken hersker roen. Likevel går 400 kilo grøt til pakking og nedkjøling i løpet av et kvarter, og kjøkkensjef Sjur Nielsen fryder seg over frigjort tid.

Nielsen startet som kokk på Continental i Oslo i 1966 og har aldri glemt lærdommen fra den tida.

– Da vi skulle kjøle ned sausen, satte vi kjelen på et kjøligere sted med sleiva under lokket. Her varmebehandler vi varer, pakker dem, og kjøler dem i vann. Det går tre ganger så raskt som forskriftskravet.

Kjøkkensjefen er strålende fornøyd med tidsbesparelsen.

– I vårt lille kjøkken produserer vi mat til 500 personer. Før produserte de mat til 65 personer i et like stort kjøkken. Vi driver en slags halvindustri, og det som kan settes bort til industrien setter vi bort. For eksempel skrelling og kutting av grønnsaker. Jeg vil heller bruke tid på å bearbeide kjøtt, som er en lang tid dyrere råvare.

Råd til bedre råvarer

Sentralkjøkkenet ligger i kjelleren på Skedsmotun bo- og behandlingssenter. Kjøkkenet har vært i drift siden 2003, og ved utgangen av 2005 hadde

kommunen spart 4 millioner årlig i driftskostnader på mat. Det lages mat for 500 mennesker fordelt på 52 avdelinger, og 120 abonnere. All transport utenfor senteret foregår med kjølebil.

– Vi lager også ønskekost og spesialkost. Mange tror ikke det går i et stort system, men vi frigjør tid ved å gjøre masseproduksjonen effektiv. Egentlig bruker vi de samme metodene som ble brukt for hundre år siden.

Forutsetningen for et godt resultat er at oppskriftene følges til punkt og prikke, og at alt dokumenteres. Ressurser som spares i produksjonen kan brukes til bedre råvarer.

– Shit in – is shit out. Det er viktig å ha et kritisk blikk på leverandørene.

Tøffere serveringsjobb

Lite ressurser skaper fort ubehag. På Skedsmo sentralkjøkken har rasjonaliseringen ført til bedre forhold for de ansatte. Sykefraværet gikk ned fra 21 prosent i 2000 til 6,2 i 2005, og



KJØKKENSJEF Sjur Nielsen passer på at alt loggføres og dokumenteres på Skedsmo sentralkjøkken.

bedriften har toppskår i kommunen på trivsel.

– I et kjøkken som likner et fjøs får du bare kyr til å jobbe, ler kjøkkensjefen

Nielsen samarbeider med sykepleierne på bo- og behandlingssenteret. Målet er mest mulig rasjonell drift, og «bibelen» er statens retningslinjer for kosthold i helseinstitusjonen.

– En konflikt som kan oppstå i forhold til det sykepleierfaglige gjelder tid. Tiden mellom første og siste måltid skal ikke overskride 12 timer. Men 15 timer er

det vanlige, og mye av grunnen er siste ledd, sier han.

Avdelingsleder Ragnhild Rogndokken er fornøyd med kjøkkenet, men pleierne må i større grad enn før ta ansvar for serveringen.

– Vi har bedre valgfrihet og fleksibilitet fra kjøkkenet, men det er mer jobb for dem som skal servere.

Beboer Reidar Hansen(82) nyter desserten og en kopp kaffe. Han understreker at dagens lapskaus sto til gull.

Matomsorg vurderes

I omsorgsmeldingen er det en rekke mål som omfatter matproduksjon for omsorgstjenesten. Sosial- og helsedirektoratet jobber med en utredning om klinisk ernæring i helsevesenet, som blant annet tar for seg status og utfordringer i tilknytning til forebygging og behandling av underernæring. Ifølge avdelingsdirektør Arnhild Haga Rimestad i Sosial- og helsedirektoratet er den rett rundt hjørnet. I januar 2007 legger Helse- og omsorgsdepartementet fram handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen. 11 departementer står bak handlingsplanen.



Kvalitetssikring
av legemidler.

Dosepakking

-fremtidens distribusjon
av legemidler

www.farmaka.no



Torget 12, 1830 Askim Tlf. 69 84 44 90 - Fax 69 81 59 32

E-post: post@farmaka.no

Bli evidensbasert

Alle snakker om evidensbasert – eller kunnskapbasert praksis. Men hva er det?

Og hvordan basere egen pleie på det?

På de neste sidene forteller vi hva du må vite for å komme i gang.

Side 32 - 33: Jobber du etter boka?

Begrepene du må kunne
Kunnskapsbasert brobygging
Intervju med Monica Wammen Nortvedt

Side 34 - 35: Den som leitar skal finne

Hvordan finne fram i litteraturen?

Side 36 - 37: Diabetespleie som virker

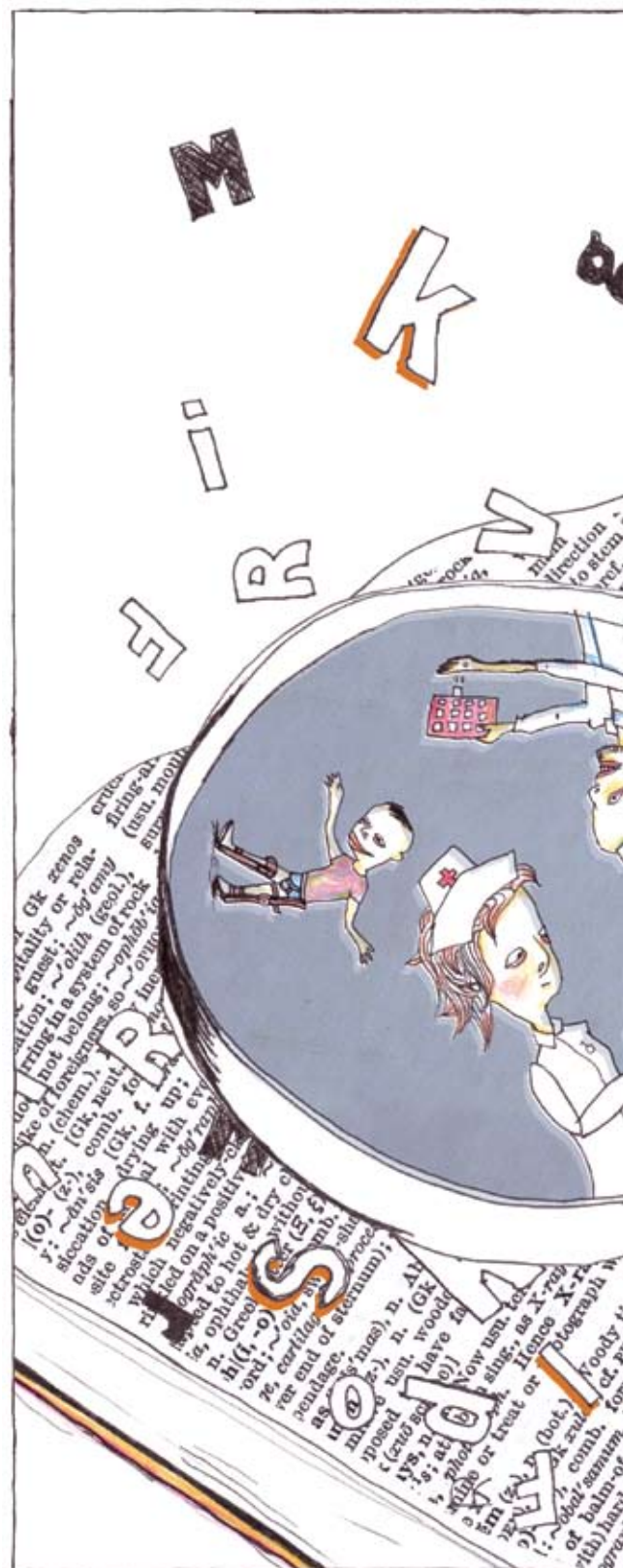
Videreutdanning i Bergen
– som vet hva de gjør – og hvorfor

Side 38 : Filter som funker

– ved Ullevål sykehus har de testet
egen praksis

Side 39 - 43: Fra tilfeldighet til system

...og resultatene kan du lese om her





på 1-2-3



Illustrasjon: Tore Fosshakken

Jobber du etter boka?

Det er betryggende å vite at praksisen holder mål – og at den ikke er basert på tilfeldigheter. Men for å kunne dekode og kritisk vurdere forskningslitteratur, er det greit å ha vokabularet i orden:

[Evidens]

Fra latin (evidentia), betyr klarhet, tydelighet og visshet.

[Empirisk]

Studier og resultater som er basert på forsøk eller observasjoner, ikke erfaring alene.

[Kunnskapsbasert praksis]

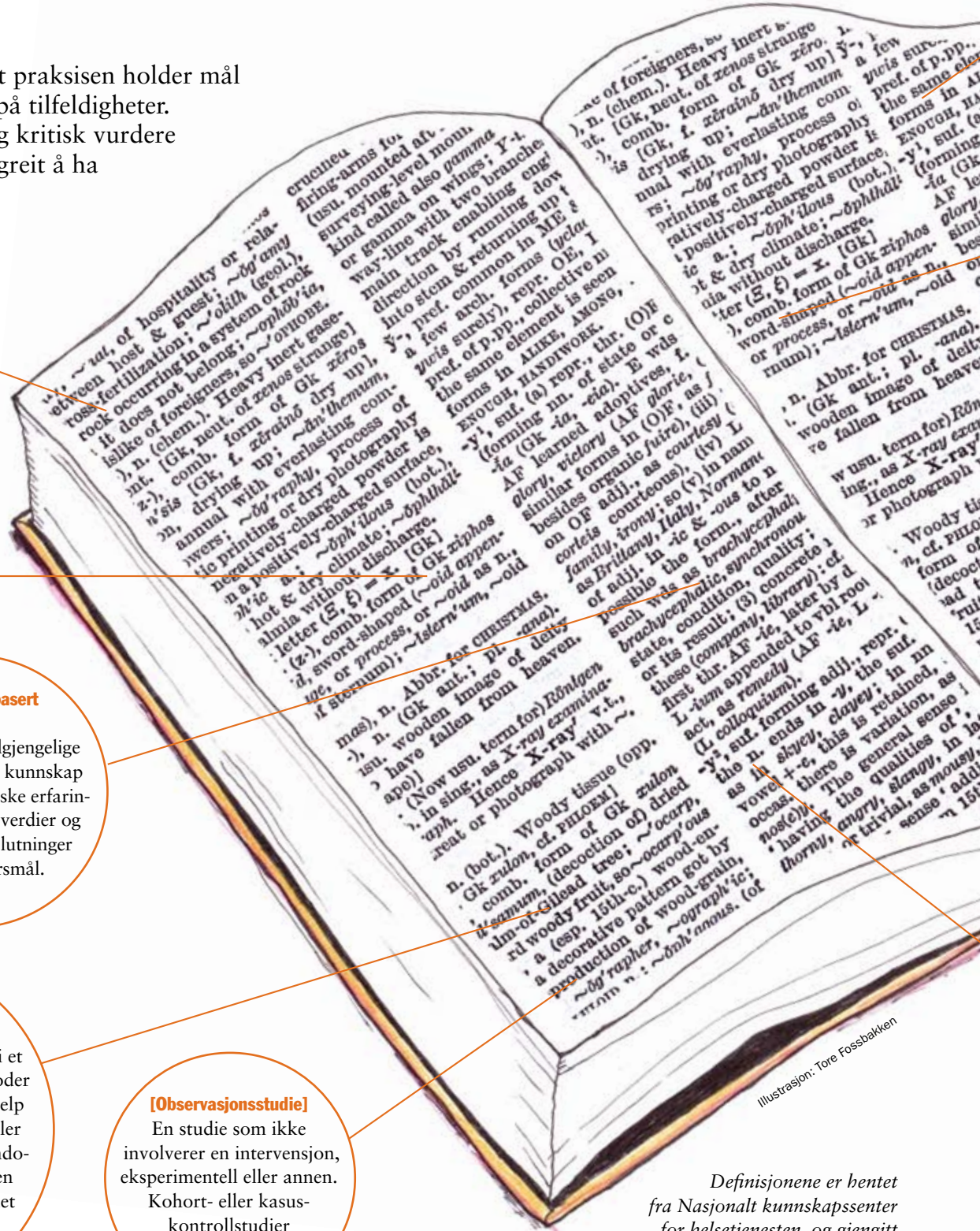
Bruke den best tilgjengelige forskningsbaserte kunnskap integrert med kliniske erfaringer og brukerens verdier og preferanser i beslutninger om helsespørsmål.

[Kvasirandomisering]

Ikke-strengt randomiserte metoder for å fordele personer i et forsøk. Kvasi-randomiserte metoder er for eksempel fordeling ved hjelp av «annen hver», fødselsdag eller ukedag/dag i måneden. Kvasirandomisering kan se tilfeldig ut, men fordelingen er forutsigbar og det er mulig å manipulere hvem som fordeles hvor.

[Observasjonsstudie]

En studie som ikke involverer en intervensjon, eksperimentell eller annen. Kohort- eller kasus-kontrollstudier er eksempler.



Illustrasjon: Tore Fosshakken

Definisjonene er hentet fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, og gjengitt med tillatelse.



[Oversiktsartikkel]

Oversikt eller sammenfatning av forskningslitteratur om et bestemt emne. Den kan være systematisk eller ikke systematisk.

[Kasus-kontrollstudie]

Studie som inkluderer individer (case/kasus) med et utfall, som oftest en sykdom, og individer i en passende kontrollgruppe som ikke har dette utfallet. De to gruppene sammenlignes med hensyn til frekvens eller grad av eksponering av bestemte risikoforhold. Oftest brukt for å identifisere årsak(er) til sykdom, eller for å se om en behandling kan gi skader eller bivirkninger.

[Randomisert kontrollert studie]

Studiedesign hvor deltakerne er randomisert (tilfeldig fordelt) til intervensjons- og kontrollgruppe.

[Korrelasjon]

Graden av samvariasjon mellom to eller flere variabler.

[Kohortstudie]

Studie av en gruppe mennesker (kohorte) hvor man kan identifisere subgrupper av personer som er, har vært, eller kan bli eksponert for en eller flere faktorer som hypotetisk påvirker sannsynlighet for sykdom eller andre utfall. Kohorten følges ofte over tid, og det observeres i hvilken grad sykdom eller andre utfall forekommer i ulike subgrupper.

[Metaanalyse]

Statistisk metode som kombinerer resultatet av to eller flere empiriske studier.

Kunnskapsbasert brobygger

Alle sykepleiere skal ikke forske, men de skal bruke forskning. Det vil Senter for kunnskapsbasert praksis bidra til.



EGET SENTER: Monica Wammen Nortvedt leder Senter for kunnskapsbasert praksis i Bergen.

– Ny kunnskap produseres så fort og er så lett tilgjengelig at sykepleiere må lære seg å vurdere den kritisk.

Det sier Monica Wammen Nortvedt, som leder Senter for kunnskapsbasert praksis. Senteret er organisert under Høgskolen i Bergen og ble opprettet i 2006. En intensjon er å fungere som brobygger mellom høyskole og praksisfelt.

Fagringer

– *Hva gjør dere?*

– Vi bygger opp kompetanse, underviser og veileder. I begynnelsen rettet vi seminarer mot praktikere, men ser at vi også må ha med ledere. Derfor har vi nå seminarer rettet mot dem. Vi formidler hva kunnskapsbasert praksis betyr på den enkelte enhet og hvordan det skal brukes.

– *Aktuelle prosjekter?*

– Kliniske fagringer er ett. 35 sykepleiere fra forskjellige avdelinger på Haukeland universitetssykehus lærer opp i å bruke kunnskapsbasert praksis. Vi har undervist i metode og gir veiledning. De har laget problemstilling, søkt på litteratur, som de har vurdert kritisk og holdt dette opp mot praksis på sin avdeling. Eksempler på problemstillinger er ernæring til kreftpasienter og stell av stråleskadede hud.

Målet med fagringene er todelt: Å lære sykepleiere å bruke metoden og å implementere den i praksis.

Dele-kultur

Nortvedt håper senteret kan være en nasjonal ressurs.

– Tanken er å dele kunnskap og erfaring, sier hun.

– *Hvordan står det til med praksis i det norske helsevesenet – er den kunnskapsbasert?*

– Det er et langt steg fram å gjøre sykepleiere i stand til å vurdere forskning kritisk. Men vi vil gjerne hjelpe til.

Les mer: www.hib.no/senter/kunnskapsbasert

tekst **Nina Hernæs** foto **Marit Fonn**

**Grete Oline Hole**stipendiat/høgskolelektor
Senter for Kunnskapsbasert praksis
Høgskolen i Bergen**Lena Victoria Nordheim**bibliotekar
Senter for Kunnskapsbasert praksis
Høgskolen i Bergen

Den som leitar skal finne

Korleis kan du som sjukepleiar finne kvalitativ forskning til nytte i eigen praksis?

Pasient/Populasjon:

kven gjeld dette?

Intervensjon:

kva hender?

kva fenomen er vi interessert i?

Conditions:

under kva tilhøve finn dette stad?

Outcome:

kva er utfallet;

kva resultat er vi er interessert i?

Tabell 1

Funn frå kvalitativ forskning er ei kjelde til kunnskap både innan medisin og sjukepleie (1, 2). Kunnskapsbasert praksis (KBP) er kritisert for å fokusere på kvantitative studiar, med resultat som kan teljast og målast (3). Denne artikkelen vil klargjere korleis KBP kan hjelpe sjukepleiarane å integrere funn frå kvalitativ forskning i eigen yrkesutøving, og peike på nokre strategiar for å *finne* og *bruke* kvalitativ forskning som rettesnor for praksis. Å *kritisk vurdere* det ein finn er ein viktig del av kunnskapsbasert praksis, men er ikkje tema for denne artikkelen.

Kva er kunnskapsbasert praksis?

Kunnskapsbasert praksis er å bruke kunnskap frå forskning, frå erfaring og frå kjennskap til pasientane når ein tek avgjerder innan klinisk verksemd. Alt i 1972 hevda Archie Cochrane at det tok for lang tid før viktige og relevante resultat frå forskning var i ålmenn bruk (4), men omgrepet 'Evidence Based Medicine' kom først på 90-talet (5). Tankegangen vert no brukt innan mange disiplinar, og ein har i aukande grad gått over til å snakke om *evidence based practice*, eller på norsk: kunnskapsbasert praksis.

Frå starten vart det av poengtert at kunnskap frå forskning, yrkesutøvarens faglege skjønn og pasienten ønskje skal vektleggast like mykje: «*a approach that integrates the best external evidence with individual clinical expertise*

and patients choice, it cannot result in slavish cookbook approaches to individual patient care.» Sosialfagleg praksis vil 'evidensen' eller 'bevisa' stamme frå ulike kunnskapsformer, alt etter kva spørsmål ein stiller. Medan kritiskarar hevdar at KBP representerar behandlingsregimer som overprøver fagleg skjønn (3,6), vil dei som arbeidar etter desse prinsippa sjå KBP som eit godt hjelpemiddel for å grunngje vurderingar ein til ei kvar tid gjer i ein fagleg oppdatert praksis. Forskingsbaserte retningslinjer tener som ei kvalitetssikring av verksemda i ein travel kvardag. Sidan retningslinjer er tilrådingar som skal prøvast mot klinisk skjønn og pasienten sine ønskjer, må den ein skilde sjukepleiar grunngje dei val ho gjer, og slik underbygge reflektert praksis (7,8).

Å arbeide kunnskapsbasert er ein prosess i fleire trinn:

- ✓ Lage strukturerte spørsmål ut frå det ein treng informasjon om
- ✓ Søke i forskingslitteratur for å finne svar
- ✓ Vurdere funn kritisk i forhold til kva ein vil få kunnskap om, og i kva grad dei kan nyttast i eigen praksis.
- ✓ Bruke funna saman med klinisk skjønn og pasienten ønskje, når ein tek avgjerder om behandling/ pleie
- ✓ Evaluere praksis gjennom sjølvrefleksjon, vurdering frå likemenn eller eit oppnemnt vurderingsorgan¹ (9).

Å stille rett spørsmål

Kva spørsmål ein har, avgjer kva forskingsbasert kunnskap ein søker. Ofte vil 'best tilgjengeleg kunnskap' for sjukepleiarar ha utgangspunkt i kjernesporsmålⁱⁱ «*Kvifor skjer...?*», «*Korleis opplevast...?*» og «*Kva erfaring...?*» (10). Men uansett kva ein ønskjer å vite meir om; det er viktig å arbeide systematisk med spørsmålet som ligg til grunn for søket ein gjer. Presise spørsmål gir gode litteratursøk, og frå engelsk litteratur kjenner vi huskeregelen PICO: Patient/Problem, Intervention, Comparison, Outcome (10). PICO er laga for effektspørsmål, men kan omskrivast til vårt føremål: (se tabell 1)

Når det gjeld *fenomen* ein søker informasjon om; må ein vurdere om det er fokus på oppleving, forståing eller forklaring. Kva forskningsspørsmål er egna for å kaste lys over dette? Anten ein vil vite korleis det er å leve med ein diagnose (11), kva medpasientar betyr for ein annan (12) eller korleis pleiekulturen utviklar seg (13), lønner det seg å arbeide grundig med alle 4 dimensjonane for å finne relevante studiar. Men før ein søker, må ein vite kva kjelder som er aktuelle for kvalitative forskning.

Aktuelle kjelder

I Noreg har helsepersonell gratis tilgang til fleire helsefaglege databasar via Helsebiblioteket, som Cinahl, Medline og Embase, med

www.sykepleien.no

Les mer og finn
litteraturhenvisninger på
www.sykepleien.no

Søkeord:Kunnskapsbasert praksis
Kvalitativ forskning
Faglig oppdatert praksis



Sjukepleierrelevante ressursar i Helsebiblioteket	Andre aktuelle ressursar	Andre kjelder for forskingsresultat
<p>Evidence Based Nursing Eit tidsskrift som kvalitetsvurderar sjukepleierrelatererte artiklar frå helsefaglege og medisinske tidsskrift (Engelsk-språklig).</p> <p>CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) Ein internasjonal database for sjukepleie og andre helsefag (Over 1600 tidsskrift).</p> <p>Swemed + Nordisk helsefagleg artikkeldatabase (130 nordiske tidsskrift).</p> <p>Amed (Allied and Complementary Medicine) Database for fysioterapi, palliativ pleie og behandling, logopedi, rehabilitering og alternativ medisin (Over 600 tidsskrift).</p> <p>PubMed/Medline Internasjonal database innan medisin, sjukepleie og andre helsefag. Stort sett same innhald, men ulike grensesnitt (Ca 4800 tidsskrift).</p>	<p>Joanna Briggs Database med systematiske oversiktar og «Best Praksis-tilråding» for sjukepleiarar og jordmødre (På engelsk).</p> <p>Eric (Education Resources Information Centre/Education Reference Desk) Pedagogisk database, mest på engelsk (Over 2200 tidsskrift).</p> <p>Norart Nasjonalbiblioteket si tverrfaglege database for norske og enkelte nordiske tidsskrift (Omlag 450 tidsskrift og årbøker).</p> <p>ISI-Web of Science Tre internasjonale artikkelbasar som dekker et bredt spekter av fagområde. Gir tilgang til referanselistene samt høve til å sjå om ein artikkel/forfattar er sitert av andre i ISI-basen.</p>	<p>Forskdok/Frida Forskdok: høgskulane/forskningsinstitusjonar sitt system for forskingsdokumentasjon. Frida: Norske universitet sitt system. Her finn ein norsk forskning; som hovedfag, -master og doktorgrads-avhandlingar.</p> <p>BibSys Ask Database for Universitet og høgskular i Norge. For søk i bibliotekbasen, Forskdok-publikasjoner/prosjekt og BIBSYS Emneportal (både bøker, artiklar og konferansebidrag).</p> <p>Institusjonsinterne arkiv/ Open Access Journals som NORA (Norwegian Open Research Archive), BORA (Bergen Open Access Archive) eller DOAJ (Directory of Open Access Journals).</p> <p>«Grå litteratur»: Forskning publisert andre stadar, som i konferanserapportar, kvalitetssikra nettstader, hjå interesseorganisasjonar, forskargrupper og andre som utviklar kunnskap innan eit gitt felt.</p>

Tabell 2

mange kvalitative studiar av sjukepleie. Helsebiblioteket gjev også tilgang til Evidence Based Nursing, eit viktig tidsskrift for kvalitetsvurdert forskning innan sjukepleie. Redaksjonen her overvakar andre tidsskrift, plukkar ut og vurderer relevante studiar - med ein eigen sesjon for kvalitativ forskning. Kvalitativ forskning er imidlertid ofte publisert som monografarⁱⁱⁱ, tilgjengeleg i andre kjeldar enn dei store internasjonale databasene, så ein må vere merksam på supplerande kjelder til Helsebiblioteket. Tabell 2 gir ei oversikt over ulike litteraturkjelder og kva dei inneheld: (se tabell 2)

Dei mest aktuelle databasane for sjukepleiarar gjev støtte for effektive søk, til dømes gjev dei store databasane Cinahl, Medline og Embase høve til å avgrense til

kvalitative studiar på ein enkel måte. Helsebiblioteket har oppskrift på korleis ein gjer dette: http://www.shdir.no/helsebiblioteket/sp_rsm_1_som_handler_om/erfaringer_53103. Eit effektivt søk er eit val mellom å vere *sensitiv*, det vil si å fange opp alle *relevante* referansar, og å søke *spesifikt*, det vil si å ekskludere *irrelevante* studier (14). Ein medviten søkestrategi er alltid viktig når ein skal finne resultat frå forskning. Det er imidlertid for omfattande å skildre ein god søkestrategi her, ein kan berre kort peike nokre sentrale poeng.

Cinahl, Medline og Embase bruker standardiserte emneord for å gjere det enklare å finne relevante artiklar. I Cinahl vil for eksempel artiklar om trykksår ha emneordet «pressure sores», sjølv om forfattarane bruker andre ord

(«decubitus ulcers», «decubitus» etc.). Dei standardiserte emneordane kan variere mellom dei ulike basane, men basen ein søker i vil «oversette» og lede til rett emneord. Andre databasar har ikkje slike standardiserte ord, då må ein søke med fritextstord, det vil seie ord i tittel og samandrag. Då er det viktig å hugse at forfattarar nyttar ulike begrep, slik som i dømet med trykksår, så ein nyttar alle aktuelle alternativ i søket. Det varierer også kva grensesnitt og strategiar for effektive søk dei enkelte databasane har.

På same måten som ein må ha oversikt over aktuelle kjelder når ein leiter etter kvalitativ forskning, må ein også orientere seg om kva som er beste søkestrategien for basane ein sjekkar.

Forskningsbaserte retningslinjer tener som ei kvalitets-sikring av verksemda i ein travel kvardag.

LITTERATUR

1. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring. Oslo: Universitetsforlaget, 2003.
2. Fagermoen MS, Nord R, Hanestad BR, Bjørnsborg E. Fra kunst til kolikk: norsk sykepleieforskning i fokus. Oslo: Universitetsforlaget, 1998.
3. Bøge J, Martinsen K. Kritiske kommentarar til evidensbasert undervisning og praksis. *Vård i Norden* 2006; 26(2): 32-35.
4. Cochrane A. (1978/99): *Effectiveness and Efficiency*. London Medical Society of Medicine Press.
5. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson W. *Evidence based medicine: what it is and what it isn't* BMJ 1996; 312: 71-2.
6. Ekeland TJ. Evidence-based treatment: Quality control or an instrumentalistic mistake. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 1999; 36(11): 1036-1047.
7. Schön DA. Den reflekterende praktiker. Hvordan professionelle tenker, når de arbejder. Århus: Klim, 2001.
8. Benner P. Fra novise til ekspert: dyktighet og styrke i klinisk sykepleiepraksis. Oslo: TANO / Munksgaard, 1995.
9. Straus S, Sackett D et al. *Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM*. New York: Churchill Livingstone, 2005.
10. Jamtvedt G, Hagen KB, Bjørndal A. *Kunnskapsbasert fysioterapi: metoder og arbeidsmåter*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2003.
11. Gjengedal E, Hanestad BR. Å leve med kronisk sykdom: en varig kursending. Oslo: Cappelen ak forlag, 2001. I of *Adv Nurs* 2002; 39:1:46-60.
12. Isaksen AS. *Medpasienters rolle i kreftomsorgen*. Oslo: Universitetsforlaget, 1996.
13. Hamran T. *Pleiekulturen: en utfordring til den teknologiske tenkemåten*. Oslo: Gyldendal, 1991.
14. Walters LA, Wilczynski NL, Haynes BR, Hedges T. *Developing optimal search strategies for retrieving clinically relevant qualitative studies in EMBASE*. *Qualitative Health Research* 2006;16(1): 162-168.

(Endnotes)

- i. Ein ser ofte dei engelske uttrykka «peer-assessment» eller «audit» også brukt på norsk.
- ii. Andre kjernesopørsmål er «Korleis kan vi avgjere om...?» (diagnose), «Kvi for får nokon...?» (årsak / risiko), «Kva verker...?» (effekt av tiltak) og «Korleis går det...?» (prognose)
- iii. Som Master- og PhD-avhandlingar

**Marit Graue**

førsteamanuensis og fagansvarlig for
Klinisk videreutdanning i diabetespleie.
Institutt for sykepleie, Høgskolen i Bergen

**Marjolein Iversen**

høgskolelektor,
Institutt for sykepleie, Høgskolen i Bergen

Anne Haugstvedt

høgskolelektor,
Institutt for sykepleie, Høgskolen i Bergen

20-25 prosent av den gitte omsorgen er unødvendig og også muligens skadelig.

Diabetespleie som virker

Studentene i klinisk videreutdanning i diabetespleie ved Høgskolen i Bergen vet hva de gjør – og hvorfor.

En regner med at det er minst 90 000 til 120 000 personer som har diagnostisert diabetes i Norge i dag (1). I tillegg kan mange ha en udiagnostisert diabetes, og forekomsten er trolig langt høyere. Prevalensen er økende i mange land (2), og beregninger som er gjort tyder på at det kan være rundt 366 millioner med diagnosen på verdensbasis i 2030. Det er av avgjørende betydning at helsetjenesten har nødvendig kompetanse og tilfredsstillende tilgang på godt kvalifisert personell til å ivareta denne gruppen pasienter i årene som kommer.

Gjennom *Nasjonal strategi for diabetesområdet 2006-2010* (3) ønsker regjeringen å danne en helhetlig ramme for å mobilisere alle involverte sektorer og organisasjoner for å redusere de samfunnsmessige, menneskelige og økonomiske følgene av diabetes i Norge.

En best mulig helsetjeneste

Studier fra andre land kan tyde på at så mange som 30-40 prosent av pasienter ikke mottar pleie og omsorg basert på best tilgjengelig kunnskap. Hele 20-25 prosent av den gitte omsorgen er unødvendig og også muligens skadelig (4). Innen diabetesfeltet diskuteres det hvordan vi kan revidere vår kliniske praksis i forhold til ulike kvalitetskrite-

rier og standarder. Begreper som *clinical governance* og *clinical audit* er knyttet opp mot dette, og vil bli viktige fokuseringsområder i fremtiden (5, 6).

For å kunne leve godt med diabetes og å forebygge eller forsinke utviklingen av sendiabetiske komplikasjoner må den enkelte ha et godt behandlingsopplegg og tilbud om en kontinuerlig og systematisk oppfølging (7). Behandling og oppfølging må basere seg på beste tilgjengelig kunnskap fra forskning, som sammen med kunnskap fra klinisk erfaring og kunnskap fra brukere av helsetjenesten danner grunnlaget for beslutninger og tiltak. Å arbeide kunnskapsbasert innebærer at

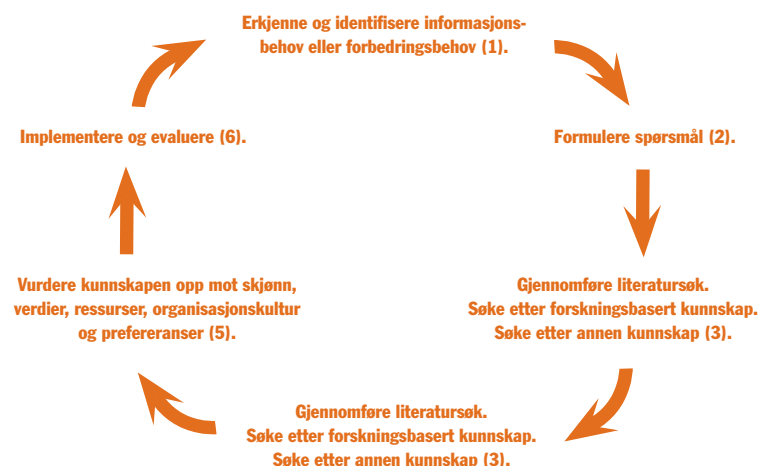
forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukernes egne kunnskaper og preferanser integreres (8).

Kunnskapsbasert praksis

I Klinisk videreutdanning i diabetespleie ved Høgskolen i Bergen er kunnskapsbasert praksis systematisk integrert i studieløpet. Utdanningen er organisert som et deltidsstudium over tre semester og gir til sammen 45 studiepoeng. I tillegg gis det mulighet for å ta en påbyggingsmodul i forskningsmetode og vitenskapsteori; totalt 60 studiepoeng.

Studiet er bygget opp med i alt 9 samlinger. I tillegg kommer 150 timer klinisk praksis

Figur 1. Trinnene i å arbeide kunnskapsbasert



www.sykepleien.no

Les mer og finn
litteraturhenvisninger på
www.sykepleien.no

Søkeord:

Diabetespleie
Forskningsbasert kunnskap
Erfaringsbasert kunnskap



Diabetessykepleier på legeskontor:

Du får ordet fordi du har fremmet en sak på saklisten. Saken heter: «Forebygging av type 2 diabetes». Mange studier og erfaringer tilsier at forekomsten av type 2 diabetes er i enorm vekst. Som diabetessykepleier ser du trenden helt klart blant deres pasienter også. Du ønsker nå å presentere en sak for de andre i diabetesteamet og vil foreslå at det gjøres en kartlegging av pasientene deres med hensyn til diabetes, nedsatt glukosetoleranse og risikoindivider. Videre ønsker du å etablere tiltak (livsstilsintervensjon) hos dere som kan bidra til forebygging av diabetes.

Tips til litteratur som kan bidra til å fremme saken:

- *Claudi, T (2004). Risikointervensjon ved diabetes i allmennpraksis. Tidsskriftet norsk lægeforsking 124 (11), 1508-10.*
- *Claudi, T (2005). NSAM's handlingsprogram for diabetes i allmennpraksis. Oslo: Norsk selskap for allmennmedisin.*
- *Prescott, P. & Børtveit, T. (2004). Helse og adferdsendring. Oslo: Gyldendal akademisk.*
- *Tuomilehto, J. m.fl. (2001). Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. N Engl J Med 344 (18) 1343-50.*

Tabell 1. Eksempel på kunnskapsbasert øvelse relatert til møte i diabetesteam

(dvs 3-4 uker). Foruten denne fordypningspraksisen som inngår i studiet arbeider studentene i deltid- eller fulltidsstillinger; i sykehus, i primærhelsetjenesten eller innenfor andre relevante helsetjenestetilbud.

Systematisk opplæring

Metodekunnskap er sentralt innenfor kunnskapsbasert praksis. Gjennom en kritisk holdning til faget skal studentene kunne finne fram til og anvende forskningsbasert kunnskap i eget arbeid. Prosessen fra et informasjonsbehov er identifisert til ny kunnskap kan implementeres i praksis illustreres i figur 1 (9). Studentene trenger kompetanse i å formulere presise spørsmål (trinn 1-2). Deretter må de kunne legge opp en søkestrategi som gir tilgang på relevant litteratur (trinn 3), samt kritisk lære å vurdere denne litteraturen (trinn 4-5). Slik får de et bedre grunnlag for å reflektere over fagutøvelsen og eventuelt implementere ny kunnskap i praksis (trinn 6).

Det forventes at studentene i løpet av studiet setter seg inn i og tar i bruk forskning fra alle kunnskapsområder både i selvstudier, i fordypningspraksis og i arbeidet med fordypningsoppgaven. I studiet inngår det en egen opplæringsmodul i kunnskapsbasert praksis. Denne modulen starter med en introduksjon av bibliotekets tjenester og en innføring i kunnskapsbasert praksis, og avsluttes med innlevering av studentens eget fordypningsarbeid.

Studentene trenes i litteratursøk, i å være kritisk til informasjonskilder, og får en innføring i kjernesporsmål og studiedesign. Øvelser i kritisk analyse og argumentasjon er viktige deler av denne modulen, og studentene lærer hvordan resultatene kan implementeres i praksis.

Video som pedagogisk verktøy

I et tverrfaglig samarbeid er det vesentlig at diabetessykepleier kan uttrykke seg klart og poengtert, og kunne framstå med en tydelig sykepleiefaglig identitet. Som diskusjonspartner er det viktig å kunne bidra når det gjelder å begrunne pleie- og behandlingsmessige tiltak ut fra beste tilgjengelig kunnskap. Kunnskapsbasert praksis som metode er et godt verktøy i en slik sammenheng. Studentene trener på slike ferdigheter gjennom rollespill og bruker videoopptak som pedagogisk verktøy. Øvelser i kunnskapsbasert kommunikasjon og argumentasjon kan bidra til at diabetessykepleier blir bedre i stand til å begrunne faget sitt og derved i større grad kan få gjennomslag for tiltak og oppfølging (Tabell 1.).

Internt fagseminar

Med utgangspunkt i tema for fordypningsoppgaven forbereder studentene i løpet av studiet en presentasjon til et internt fagseminar. Presentasjonene gjøres til gjenstand for kritisk refleksjon ved opposisjon fra en medstudent. Hovedhensikten med dette fagseminaret er øvelse i å pre-

sentere eget arbeid, vise hvor en henter kunnskap fra og hvordan den anvendes. I tillegg får den enkelte trening i kritisk analyse og vurdering av andres arbeid.

Som avslutning på studiet arrangeres det en åpen fagkonferanse hvor studentene forbereder innlegg eller har posterpresentasjon der fordypningsarbeidene presenteres i sin helhet. Denne dagen er åpen for alle interesserte og representerer et nasjonalt forum for fagutvikling for sykepleiere innen diabetes.

Implementering i praksis

Endringsarbeid er en sammensatt og kompleks prosess. Det er både individuelle og organisatoriske faktorer som kan være barrierer eller hindringer for implementering av kunnskapsbasert praksis (10). Manglende metodekunnskap til å finne, forstå og tolke forskningsresultater kan være en hindring, men det er også miljø- og holdningsmessige barrierer (11). Mye tyder på at det er et stort forbedringspotensial knyttet til å etablere gode systemer for at den enkelte kan holde seg oppdatert og anvende ny kunnskap i en travel praksishverdag. Integrering av kunnskapsbasert praksis i studieløp i høyskolene vil slik sett kunne være et viktig bidrag til kvalitetsforbedring i praksis. Et viktig fokus for framtidig forskning må likevel være å utvikle en større forståelse for faktorer som medvirker til profesjonell og organisatorisk endring, og å identifisere mer effektive strategier for implementering (4).



STIKK: Et godt behandlingsopplegg kan forsinke utviklingen av sendiabetiske komplikasjoner. Illustrasjonsfoto: Colourbox

LITTERATUR

1. Stene LC, Midtthjell K, Jenum AK et al. Hvor mange har diabetes mellitus i Norge? *Tidsskr Nor Lægeforsking* 2004; 124: 1511 - 4.
2. Wild S, Roglic G, Green A., Sicree R. King H. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030, *Diabetes Care* 2004; 27:1047-53.
3. Nasjonal strategi for diabetesområdet 2006-2010. *Helse og omsorgsdepartementet*. 2006.
4. Grimshaw JM, Eccles MP. Is evidence-based implementation of evidence-based care possible? *Med J Aust* 2004; 180:6Suppl: S50-51.
5. Muir Gray JA. *Evidence-based healthcare*. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2001.
6. Khunti K, Baker R, Ganguli S. Clinical governance for diabetes in primary care: use of practice guidelines and participation in multi-practice audit. *British Journal of General Practice* 2000; 50:877-81.
7. Vaaler S, Møinichen T, Grendstad I. *Diabeteshåndboken*. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk., 2004.
8. Nortvedt MW, Hansen TA Evidens basert sykepleie – hvorfor er begrepet stadig mer aktuelt og hva innebærer det for praksis? *Tidsskr Sykepl* 2001; 16: 59-61.
9. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Hva er kunnskapsbasert praksis? [http://www.kunnskapssenteret.no/filer/kunnskapsbasert_praksis.ppt#389,7,Lysbilde 7 \(PDF\)](http://www.kunnskapssenteret.no/filer/kunnskapsbasert_praksis.ppt#389,7,Lysbilde 7 (PDF)).
10. Ring N, Malcolm C, Coull A, Murphy-Black T & Watterson A. Nursing best practice statements: an exploration of their implementation in clinical practice. *Journal of Clinical Nursing* 2005; 14;9:1048-58.
11. McCaughan D, Thompson C, Cullum N, Sheldon TA, Thompson DR. Acute care nurses' perception of barriers to using research information in clinical decision-making. *Journal of Adv Nurs* 2002; 39:1:46-60.



Foto: Stig Weston

La filteret under lupen

ULLEVÅL UNIVERSITETSSYKEHUS: Aud-Iren Terjesen (liggende på bildet) illuderer pasient med behov for respiratorbehandling. Kirsti Tøien (t.v.) og Sissel Breilid har studert oppdatert og tilgjengelig forskning for å se om filteret de viser frem er god standard rutine.

Lungebetennelse er en vanlig komplikasjon ved respiratorbehandling. At tuben går tett er mindre

vanlig, men en fryktet komplikasjon. Begge deler kan forebygges ved å fukte inspirasjonsluften.

Subjektiv vurdering

I 2002 dannet intensivavdelingen på Ullevål flere grupper for å utvikle evidensbasert praksis. Fra 2003 tok en gruppe på sju for seg fukting hos respiratorpasienter.

Rutinen på avdelingen var å bruke et fuktefilter (heat and moisture exchanges, HME-filter), i spesielle tilfeller aktiv fukter med oppvarmet vann.

– Det er legene som forordner aktiv fukting, ofte på initiativ fra sykepleier. Vi opplevde at det lå en subjektiv vurdering bak om dette

ble tatt opp med lege eller ikke, sier de tre intensivsykepleierne.

Kanskje var det slik at aktiv fukting var mer effektivt enn fuktefilter, og burde være standard rutine?

Angår alle

– Vi ville se på noe som angikk hele avdelingen, sier forsknings- sykepleier Kirsti Tøien.

Sammen med Sissel Breilid og Aud-Iren Terjesen har hun deltatt i gruppearbeidet hele veien frem til en konklusjon.



Sissel Breilid
Master of Clinical Nursing/
intensivsykepleier
Kirurgisk intensiv, Akuttdivisjonen,
Ullevål Universitetssykehus



Aud-Iren Terjesen
Master of Clinical Nursing/
intensivsykepleier
Kirurgisk intensiv, Akuttdivisjonen,
Ullevål Universitetssykehus



Kirsti Tøyen
intensivsykepleier cand san.
Kirurgisk intensiv, Akuttdivisjonen,
Ullevål Universitetssykehus

Er aktiv fukting mer effektivt enn HME-filter i forebygging av pneumoni og tubeokklusjon hos intensivpasienten som er under respiratorbehandling?

Fra tilfeldighet til system

På intensivavdelingen ved Ullevål sykehus vet de nå hvorfor de gjør som de gjør.

Ventilatorsassosiert pneumoni (VAP) er en kjent komplikasjon i intensivavdelingen. VAP er definert som parenchymal lungeinfeksjon som opptrer mer enn 48 timer etter innledning av mekanisk ventilasjon (1,2,3). Ifølge undersøkelser får 9-24 prosent av alle pasienter som er intubert over 48 timer VAP. Dette medfører en økt mortalitet fra 24 prosent til 71 prosent hos pasienter hvor VAP er diagnostisert. Det er beskrevet 4-9 dager økt liggetid (2). Det er vanlig å skille early-onset VAP, som oppstår i løpet av de første 4 dagene med mekanisk ventilasjon, fra late-onset VAP, som oppstår etter 5 eller flere dager etter oppstart av respiratorbehandling. Late-onset VAP har en dårligere prognose da den oftest skyldes multiresistente organismer (1).

HH eller HME?

Endotracheal intubering medfører et lokalt traume og at de vanlige mekanismene for fukting og varming av inspirasjonsluften ikke fungerer. Dette fører til uttørring av epitelet i luftveiene, inflammasjon og epitelskade. Respiratorbehandling hvor det brukes tørr medisinsk gass forverrer situasjonen. Opphopning av seigt sekret med påfølgende bakterieinfiltrasjon kan føre til atelektase, pneumoni og at endotrakeal og trakeostomi-tuber kan gå tette fordi sekret tørker inn (4).

Fukting av inspirasjonsluften har vist seg å forebygge disse problemene. Dette blir gjort enten med aktiv fukting med oppvarmet vann (heated-water humidifiers, HH) eller fuktefiltere (heat and moisture exchangers, HME-filter). Fuktefiltere holder tilbake varme og fuktighet fra pasientens ekspirasjonsluft slik at den fukter inspirasjonsluften (1).

Vi ville undersøke om aktiv fukting er mer effektivt enn HME-filter i forebygging av pneumoni og tubeokklusjon hos intensivpasienten som er under respiratorbehandling.

Metode

Litteratursøk ble gjort i Joanna Briggs Institute, Medline Ovid, The Cochrane Library, Embase, PubMed og Cinahl. Søkerord var ventilasjon (respirasjon), mechanical ventilation (respirator behandling), humidification (fuktighet), pneumonia (pneumoni), ventilator associated pneumonia (respiratorassosiert pneumoni), filter, (tube)occlusion (okklusjon), ICU (intensivavdeling) og complications (komplikasjoner). Kriterier for inklusjon av studier var at de var



www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på
www.sykepleien.no

Søkeord:
Ventilatorassosiert pneumoni
Tubeokklusjon
HME-filter
Fuktefilter

Arbeidet var nesten avsluttet for ett år siden, men da de fant en ny metaanalyse som ikke var kommet med i det første søket, trengte de lenger tid.

– Hva trodde dere for dere begynte?

– Jeg trodde aktiv fukting var best, sier Kirsti Tøyen.

Om hun fikk rett? Det kan du finne ut i artikkelen Sissel Breilid, Aud-Iren Terjesen og Kirsti Tøyen har skrevet på de neste sidene.

tekst **Nina Hernæs**

Metode					Resultat
Nr	Forfatter/studieår/design	Inkluderte studier	Intervensjon	Kommentarer	Konklusjon
1	Kola et al. 2005 Metaanalyse	8	Aktiv fukting sammenlignes med HME-filter	Høyriskopasienter er ekskludert i enkelte studier. Ser ikke på tubeokklusjon.	Signifikant reduksjon av VAP hos pasienter i HME-gruppene, spesielt hos de som ble ventilert mer enn 7 dager.
11	Bench, S. 2003 Systematisk oversikt	2	Aktiv fukting sammenlignes med HME-filter	Høyriskopasienter ekskludert. Pasienter ventilert mer enn 48 timer. Strengt krav til inklusjon.	Ingen forskjell i hyppigheten av tubeokklusjon men et signifikant høyere nivå av «late onset» VAP i aktiv fukting gruppen (p<0,05)
15	Cook et al. 1998 Systematisk oversikt	18 hvorav 5 om VAP og HME vs. aktiv fukting	Aktiv fukting sammenlignes med HME-filter	Uoversiktlig studie. De undersøker flere faktorer.	HME-filter gir lavere VAP-rater (konkludert på bakgrunn av kun 1 studie med adekvat utvalgsstørrelse og signifikant resultat). 2 av 5 studier viste mer tubeokklusjon ved bruk av HME-filter (gamle studier fra hhv 90 og 92)

Tabell 1: Systematiske oversikter

Metode					Resultat
Nr	Forfatter/studieår/design	Inkluderte/ekskluderte pasienter	Intervensjon	Kommentarer	Konklusjon
6	Boots et al. 1997 RCT	116/0	Sammenligner HME vs aktiv fukting ift bl.a: 1) Grad av bakteriell kolonisering i systemet 2) VAP-forekomst 3) Pris	Høyriskopasienter ekskludert. Delvis sponset av Gibeck. Bruker bakterie/virusfilter.	Økt kontaminering av sett ved aktiv fukting vs HME (p<0,0001). Ingen forskjell i forekomst av VAP. Reduserte kostnader med HME-filter.
7	Dreyfuss et al. 1995 RCT	164/33	HME vs aktiv fukting med henblikk på kolonisering av slangesett og sykehusrelaterede pneumonier.		Høyere forekomst av kolonisering av slangesett ved aktiv fukting vs HME. Ingen forskjell på forekomst av VAP. HME er kosteffektivt.
8	Memish et al. 2001 RCT	398/155	HME-filter versus aktiv fukting med henblikk på VAP og bakteriekolonisasjon i respiratorkretsen.	Ser ikke på tubeokklusjon. Sier ikke noe om bakteriekolonisasjon.	Ingen forskjell mht VAP. Reduserte kostnader med HME-filter.
9	Kirton et al. 1997 RCT	280/0	Sammenlikning av HME-filter og aktiv fukting med henblikk på VAP og tubeokklusjon.	Høyriskopasienter ekskludert. Bakteriefilter er brukt.	Høyere forekomst av VAP ved aktiv fukting (p<0,05). Ingen forskjell i forekomst av tubeokklusjon. Reduserte kostnader med HME-filter.
10	Kollef et al. 1998 RCT	310/0	Sammenlikne HME-filter og aktiv fukting for å se på sikkerhet ved bruk av filter og kosteffektivitet av de to behandlingene.	Delvis sponset av respiratorfirma. Høyriskopasienter ekskludert. Pas. konvertert til aktiv fukting etter syv dager.	Ingen forskjell i forekomst av VAP eller forekomst av tubeokklusjon. Reduserte kostnader ved bruk av HME-filter. Langtidsbruk av HME-filter er trygt.
14	Richard et al. 2000 RCT	33	Vurdere absolutt fuktighet, relativ fuktighet, trakealtemperatur, tubeokklusjon, flow og filter/slangekontaminering ved langtidsbruk av HME-filter.	Få pasienter. Studiet ser på utviklingen av elementene over tid på et filter og sammenlikner ikke ulike filter eller filter vs aktiv fukting.	Ingen signifikant forskjell i absolutt og relativ fuktighet på filteret gjennom undersøkelsens syv dager. Ingen temperaturforskjell. Ingen signifikant reduksjon i flowmotstand i filteret. Ingen tubeokklusjon. Langtidsbruk av HME-filter er trygt.

Tabell 2: Randomiserte kontrollerte studier

*Det er kun tatt med data relevant for problemstillingen.



meta-analyser, systematiske oversikter eller randomiserte kontrollerte studier publisert på engelsk eller et nordisk språk etter 1995. Studiene ble vurdert på bakgrunn av evalueringsprotokoller fra Folkehelsen (5). Til slutt ble studiene satt inn i et samleskjema gruppen hadde laget for å sammenligne de ulike studiene, resultatene og konklusjonene.

Resultater

Ulike kombinasjoner av søkerordene gav oss 21 treff. 12 artikler ble forkastet fordi de ikke var relevante for problemstillingen. De 9 gjenværende artiklene bestod av 1 metaanalyse fra 2005, 2 systematiske oversikter fra 1998 og 2003 samt 6 randomiserte kontrollerte studier fra tidsrommet 1995 – 2003. Resultatene er presentert i **tabell 1 og 2**.

Bakteriell kolonisering av respiratorslanger ble undersøkt i 4 av studiene (6,7, 8,9). Alle studiene konkluderer med en høyere prosentandel bakteriell kontaminasjon av respiratorslanger ved bruk av aktiv fukting sammenliknet med HME-filtre. På tross av dette finner man ingen forskjell på hyppigheten av VAP i de samme studiene. 4 av studiene viser en overhyppighet av VAP ved bruk av aktiv fukting samt en økt forekomst av såkalt 'late onset'-VAP (1,11,13,14). 4 av studiene viser ingen signifikant forskjell i forekomsten av VAP i de to gruppene (6,7,8,13). Alle studiene nevner at bruk av HME-filtre er kosteffektivt. 4 av studiene har undersøkt kostnadene mer inngående og konkluderer med at det er mer kosteffektivt med HME-filtre enn med aktiv fukting (6, 8, 9, 13).

4 studier undersøkte hyppigheten av tubeokklusjon i de 2 gruppene (10,11,12,13). 3 av dem påviser ingen signifikant forskjell på forekomst av tubeokklusjon ved bruk av aktiv fukting versus HME-filtre (10,11,13). Kun 1 studie (12) konkluderer med en forskjell på hyppighet av tubeokklusjon til fordel for aktiv



HME-FILTER: HME står for *heat and moisture exchangers*. Foto: Stig M. Weston

fukting. Dette er en systematisk oversikt som konkluderer på bakgrunn av 5 studier, 2 av dem fra før 1992. Det er lite forskning om bruk av fukting med HME-filtre over mer enn syv dager. 3 av studiene beskriver langtidsbruk med HME-filtre som ukomplisert (7,9,10).

Liten forskjell

Det er vanskelig å trekke konklusjoner av de eksisterende studiene om fukting og VAP fordi flere av studiene har ulikt fokus, ulike definisjoner av VAP og det brukes ulike typer HME-filtre i studiene.

Etter gjennomgangen av den

litteratur som er funnet viser det seg at det er liten forskjell mellom pasienter behandlet med HME-filtre og aktiv fukting når det gjelder forekomst av VAP. Metaanalysen gjort av Kola et al. (1) i 2005 konkluderer med at det er en signifikant reduksjon av VAP ved bruk av HME-filtre jamfør aktiv fukting. Til tross for at 7 av de 8 inkluderte studiene i metaanalysen kun viser en liten reduksjon av VAP i HME-gruppen, konkluderer Kola et al. med en signifikant reduksjon på bakgrunn av studien av Kirton et al.(10). Den systematiske oversikten til Cook et al (1998) konclu-

derer også med lavere VAP-rater i HME-gruppene, til tross for at kun 1 av de 5 inkluderte studiene – også Kirton et al.(10) – viste signifikant reduksjon i VAP samt hadde adekvat utvalgsstørrelse. Bench (11) kom i sin systematiske oversikt ikke til noen tydelig konklusjon da det var for få studier som møtte inklusjonskriteriene. De to som ble inkludert, Kollef et al. (13) og Kirton et al. (10), var til fordel for HME-filtre.

Vi antok at kontaminering av respiratorslanger og kondens i slangene ville føre til en økt forekomst av VAP fordi noe av kondensen vil komme ned i lungene. Studier som har sett på dette viser til en signifikant økning av kolonisering i respiratorslangene ved bruk av aktiv fukting sammenliknet med HME-filtre. Til tross for dette finnes det ingen signifikant forskjell i forekomst av VAP (6,7). Også andre studier viser til manglende signifikant forskjell i forekomsten av VAP (8,13). En mulig grunn til dette kan kanskje være at få studier har tatt for seg pasientgruppene over lang tid.

Tubeokklusjon

De studiene som har sett på tubeokklusjon påviser ingen signifikant forskjell på forekomst av tubeokklusjon ved bruk av aktiv fukting og HME-filtre (9,10,11,13). Kola et al (1) har i utgangspunktet ikke sett på tubeokklusjon, men bemerker i sin konklusjon at forskning gjort med eldre type filtre viser en økt andel tubeokklusjon og at pasienter som regnes som høyrisikopasienter av den grunn er blitt ekskludert i senere studier. Bruk av videreutviklede filtre med bedre fukteevne viser ingen slike forskjeller. Det bør av den grunn tas hensyn til hva slags filtre som er brukt i studiene i forhold til hva slags filtre som brukes på en avdeling, før man lager retningslinjer for fukting med tanke på tubeokklusjon. Dette nevnes også av Ricard et al (15). Noe av grunnen til at nyere studier viser



AKTIV FUKTING: Er aktiv fuktning det beste alternativet for å forebygge pneumoni og tubeokklusjon hos intensivpatienten som er under respiratorbehandling? Foto: Stig M. Weston

liten eller ingen forskjell i tubeokklusjon kan være at pasienter som regnes som høyrisikogrupper fortsatt er ekskludert i studiene til tross for bedring av filterkvaliteten. Dette gjør resultatene mindre anvendbare i dagens praksis, da de fleste intensivavdelinger har disse pasientgruppene.

Langtidsbruk av HME-filter

I metaanalysen til Kola et al (1) 2005 diskuteres flere nyere studier gjort på langtidsbruk som kan antyde at langtidsbruk av HME-filter er ukomplisert.

Studiene som er vurdert i denne artikkelen inkluderer pasienter med forventet respiratortid over 24-48 timer. Hvor lenge man har pasientene på HME-filter er ikke alltid beskrevet, men i en oversikt hos Kola et al (1) viser de til en respiratortid fra $4,5 \pm 3,9$ til $20,4 \pm 15,3$ dager. De fleste har en respiratortid under 10 dager. Spennet i respiratortiden i studiene er stor, men få forskere har undersøkt virkningene av langtidsbruk. Det er heller ikke beskrevet når pasienter som har lang respiratortid eventuelt skal over på aktiv

fukting og hvorfor. Utvikling av filterkvaliteten de senere år har ført til at filterne kan sitte lenger uten å skiftes (1, 14). Dette kan være en årsak til at senere studier viser mindre infeksjoner (1).

HME-filteret skiftes oftest daglig til tross for at produsenten anbefaler 48 timer. I praksis ser vi ofte at det tilkommer sekret og fukt i filteret i løpet av døgnet. Ricard et al (9) hadde pasienter liggende på samme filter i en uke før det ble skiftet. Pasienten fortsatte i studien på et nytt filter etter at uken var gått. I studien

finner man ingen tegn til endring i absolutt- eller relativ fuktighet, (med unntak av hos KOLS-pasienter), trakealtemperatur eller okklusjonstendens gjennom uken. Dette er imidlertid en enkeltstudie med få inkluderte, kun medisinske, pasienter hvor variasjonen på respiratortiden er stor. Den gir dårlig grunnlag for å trekke konklusjoner.

Kollef et al (13) gjorde en studie hvor pasientene lå på samme HME-filter de første syv dagene, med mindre det var indikasjoner for å skifte filter, slik som synlig



forurensning eller store mengder sekresjon. Etter dette ble pasientene lagt over på aktiv fukting. Resultatene viste ingen signifikant forskjell på hyppigheten av VAP, mortalitet, respiratortid eller hospitaliseringstid. Det skal nevnes at den gjennomsnittlige respiratortid på filtergruppen var $3,7 \pm 4,1$ dager. Disse tallene antyder at det er trygt å bruke filter som fuktighetsbehandling hos intuberte pasienter over lengre tid.

Indikasjoner for aktiv fukting

Gruppen har hatt kontakt med eksperter innen respirasjon og respiratorbehandling, men det har vært vanskelig å få klare retningslinjer eller indikasjoner for når man skal gå over til aktiv fukting. Det er mulig at initial dehydrering kan være en indikasjon for aktiv fukting, da HME-filter 'resirkulerer' pasientens egen fuktighet. I studien til Ricard et al (9) fant man redusert absolutt fuktighet hos tre pasienter, alle med KOLS. Man kan derfor tenke seg at KOLS-pasienter ikke bør ligge med HME-filter over lengre tid. Det kan også vurderes aktiv fukting hos pasienter hvor det er fare for okklusjon og hvor man observerer at trykk og motstand på respiratoren øker. Effekten av HME-filteret i for-

hold til fuktighet og konsistens på sekret må også tas i betraktning. Man kan også tenke seg at man skal gå over til aktiv fukting hos pasienter med tilstander eller symptomer som har vært eksklusjonskriterier ved forskning på HME-filter. Det er mulig at disse pasientene er vurdert som ikke egnet for HME-filter og dermed ekskludert og at resultatene derfor ikke er overførbare til vår kliniske hverdag. Eksempler på eksklusjonskriterier i ulike studier er hypotermi (1,9,12), bronkial fistel (9), inhalasjonsforgiftning (9), hjerte- og lungetransplantasjoner (11,13), hemoptyse/lungekontusjon (6,10,11,12,13), lungeødem (10,11,12), stor mengde sekret (1,10,11,12), astma/KOLS (1,6), økt dødrom (12) jet-ventilering (10,12) og inhalasjonsbrannskader (6).

HME som standard

På bakgrunn av litteraturnomgangen konkluderer denne artikkelen med at det er liten forskjell på forekomst av VAP og tubeokklusjon ved sammenligning av aktiv fukting og HME-filter. Vi foreslår derfor HME-filter som standardbehandling hos respiratorpasientene. Dette er også den mest kostnadseffektive og tidsbesparende behandling Det er dog begrensninger ved

bakgrunnen for konklusjonen da det er få studier om langtidsbehandling med HME-filtere. Det er også mulig at gruppen ikke har funnet all forskning rundt valgte tema i våre søk. Indikasjoner for bruk av aktiv fukting er også noe gruppen ønsker mer klarhet i, da pasientene med antatte indikasjoner som for eksempel hemoptyse og hypotermi ofte er ekskludert i studiene. Dette gjør resultatene mindre overførbare til praksis. En annen begrensning er at det benyttes ulike filtre i de forskjellige studiene. Til tross for alle disse begrensningene kan resultatene presentert i denne artikkelen kanskje gi oss sykepleiere enn viss trygghet i HME-filter som en forsvarlig fuktebehandling for respiratorbehandlede intensivpasienter.

Eventuelle spørsmål eller kommentarer til artikkelen kan rettes til:
sisselbreilid@hotmail.com
aiterjesen@hotmail.com
kirsti.toien@ulleva.no

LITTERATUR

1. Kola, A., Eckmanns, T, Gastmeier P. Efficacy of heat and moisture exchangers in preventing ventilator-associated pneumonia: meta-analysis of randomised controlled trials. *Intensive Care Medicine* 2005; 31: 5-11.
2. Morehead RS, Pinto SJ. Ventilator-Associated Pneumonia. *Arch Intern Med* 2000; 160(13): 1926-1936.
3. Mayhall GC. Ventilator-Associated Pneumonia or Not? *Contemporary Diagnosis. Emerging Infections Diseases* 2001; 7(2):
4. Dybwik K. Respiratorbehandling: lærebok for sykepleiere. Oslo: Universitetsforlaget, 1996.
5. Folkehelse, Nordic Workshop i Evidence Based Healthcare 2001.
6. Boots RJ, Howe S, George N, Harris FM, Faogali J. Clinical Utility of Hygroscopic Heat Moisture Exchangers in Intensive care Patients. *Critical Care Med* 1997; 25: 1707-1712.
7. Dreyfuss D, Djedaini K, Gros I, Mier L, Le Bourdelles G, Cohen Y, Estagnaise P, Coste F, Boussougant Y. Mechanical Ventilation with Heated Humidifiers or Heat and Moisture Exchangers: Effects on Patient Colonization and Incidence of Nosocomial Pneumonia. *Am J Respir Crit Care Med* 1995; 151: 986-992.
8. Memish Z. A randomized clinical trial to compare the effects of heat and moisture exchanger with a heated humidifying system on the occurrence rate of ventilator-associated pneumonia. *American Journal of Infect Control* 2001; 29: 301-5.
9. Richard JD, le Miere E, Markowicz P, Lasry S, Saumon G, Djedaini K, Coste F, Dreyfuss D. Efficiency and Safety of Mechanical Ventilation with a Heat and Moisture Exchanger Changed Only Once a Week. *American Journal Respir Crit Med* 2000; 161: 104-109.
10. Kirton OC, Dettaven B, Morgen J, Morejen O, Civetta J. A prospective, Randomized Comparison of an In Line Heat Moisture Exchange Filter and Heated Wire Humidifiers. *Chest* 1997; 112(4): 1055-1059.
11. Bench S. Humidification in the long-term ventilated patient; a systematic review. *Intensive and Critical Care Nursing* 2003; 19: 75-84.
12. Cook D, De Jonghe B, Brochard L, Brun-Buisson C. Influence of Airway Management on Ventilator-Associated Pneumonia. *JAMA* 1998; 279 (10): 781 - 787.
13. Kollef MH, Shapiro SD, Boyd V, Silver P, Von Harz, B, Trovillion E, Prentice DA. Randomized Clinical Trial Comparing an Extended-Use Hygroscopic Condenser Humidifier With Heated-Water Humidification in Mechanically Ventilated Patients. *Chest* 1998; 113: 759-767.
14. Thomachot L, Vivand X, Arnaud S, Boisson C, Martin C. Comparing two heat and moisture exchangers, one hydrophobic and one hygroscopic on humidifying efficacy and the rate of nosocomial pneumonia. *Chest* 1998; 114 (5): 1383-1388.
15. Richard JD, Markowicz P, Jedaini K, Mier L, Coste F, Dreyfuss D. Bedside Evaluation of Efficient Airway Humidification During Mechanical Ventilation of the critically ill. *Chest The Cardiopulmonary and Critical Care Journal* 1999; 115(6): 1646-1652.

Glutenfritt til autistiske barn

Nå finnes det et informasjonshefte for foreldre som vil prøve en glutenfri eller kaseinfri diett.

Barn med autisme er ifølge kliniske undersøkelser og foreldreerfaring ofte utsatt for fordøyelsesplager. Mange foreldre ønsker å prøve ut en gluten- og kaseinfri diett, fordi det har vist seg at fordøyelsesplagene blir mindre. Derfor har Sosial- og helsedirektoratet utarbeidet informasjonsheftet «Hva bør du vite om gluten- og kaseinfri kost til barn med autisme». Heftet gir råd og tips til foreldre om hvordan de bør gå frem når de legger om til spesialdiett. Proteinforbindelsen gluten finnes i hvete, havre, rug og bygg. Kasein er ostestoffet i melken.

Forskningen har så langt ikke vist en sammenheng mellom mat, tarmreaksjoner og atferd ved autisme, men fordi forskningen på området er sparsom kan det ikke utelukkes at en gluten- eller kaseinfri diett har positiv effekt. Et første råd er å få sjekket barnets helsetilstand hos fastlege. Dietten bør følges opp av helsestasjon eller skolehelsetjeneste.

Heftet sier også noe om hvilke utfordringer som kan oppstå. Gluten- og kaseinfri diett krever mer planlegging, og det er viktig at kosten ikke blir næringsfattig og ensidig. Fordi dietten er kostbar utredes det om Folketrygden skal yte grunnstønad.



KYLLING: Sikker kost. Arkivfoto: Marit Fonn



PREMIERES: Kirsti Aune, vinneren Randi Solheim Salvesen og Eva Aalde.

Salvesen jobbet med etableringen av Barn intensiv ved Kvinne-barnsenteret på St. Olavs Hospital fra 2005. Siden har avdelingen flere ganger vært truet med nedleggelse, men Salvesen har stått på for å opprettholde den, om enn med redusert drift. Ifølge juryen er det hennes spesielle evne til å si i fra når hun er uenig, på en bestemt men mild måte, som særmerker henne.

Årets trønderske sykepleieildsjel

Primus motor bak barneintensivavdelingen, Randi Solheim Salvesen, er årets sykepleier i Sør-Trøndelag.

Tidligere har hun engasjert seg i arbeidet for pasienter med behov for tracheostomi og respirator i hjemmet. I samarbeid med kommunene utarbeidet Salvesen et undervisningsopplegg for personalet slik at det kunne ta ansvar for pasientene i sitt hjemmemiljø. Undervisningsopplegget var et nybrottsarbeid, ifølge juryen, som er til etterfølgelse og inspirasjon

for annet helsepersonell. Salvesen mottok prisen på det årlige julemøtet.

tekst **Anders Førde** foto **Stian Skare**

Tvangsernæring lovlig – skjerming må skjerpes

Psykisk helsevern-loven har fått en rekke nye forskrifter fra årsskiftet – blant annet presiserer lovverket nå at tvangsernæring av pasienter med spiseforstyrrelser er tillatt.

Til nå har tvangsernæring av pasienter med spiseforstyrrelser vært en utbredt praksis i psykiatrien, uten at det har vært klart forankret i lovverket. Fra og med 1. januar i år kan helsepersonell, med loven i hånd, tvangsernære pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser - dersom dette er strengt nødvendig.

Reglene for bruk av tvangsernæring har ikke vært helt enkle å tolke. Bruk av tvang utenfor en nødrettssituasjon forutsetter ifølge lovverket «alvorlig sinnslidelse» – det vil si klare og aktive psykoser. Sosial- og helsedirektoratet henviser til forskning som viser at pasienter med alvorlig undervekt har en redusert glukosemetabolisme som svekker kognitive funksjoner. Tilføring av næring kan i slike tilfeller øke hjernens funksjoner – og tvangsernæring blir da å anse som behandling – og ergo lovlig.

– Frivillighet skal alltid forsøkes først, og vi må kontinuerlig arbeide for at tvangsbruken skal bli så lav som mulig. Men det viser seg dessverre at tvang i enkelte tilfeller er nødvendig for å unngå at unge jenter dør, sier helse- og omsorgsminister Sylvia Brustad i en uttalelse til shdir.no.

Skjerper inn skjerming

Også i forhold til bruk av skjerming er det store endringer. Det må nå fattes vedtak ved bruk av skjerming etter 24 timer – mot tidligere 48 timer. Vedtaket kan

bare fattes for to uker av gangen, mot tidligere tre uker.

Fra 2001 til 2003 økte antallet skjermingsvedtak med 65 prosent, mens antall pasienter med skjermingsvedtak økte med 72 prosent. En fersk doktorgradsstudie utført av sykepleier og

sosiolog Reidun Norvoll avdekket pasienter som ble skjermet tilnærmet sammenhengende i 70 dager - bare avbrutt av korte turer ut i miljøet. Ifølge avhandlingen betyr skjerming enkelte steder at pasienten blir låst inne på helt nakne rom, uten bilder på veggene eller

noe å aktivisere seg med. Det nye regelverket presiserer at dersom pasienten overføres til en skjermet enhet eller et sted som innebærer en betydelig endring i omgivelsene eller av bevegelsesfriheten, må vedtaket fattes innen tolv timer.

Fastholding av barn

Til nå har ikke fastholding vært regnet som et tvangsmiddel, og har følgelig heller ikke vært underlagt reglene for bruk av tvang.

Det viser seg imidlertid at fastholding av barn og ungdom er svært utbredt. Derfor har fastholding nå blitt lovregulert, og faller fra årsskiftet inn under samme kategori som bruk av isolat eller belter, remmer og spesialklær.

Andre endringer i lovverket er at det nå i visse tilfeller er anledning til å gjøre om en frivillig innleggelse til tvungen, uten å gå veien om utskrivning, slik praksisen tidligere har vært. I tillegg forsvinner det absolutte kravet om tutor (en som kjenner pasienten) ved bruk av tvang. Nytt er det også at barn og unge under 16 år kan ha selvstendig samtykkekompetanse, og at barnevernet kan samtykke til psykisk helsevern når omsorgen for et barn er overtatt av andre enn foreldrene.



NYE REGLER: Reglene rundt bruk av skjerming er kraftig innskjerpet. Arkivfoto: Bo Mathisen

Les mer på www.lovdatab.no

Med rett til å flørte

På Goggi Sæters flørtekurs står **livsgleden**, leken og retten til å velge sentralt. Jentene øver på flørting med rollespill.



LATTERLIG? Ingri (19) sammen med kursleder Goggi Sæter.



Målet er å bli tryggere på seg selv og hverandre og lære å sende ut signaler som ikke feiltolkes.

Goggi Sæter



I et klasserom ved Ulsrud videregående skole i Oslo er en annerledes skoledag i gang. Ti jenter fra første til tredje klasse er samlet rundt et langbord, og stemmene summer lavt over rykende fersk pizza. Med levende lys på bordet minner det hele mest om en hyggelig lunsj, og det er vel på sin plass. I dag skal det nemlig handle om flørt.

Goggi Sæter er kursleder og lærer ved skolen, og har bakgrunn som sykepleier og helsesøster. I tillegg til å undervise ved grunnkurs helse- og sosialfag har hun flere års erfaring med valgfagene «Samliv og seksualitet» og «Konflikthåndtering». For tretten år siden begynte hun å holde flørtekurs for ungdom.

Styrket selvbilde

– Flørtekursene er ikke «casanova-kurs», men en konkret metode for å styrke ungdommens selvbilde og gjøre dem mer bevisste på hvordan deres oppførsel tolkes av andre. Målet er å bli tryggere på seg selv og hverandre og lære å sende ut signaler som ikke feiltolkes. Du kan si at flørtekurset starter i andre enden av det vi tradisjonelt har gjort i seksualundervisningen, forklarer hun.

Sæter har tro på at man kan drive helseopplysning uten å virke belærende og være for problemorientert. Hun forklarer at flørtekurs bare er en metode blant flere, for å oppnå hva som er hennes utgangspunkt for et helsefremmende arbeid; nettopp et styrket selvbilde.

– Det er viktig at ungdommene lærer å ha respekt for egne følelser, og på den måten fungerer kurset som en fin rettesnor. Vår selvoppfatning har stor betydning for hvordan vi mestrer våre liv. Vi prøver derfor å bevisstgjøre deltakerne på at de har valgmuligheter, at de kan velge selv, og ikke bli valgt for, sier hun.

Høflig avvisning

Det er klart for rollespill, og to av jentene forbereder seg litt lattermilde til en demonstrasjon av hvordan man kan takle en person som ikke tar et nei for et nei:

– Kan jeg få nummeret ditt?

– Jeg skal være helt ærlig med deg. Jeg synes vi har hatt det veldig koselig, men jeg gir ikke bort nummeret mitt til noen.

Sæter er fornøyd.

– Veldig bra! Det kan være vanskelig å avvise en flørt, så det er viktig å trene seg på å vinkle det positivt, samtidig som man setter klare grenser, sier hun til jentene.

Hun opplever at det åpner seg en helt ny verden for mange når det går opp for dem at de kan ta ut all livsgleden som ligger i det å flørte, uten at de er forpliktet til å følge det opp med seksuelle handlinger.

– Flere av ungdommene har fått seg en a-ha opplevelse på at det faktisk går an å være ålreit i en avvisning. De fleste guttene jeg har hatt på kurs sier det er vondt å bli avvist, men foretrekker allikevel klar tale fremfor dårlige bortforklaringer.

Deler erfaringer

Med seg på kurset har Sæter Annveig Isaksen, som også er lærer i Helse- og sosialfag ved skolen. Isaksen assisterer under opplæring i dag, og er imponert over ungdommenes åpenhet.

– Det er så greit å snakke med dem om disse tingene, de er engasjerte og deler villig erfaringer med oss og hverandre, sier hun.

Ikke alle kursdeltakerne kjenner hverandre like godt fra før, men settingen gjør at det blir enklere å åpne seg.

– Det er enklere å snakke fritt med bare jenter til stede, for vi deler mange av de samme erfaringene, mener Veronika (18).

Hun legger til at et oppfølgingskurs med blandet gruppe kunne være interessant for å få vite litt om guttenes tanker og meninger.

Mia (18) mener guttene generelt er mer rett på sak enn jentene.

– De virker nok mer selvsikre enn oss, sier hun, og får medhold fra de andre.

Ingri (19) synes kurset har vært tankevekkende, og tror deltakerne kan ha lært mye av hverandre.

– Det var lett å være åpen i denne gruppen, men det finnes sikkert grupper hvor det ikke fungerer like godt.

– Har du fått med deg noen gode flørtetips?

– Jeg tror det beste er å prøve seg frem for å finne sin egen, personlige flørtetil, sier hun.

I likhet med Camilla (18) sy-

Å veksle blikk er et typisk eksempel på flørt, som ikke nødvendigvis skal føre til noe mer.

Ingri (19)

nes hun rollespillet var morsomt, men tror kanskje situasjonen ville utartet seg noe annerledes i virkeligheten.

– Det er vanskelig å sette seg inn i en tenkt karakter eller situasjon sånn på sparket, forklarer hun.

Bra med kjønnsdeling

Sæter har selv utelukkende positive erfaringer med undervisning i gruppe.

– Grappa er selv ressursen! Det er selvsagt individuelle forskjeller mellom deltakerne, men de er med på egne premisser og bekrefter hverandre. Det legges vekt på trygghet i gruppa, så de kan åpne seg. Samtidig vil det melde seg nye behov og tanker. De kommer ofte etterpå, sier hun.

Noen av deltakerne er gjerne mer lukket enn andre, noe Sæter opplever som helt uproblematisk.

– Jeg har blitt spurt en del ganger om hva jeg gjør med de tause. La de tause få lov til å være tause, de er likevel med. Vi skal ikke på død og liv ha alle til å si noe. For noen er dette temaer som er tabubelagte og vanskelig å snakke åpent om, eller de er ikke vant til å snakke så åpent. Da kan de heller få lytte og lære av de andre. Etter en tid er de på banen og kan da bruke erfaringene de fikk. Denne holdningen har jeg både når jeg holder disse kursene og når jeg underviser om seksualitet i klasser.

At kursene holdes separat for gutter og jenter mener hun er avgjørende for at deltakerne åpner seg. Det sier også både jenter og gutter etter endt kurs.

Sæter har forsøkt å samle jenter og gutter for å lage oppfølgingskurs. Det skorter imidlertid på tid og ressurser, men hun har hatt suksess med et blandet kurs gjennom felles valgfag.

– En gruppe som var blitt veldig godt kjent med hverandre hadde konflikthåndtering som felles valgfag, og vi kjørte i hovedsak samme innhold da. De stortrivdes!

Begrepsforvirring

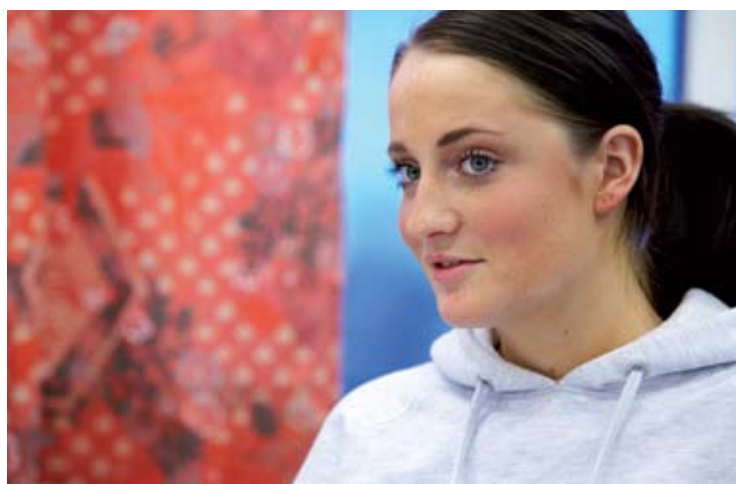
Ingri (19) synes det er lettere å skille begrepene flørt, sjekking, forelskelse og kjærlighet fra hverandre etter å ha deltatt på flørtekurset.

– Vi gikk i dybden på hvert enkelt begrep, og det var veldig bra, sier hun og nevner et eksempel: Å veksle blikk er et typisk eksempel på flørt, som ikke nødvendigvis skal føre til noe mer, mens sjekking er en mer aktiv prosess hvor du gjerne går lenger fordi du har et mål med det du gjør.

Etter 13 år med flørtekurs er Sæters erfaring at jenter og gutter har de samme drømmene, ønskene og behovet for å ha et snakkerom et kurs som dette åpner for.



NOE Å TENKE PÅ: Catrine (16)



FLØRTE ELLER SJEKKE? Nia (16)



KAN SIGNALENE? Veronika (18) og Camilla (18)



– Snakk om seksuell legning

Seksualitet er fortsatt et tabuområde blant helsepersonell. Å tie i hjel seksuell legning, kan gi ekstra belastning, fordi legning henger sammen med identitet og helseproblematikk, hevder leder i Helseutvalget for Homofile, Rolf M. Angeltvedt (bildet).

Stortingsmeldingen om levekår og livskvalitet for lesbiske og homofile (fra 2001), stiller seg kritisk til særegne helsetiltak for lesbiske og homofile. Den viser til at det norske helsevesen skal være til for alle uansett kjønn, rase og seksuell legning.

Men når forskning viser en overhyppighet i rusmisbruk, hivsmitte og selvmord blant homofile og lesbiske, vitner det om spesielle helsemessige utfordringer for dem, mener Rolf M. Angeltvedt.

– Det er viktig å ta tak i dette, sier han, engasjert over en kaffekopp på et pauserom hos Helseutvalget for Homofile.

– Vi hører ofte debatter om kirken manglende toleranse overfor homofile. Men for de fleste av oss har dette færre konsekvenser enn fortienelsen rundt temaet innenfor psykiatrien, rusomsorgen og helsevesenet generelt.

Viagra på koppen

Han mener helsevesenet mangler signaler på at det er greit å ta opp spørsmål om seksuell legning.

– Fastlegen min har en kaffekopp hvor det står «Viagra – her kan du snakke potens», slik signaliserer han åpenhet rundt et vanskelig tema.

Angeltvedt mener helsepersonell kunne bruke det mer åpne ordet «partner», når de spør om parforhold. Dette kan virke mindre forutinntatt enn for eksempel «kjæreste» eller «gift».

En undersøkelse Helseutvalget for Homofile gjorde i samarbeid med Nova viste at 8 av 10 homofile selektivt holder tilbake informasjon om legning for fastlegen sin.

– I hvilken sammenheng er infor-

masjon om legning relevant?

– Definitivt i forhold til hivsmitteproblematikk og seksuelt overførbare infeksjoner som disponerer for hiv. Hvis leger og helsesøstre skal iverksette særtiltak for homofile i forhold til testing for kjønnssykdommer og forebyggende informasjon, må de jo vite hvem de skal snakke til.

Pris: Stigmatisering

Han synes også det er merkelig at homofili ikke er et større tema i psykiatri og rusomsorg.

– Det er klart identitetsproblemer knyttet til legning kan bidra til depresjon, angst og rusmisbruk.

– Er du ikke redd dette fokuset vil være med på å stigmatisere homofile som gruppe? Kanskje det også er derfor mange helsearbeidere kvier seg for å ta dette opp direkte.

– At majoriteten av oss klarer seg utrolig bra, kan ikke forhindre oss i å løfte fram problemene til en minoritet som klarer seg dårligere.

Angeltvedt forteller at han har vært i diskusjon med en helsestasjon på Grünerløkka om dette. Han mener de har stigmatiseringsangst.

– Man kan ikke underkommunisere de utfordringene som ligger i å delta i homsekulturen. Noe stigmatisering er prisen for å kunne jobbe effektivt opp mot en spesiell målgruppe.

Hiv viktigst

Angeltvedt mener spørsmålene rundt hiv og homofile peker seg ut som det temaet helsepersonell må lære seg å takle bedre. Det som har skjedd innen hiv-medisinen

siden 80-tallet har gitt hiv-smittede muligheten til å leve et tilnærmet normalt liv. Men dette skaper to nye utfordringer: Den ene er at hiv kan bagatelliseres og føre til at færre tar de nødvendige forsiktighetsreglene. Den andre er at lang levetid og bedre helse hos hiv-smittede vil føre til flere smittede.

Han mener folk som får en hivdiagnose ofte opplever at det ikke blir nærmere snakk om hvordan de nå skal fikse livene sine med hensyn til seksualiteten.

– Jeg tror mange sykepleiere og leger blir overasket over at hiv-positive også har sex. En sykepleier på infeksjonsposten på Ullevål sa til meg: «Jammen, forstår ikke homofile at de må bruke kondom? Hvordan klarer de å bli hiv-positive når de veit om alle farene?» Man må ikke ta så mye for gitt i forhold til dette. De fleste vet at seksualiteten ikke alltid er så rasjonell.

Sykepleiere nærmest

– Hvordan kan sykepleierne som faggruppe bidra til et bedre møte mellom homofile og helsevesenet?

– Jeg tror sykepleiere har større muligheter enn legene til å ta opp sensitive temaer som seksualitet. Men de mangler kunnskap. Vi hadde akkurat ti sykepleiestudenter fra andre året på veiledning hos oss. Med litt kunnskap og ble de trygge, og var fantastiske ute på arenaen.

Han skulle ønske at et team av sykepleiere tilegnet seg homokompetansen. De kunne blitt en slags kunnskapsbank som kunne brukes av både studenter og sykehusavdelinger.

Ser legning



Foto: Marit Fonn

mer enn graviditet

– Ikke ta for gitt at partneren til den gravide er en mann, råder jordmor Bente Dahl Spidsberg (bildet).

Spidsberg har skrevet masteroppgave om lesbiske kvinners erfaring med fødselsomsorgen. Tønsberg-jordmoren har vært i yrket i 15 år. Hun er også nylagt leder i Jordmorforbundet i Norsk Sykepleierforbund.

– Som jordmor har jeg aldri lært noe om lesbiske gravide. Litteraturen sier at de som minoritetsgruppe er sårbare og diskriminerte. Stadig flere i befolkningen er positive til at homofile og lesbiske kan gifte seg og adoptere barn. Men selv om vi er kommet langt på mange måter, strever fortsatt mange homofile. Helsepersonell har et problematisk forhold til homofili, mener Spidsberg.

Mastergraden har hun tatt ved Universitetet i Oslo.

Tok imot barnebarnet

Spidsberg har selv tatt imot sitt eget barnebarn, som nå er to år. Guttens biologiske mor og Spidsbergs datter lever i registrert partnerskap.

Spidsberg har intervjuet seks lesbiske par, som alle har fått barn.

– Først sa alle at de bare har møtt søte helsearbeidere. Ikke noe negativt. Men jeg sa jeg ville høre likevel. Så kom de med fortellingene. Da ser jeg de samme tingene dukke opp som jeg har lest om – nemlig over- og underfokusering.

Spidsberg viser til Anbjørg Onstad ved Høgskolen i Oslo,

som har skrevet om lesbiske som enten usynlige eller selvlysende.

– Enten lever de som grå i massen - eller så er de svært synlige. Dette gikk igjen i mine funn. Når lesbiske er åpne, får de ofte mange spørsmål. De stiller seg gjerne til rådighet for det. Og mange er trøtte av det.

Ser ikke den gravide

Når helsearbeidere, deriblant jordmødre, treffer en lesbisk gravid, ser de først og fremst en lesbisk kvinne som er gravid, ikke en gravid kvinne.

– Jordmødre er litt for søte og velmenende. De har en tendens til å spørre veldig mye, på grensen til det ufine.

– *Hvor går grensen?*

– Det varierer fra par til par. Men mange spør for mye om det å være lesbisk. De glemmer at kvinnen trenger informasjon om svangerskap og fødsel.

De lesbiske selv flirer litt. Og opplever at jordmoren blir tryggere etter hvert.

– Det dreier seg egentlig om å vise folkeskikk. Det kan lett bli for mye mas. Den seksuelle legningen kan bli altoverskygende.

Noen overtramp

Selv om intervjupersonene forteller om noen overtramp, er det ikke dem som peker seg ut.

– Jordmødre selv sier det bunner i kunnskapsmangel. Dette er som å forholde seg til

en annen kultur, og da trenger vi kunnskap. Å være homofil kan medføre like mye stress og diskriminering som andre minoritetsgrupper opplever. I snitt tar «komme-ut»-prosessen for homofile sju år. Det tar tid å bli trygg på egen identitet. Hvis vi ikke vet om deres behov, hvordan kan vi da hjelpe dem med disse behovene?

– *Trengs det kurs?*

– Jordmødre har ikke vondt av kurs. Jeg vet ikke om dette temaet er pensum noe sted.

Spidsberg minner om at lesbiske er like forskjellige som andre og at helsepersonell må være bevisst språket sitt.

– Ta aldri for gitt at den gravide kvinnen er hetero. Lesbiske gravide blir ikke inkludert hvis vi hele tiden snakker om hva pappaene skal gjøre. Si heller partner. La dem forstå at du er aksepterende. Gi dem anledning til å være åpen og komme ut.

Hun tror de fleste lesbiske som får barn er åpne.

– Det er en ressurssterk gruppe. De er eldre enn heterofile når de blir gravid første gang. De har ofte brukt lang tid for å bestemme seg. De må jo gjøre seg opp en mening om hvordan de skal bli gravid.

Noen bruker en venn som donor. Og noen lesbiske par lager en ordning med et mannlig homofilt par og inseminerer sæden.

– Men det vanligste er sæd-

donasjon i Danmark. Alle de jeg intervjuet hadde gjort det.

Avslører kroppsspråk

Et tips til helsestasjonene fra Spidsberg:

– Hvorfor ikke henge opp bilder med to mødre? Så skjønner andre at det er ok.

Spidsberg antar at det vil bli stadig flere lesbiske som velger å få barn.

– Men nøyaktige tall finnes ikke. Det er bare registrert barn i partnerskap. Jeg ser det i papirene på jobb: Når vi skal registrere babyene, mangler ofte rubrikk for registrert partner under sivilstatus for mor.

Spidsberg skulle ønske at helsepersonell var flinkere til å ta usikkerheten på egen kappe.

– Si heller at det er første gangen du forholder deg til dette, og innrøm din usikkerhet. Hvis du later som du er trygg og aksepterende, kan du opprettholde diskrimineringen. Dette er jenter om er flinke til å tolke kroppsspråk og vant til å forhandle. De avslører fort ulne helsearbeidere.

Spidsberg kjenner til sykepleiere som mener homofili kan kureres med bønn. Å blande fag og religion synes hun ikke noe om.

Da hun først ble konfrontert med datterens valg, måtte Spidsberg ta noen runder med seg selv. Men det hun har opplevd som problematisk er knyttet til rettigheter, permisjonsregler og den slags.



LESBEBARSELGRUPPE: Helle Solberg, Maia Solberg Mugaas (2 år), Selma Solberg Mugaas (5 mnd) og Guri Mugaas er med i en egen barselgruppe for lesbiske.

Mor, mor og barn

Oslo-paret Helle Solberg og Guri Mugaas er vant til å være synlige. Men synes det er deilig med egen barselgruppe for lesbiske.

Først kom Maia, født av Helle. Så kom Selma, født av Guri. Nå er jordmødrene Helle Solbergs favorittyrkesgruppe. Både hun og konen har gode erfaringer med å føde på Ullevål universitetssykehus.

– De var nysgjerrige, men på en positiv måte. Min lege lurte for eksempel på hva det kostet på klinikken i Danmark, forteller Solberg.

Første gang hun og Guri fikk barn, ble de spurt om de var partnere. Siste gangen ble det tatt for gitt.

– Så noe har nok skjedd. Vi er alltid blitt tatt imot på en hyggelig måte i helsevesenet. Men jeg har ikke forventet noe annet heller, sier Solberg.

– *Spidsberg snakker om at lesbiske får mye oppmerksomhet?*

– Ja, vi er veldig, veldig synlige. Sånn er det jo. Vi har en barselgruppe for lesbiske i Oslo. Vi er blitt spurt om ikke det er å trekke seg unna. Men vi er jo så sinnssykt synlige ellers. Det er godt å være et sted der *vi* ikke er et tema.

Solberg er vant til å være synlig.

– Det er ikke noe du velger. Du kommer ikke ut én gang, men hele tiden. Det er en never-ending-story.

Hun tror kanskje det ville vært annerledes å møte helsepersonell på et lite sted.

– Vi var definitivt ikke de første lesbiske som fikk barn på Grünerløkka i Oslo.

70 registrerte fødsler

I 2005 var det 160 barn (0-17 år) som bodde sammen med en mor eller far som levde i registrert partnerskap.

De fleste av disse partnerne er lesbiske.

– Tallet på barnefamilier blant dem i registrerte partnerskap er relativt beskjedent, sier Turid Noack, forsker ved Statistisk sentralbyrå (SSB).

Hun påpeker at ganske mange av partnere har vært gift og har barn fra før, men mange av disse er voksne eller bor sammen med den andre forelderen.

Fram til og med 2004 ble det registrert 70 fødsler i registrerte partnerskap i Norge.

SSB har ikke tall for samboende lesbiske og homofile par, verken med eller uten barn.

Antallet barn av samboende lesbiske og homofile kan kanskje

være omtrent det samme som barn av registrerte partnere.

– Hvis vi sammenlikner med heterofile, så er det fortsatt litt flere som blir født i ekteskap, men antallet nyfødte med samboende foreldre er økende, sier Noack.

Hun regner med at antallet barn født med lesbiske foreldre vil øke noe etter hvert som det blir flere som lever i partnerskap i Norge.

– Men antallet barn blant lesbiske og homofile er, som tallene viser, beskjedent, og det er intet som tyder på en babyboom, sier hun.



Mange feil

på ak

ÖREBRO, SVERIGE: Sykepleiere i akuttmottak er ikke gode nok til å vurdere pasienter. Ifølge en svensk doktorgradsavhandling gjør sykepleiere feilvurderinger i hvert annet tilfelle.

Den første vurderingen av en akutt pasient kan være avgjørende for å gi riktig behandling og gjøre riktig prioritering. I arbeidet med sin doktorgrad har sykepleier Katarina Göransson kartlagt hvor kompetente svenske sykepleiere er til å vurdere akutte tilfeller på en profesjonell og sikker måte.

– Triage i akuttmottak, som jeg definerer som den initiale vurdering og gradering av pasientens behov for hjelp, forsømmes på de fleste sykehus. Rutiner og beslutningsstøtte mangler, og det virker som om det ikke er tilstrekkelig dokumentasjon for å gå manglene etter i sømmene og sette inn tiltak, sier hun.

Halvparten feil

Doktoravhandlingen er avlagt ved Örebro universitet og bygger på tre studier. Den første studien er en nasjonal kartlegging der Göransson har intervjuet sjefsykepleier eller tilsvarende på 69 mottak i hele Sverige. Tema for intervjuene er hvilke prinsipper triage bygger på og hvordan vurderingene dokumenteres.

– Svarene og informasjonen varierer, noe som underbygger at det ikke finnes en metode for å utføre triage, sier Göransson.

I den andre studien har 423 sykepleiere på 48 sykehus ut fra skriftlig informasjon vurdert fik-

VURDERING: Alle pasienter som kommer til et akuttmottak må vurderes. I Sverige gjøres det mange feilvurderinger.

Foto: Samfoto

utten

tive pasienter. Oppgaven var blant annet å avgjøre hvor raskt hver enkelt pasient hadde behov for lege. Sykepleierne graderte hastegraden etter en kanadisk triageskala som gikk fra 1 til 5, der 1 betyr umiddelbart behov og 5 at pasienten kan vente i maksimum 120 minutter.

– Også her var det stor variasjon i svarene. Hvor samstemte sykepleierne var i forhold til ett og samme tilfelle varierte også. Generelt er spennvidden stor. Noen sykepleiere vurderte riktig i bare 22 prosent av tilfellene, mens andre vurderte rett i opp til 89 prosent av tilfellene. Sammenlagt et gjennomsnitt på 58 prosent korrekt vurdering. Det er et alarmerende lavt tall, mener Katarina Göransson.

Slendrian

Den tredje studien prøvde å fange opp kognitive prosesser hos sykepleierne for å forstå deres evne til å bedømme helsetilstanden til akutte pasienter korrekt.

– Svarene viser at mange sykepleiere ved behov konfererer med kolleger og i ettertid søker kunnskap, sier Göransson.

Studiene gir ingen indikasjoner på at det er forskjell i kunnskap om triage mellom sykehus på større eller mindre steder.

– Studiene viser at mange pasienter

sannsynligvis vurderes feil og at det er mangler ved måten akutt pasienter mottas på. Foreløpig er det for tidlig å slå fast hvilke konsekvenser dette får. Men dette er noe som absolutt burde belyses for å dokumentere og forstå omfanget av problemet, sier forskeren og legger til:

– Med tanke på den store variasjonen både organisatorisk og individuelt vil jeg påstå at det ikke alltid er pasientens tilstand som avgjør hvor raskt han eller hun får behandling og legetilsyn, men snarere hvilket sykehus man kommer til og hvilken sykepleier man treffer.

Manglende interesse

Katarina Göransson tror at de bakenforliggende årsakene til at akutte pasienter feilvurderes er at triage rett og slett er et oversett område.

– Innenfor det svenske helsevesenet er det hverken oppmerksomhet eller interesse for den kanskje vanskeligste selvstendige oppgaven sykepleiere på akuttmottak stilles overfor. Vi har ingen spesialistutdanning innenfor akutt sykepleie, verken for sykepleiere eller leger. Dessuten er det få leger som interesserer seg for problematikken, og ettersom legene er den yrkesgruppen som har størst innflytelse i helsevesenet, er det ingen oppmerksomhet rundt triage. Det er galt å rette kritikk mot sykepleierne. Det er ikke deres feil at de mangler brukbare verktøy.

Nonsjalanse

I takt med økende belastning og en mer kompleks arbeidssituasjon på

akuttsykehusene, samtidig som det blir flere eldre og derfor mer sykelighet, vil behovet for retningslinjer for triage på akuttmottak øke.

Katarina Göransson mener triage i bunn og grunn handler om pasientsikkerhet. Hun er kritisk til myndighetenes manglende vilje til å gjøre noe med saken og etterlyser en spesialistutdanning for sykepleiere som skal bruke triage. – Mener myndighetene at det ikke er behov for en spesialistutdan-



TRIAGE: Sykepleier og forsker Katarina Göransson etterlyser nasjonale retningslinjer. Foto: Johan Erichs

ning, vet man ikke hvordan et akuttmottak i dag fungerer. Dette er en viktig sak, og burde styres fra et sentralt nivå slik at det innføres nasjonale retningslinjer, en standard for triage på akuttmottak, mener Katarina Göransson.

Oversatt av Nina Hernæs

Ikke ens i Norge

Kristina Malm Jansson

Vårdforbundet i Sverige:

– Vi tar funnene i doktorgradsavhandlingen på alvor. Det er viktig å jobbe med felles rutiner, og her har ikke vi gjort nok. Temaet er viktig, og noen av helsevesenets ledere burde ta initiativ til å utrede dette nærmere. Forbundet kommer definitivt til å følge opp dette.

Marit Urkedal Jensen

seksjonsleder ved St. Olavs Hospital i Trondheim:

– Vi har ingen skriftlige retningslinjer for hvordan man skal gå frem. Vi planlegger å utarbeide en manual for triage. Jeg vet at man i Stavanger har jobbet med triage og vi har utvekslet erfaringer med akuttavdelingen der. Innen ett år tror jeg vi har en egen manual for triage på St. Olavs.

Turid Lund

oversykepleier ved Ullevål universitetssykehus i Oslo:

– Generelt tror jeg triage kan utvikles ved å utarbeide faste kriterier for hvordan man skal gå fram og at de som bruker triage er rutinerte sykepleiere med det vi kaller «et godt klinisk blikk». De vil ha tilstrekkelig kunnskap for å vite hvordan man observerer og dokumenterer. Tverrfaglig samarbeid er viktig for å få til tilfredsstillende triage. Vi er fornøyde med måten vi jobber på. Vi bruker utelukkende erfarne sykepleiere til triage, men alt kan utvikles videre. Det kan fungere med skriftlige rutiner, men da er det viktig at man følger dem.

Av **Gro Wangenstein**

psykiatrisk sjukepleier ved alderspsykiatrisk post, Spesialpsykiatrisk avdeling ved Universitetssjukehuset i Nord-Norge.

Det har vært motstand mot å bruke NANDA og NIC.

ALDERSPSYKIATRISK POST, Universitetssjukehuset Nord-Norge:

Alderspsykiatrisk post har 14 sengeplasser med gjennomsnittlig innleggelsestid på 6-8 uker og ca 100 innleggelse pr år. Posten utreder og behandler psykiske lidelser og demens med atferdsvansker hos personer over 65 år. Pleiepersonalet er hovedsaklig sjukepleiere og annet utdannet pleiepersonell. Posten har også i småstillinger pleiepersonal med ulike fagbakgrunn, studenter og ufaglærte.

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på www.sykepleien.no

Søkeord:
dokumentasjon
digital pleieplan
DIPS

Da NIC og NOC kom til

NIC, NOC, NANDA, VIPS eller DIPS?

Les hvilke erfaringer alderspsykiatrisk post ved Universitetssjukehuset Nord-Norge gjorde seg ved innføringen av dataverktøy.

I begynnelsen av 2005 skulle pleiepersonalet ved Spesialpsykiatrisk avdeling ved Universitetssjukehuset i Nord-Norge (UNN) inn i datateknologiens verden. Man nedsatte en prosjektgruppe som arbeidet 2 dager i uka over en 10 måneders periode. Prosjektgruppa skulle gjennom å gi opplæring og retningslinjer påvirke hvordan sjukepleiedokumentasjonen ble nedtegnet i avdelingens fire sengeposter. Avdelingsledelsens hensikt var ikke bare at prosjektgruppa skulle lære kollegene «data», men også å legge til rette for at sjukepleiedokumentasjonen kunne bli mer presis og i større grad være faglig retta og ført i henhold til lovverk og journalforskriften (1,2). Det er et ønske at sjukepleiedokumentasjonen i større grad skal være grunnlag for fagutvikling og forskning.

Må bruke koder

Vi har nå gjennomført innføring av dataverktøy og programvaren DIPS på posten. Dette har medført en del endringer for sjukepleiedokumentasjonen. I innføringsfasen savnet vi å kunne lese om andres (norske) erfaringer om innføring av dataverktøy og erfaringer med å nytte standardbegreper fra klassifikasjonene NANDA (North American Nursing Diagnosis Association)(3) og NIC (Nursing Intervention Classification) (4). Disse begrepene representerer en helt ny mulighet i arbeidet med pleieplanskriving. Bruk av koder og klassifikasjoner i helsevesenet er et krav som vil komme til pleiegruppa før eller seinere. (www.KITH.no/kok)

Ved oppstart

De fleste pasientene hadde pleieplan før innføring av dataverktøy. Mange av papirpleieplanene var ikke redigert under oppholdet, og i varierende grad signert og datert. Pleieplaner ble skrevet, men ikke endret etter hvert som pasientens tilstand endret seg.

Vaktrapportene var et meget fritt format hvor det var opp til hver enkelt pleier å avgjøre hvordan den skulle føres. Det var et vell av ulike informasjon – alt fra observasjoner av pasienten, pleieplanliknende nedtegnelser til beskjeder mellom personalet eller dokumentasjon gjort på samarbeidende yrkesgruppers vegne. Vi fant også nedtegnelser som ikke hører hjemme i pasientens journal; dagbokliknende utsagn og historier som ikke har betydning for den pleien vi utfører eller det vi vurderer.

For å rette sjukepleiedokumentasjonen i faglig retning mente prosjektgruppa at det var viktig å ha hovedfokus på pleieplanen. Ved å skrive vaktrapporter hovedsakelig i forhold til pleieplanens tema, ville sjukepleiedokumentasjon bli faglig reflektert og møte helsepersonelloven og journalforskriftens krav (1,2).

Vaktrapportdokumentet ble endret fra å være et åpent ark i papirversjonen til i dataversjonen å få en struktur med nummererte begreper for grunnleggende funksjonsområder. Disse skulle henviser/kople rapporten til pleieplanen, der pleieplanelementene blir gruppert etter de samme funksjonsområdene. DIPS har valgt funksjonsområder fra den svenske VIPS-modellen (5).

Prosjektgruppa besto av to sjukepleiere og en kontorfagarbeider. Gruppa organiserte og satte mål for opplæring etter oppdrag fra avdelingsledelsen. Mye arbeid har vært brukt til å sette seg inn i DIPS og fagområdet IKT og sjukepleiedokumentasjon.

6 pleiere i posten ble opplært som superbrukere. Gjennom en innføringsuke i begynnelsen av februar 2005, lærte alle pleierne grunnleggende ferdigheter i DIPS. All opplæring på datamaskinen har vært i en-til-en situasjon og etter prinsippet «learning by doing». Hovedmålet for innføringsuka var at alle skulle klare å skrive vaktrapporter i DIPS. Opplæring i forhold til pleieplaner ble gitt etter innføringsuka.

Det ble også gitt individuell opplæring i grunnleggende ferdigheter på data.

Prosjektgruppa holdt forelesninger på posten om DIPS, endringsprosjektet og om NANDA og NIC og de nye retningslinjer for sjukepleiedokumentasjonen.

NANDA og NIC

Etter innføringsprosjektet har det vært et stadig fokus på sjukepleiedokumentasjonen. Det er ikke uvanlig at man nå diskuterer dokumentasjonen og føringene for hvordan pleieplaner og vaktrapporter utformes.

Vi ser at oppstart med nytt dokumentasjonsverktøy har gjort at flere kommer sammen om å utarbeide pleieplaner og daglige rapporter.

De seks superbrukerne er i fortsatt tilgjengelig på nesten alle vaktskift for råd og hjelp, hvis

alderspsykiatrisk post

man står fast både teknisk og faglig. Prosjektgruppa har repetert forelesningene om NANDA og NIC og pleieplanskriving.

Begrepene NANDA og NIC forutsettes kjent, men kort sagt er dette listebaserte begreper for sjukepleiediagnoser og sjukepleie-tiltak.

Det har vært usikkerhet om hvorvidt det er tilstrekkelig antall og kvalitet på standardbegrepene. Det har vært diskusjoner om reduksjonisme og forflating av meningsinnhold for sjukepleiedokumentasjonen ved bruk av standardbegreper. Hvis det ikke finnes standardbegreper for en pasients situasjon, er det da slik at problemet ikke eksisterer? Det har vært motstand mot å bruke NANDA og NIC. Samtidig har dette også bidratt til et mer balansert syn på bruken av fritekst, som ved gransking heller ikke framstår som klar og entydig.

DIPS

Programvaren DIPS har vært til både glede og frustrasjon på posten. Jeg ser dataverktøyets redigeringsmulighet som en viktig bidragsyter til at pleieplanene nå i større grad kan være oppdaterte og i samsvar med pasientens tilstand. Lesbarheten har økt, fordi man slipper uleselig håndskrift. Datering og signering er alltid på plass. Dette er medvirkende faktorer som kan være årsak til de registrerte positive endringene.

Programvaren har et brukergrensesnitt som fremdeles er en utfordring for mange av pleierne. Det vanskeliggjør oppdatering av pleieplanen fordi flere pleiere sliter med å komme seg gjennom mange dialogbokser og uoversiktlige bilder. Oppsettet for pleieplanen er også uoversiktlig og med lite pedagogiske løsninger. For å beherske teknikken kreves gjen-

tatte opplæringssekvenser overfor personalgruppa både gruppevis og individuelt. Prosjektgruppa utarbeidet 9 veiledende pleieplaner for å lette pleierens utforming av pleieplaner. Jeg mener brukergrensesnittet vanskeliggjør det videre arbeidet mot enda bedre sjukepleiedokumentasjon.

Heldigvis er programvaren fleksibel på at man kan velge å hente inn ferdige begreper eller bruke fritekst, og også kombinere disse to.

Store endringer

Ved sammenlikning av pleieplaner og vaktrapporter en tilfeldig valgt dag før og etter innføring av dataverktøy, så vi store endringer.

Etter innføring av data hadde alle pasientene pleieplan, og alle var redigert og endret underveis, samt signert og datert.

I papirplanene var det ikke uvanlig å føre opp tiltak, uten å gjøre rede for bakgrunnen for hjelpebehovet. Man kunne for eksempel i stedet for sjukepleiediagnose skrive funksjonsområdet.

I datapleieplanene har nesten alle pasientens pleieplaner nedtegnet årsaken (sjukepleiediagnose) for tiltaket, (36 av 38), det er nesten hundre prosent forhold mellom sjukepleiediagnose og tiltak. Til sammenlikning var mer enn halvparten av tiltakene uten sjukepleiediagnose i papirpleieplanene (43 av 71). Vi mener dette er en stor endring og en positiv forbedring. Pleieplanene er mer utfylte med sjukepleiediagnoser og har bedre begrunnelse og mer informasjon om pasienten i forhold til papirplanene.

NANDA og NIC er brukt ca 90 prosent i datapleieplanen. Pleierne ble oppfordret til å bruke standardbegreper. En annen forklaring på det høye antal-

let kan være at pleierne finner det mer lettvisst med ferdige begreper. Å formulere seg presist om det vi observerer og vurderer for pasientene kan være en vanskelig oppgave å løse i tidsnød og stress.

Vaktrapporter

Ved undersøkelse av datapleieplaner ser vi at nesten halvparten av NANDA sjukepleiediagnosene (ikke undersøkt dette for NIC) har fritekst koblet til seg. Det kan bety at standardbegrepene er for upresise eller det kan bety at man ønsker å individualisere sjukepleiediagnosene for å bedre informasjonen. Dahl, Heggdal og Standal (6) hevder at man skal gjøre tillegg av fritekst til en sjukepleiediagnose for å lage det de kaller «aktuell todelt diagnose». Vi har også talt antall ord i vaktrapportene før og etter dataalderen for å se om det er mer effektivt og ordbesparende å ha en aktiv pleieplan. Ved å telle antall ord i alle pasientenes natt-, dag- og aftenrapporter en tilfeldig valgt dato og sammenlikne dette i papirversjonen mot datautgaven, fant vi at antall ord var gått ned med mellom 40 og 50 prosent for dag- og aftenrapportene, men uendret for nattrapportene. En mulig forklaring på at nattrapportene er uendret, kan være at nattpersonalet i stor grad ikke jobber i forhold til pleieplanen, pasientene sover for det meste.

Arbeidet videre

På Alderspsykiatrisk post ved UNN har vi planlagt å fortsette arbeidet for en faglig god sjukepleiedokumentasjon. Vi tenker at hvis vi gjør dokumentasjonsarbeidet til gjenstand for debatt og kritisk gransking, vil det komme pasientene til gode. En god dokumentasjon vil spille en god praksis. Ressurser til å

drive dokumentasjonsarbeid er avgjørende.

For å kvalitetssikre dokumentasjonsarbeidet burde det være to pleiere per post som til enhver tid har ansvar for å følge opp sjukepleiedokumentasjonen som produseres (5). På vår post er det fagutviklingssjukepleieren og en superbruker som tar dette ansvaret.

På alderspsykiatrisk post ønsker vi å sette i gang et endringsprosjekt der vi vil legge til rette for at pleieplanen er utgangspunkt for vaktskifterapport og å se på muligheten for å endre til stille rapport (7).

For interesserte vil det være mulig å lese prosjektrapporten for nærmere informasjon på <http://www.unn.no/category11302.html>

LITTERATUR:

1. **Helsedepartementet.** Lov 1999-07-02 nr. 64 Lov om helsepersonell (helsepersonelloven), 1999. Fra internett: <http://www.lovdatab.no/all/tl-19990702-064-005.html>

2. **Sosial- og helsedepartementet.** Forskrifter for pasientjournal (forskrift 2000-12-21 nr. 1358) Oslo. Lest fra internett: <http://www.lovdatab.no/for/sf/ho/to-20001221-1385-0.html>

3. **NANDA Sykepleiediagnoser.** Definisjoner & klassifikasjon 2001-2002. Oslo: Akribe, 2003.

4. **Dochterman JM., Bulechek GM.** Nursing Interventions Classification (NIC). Fourth Edition. Carlefortia: Mosby, 2004.

5. **Ehnfors M, Ehrenberg A, Thorell-Ekstrand I.** VIPS – boken: om en forskningsbasert modell for dokumentation av omvårdnadi patientjournalen. Stockholm: Vårdförbundet, 2000.

6. **Dahl K, Heggdal K, Standal S.** Sykepleiedokumentasjon. I: Kristoffersen AJ, Nortvedt F, Skaug EA Grunnleggende Sykepleie bind 4. Oslo: Gyldendal Akademiske, 2005.

7. **Solvang A.** Stille rapport. Tidsskr Sykepl 2005; 19: 58-60.

Lisa Øien om lovstridigheter i NIC på norsk

Yrke: Student – Master i helsefag



NIC – ny praksis inn bakdøra?

Hjelpepleiere skal assistere ved kirurgiske inngrep, kateterisere pasienter og håndtere legemidler. I alle fall ifølge NIC på norsk, skriver artikkelforfatteren – som spør om dette er i strid med våre helselover.

I år kom endelig den, for noen, lenge etterlengtede norske oversettelsen av NIC (Nursing Intervention Classification – på norsk: Klassifikasjon av sykepleieintervensjoner). Boken er gitt ut på Akribe Forlag og er på 1032 sider. Et stort arbeid er lagt ned i å gjøre dette klassifiseringssystemet tilgjengelig for bruk også i norske sykehus. Agendaen er klar. Et mer oversiktlig og strukturert, et bedre og på alle måter mer hensiktsmessig dokumentasjonssystem, til fordel for både helsepersonell og – ikke minst – pasientene. En gjennomgang av denne nytgivelsen har vakt min bekymring.

På kollisjonskurs med praksis?

I henhold til forskrifter om legemiddelforsyningen (Helse- og omsorgsdepartementet 1987; Helse- og omsorgsdepartementet 2001) kan administrasjon av legemiddel kun *unntaksvis* delegeres til andre enn sykepleier, i kommunehelsetjenesten også vernepleier. (Helse- og omsorgsdepartementet 1987; Helse- og omsorgsdepartementet 2001). I mange sykehjem har det over mange år vært mangel på sykepleiere, og det har derfor relativt ofte oppstått situasjoner

hvor hjelpepleiere har vært nødt til å dele ut legemidler. Sykepleiere har ikke lov til å delegeres sin myndighet for legemiddel-håndtering til annet helsepersonell. Bare ansvarshavende lege har i henhold til legeloven § 17, mulighet for det. I standgjøring av legemiddelet skal likevel gjøres av sykepleier/vernepleier, og personlig fullmakt skal foreligge for den enkelte gjeldende hjelpepleier, helst etter først å ha avlagt kunnskapstest, og minimum etter relevant teoretisk opplæring. Dette gjøres rede for i «Forskrift om legemiddelforsyningen m.v. i den kommunale helsetjeneste», § 8, nr.4-6.

Laget for annet regelverk

I NIC, del 6, finnes en oversikt over beregnet tid og nødvendig utdanningsnivå for å utføre NIC-intervensjoner. Denne ser for meg ut til å være laget på bakgrunn av et helt annet regelverk enn det norske jeg nettopp har redegjort for. Ifølge oversikten i del 6 er hjelpepleier et tilstrekkelig utdanningsnivå for å administrere, med alt det innebærer, alle typer medikamenter med unntak av medisiner til injeksjon (NIC-Kode nr 2301, 2316, 2311, 2320, 2304,

2315, 2318, 2308 og 2310). Kateterisering av urinveier av både menn og kvinner sorterer også inn under hjelpepleierens fagområde i henhold til NIC, herunder undervisning av barn og foreldre ved intermitterende kateterisering av urinveier hos barnet (NIC-kode nr 0580 og 0582).

Da jeg tok min sykepleierutdanning i 1992-95 var kateterisering av menn ansett for å være en lege-oppgave. Sykepleier med *særskilt* opplæring kunne likevel utføre dette. Ikke i noen sammenheng har jeg hørt om kateterisering som en naturlig del av hjelpepleierens arbeidsoppgaver. Jeg tviler ikke på at det finnes hjelpepleiere som kunne foreta en kateterisering på utmerket måte, men er kateterisering å anse som en hjelpepleieroppgave?

Naturlige arbeidsoppgaver

Jeg kan ikke finne delegasjonsreglement nevnt noe sted i NIC. Den delen av klassifikasjonssystemet som omhandler hvem som har myndighet til å gjøre hva, kunne med fordel inneholdt henvisninger til gjeldende retningslinjer på området. Norske retningslinjer. Men som sagt, jeg kan ikke se at gjeldende

regelverk åpner for at alle de intervensjonene som i henhold til kapittel 6 hører inn under hjelpepleierens arbeidsområde, selv ved delegasjon.

For noen år siden ble hjelpepleierne ved operasjonsavdelingene ved landets sykehus byttet ut med sykepleiere, og da fortrinnsvis sykepleiere med spesialkompetanse. Den debatten som oppsto i kjølvannet av dette er tydelig ikke lagt død ennå. «Assistanse ved kirurgisk inngrep» (kode nr 2900) sorterer under hjelpepleierens naturlige arbeidsoppgaver ifølge NIC. Det er ikke presisert behov for spesialkompetanse eller fullmakt for å utføre denne oppgaven heller, som innbefatter «dissekering av vev - om relevant, skylle og suge rent kirurgisk sår - om relevant, assistere med å estimere blodtap» og ellers alt som en operativ prosedyre måtte innbefatte, inkludert «formidling av pasientstatus og utvikling til familien – om relevant». (Red., Dochterman et al. 2006)

Revitalisering av profesjonskamp?

NIC gis ut som ledd i arbeidet med innføringen av EPJ (Elektronisk pasientjournal), klart til å tas i bruk ved landets

Da jeg tok min sykepleierutdanning i 1992-95 var kateterisering av menn ansett for å være en lege-oppgave.

sykehus, enten som oppslagsverk, eller gjerne lagt direkte inn som del av et elektronisk system. NANDA (North American Nursing Diagnoses Association), på norsk: Sykepleiediagnoser: definisjoner og klassifikasjon forelå på norsk allerede i år 2003, og er i bruk ved flere sykehus, sammen med NIC. NOC (Nursing Outcome Classification) er sannsynligvis like om hjørnet. Er vi i ferd med å innføre klassifikasjonssystem som ikke er tilpasset norske forhold? Må det en lovendring til om NIC skal kunne vurderes som faglig holdbart? Ligger det i kortene en fullstendig omlegging av hjelpepleierutdanningene? Er det jeg som har feilet i å følge med i en omlegging av lovverk og utdanning som allerede har funnet sted? Eller er rett og slett boken gitt ut med en skjult agenda, nemlig å gi støtet til en faglig debatt med hensyn til ansvarsområder til sykepleiere henholdsvis hjelpepleiere, opp mot hvordan vi ser for oss sykepleieryrket i framtiden?

Mangelfull kvalitetssikring

Det er verdt å merke seg at boken ikke gis ut som illustrasjon på oppbygging av amerikansk helsevesen. Den gis ut som en fiks ferdig mal for norsk helsevesen, tenkt brukt av sykepleiere i klinisk praksis – i norske sykehus, til undervisning og i forskning. Riktignok med ønske om debatt og utvikling i henhold til norsk praksis, men når den så til de grader ikke synes kvalitetssikret i henhold til norsk praksis og regelverk blir jeg betenkt.

En rekke framtrede fagpersoner har vært med i arbeidet

med å oversette NIC. NSF og Helse- og sosialdepartementet har i fellesskap finansiert oversettelsen «for å sikre en autoritativ oversettelse av NIC til norsk». Et redaksjonsutvalg bestående av fire personer har stått ansvarlig for å «(...)kvalitetssikre og godkjenne oversettelsen, slik at den norske versjonen er i best mulig overensstemmelse med begreper brukt i norsk sykepleie-utdanning og praksis». I tillegg har ytterligere to personer, en dr.med. og en professor, bidratt til å kvalitetssikre medisinsk fagterminologi og språk» (Norsk forord, NIC 2006). Hva med å kvalitetssikre gyldigheten av alle kapitler i boken opp mot norske forhold og ikke minst norsk regelverk?

Jeg holder muligheten åpen for at det er presiseringer et eller annet sted i den norske oversettelsen. Den er som sagt på 1032 sider, og jeg har ikke, og kommer sannsynligvis heller ikke, til å lese den fra perm til perm. Den er vel heller ikke ment som «sengelektyre», men snarere som oppslagsverk og til daglig bruk i klinisk praksis. Nettopp derfor synes jeg betydningen av «gyldighet i alle ledd» er spesielt viktig.

Praksis inn bakveien

Vi må ikke tillate oss at endret praksis får lov til å «snike seg inn bakdøra». Og slett ikke i forkant av en eventuell lovendring. Det vil kunne sette både sykepleiere og ikke minst hjelpepleieres rettssikkerhet i fare. Og hva med pasientens sikkerhet? Helsepersonellovens §4 ansvarliggjør hver og en av oss i forhold til våre handlinger. Vi har alle et individuelt ansvar for



NOE FOR HJELPEPLEIERE? Slik artikkelforfatteren leser NIC på norsk, åpner den for at hjelpepleiere blant annet kan ta seg av legemiddelhåndtering. Arkivfoto: Stig M. Weston

ikke å utføre oppgaver vi ikke er kompetente til å gjøre. Men når vi får forelagt et faglig verktøy som NIC er ment å være, er det lett, enn si naturlig, å tro på det som står der og forholde seg til det som gitte sannheter. NIC synes både oversiktlig og gjennomarbeidet for øvrig, og man kan ganske sikkert jobbe med NIC som støttespiller og veikart i en klinisk hverdag, men da med fare for å begå lovbrudd.

Eller – tar jeg feil?

LITTERATUR:

Helse- og omsorgsdepartementet (1987). Forskrift om legemiddelforsyningen m.v. i den kommunale helsetjeneste, Folkehelseavdelingen. FOR 1987-11-18 nr 1153: 7.

Helse- og omsorgsdepartementet (2001). Forskrift om legemiddelforsyningen m.v. ved sykehus og andre helseinstitusjoner, Folkehelseavdelingen. FOR-2001-12-18-1576: 4.

Red., J. M. Dochterman, et al. (2006). Klassifikasjon av sykepleieintervensjoner (NIC), Akribe Forlag.

Nettbutikk:
ametrine.no

Ordretelefon:
72 48 16 67

ametrine
Postboks 333 - 7301 ORKANGER

Lei av sokker med hull?

Sokker som ikke strammer

•toppkvalitet til lavpris
•svært slitesterk



NYHET

GARDASIL® - en vaksine som forebygger livmorhalskreft^{1,2}

Den første vaksinen som forebygger livmorhalskreft

- Før livmorhalskreft oppstår, forhindrer GARDASIL® høygradig livmorhalsdysplasi og har i tillegg påvist effekt mot lavgradig livmorhalsdysplasi^{2,3}
- Utover livmoren, forebygger GARDASIL® også forstadier til vulvakreft, reduserer forekomsten av forstadier til vaginalkreft og forhindrer kjønnsvorter^{3,4}
- Tilstander som forårsakes av humant papillomavirus type 6, 11, 16 og 18¹

For å beskytte barn, ungdom og unge kvinner

**BESKYTTELSE FRA FIRE TYPER -
FØR OG UTOVER LIVMORHALSKREFT¹⁻⁴**

Overlever med en god latter



Ifølge en forskningsrapport kan en god latter faktisk forlenge livet.

Den oppløftende studien er gjennomført av forskere ved Det medisinske fakultet, NTNU, og universitetsklinikken St. Olav i Trondheim. Resultatene er nylig publisert i det vitenskapelige tidsskriftet *International Journal of Psychiatry in Medicine*. Forsker-teamet har bestått av spesialsykepleier Bjørn Kristoffersen, overlege Knut Aasarød og professor Sven Svebak.

I artikkelen publiseres bevis for at sans for humor øker sannsynlig-

heten for å overleve når mennesker rammes av alvorlig sykdom.

Ifølge nettstedet forskning.no var det tretti prosent redusert risiko for å være død to år senere, dersom pasientene – som i undersøkelsen alle var livstruende syke med kronisk nyresvikt – hadde relativt høy skår på sans for humor. Tallene fremkom etter at det var tatt hensyn til utslag som kunne skyldes andre helseplager, generell livskvalitet og andre forhold.

Farlige lekemagneter

Små magneter, som er vanlig i barneleker, kan forårsake store og alvorlige skader, dersom de svelges. Overlegene Gunnar Arbmán og Thomas Jonsberg ved kirurgisk klinikk i Östergötland i Norrköping, forteller i *Läkartidningen* om flere tilfeller av barn som har kommet inn på sykehuset med store skader etter å ha svelget magneter. Én magnet passerer vanligvis problemfritt gjennom mage og tarm – problemet oppstår dersom barnet har fått i seg flere magneter. Overlegene beskriver blant annet ett tilfelle hvor en gutt på tre og et halvt år fikk perforert tarmen to steder, etter å ha svelget tre små, men svært kraftige magneter. Magneter av denne typen er populære både i barnespill, i pyntegenstander til å henge på kjøleskapet, og i vanlige barneleker.

DIPS vokser

DIPS AS er kåret til en av de 50 raskest voksende teknologibedriftene i Norge. Kåringen er gjort av konsulentfirmaet Deloitte, melder *helserevyen.no*. DIPS er et Bodø-basert firma som leverer it-løsninger for elektronisk pasientjournal til sykehus i Norge. Ifølge *helserevyen.no*, hadde bedriften en vekst på 238 prosent fra 2000 til 2005. DIPS er også på lista over de 500 raskest voksende teknologibedriftene i Europa.

C1

Gardasil® "Sanofi Pasteur MSD"

Vaksine mot humant papillomavirus

ATC-nr.: J07B M01

INJEKSJONSVÆSKE, SUSPENSJON: Hver dose inneh.: Humant papillomavirus (HPV) type 6 L1-protein ca. 20 µg, type 11 L1-protein ca. 40 µg, type 16 L1-protein ca. 40 µg, type 18 L1-protein ca. 20 µg, natriumklorid, L-histidin, polysorbat 80, natriumborat, aluminium (som amorf aluminiumhydroksyfosfatadjuvans) 225 µg, vann til injeksjonsvæsker. I

INDIKASJONER: Vaksine som skal forhindre høygradig cervical intraepitelial neoplasia (CIN 2/3), cervixcancer, høygradig vulvadysplastiske lesjoner (VIN 2/3) og kjønnsvorter (condyloma acuminata) som har årsakssammenheng med humant papillomavirus (HPV) av typene 6, 11, 16 og 18. Indikasjonen er basert på effekt hos voksne kvinner fra 16 til 26 år og påvist immunogenisitet hos 9 til 15 år gamle barn og ungdom. Beskyttelseeffekt er ikke undersøkt hos menn. Bruken av Gardasil skal følge offentlige anbefalinger.

DOSE: Primær vaksinasjon: 3 separate doser på 0,5 ml gis ved måned 0, 2 og 6. Ved en alternativ vaksinasjonsplan gis den 2. dosen minst 1 måned etter den 1. dosen, og 3. dose gis minst 3 måneder etter 2. dose. Alle 3 dosene må gis innenfor en periode på ett år. Behovet for boosterdose er ikke klarlagt. Barn: Ikke anbefalt hos barn <9 år pga. utilstrekkelige data vedrørende immunogenisitet, sikkerhet og effekt. Gis intramuskulært, fortrinnsvis i overarmens deltoideusmuskel eller i det øvre anterolaterale området på låret. Må ikke injiseres intravaskulært. Subkutan og intradermal administrering er ikke undersøkt, og anbefales derfor ikke.

KONTRAINDIKASJONER: Overfølsomhet for innholdsstoffene. Ved symptomer som tyder på overfølsomhet, må det ikke gis flere doser. Vaksinerings utsettes hos personer som lider av akutt, alvorlig febersykdom. Mindre infeksjon, som en lett øvre luftveisinfeksjon eller lett feber, er ikke kontraindikasjon for vaksinasjon.

FORSIKTIGHETSREGLER: Hensiktsmessig medisinsk behandling må alltid være tilgjengelig i tilfelle sjeldne anafylaktiske reaksjoner. Det er usikkert om alle som får vaksinen beskyttes. Vaksinen beskytter bare mot sykdommer som forårsakes av HPV-typer 6, 11, 16 og 18. Anbefalte forsiktighetsregler for beskyttelse mot seksuelt overførbare sykdommer må følges. Beskytter ikke mot eksisterende HPV-infeksjoner. Har ikke terapeutisk effekt og er derfor ikke indisert som behandling for cervixcancer, høygradige cervix-, vulva- og vaginaldysplasi eller kjønnsvorter, eller for å hindre utviklingen av andre etablerte HPV-relaterte lesjoner. Vaksinasjon er ikke erstatning for regelmessig cervix-screeningundersøkelse, og regelmessig screening iht. lokale anbefalinger er fortsatt viktig. Det foreligger ikke data om bruk hos personer med svekket immunrespons. Personer med svekket immunrespons, uavhengig av årsak, kan ha redusert respons på vaksinen. Må gis med forsiktighet ved trombocytopeni eller annen koagulasjonssykdom, fordi det etter en i.m. injeksjon kan oppstå blødning. Varighet av beskyttelsen er ikke kjent. Vedvarende beskyttelseeffekt har vært påvist i 4-5 år etter fullført primær vaksinasjon på 3 doser.

INTERAKSJONER: Kan gis sammen med hepatitt B-vaksine på et annet injeksjonssted, på samme tidspunkt. Andel personer som oppnådde et beskyttende nivå av anti-HB f10 mIU/ml ble ikke påvirket, men anti-HBs geometrisk middeldverdititer var lavere når vaksinen ble gitt samtidig. Den kliniske betydningen av dette er ukjent. Samtidig bruk med andre vaksiner har ikke vært undersøkt. Bruk av hormonelle prevensjonsmidler synes ikke å påvirke immunresponsen på Gardasil.

GRAVIDITET/AMNING: Overgang i placenta: Begrensede data indikerer ingen sikkerhetsrisiko, men bruk under graviditet anbefales ikke. Overgang i morsmelk: Kan gis til ammende.

BIVIRKNINGER: Hyppige (>1/100): Feber. Reaksjoner på injeksjonsstedet: Erytem, smerte, hevelse, hemoragi, pruritus. Sjeldne (<1/1000): Hud: Urticaria. Luftveier: Bronkospasme. Muskelskjelettsystemet: Uspesifikk artritt.

OVERDOSERING/FORGIFTNING: Symptomer: Ved for høy dosering synes bivirkningsprofilen å være sammenlignbar med det som er observert ved enkelt doser.

EGENSKAPER: Klassifisering: Rekombinant, adsorbert, ikke-infeksiøs vaksine laget av høyrensede viruslignende partikler (VLP) fra hoved L1-kapsidproteinene hos HPV-type 6, 11, 16 og 18. Produsert i gjærceller vha. rekombinant DNA-teknologi. VLP inneholder ingen virus-DNA og kan ikke infisere celler, reproducere eller forårsake sykdom. Virkningsmekanisme: HPV infiserer bare mennesker, men forsøk på dyr med analoge papillomavirus antyder at L1 VLP-vaksiner beskytter ved utvikling av en humoral immunrespons. Terapeutisk serumkonsentrasjon: Minimum beskyttende antistoffnivå er ikke identifisert. Innen 1 måned etter 3. dose hadde 99,9 % antistofftitre mot HPV 6, 99,8 % mot HPV 11 og HPV 16, og 99,6 % mot HPV 18. Eksakt varighet av immunitet etter primær vaksinasjon med 3 doser er ikke fastslått. Bevis på immunologisk hukommelse ble sett hos vaksinerte personer som var antistoffpositive for relevant humant papillomavirus type(r), før vaksinasjonen. I tillegg viste en undergruppe av vaksinerte personer som fikk en tilleggsdose 5 år etter vaksinasjon, en hurtig og sterk antistoffrespons (tegn på immunologisk hukommelse) som var større enn anti-HPV geometrisk middeldverdititer, 1 måned etter den 3. dosen i primær vaksinasjonen. Basert på klinisk immunogenisitetssammenligning kan en anta at vaksinen også har beskyttelseeffekt hos jenter fra 9-15 år. Immunogenisitet og sikkerhet er vist hos gutter 9-15 år. Beskyttelseeffekt er ikke evaluert hos menn.

OPPBEVARING OG HOLDBARHET: Oppbevares i kjøleskap (2°C-8°C). Må ikke fryses. Beskyttes mot lys.

ANDRE OPPLYSNINGER: Hele den anbefalte vaksinedosen må benyttes. Ristes godt før bruk. Etter risting er innholdet en litt uklær, hvit suspensjon. Innholdet i sprøyten inspiseres visuelt for partikler og misfarging før injeksjon. Kast legemidlet dersom det inneholder partikler eller er misfarget. Bruk én av de vedlagte kanylene til vaksinasjonen. Sikkerhetsmekanismen vil ikke aktiveres med mindre hele dosen er gitt! Sikkerhetsmekanismen er ment å dekke kanylen etter at vaksinator har injisert vaksinen og sluppet stempel. Må ikke blandes med andre legemidler. Destruksjon: Ikke anvendt legemiddel eller avfall bør destrueres i overensstemmelse med gjeldende bestemmelser.

PAKNINGER OG PRISER: Endosesprøyte med sikkerhetsmekanisme og to kanyler: 0,5 ml kr 1259,40
058397.

Sist endret: 23.11.2006

Terje Carlsen om helseundersøkelser

Yrke: Sosiolog

E-post: te-carl@online.no



Helseinfo betyr mest for de rike

Den tredje store Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) har fått med seg blant andre DDE og en rekke ordførere til å reklamere for helseundersøkelsen. Er det en riktig bruk av 110 millioner fylkeskommunale og statlig kroner i et fylke med lav utdanning og rekordhøy uføretrygging?

Helseinformasjon opptas ulikt i befolkningen. Også i Norge er det de rike og friske som tar størst andel av helsekaka. For en del er nytten – altså helsegevinsten – av HUNT marginal eller negativ. En amerikansk studie tydeliggjør denne problematikken. De to Harvardprofessorene Milton Weinstein og William B. Stason gjorde på midten av 1970-tallet en blodtryksundersøkelse i det amerikanske samfunnet. De to forskerne konkluderte med at 17 prosent eller 24 millioner amerikanere hadde høyt blodtrykk. Weinstein og Stason fant at det ville koste de amerikanske skattebetalerne mer enn 35 milliarder norske kroner årlig å behandle alle disse. Weinstein og Stason ønsket derfor å bestemme den mest kostnadseffektive måten å håndtere slike helseutfordringer på. Fra før visste Weinstein og Stason at bare en seksdel av befolkningen fikk behandling for høyt blodtrykk, og at så mange som 50 prosent av de med høyt blodtrykk ikke fikk noen behandling for det. Dette gjaldt særlig lavinntektsgrupper og fattige. I mange tilfeller var årsaken til dette at man der ikke forsto å nyttiggjøre seg helseinformasjon. Etterlevelsen (compliance) av medisinske råd viser seg også å være svært mye dårligere i lavstatusgruppene enn ellers. Weinstein og Stason følte likevel noe ubehag da de til slutt rådet myndighetene til å unnlate å screene de ressursfat-

tige. Men er det moralsk riktig å forfordle den del av befolkningen som allerede har mye av samfunnets midler? Weinstein og Stasons anbefalinger refererte eksplisitt til en utilitaristisk etisk teori (utility=nytte). Det innebærer at man forsvarer en tildeling av fellesmidlene til en

medikamenter. Og han blir satt på et blodtrykksenkende medikament finansiert av det offentlige. To måneder etter at han har startet med medisinen kommer han tilbake til doktoren sin med et blodtrykk på 150/90. I følge den norske konsensuskonferansen har han senket

I eksistensiell forstand kan risikokunnskap bli stein til byrden for den enkelte, og skape sykdom den var ment å forebygge.

bestemt gruppe med at den der gir størst nettogevinst i forhold til en gitt økonomisk innsats. Med andre ord avgjør konsekvensene om en handling er moralsk god eller riktig. Men slike kvalitative resonneringer har sin hake. Hvordan kan utilitaristene vite om det gjør større samfunnsmessig eller individuell nytte at de ressurssterke får adekvat helseinformasjon og behandling, enn om man brukte de samme midlene til å investere i bredbånd eller utdanningstiltak for de fattige? Det er jo i en viss grad omdiskutert hvor høyt blodtrykket kan være før det gir vesentlig helserisiko. La meg ta et eksempel fra artikkelen «Når livsstil ikke nytter» av professor Kirsti Malterud for å anskueliggjøre dette: Vi har en 42 år gammel mann med et blodtrykk på 160/100. I mange legers øyne er denne mannen en klar kandidat til blodtryksbehandling

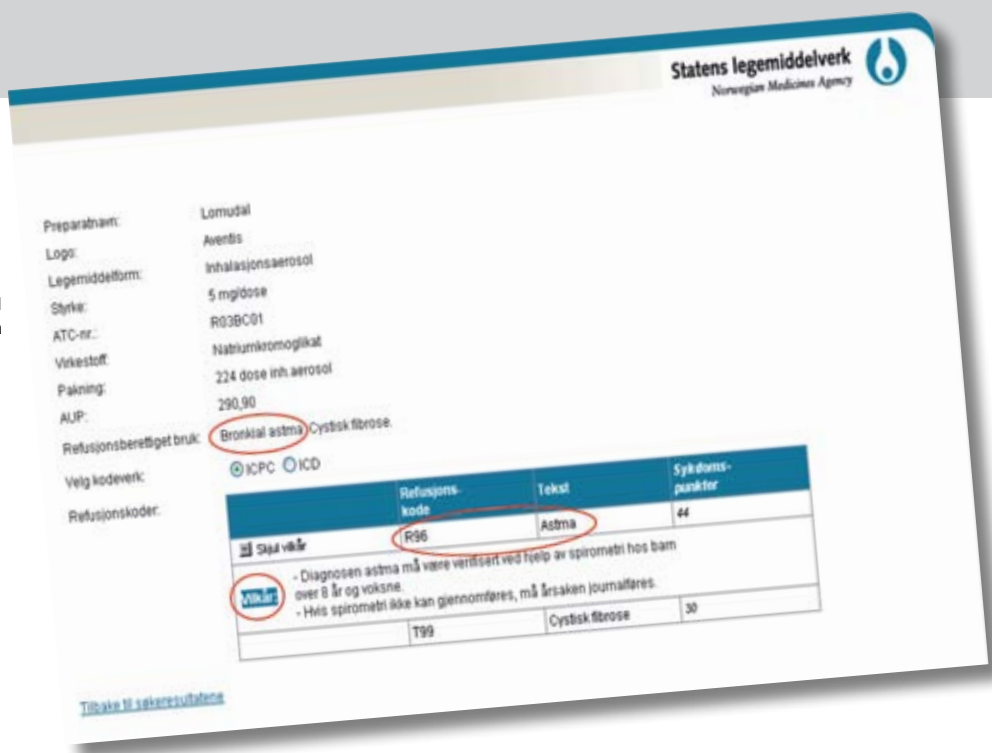
risiko-en for hjertesykdom med 30 prosent. For vår mann betyr det at han har senket sin tiårsrisiko til 6,4 prosent. Han tilhører nå en gruppe der det er sannsynlig at seks av 100 personer i løpet av en tiårsperiode vil oppleve hjerteinfarkt. Før vår mann fikk blodtrykksenkende medisiner var hans risiko for hjertesykdom ni prosent. Det innebærer at han har skiftet fra en loddunke med 91 gode og ni dårlige lodd til en gruppe med 94 gode og seks dårlige. Men det er ikke slik at han ved å ta blodtrykksmedisin skifter fra å tilhøre en gruppe med ni dårlige lodd til en gruppe med 94 gode lodd. Som vi ser er også hans friskhetssannsynlighet bare forøket med tre prosent gjennom medisineringen, og ikke 30 prosent som man kunne forledes til å tro. Er dette da god samfunnsøkonomi? Nepe. Og det er heller ikke enkelt for

en lekmann å se at det har noen stor betydning for den enkeltes helse eller livsglede å sette inn kostbar behandling ved et slikt blodtrykk. Fra en kantiansk synsvinkel er det imidlertid tilstrekkelig at hensikten bak behandlingen var eller er god, uavhengig av konsekvensene. Her er sjanselikkhet det bærende prinsipp. Det innebærer at man fordeler de offentlige midlene til alle borgerne, og mest til de som har minst ressurser fra før. Det etiske prinsippet her er altså inverst utilitaristenes moralske imperativ. Men er det gode alltid godt for folk? I en fersk doktoravhandling fra NTNU – «Sustatianble and responsible preventive medicine» – trekker Linn Getz i tvil det rådende paradigmet innen dagens forebyggende medisin. Hun trekker også oppmerksomheten mot de mulige negative konsekvensene for den enkelte av å få og motta helseinformasjon. I eksistensiell forstand kan risikokunnskap bli stein til byrden for den enkelte, og skape sykdom den var ment å forebygge. Dette er noen av problemstillingene jeg håper fylkestinget og staten har hatt i bakhodet når de satte inn 110 millioner kroner på kontoen til HUNT 3. Jeg vet i alle fall at HUNT har tatt debatten. Men den debatten burde også ha gått i det bredere lag av befolkningen. Nordtrønderske samfunnsstoffer svikter sitt samfunnsansvar når de bare bringer jubelbrølene til torgs.

Tom Sundar, Anne Britt Thuestad, Kirsti Hjelme, Urd Andestad, Hilde Røshol, Per Thomas Thomassen

Alle er ansatt ved Statens legemiddelverk

RETT TIL REFUSJON: Søkeresultat fra den elektroniske refusjonslisten: En pasient med astma kan få Lomudal inhalasjons-aerosol på blå resept, i og med at astma omfattes av refusjonsberettiget bruk og har en tilhørende refusjonskode. I tillegg må vilkåret som er knyttet til refusjonskoden for astma være oppfylt.



Enkel, blå resept

Ordringen med blå resept er kritisert for å være utydelig, byråkratisk og uoversiktlig. Derfor foreslår Legemiddelverket en egen refusjonsliste. Forslaget skal nå ut på høring.

Statens legemiddelverk arbeider med å samle og synliggjøre informasjon om legemidler på blå resept. Blåreseptordningen skal med det nye forslaget bli lettere å etterleve for forskriverne, lettere å forvalte for myndighetene og lettere å forstå for pasientene. Dette angår også sykepleiere.

Berører mange

Refusjonssystemet for legemidler berører en lang rekke interesser – pasienter, helsevesen og helsepersonell, apotek, legemiddellindustri, helseøkonomer, kontrollmyndigheter og bevilgende myndigheter. Sykepleierne, som

har en sentral rolle knyttet til pasientinformasjon og legemiddelhåndtering, bør ha kjennskap til blåreseptordningens funksjon som et offentlig redskap for hensiktsmessig og kostnadseffektiv legemiddelbruk i befolkningen. Ikke minst gjelder det ansatte i kommunehelsetjenesten som har direkte kontakt med pasientene så vel som med legene som forskriver legemidler og apotekene som utleverer dem.

Kostbar, men nødvendig

Hvert år i Norge blir det omsatt legemidler for om lag 16 milliarder kroner (1). To tredeler av

legemiddelforbruket finansieres av det offentlige. Det skjer først og fremst gjennom blåreseptordningen, dernest gjennom sykehusenes og sykehjemmenes egne legemiddelutgifter. Den resterende tredelen av legemiddelforbruket er privat finansiert gjennom egenandeler, legemidler på hvit resept og reseptfrie medisiner.

Utgiftene til legemidler på blå resept har økt markant de siste årene, fra 3,8 milliarder kroner i 1995 til over 9 milliarder kroner i 2005. I samme periode har realutgiftsveksten for blåreseptordningen økt i gjennomsnitt med 8 prosent per år. Det er høyere enn veksten i helsevesenets totale utgifter.

I Norge og andre vestlige land er det et helsepolitisk mål å sikre pasienter viktige legemidler uavhengig av betalingsevne, samtidig som legemidler skal ha

lavest mulig pris. Det er et sentralt budskap i *Stortingsmelding nr. 18 (2004–2005)*. *Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk*, den såkalte legemiddelmeldingen (2). Meldingen redegjør for satsingsområdene i norsk legemiddelpolitikk i de nærmeste årene og fremhever blåreseptordningens betydning som både et velferdsgode og en pasientrettighet. Samtidig understreker legemiddelmeldingen at hensynet til kostnadseffektivitet i større grad enn tidligere blir tungen på vektskålen når nye og dyre legemidler skal opptas i det offentlige refusjonssystemet.

Behandlingsgaranti

Blåreseptordningen, som er hjemlet i folketrygdloven, har som formål å sikre refusjon av utgifter til nødvendig legemiddelbehandling for pasienter med alvorlig

og kronisk sykdom eller med høy risiko for slik sykdom. Pasientens refusjonskrav inntreer straks legen skriver ut en blå resept. Slik tjener blåreseptordningen både som en behandlingsgaranti og et prioriteringsverktøy, med pasientene som rettighetsinnehavere og legene som forvaltere.

Om lag 500 farmakologiske virkestoffer er omfattet av blåreseptordningen. Systemet fungerer slik at en legemiddelprodusent søker om refusjon for et gitt legemiddel og Statens legemiddelverk vurderer om refusjonskriteriene er til stede. De sentrale kravene er at legemidlet har markedsførings-tillatelse, at legemidlets bruksområde er dekket av minst ett av de 45 sykdomspunktene i blåreseptforskriftens § 9, at behandlingen gjelder alvorlig sykdom eller risikofaktorer som kan medføre eller forverre alvorlig sykdom, at det er behov for langvarig behandling og at legemiddelkostnadene står i et rimelig forhold til den behandlingmessige effekten.

Pasienten betaler en egenandel på 36 prosent, men maksimalt 500 kroner per ekspedisjon. Egenandelen bortfaller for pasienter med frikort, barn under 12 år, minstepensjonister eller når behandlingen gjelder allmennfarlig smittsomme sykdommer som for eksempel kikhoste eller klamydia. Dersom et legemiddel ikke har forhåndsgodkjent refusjon, kan pasientens medikamentkostnader søkes dekket via andre ordninger.

Disponerer for feil

Kritikken mot blåreseptordningen går ut på at systemet er utydelig, byråkratisk, uoversiktlig og at informasjonen om legemidlenes refusjonsvilkår er oppdelt og finnes på forskjellige steder (3). Dersom legene som forskriver – eller pasientene som bruker medisinene – skal skaffe seg oversikt over legemidlenes refusjonsstatus, må de oppsøke flere informasjonskilder, i første rekke Felleskata-

logen, Norsk legemiddelhåndbok og Legemiddelverkets nettsider. Videre finnes det ingen liste over hvilke deler av indikasjonsteksten for de ulike preparatene som har eller ikke har refusjon (figur 1). Med andre ord fremstår refusjonsinformasjonen som stykkevis og delt. Dette er ingen – verken forskrivere, brukere eller myndigheter – tjent med fordi det disponerer for forskrivningsfeil og ressursmisbruk.

ket fikk i oppdrag å tydeliggjøre regelverket for godkjenning og forskrivning av refusjonsberettigede legemidler. Dette er bakgrunnen for at Blårev-prosjektet ble etablert.

Det overordnede målet for revisjonsarbeidet er å redusere omfanget av feilforskrivning, forbedre informasjons- og kontrollrutinene knyttet til blåreseptordningen og styrke dens funksjon som et prioriteringsverktøy på



SNEVRES INN: Sammenhengen mellom sykdomspunkt, indikasjon og refusjonsberettiget bruk for legemidler opptatt i blåreseptordningen. Refusjonsberettiget bruk er som regel snevrere enn legemidlets godkjente indikasjon.

Det er vist at 15 prosent av feilene på resepter innlevert til norske apotek er knyttet til feil bruk eller tolkning av refusjonsregler (4). Forskrivningsfeil fører til unødvendig ekstraarbeid for apotekene – som i en firedel av tilfellene må kontakte forskrivende lege for å få en oppklaring. Fra farmasøytisk hold har man tatt til orde for elektroniske reseptsystemer som sikrer korrekt bruk av refusjonsvilkår, slik at forskrivningsfeil kan forebygges (5).

Moden for revisjon

Legemidlemeldingen tok til orde for å presisere informasjonen om legemidlers refusjonsstatus – for både faglige, kontrollmessige og statistiske formål. Stortingets behandling av legemidlemeldingen i 2005 førte til at Legemiddelver-

ket fikk i oppdrag å tydeliggjøre regelverket for godkjenning og forskrivning av refusjonsberettigede legemidler. Dette er bakgrunnen for at Blårev-prosjektet ble etablert.

Ut på høring

Blårev-prosjektets forslag, som sendes på høring i vinter, går ut på å endre blåreseptordningens struktur slik at informasjon om legemidlenes refusjonsstatus samles på ett sted, i en *refusjonsliste*. Refusjonslisten erstatter blåreseptforskriftens sykdomsliste og dens tilhørende preparatliste. Forslaget innebærer at forskrivningsreglene blir mer tydelig og tilgjengelig. Enkelt sagt skal det bli lettere å forskrive riktig. Refusjonslisten spesifiserer legemidlenes virkestoffer og preparatnavn og tilhørende

refusjonsbestemmelser. Det nye systemet medfører også at dagens 45 sykdomspunkter i blåreseptforskriftens § 9 opphører.

Refusjonslisten er laget med utgangspunkt i en elektronisk løsning, en refusjonsdatabase med en rekke søkefunksjoner: via virkestoff, preparat og diagnose (figur 2). Løsningen er i samsvar med myndighetenes målsetting om elektronisk samarbeid innen helsesektoren (6), og utviklet i dialog med KITH (Kompetansesenter for IT i helse- og sosialsektoren), leverandører av elektroniske journal-systemer samt eResept-prosjektet. Den endelige refusjonslisten vil kontinuerlig oppdateres, og være fritt tilgjengelig og søkbar via Legemiddelverkets internettsider. Det arbeides også med en bokversjon som av brukervennlige hensyn må gjøres kortfattet og konsis.

Refusjonslisten med tilhørende søkefunksjon er tilgjengelig som en database med søkemotor på: www.legemiddelverket.no/refusjonslisten

LITTERATUR

1. Tall og fakta 2006 – legemidler og helsetjeneste. Oslo: Legemiddelindustriforeningen, 2006.
2. Stortingsmelding nr. 18 (2004–2005). Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk.
3. Sundar T, Thuestad AB, Thomassen PT et al. Blåreseptordning i skrøpelig forfatning. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 1759–61.
4. Haavik S, Horn AM, Mellbye KS et al. Forskrivningsfeil – omfang og oppklaring. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 296–8.
5. Haavik S, Horn AM, Kjønniksen I et al. Forskrivningsfeil og farmasøytens intervensjoner. Norsk farm tidsskr 2006; nr. 5: 24–29.
6. S@mspill 2007 – elektronisk samarbeid i helse- og sosialsektoren. Oslo: Helsedepartementet, Sosialdepartementet, Sosial- og helsedirektoratet, 2004.

... når kjærligheten driver oss ...



Menighetssøsterhjemmets Diakonifelleskap 100 år 1906-2006
 Redaktør: Åse Snøtun
 Sidetall: 160
 Menighetssøsterhjemmet, Oslo
Anmeldt av:

Liv Wergeland Sørbye, førsteamanuensis.

Historie til ettertanke

Menighetssøstrene var en helt unik gruppe i norsk helsetjeneste. I 1887 ble den første menighetssøster ansatt på landsbygda. Da Norsk-Lutherske Menighetsdiakonissers Forening (NLMF) ble stiftet i 1906 var det allerede 110 søstre ansatt rundt i menighetene. Målet var en søster i hver bygd. Tittelen ...når kjærligheten driver oss ... skaper en stemning som gjennomsyrrer boka. Boken har tre deler. Først beskrives menighetssøstrenes plass i diakoniens historie, deretter

presenteres sentrale pionerer og lederskikkelser i foreningen, til sist søstrenes egne fortellinger om faglige og etiske utfordringer blant syke og pleietrengende, fortrinnsvis hos mennesker med små ressurser. Diakonisseanstalten i Kristiania hadde fra 1990 opprettet ettårige kurs som kvalifiserte til menighetsdiakonisser. Det var ensomt å arbeide i bygde-Norge. Menighetsdiakonissene ble gjerne boende i det hjemmet hvor hun skulle pleie den syke, ofte på samme rom som den syke. Arbeidet på landsbygda med dårlig kommunikasjon var en ensom oppgave. Ofte var det få andre fagpersoner eller hjelpere i nærheten. NLMF var derfor en viktig støtte. Foreningen arbeidet aktivt for sine medlemmer både med forbønn, tilrettelegging av arbeidsvilkår og lønn. I 1916 ble Menighetssøsterhjemmet i Oslo innviet med sykepleierskole, klinikk, elev- og søsterhjem. I utgangspunktet hadde Menighetssøstrene bare et og et halvt års utdanning. Hensikten var at søstrene skulle lære

pleie- og omsorgsoppgaver som kunne ivaretas i hjemmet. De fikk også stor betydning for den alminnelige folkehelse og hygiene utover landet. Begrepet helsesøster ble første gang brukt i Menighetssøsterbladet i 1925. Norsk Sykepleierforbund (NSF) med Bergljot Larsson i spissen var skeptisk til menighetssøstrenes korte utdanning, og mente at dette ville føre til en underklasse av sykepleiere. Hun forsøkte å få NLMF inn i NSF, men det ville ikke menighetssøstrene, noe som forarget Bergljot Larsson. Menighetssøsterhjemmet utvidet gradvis lengden på sin utdanning og i 1939 var den treårig samt et tre måneders forkurs. Forholdet til NSF var likevel anstrengt i mange år. Søstrenes fortellinger fra deres daglige arbeid er tankevekkende skildringer fra en meget nær fortid. Det tunge og ensomme arbeidet blir ikke beskrevet som en plikt. Fortellingene beskriver innsatsvilje, kreativitet og takknemlighet over å kunne hjelpe andre mennesker. Disse pionerene hadde

en arbeidsglede som ingen lønnsfest i moderne tid vil være i stand til å skape. Søster Jenny beskriver hvordan hun en julaften ble tilkalt til en liten plass hvor en enslig gammel mann hadde fått lungebetennelse. Distriktslegen ba henne våke der om natta. Hun passet på å holde varme i den lille vedovnen. Segneferdig la hun seg på uniformskåpa med hodet på dørstokken for å prøve å sove litt. Juleevangeliet ble plutselig så nært. Menneskesønnen hadde ikke en stein å legge sitt hode på. Hun hadde dørstokken. Dette ble så morsomt at hun måtte smile for seg selv og takke for julegleden og tjenesten hun hadde fått. Da loven om hjemmesykepleie kom i 1972 var ikke menighetssøstrenes rolle unik lenger. Nye arbeidsoppgaver ventet enten i kommune- eller spesialisthelsetjenesten. I dag forsøker Diakonifelleskapet å føre arven videre både gjennom nasjonalt og internasjonalt engasjement. En arv som langt flere enn spesielt interessert vil ha utbytte av å lese og lære av.

**Helseløs og rettsløs
 Om å være nakkeskadd i Norge**



Thorleif Næss
 Sidetall 240
 Commentum Forlag
 ISBN 82 923
 0958-6
Anmeldt av:
 Eldbjørg Braute

Fortjener å leses med åpent sinn

Det er svært krenkende for en pasient å oppleve at helsepersonell ikke tar han på alvor. Når han i tillegg blir en «kasteball» i det systemet som er etablert for å hjelpe dem med helseproblemer, blir situasjonen ekstra slitsom. Boken Helseløs og rettsløs – om å være nakkeskadd i Norge er en beretning fra en mann som i 13 år har opplevd å være «kasteball» i helsevesenet. Boken bør bli en vekker for politikere som fordeler ressurser til behandlingsapparatet, for helsepersonell og jurister. Som lektor i sykepleierutdanningen og medlem i Regional medisinsk

forskningsetisk komité, Midt Norge, har jeg lest boken med stor interesse. Den har mange etiske, helsefaglige og juridiske problemstillinger som er til å lære av. Alle som har erfart smerter fra nerverøtter i klem i nakke eller korsrygg, vet hvor uutholdelig vondt det kan gjøre og hvor invalidiserende det er. Thorleif Næss søkte i 13 år etter hjelp hos nevrologer og nevrokirurger for smerter i nakke, skulder og arm. Han ba om utredning med tanke på operasjon, i hovedsak ved Haukeland universitetssykehus, og ble informert om at han ikke fylte kriteriene for nakkeoperasjon. Hva som skjedde med denne typen behandling ved Haukeland i perioden 1987 - 2000 er i boken dokumentert ved hjelp av årsmeldinger fra nevrologisk og nevrokirurgisk avdeling. Forfatteren dokumenterer også, gjennom sitater fra sin pasientjournal, hvordan han ble diagnostisert og behandlet. Leseren kan gjøre seg opp en mening om de faktiske forhold. Hvorfor er ikke behandlerne ærlige og sier det som det er at tilbudet om operasjon er tatt

bort på grunn av ressursmangel ved aktuell avdeling? Leseren kan følge Næss gjennom hans beretning om smerter, søvnvansker, pilebruk, selvmordstanker og gjentatte forsøk på å bli vurdert med tanke på operasjon i Norge. Til slutt tar han leseren med til legen Montazem i Tyskland. Han beskriver møtet med legen som fylt av respekt og verdighet. Han forteller om en vellykket operasjon hvor hans ustabile nakke ble fiksert med titanplater og skruer. Han gir uttrykk for at helsetilstanden er mye bedre nå. En skulle tro at Næss har rett til erstatning for mange års tap av arbeidsinntekt. I Tingretten vant han på alle punkt, men anke fra motparten førte til at saken ble tatt til Lagmannsretten og her tapte han på alle punkt. Rettssakene er beskrevet og dokumentert. Dette er i det hele en grundig og velskrevet bok. Det er beundringsverdige i hvilken grad Næss har skaffet seg relevant kunnskap. Boken er gjennomdokumentert og gir mye kunnskap om rygg og nakke. Mange nakkeskadede vil kjenne seg

igjen i denne boken, dessverre. Helsepersonell har en utfordring når det gjelder å lese boken med åpent sinn. Det er lett å nedvurdere teksten ved å hevde at forfatteren ikke kjenner de problemer de aktuelle avdelingene slet med, ikke er fagperson eller at han forteller oss bare det han vil. Vi må være åpne for at det faktisk kan være sånn at vi noen ganger praktiserer usømmelig atferd, viser mangel på aktsomhet og har for lite kunnskap. Vi må heller ikke se bort fra at noen fagmiljø er små i Norge. Dette kan slå uheldig ut ved at lojaliteten blir større overfor systemet og kolleger enn overfor pasienten. Denne bør leses med respekt for at smerte er en subjektiv opplevelse hos pasienten og at årsaker til smerte ikke alltid er lett å finne. Vi kan komme til å forklare situasjonen med at pasienten er sytete, hypokonder og liknende. Dette er fristende løsninger for å dekke over egen tilkortkomning som behandling. Denne boken kan forstås på mange nivåer og ut fra flere perspektiver.

Omtaler



Hjelp til å styre stort

Tittel: Styring av helseforetak:
Hvorfor er sykehus så vanskelige å styre?
Forfatter: Jon-Arild Johannesen og Johan Olaisen
Forlag: Fagbokforlaget
Kontakt: www.fagbokforlaget.no
ISBN 82-450-0473-1

Vurderer du en karriere i norske sykehus, kan denne boken være et hjelpemiddel. Den gir innblikk i styringsfilosofi, verdiskapningsprosesser, kunnskapsprosesser, organisatorisk læring og forhandlingsprosesser. Boken er også for ledere i norske sykehus.



Mat for vitelystne

Tittel: Kan kuer gå i trapper? Kloke hoder svarer på store og små vitenskapelige spørsmål
Forfatter: Paul Heiney (red.), illustrert av Bill Edger
Oversatt av: Ragnhild Engetrøen
Forlag: Valentia
Kontakt: www.valentia.no
ISBN 82-927-4103-8

Her finner du svar på spørsmål du kanskje ikke visste at du hadde, som at snegler gjennomsnittlig lever i åtte til ti år og at mennesker tilbringer fem år av livet med øynene igjen, på grunn av blinking. Spørsmålene er stilt av vanlige folk og besvart av forskere. Her kan du finne ut hvordan vitenskapelige lover virker inn på hverdagen. Og om kuer kan gå i trapper, eller ikke.



Gravid helse

Tittel: Kvinnens helse på spill.
Et historisk og globalt perspektiv på fødsel og abort
Forfatter: Berit Austveg
Forlag: Universitetsforlaget
Kontakt: www.universitetsforlaget.no
ISBN 82-150-0842-9

Gravide kvinners helse varierer etter tilgjengeligheten til tilfredstillende helsetjenester. På verdensbasis er derfor forskjellene store. Berit Austveg er lege og har jobbet med kvinnehelse i Norge, Asia og Afrika. I denne boken skriver hun om norsk historie knyttet til fødselshjelp og de siste tiårens globale prosesser og politikk for å bedre gravide kvinners helse på verdensbasis.



Kritikk og publisering

Tittel: Hva skal vi med vitenskap?
13 innlegg i striden om tellekantsystemet
Forfatter: Erik Bjerck Hagen og Anders Johansen
Forlag: Universitetsforlaget
Kontakt: www.universitetsforlaget.no
ISBN 82-150-1130-6

Et system som først og fremst premierer artikler i engelskspråklige fagtidsskrifter innebærer i det lange løp et tap for norsk som kunnskapsspråk. Denne pamfletten er en advarsel mot følgene av «tellekantsystemet» for vitenskapelig publisering. Det fremholdes at en konsekvens er at fagfolk må kommunisere mindre med et bredere publikum, og at det går ut over den demokratiske offentligheten.

– Denne boken suger!

Liker du å si det som det er? Er du sykepleier som leser fagbøker? Er du i tillegg en god skribent som kan vurdere bøkene du leser, stå for dine vurderinger og begrunne dem? Da kan du være **anmelderen** vi søker etter. Sykepleien trenger tre eller flere faste skribenter som kan levere anmeldelser etter avtale. Vi etterlyser anmeldere som:

- skriver for leseren
 - er aktuelle
 - vurderer
 - kjenner sine grenser
 - ikke er redd for å vise ansikt.
- Fortrinnsvis ønsker vi sykepleiere, men andre med relevant helsefaglig bakgrunn kan søke.

Skriv en søknad hvor du kort begrunner hvorfor du bør anmelde fagbøker i Sykepleien. Legg ved eksempel på en anmeldelse. Bok velger du selv. Anmeldelsen skal være på maksimum 3 000 tegn med mellomrom.

Vi tilbyr opplæring. Honorar gis for hver anmeldelse som kommer på trykk. Søknad sendes på e-post til susanne.dietrichson@sykepleien.no Spørsmål kan rettes til Susanne Dietrichson på telefon 22 04 33 53 eller 45 42 96 41
Frist for å søke er 1. februar.



Mor om sønn

– Når alt er over, skal jeg skrive bok, sa Inger Johanne Østensjø. Det har hun til tider angret på.

Men bok ble det: *Brøkdelen av et sekund* heter den, og handler om året etter at sønnen Stian Østensjø 22 år gammel ble utsatt for en trafikkulykke og hardt skadet. Han lå i koma i flere måneder.

Hard kamp

– *Hvordan var det å skrive bok om noe så personlig?*

– Ganske tøft. Jeg trodde det ville være enkelt, men erfarte under skrivingen at det var ting jeg hadde lagt lokk på og som jeg nå måtte forholde meg til. Det ble mye grining, og boken har kostet meg noen sykemeldinger. I tillegg kommer dette at selv om Stian i dag har det bra, har jeg mistet den gutten han var.

– *Hvordan er det nå, som boken er ute?*

– Helt greit. Sorgprosesser er så forskjellige, det ser jeg også i praksis. Jeg tenker: Hva er rasjonelt i sanne situasjoner når situasjonen i seg selv ikke er rasjonell?

Det var 24. august 1998 Stian Østensjø kom over i feil veibane og kolliderte med en møtende lastebil. Boken åpner med et bilde av bilvraket, og avslutter med et bilde av Stian, kona Randi og sønnen Marius fra november 2006. Mellom de to bildene ligger mange års beinhard kamp.

Negative utsikter

Inger Johanne Østensjø planla først å bidra til en akademisk bok om hodeskader, men det var ikke lett å skrive akademisk om egne følelser.

– Boken er skrevet for folk flest. Hensikten min er å hjelpe pårørende som er i samme situa-

sjon som vi var, og også være en vekker for helsepersonell. Dette er ingen pensumbok, men kan være tilleggs litteratur.

Østensjø opplevde som problematisk at ingen kunne si hvordan det ville gå med Stian, og i den grad de sa noe, var det negativt.

– Det var tøft. Jeg var fysisk og psykisk syk. Hadde vondt i hele kroppen. Egentlig hadde jeg lyst til å flate helt ut og la andre ta seg av meg, men jeg stod i det. I

Tok selv grep

Stian Østensjø ble fløyet fra ulykkesstedet til Haukeland universitetssykehus i Bergen. Moren opplevde liten forståelse for deres situasjon. Lite informasjon. Et nitrist pårønderom. Ingen tilbud om noen å snakke med.

– Kanskje de tenkte at jeg fikset det, siden jeg var sykepleier selv. Kanskje virket vi så ressurssterke at vi ikke hadde behov for hjelp.



SKRIVER SELV: Høsten 2004 fortalte Sykepleien om Inger Johanne Østensjø's kamp for sønnen Stian. Nå har hun selv skrevet bok. Faksimile fra Sykepleien nr. 21-2004.

alle de årene. Jeg tenkte: De som sier Stian er sjanseløs skal ikke vinne.

Stian Østensjø hadde en hjernestammeskade. En slik skade oppstår når hjernevev blir knust eller forbindelser mellom hjerneceller blir revet over. Hjernestammen er en viktig transportvei for signaler mellom kropp og hjerne.

Men de burde visst bedre og likevel gitt oss et tilbud.

Inger Johanne Østensjø visste hvor viktig det var å komme raskt i gang med rehabilitering etter hjernestammeskade. Men hun fikk lite gehør. Derfor begynte familien selv å stimulere Stian med enkle tiltak. Moren tør ikke tenke på hvordan det ville gått om de ikke hadde gjort det.



FORFATTERFAKTA

Navn: Inger Johanne Østensjø
Yrke: Intensivsykepleier og høyskolelærer
Bosted: Haugesund
Alder: 59 år

– Med boken vil jeg vise pårørende at de kan gjøre noe selv. For mange kan det være en trøst å kunne gjøre noe konkret. Helsepersonell bør også være flinkere til å trekke pårørende med i en tidlig fase av rehabiliteringen.

Mye oppmerksomhet

– *Media har grepet fatt i boken din. Hvordan er det å få den type oppmerksomhet?*

– Jeg var uforberedt. Plutselig var jeg på direkten i nitimen og Se og Hør var på tråden. Innimellom tenker jeg at jeg ikke skulle skrevet, men jeg er glad jeg gjorde det.

Pågangen fra pårørende er voldsom. Det er mange skjebner der ute. Men det er klart: Ikke alle kan bli så friske som Stian. Ulike typer hodeskader har ulik prognose. Som legene på Haukeland sa: Det må være en balanse mellom håp og realisme. Det skjønner jeg også.

Takknemlig

– *Hva synes Stian om at det ble bok?*

– Han er veldig opptatt av at ungdom ikke får god nok rehabilitering og legges på sykehjem, noe vi vet skjer. Han ser seg selv som veldig heldig og stiller opp i intervjuer, selv om han synes det kan bli vel mye oppripping.

– *Har han lest boken?*
 – Han sier han skal det.



Hjernen og kulturen

Espen Dietrichs og Ragnar Stien (red.)

Sidetall: 336

Den norske nevro litterære klubb

Koloritt Forlag

Omslagsmaleri: Kjerst B. Sveberg

ISBN 10: 82-92395-15-6

ISBN 13: 978-82-92395-15-8

Anmeldt av: Inger Frogg Jørgensen, psykiatrisk sykepleier

Kulturell hjernestorm

Rivaliserende orgelmakere, Van Gogh og Thomas Mann. Og så hjernen, da. Alt henger sammen med den.

Boken *Hjernen og kulturen* må sies å være en drøm å lese, men desto vanskeligere å anmelde. Den er forfattet av 15 nevrologer som sammen utgjør Den norske nevro litterære klubb. Boken består av 24 kapitler, av ulik lengde og høyst forskjellig fortellerstil. Nevrologenes spesielle interessefelt kan ved første øyekast fortone seg på grensen til å virke nerdete. Men slik blir det ikke når historiene samles. Tekstene er skrevet av kunnskapsrike, undrende mennesker som brenner for noe, og som vil viderefremme dette. Dette er ren dannelseslitteratur, i tillegg til detaljerte beskrivelser av ulike nevrologiske tilstander.

Mye blir spekulasjoner, drevet av sunn nysgjerrighet, fordi diagnoser og måleinstrumenter ennå ikke var oppfunnet på de aktuelle årstall. Ulike spørsmål vil dukke opp under lesningen, avhengig av om man har bakgrunn som litteraturviter, historiker eller nevrolog. Men leseren trenger ingen tilknytning til noen av disse fagene for å ha utbytte av boken. Her er det bare å legge seg flat og sugе til seg kunnskap.

Historiske kunnskaper formidles med smittende språkglede. Nevrologene resonnerer seg frem til diagnoser ut i fra malerier og

store kunstneres forfatterskap og dramaturgi. Og deres begrunnelse er gode.

Hva som driver en hardt arbeidende nevrolog til å tilegne seg detaljkunnskaper om arkitektur og rivaliserende orgelmakere i Naumburg rundt år 1740 kan man bare la seg imponere av.

Til langt de fleste omtalte kunstnere refereres det til patografier og sekundærlitteratur om deres verk.

På vaskeseddelen spørres det om Thomas Mann hadde spesiell

interesse for nevrologi. Svaret, som vi finner i kapittel 8, er et rungende ja! Les og lær hvorfor. Hvordan vedkommende nevrolog har kunnet skrive dette uten hovedfag i litteraturhistorie, overgår min fatteevne.

Men ikke vet jeg, kanskje har han feid gjennom det studiet også. Lest Thomas Mann har han i alle fall gjort.

Vår egen Roald Dahl er også mer enn nevnt. Blant mye annet ble et av hans barn skadet i en trafikkulykke og fikk operert inn

shunt. Dette fungerte ikke som det skulle. Hva gjorde Roald Dahl da? Jo, han satte seg ned med en nevrokirurg og en kamerat som bygde modellfly. Etter et par måneder hadde de konstruert en ny ventil. Denne forbedret shuntens pålitelighet og var i generell bruk i flere år.

Og hvordan døde egentlig Hamlets far? Bakgrunnen for dette mordet tas ikke lett på i kapittel 11.

Er du nysgjerrig på hvorfor så mange av impresjonistenes bilder

Her er det bare å legge seg flat og sugе til seg kunnskap.

forandret seg i løpet av kunstnerkarrieren, og hvorfor Vincent van Gogh malte stadig mer i gul- og grøntonner?

Han drakk for mye absint. Og i tillegg til en rekke andre alvorlige bivirkninger, kan overdrevent absintinntak også forandre fargesynet.

Jeg nevner med hensikt ikke nevrologenes navn, da dette ville sprengt anmeldelsens ramme. Alle har så mye å bidra med at det ville bli feil å bidra med at det ville bli feil å fremheve noen fremfor andre.

På grunn av at disse nevrologene som beskjedent kaller seg medlemmer av en klubb, er så skriveføre, har kanskje forlaget tatt litt lett på språkvasken. For her finnes noen skjemmende språkfeil. Et tilfeldig nevnt eksempel: Man skriver ikke at «Bach ikke var flink til å følge opp sine døtre med skole og utdanning, i forhold til sønnene». Her har den entusiastiske forfatteren latt seg smitte av et utbredt misbruk av ordet «forhold». Det han sikter til er «sammenliknet med/i sammenlikning med» de mulighetene sønnene fikk.

Jeg vil anbefale denne boken til nær sagt alle leseføre mennesker med et snev av interesse for kunst, kultur og nevrologi. Man får lyst til å lese all orginallitteraturen det henvises til, man får trang til å finlese Bibelen for å kartlegge hvilken apostel som led av hva, man får trang til å besøke byer og gallerier Europa rundt. Og til dem av oss som ikke har anledning til det: Les og lær, gjerne med en dose sunn skepsis. Personlig var jeg ikke helt fornøyd med den korte beskrivelsen av hovedpersonene i John Steinbecks *Om mus og menn*. Her gikk noen vare nyanser tapt. For bidragsyternes kolleger anser jeg boken for å være obligatorisk.

Foto: Colourbox





Innlegget er et svar på Marie Aakres «Kan sykepleie standardiseres?» i Sykepleien nr 15/06.

Standard en nødvendig rettesnor

Marie Aakre kommer med mange gode refleksjoner rundt standardisering og etiske verdier i sykepleiefaget i Sykepleien 15/06. Vi er enige i flere av hennes betraktninger. Samtidig mener Norsk Sykepleierforbunds faggruppe for IKT og dokumentasjon (NSFID) at et mer balansert syn på nytten av standardisering må frem.

Aakre avslutter sitt innlegg med påstander om at standardisering begrenser sykepleierens skjønnsutøvelse og at klassifiseringssystemer ikke kan erstatte det etiske fundament i sykepleiefaget. For det første defineres standard som rettesnor, et faglig nivå for å sikre kvalitet (www.dokpro.uio.no/perl/ordbok-soek/ordbok). Det er nødvendig å ha i en travel og utfordrende klinisk hverdag. Samtidig anses mange standarder som støttesystemer som gir retningslinjer for ønsket aktivitet eller et resultat av en aktivitet. Innen sykepleie handler klassifiseringssystemene om forhåndsdefinerte sykepleiediagnoser, tiltak og resultater som må velges og settes sammen med utgangspunkt i kjennskap til den enkelte pasient. Dette er ikke så ulikt veiledende sykepleieplaner, en

type standard som har vært tradisjonen i Norge. Ingen system kan erstatte sykepleierens individuelle vurdering og faglige, etiske skjønn. Der er vi skjønt enige. Men støttesystemer kan bringe sykepleierens vurderinger på et nivå med bedre kvalitet og mer tydelighet.

Støttesystemer er nødvendig i klinisk praksis, i utdannings-sammenheng, samt i forskning og kvalitetsutvikling. Forskning viser blant annet at støttesystemer oppleves nyttige for praksis, bidrar til refleksjon og sykepleiefaglige vurderinger, bedrer faglig innhold kvalitativt, men også at opplæring og oppfølging er nødvendig og styrker pasientsikkerheten. Det er en vei å gå for å utvikle systemer som implementerer pasienten og pasientens individuelle perspektiv i støttesystemer, og dette er på gang i Norge. Støttesystemer kan også bidra til å synliggjøre og verdsette underrapporterte og -dokumenterte områder som psykososiale og åndelige behov. Tiden vi lever i krever elektroniske løsninger, og elektronisk pasientjournal er kommet for å bli. Disse elektroniske systemene må ha et strukturert innhold for å kunne fungere som

støtte. Det er viktig at vi som sykepleiere melder oss og bidrar i utviklingen, implementering og bruk av disse systemene for å ivareta viktig faglig innhold og struktur som understøtter kunnskapsprosessen. Vi kan ikke stikke hodet i sanden og håpe på at ingenting skjer, for det gjør det, med eller uten vårt engasjement. For å ivareta vårt faglige og etiske grunnlag i møte med teknologisk utvikling, trenger vi mer kunnskap innen IKT, mer forskning og kjennskap til allerede utviklede støttesystemer som klassifikasjonssystemene. Trygghet på vårt faglige bidrag og kunnskaper om «beste» praksis bidrar til godt innhold i støttesystemene.

Hensikten med informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) er at de skal gi bedre informasjonsflyt, øke kvalitet på informasjon og bidra til en mer effektiv helse- og sosialsektor. Om man lykkes kommer seg blant annet an på lederes engasjement, bidrag og bruk av systemene og organisatoriske endringer.

Støttesystemene skal ikke begrense vår fagutøvelse, slik Marie Aakre frykter. Det er nettopp det motsatte som er hensikten. Det er opp til den

enkelte om systemene skal støtte eller begrense. Manglende kunnskap, manglende påvirkning av utvikling og manglende bruk av systemene kan begrense fagutøvelsen.

Vi produserer mengder med pasientdata gjennom daglige journalføring. Disse dataene skal brukes, ikke bare være et dødt papirdokument som lagres i et medium (det er faktisk også uetisk). Dataene er for verdifulle til det og vi skylder pasientene å systematisere dataene, sikre innholdsmessig kvalitet og bruke dataene for å bidra til sykepleie av høy kvalitet, sikre pasienten og forebygge skader.

Vi må sørge for at innholdet i dataene vi samler er mulig å bruke både på innhold/kvalitet og form/struktur - til det må systemene støtte vårt arbeid slik at vi får fram det viktige for pasienten. Det er en etisk fordring, like mye som politisk og faglig! Derfor bør sykepleiere, ledere og utdanningspersonell engasjere seg mer og bidra til at disse systemene som skal støtte oss blir så gode at de blir brukt, og ikke minst blir brukt riktig.

På vegne av NSF forum for IKT og dokumentasjon, Ann Kristin Rotegård, styremedlem.

PÅ VEGGEN



Kunst på arbeidsplassen – er det noen som bryr seg om det? Mange har sterke meninger om kunst på jobben. På godt og på vondt.

Kunst inntar en stadig viktigere plass når nye helsebygg planlegges. Også i etablerte miljøer er bilder og skulpturer mer enn bare til pynt. Kunst skal gi oss estetiske, gode opplevelser i ellers sterile omgivelser:

Ikke all kunst er like vellykket, selvfølgelig. Noen legger sin elsk på malerier eller fotografier som «gir noe». Det kan være motivet, fargene eller stemningen bildene utstråler. Andre lar seg irritere og forarge over institusjonskunst. De kan ikke skjønne hva bildene gjør på sin arbeidsplass.

Sykepleien skal i 2007 lage en serie om kunsten på jobben. Nå trenger vi din hjelp. Vet du om et bilde på jobben som gir deg en helt spesiell opplevelse? Kan du tipse oss om noe vi absolutt burde se på?

Kontakt oss på tlf. 40 85 21 79 eller skriv en mail til interaktivt@sykepleien.no

Marie Aakre om bum, iplos og sykepleie

Leder, Rådet for sykepleieetikk, skriver hver måned i Sykepleien

Alder: 59 år

Fra: Trondheim

Utdannet sykepleierleder, -lærer og -veileder



Sykepleieledere i klemma

Utviklingen av etisk dømmekraft i praksis er en viktig, men vanskelig gjennomførbar oppgave for dagens sykepleieledere.

Kongens sterke nyttårstale om respektfulle møter mellom mennesker, kampen for et truet menneskeverd, behovet for styrket verdibevisthet og dømmekraft i samfunnet, fikk meg til å tenke at det nettopp er dette som er så avgjørende for kvalitet i sykepleiepraksis. Moralsk praksis må ledes frem, og jeg er dypt overbevist om at helsetjenesten tar for lett på kompleksiteten i ledelse av god praksis. Det gir mange omkostninger.

Verdibevist klima

Sykepleieledere har gode verktøy for å utøve administrative og økonomiske oppgaver, men hvilke verktøy har de til rådighet på det etiske felt? God sykepleieledelse handler primært om å skape kulturer som ivaretar det som ikke kan måles og telles. Flere ledere opplever denne oppgaven som avansert trening i motvind. Pleiepersonalet trenger kompetanse til å utøve sitt fag på arenaer preget av det Kari Martinsen kaller «de forenende

motsetninger». For å sikre kvalitet i sykepleiefaget er vi avhengige av viktig motkraft til det som dominerer de organisatorske og administrative ledelseskrav, og disse balansepunktene skaper stadig nye dilemmaer.

Skille etikk og moral

Utøvelse av kunnskap og klokskap kan bare skje i kulturer og med rammevilkår som gjør vår profesjonsetikk mulig. Professor Svein Aage Christoffersen sier at profesjonsmoral er evnen til

å treffe gode beslutninger under handlingspress. Den profesjonelle må både kunne reflektere og beslutte. Han understreker at den moralske og etiske fordring alltid ligger som et bakteppe i møtet med det andre mennesket, - ikke i idealene, ikke i prosedyrene, ikke i prinsippene eller verdiene (1).

Vi bør lære oss å skille mellom etikk og moral, og bruke begge begrepene i kvalitetsarbeidet. Moral har blitt et tabubegrep, men handler om de handlingsvalg som egentlig foregår i praksis hele tiden. Det umoralske er det vi ikke bør gjøre. Etikk er moralens refleksjon om seg selv. For oss sykepleiere vil det si at vår profesjonsetikk er vår refleksjon over sykepleiefagets profesjonsmoral, det vil si moralen i vårt profesjonelle praktiske arbeid. Profesjonsetikken skal favne det sårbare, avmektige, uegennyttige og fortrolige.

Trenger vi moral?

Moralen kan hjelpe oss til å se det som faktisk skjer. Det handler om reflektert eller ureflektert moral. Er det etikk eller moralsk refleksjon som fremmer kvalitet?

Våre yrkesetiske retningslinjer er basert på reflektert praksis



IKKE TID: Det er fristende å la det tause forbli taust. Å bygge en reflekterende kultur er noe mange ledere ikke har overskud til.
Foto: Colourbox

gjennom mange år. Spørsmålet er om vi tror på, og om våre ledere har fått lære seg, betydningen av å reflektere over moralsk forvaltning i praksis.

I tause kulturer kan vi lett sløves og blindes av rutine. Å bygge reflekterende kulturer er i seg selv et verdivalg. Det er ulike grunner til at spørsmål om moralsk praksis ikke blir møtt og verbalisert. Moralsk opprustning kan signalisere at det går «dårligere», og det blir ikke enklere å være leder når det tause blir synliggjort. Eller motsatt, – uten moralsk refleksjon kan det se ut til å gå bedre: Vi tjener mer, vi nyttemaksimerer mer. Det kan derfor være fristende å la det tause forbli taust.

Praksis under press

Refleksjon må læres. Det bør inngå som ledd i kompetanseutvikling og bevisstgjøring (2, 3). Den enkelte sykepleiers dømmekraft påvirkes av mange individuelle faktorer som menneskesyn, verdier, faglig kunnskap (inkludert etikk), forbilder, personlig erfaring, yrkeserfaring, karakter, konvensjoner og rutiner, skriver Jan Aage Christoffersen. Det er når dette løftes frem til samrefleksjon i et kollegium at læring skjer.

I Rådet for sykepleieetikken (SE) får vi stadig spørsmål både fra ledere, sykepleiere og studenter. Mange av de dilemmaer vi får tilsendt har med ledelse å gjøre. Det handler om praksis under press med dilemmaer som ofte ikke blir drøftet der de hører hjemme, om forvaltning av fortrolighet og samtykke, bruk av tvang, og om krenkelser og maktmisbruk. Spørsmål om varsling, rutiner og retningslinjer som truer profesjonsetikken kommer stadig, og beskrivelser av vanskelige episoder som ikke blir møtt av leder, ikke forstått og ikke

fulgt opp. Jeg har hatt mange telefonsamtaler med fortvilte sykepleieledere som ikke blir hørt, ikke finner støtte, ikke har kanaler der de kan drøfte sine egne dilemmaer.

Eksempler:

- Det er ingen vits i å snakke med lederen min, hun vil ikke forstå spørsmålet engang.
- Kan du høre på meg litt, sier sykepleieren på telefonen, – jeg har trosset legens forordning og ikke gitt ernæringsbehandling til en døende pasient. Hvem bør jeg snakke med?
- En pasient fikk hjertestans, og min kollega nektet å gi livreddende akutthjelp med munn til munnmetoden. Da vi snakket om dette i etterkant sa min leder at dette var en bagatell som vi ikke skulle snakke om. Er det etisk holdbart?
- Bør jeg varsle? En alvorlig hendelse med feilmedisinering blir dysset ned av min leder.
- Hvordan kan jeg bli kvitt en uegnet sykepleier som er illojal mot lederbeslutninger?

les mer på www.sykepleieforbundet.no

Lederen er selve nøkkelen til god praksis. Majoriteten av de ansatte i helsetjenesten arbeider med pleiefunksjoner ledet av sykepleiere, og vi vet at oppgaven handler om langt mer enn å administrere, forvalte ressurser, sikre god logistikk og få turnuser til å gå opp. Vi er alle avhengige av vår nærmeste leder. Vi trenger visjonære kulturbyggende ledere som gir retning, går foran som godt forbilde, er tydelige, trygge, kompetente, tilgjengelige og som verdsetter varslere. Det er vel

grunn til å spørre om det er mulig å ivareta alt dette?

Tydelig lederskap

Vi vet at sykepleieledelse de senere år til dels har blitt usynliggjort og marginalisert både i sykehus og kommuner. Den øverste sykepleieleder ved de fleste av våre sykehus er nå avdelingssykepleier. I mange kommuner er kontrollspennet for ledere så stort at god hverdagsledelse blir en umulig oppgave. De fleste ivaretar denne oppgaven på en formidabel måte, men blir usynliggjorte av sine overordnede. Muligheter for etterutdanning og personlig veiledning er svært begrenset. Dette er i seg selv et dilemma. Sykepleieledere utfører den daglige «brannsløkking» med stor utholdenhet, men går ofte på akkord med egne drømmer og visjoner. Mange føler seg forpliktet til å se mer oppover enn nedover, og lojalitet til arbeidsgiver kommer ofte foran lojalitet til faglige og etiske føringer og de ansattes behov. De er fanget i et maktspill om fokus og beslutningsvalg som krever solid dømmekraft, mot, tydelighet og legitimitet. Jeg blir stadig forundret og imponert over at så mange forblir i lederrollen når de samtidig beskriver en så sterk følelse av å komme til kort.

Gode ledere er det viktigste vi har, og de både fortjener og har stort behov for påfyll, veiledning og utvikling av dømmekraft i sin funksjon. NSF har satset mye på lederutvikling, jeg tror derfor dette ville lønne seg som satsingsområde for kommuner og helseforetak.

Vår moralske uro er vårt håp og vår mulighet. Sykepleiens oppdrag er menneskeverdsarbeid i sårbare rammevilkår. Sykepleiefagets sjel er utfordret og sykepleieleders mandat og legitimitet satt på prøve.

Jeg spør:

- Hvordan sikres god sykepleieledelse der du arbeider?
- Hvilke ressurser og verktøy har dere for å utvikle de ansattes dømmekraft i praksis?
- Bruker dere yrkesetiske retningslinjer når dere reflekterer over etiske dilemma?

LITTERATUR

1. Kristoffersen, SA. Profesjonsetikk: Universitetsforlaget 2005
2. Ljosne, IB., Pedersen, R. Etske refleksjoner i sykehusene: Sykepleien nr 13/2006
3. Fermann, T, Horntvedt, R. Den gode samtalen: Sykepleien nr. 19/2006

Månedens dilemma

Hvordan skape en moralsk reflekterende kultur i en hektisk hverdag?

Har du synspunkter, meninger eller kommentarer? Send din mening til interaktivt@sykepleien.no, eller Sykepleien, boks 456 Sentrum, 0104 Oslo. Du kan også lese inn reaksjoner på tlf. 22 04 33 65. Reaksjoner fra leserne trykkes i neste nummer.

Ny generalsekretær i NKS

Anne-Karin Nygård er ansatt som ny generalsekretær i Norske Kvinners Sanitetsforening. Hun kommer fra stillingen som rektor ved Lovisenberg diakonale høgskole i Oslo.

Nygård er utdannet sykepleier og har hatt flere stillinger innen Norsk Sykepleierforbund. Hun har arbeidet ved Statens helsetilsyn, Ullevål universitetssykehus, Ullevål sykepleierhøgskole og ved Rikshospitalet.

Innen N.K.S. var hun den første direktøren for Kløverinstitusjoner as. Her gjennomførte hun arbeidet



med serviceerklæringer, som ble et foregangsarbeid innen helsevesenet i Norge.

Anne-Karin Nygård tiltrådte stillingen 1. januar i år.

Pris til fadderstudentene



Fadderorganisasjonen til studentene ved Høgskolen i Sør-Trøndelag stakk av med lærlingsmiljø- og studie kvalitetsprisen på 30 000 kroner.

Studentorganisasjonen **Quak** fikk prisen for sitt arbeid for at studenter som kommer nye til Trondheim umiddelbart skal føle seg velkommen og bli tatt vare på. I tillegg til utallige arrangementer ved studiestart, sørger også Quak for at fadderne ringer opp alle som har fått tilbud om studieplass.

– Dette gjør at nykomlingene raskt får etablert et sosialt og faglig kontaktnett, sier leder av fadderorganisasjonen, Silje Holland, som mottok prisen på vegne av Quak.



Slutter i protest

Medisinskfaglig rådgiver i Helse Finnmark, **Tor Øystein Seierstad**, har i full offentlighet sagt opp jobben i protest mot styrets vedtak om å kutte i budsjettet for 2007.

Ny sjef i Helse Finnmark

Klinikk sjef for Klinikk Hammerfest, **Eva Håheim Pedersen** (52), skal overta etter Bjørn Engum som administrerende direktør i Helse Finnmark HF.



EEG HJERNEAKTIVITET

1. Etymologi

Hva betyr ordet celle?

2. Historie

Hvem oppdaget cellen og når?

3. Fysiologi

En enkel forklaring på funksjonen til mikrokondriet?

1. Lite kammer (fra latin cella)
2. Robert Hook i 1665
3. Cellens kraftstasjon

Vil ha flere sykepleierledere

Mette Ramstad Dønåsen gleder seg til den nye jobben som sjef i fagpolitisk avdeling i NSF. Får hun det som hun vil, blir det flere sykepleiere i lederstillinger og større satsning på sykepleierfaget.

Når Mette Ramstad Dønåsen går til sin første arbeidsdag i NSF en torsdag i midten av februar, er det med en stor porsjon ydmykhet overfor den kunnskapen hennes fremtidige kolleger i fagavdelingen sitter med. Hun har bestemt seg for å bruke god tid på å bli kjent med NSF som organisasjon og håper hun skal ha både hjertet og hjernen med seg som leder.

– Jeg er opptatt av at man skal spille på lag og tror ikke det er så mye en person kan få utrettet alene.

Vant til annerledeshet

Hjemme i Rælingen i Akershus har hun en ganske alminnelig kjernefamilie med hund, mann og to tenåringsdøtre. Men Dønåsen kan aldri vite sikkert hvem av dem som roper til henne når hun kommer hjem, for husstanden teller også en grå, afrikansk jacko-papegøye som hermer stemmene til samtlige i familien.

For 46 år siden ble hun født i Gjøvik. Oppveksten tilbrakte hun i Enebakk og i Oslo.

– Tror kanskje det gjorde sitt til at jeg ble tidlig vant til å omgås mennesker som var annerledes, i og med at Frambu helsesenter lå i Enebakk.

Fag fremfor lønn

– *Hva er viktigst, lønnskamp eller fagpolitikk?*

– Disse to stikkordene henger uløselig sammen. Men mange assosierer

NSF med lønnspolitikk, mens jeg ønsker et sterkere fokus på fag.

– *Har faget blitt forsømt i NSF?*

– Nei, men jeg har jobbet 20 år i spesialisthelsetjenesten og sett at det blir færre sykepleierledere der. Her trengs det støtte fra NSF. Sykepleieledere trenger også støtte. Lønn henger jo sammen med dette, men for å få anerkjennelse og lederstillinger må vi vise faglighet og vilje til å påta oss ansvar.

Hun tror den grunnleggende oppgaven vil være å få satt syke-



TENKER I TEAM: Mette Ramstad Dønåsen er NSF's nye fagsjef. Hun er en utpreget lagspiller som synes flere hjerner tenker bedre enn én.

pleien på kartet i helsetjenesten og at medlemmene skal føle at NSF er der for dem, også i fagligheten, ikke bare i lønnskampen.

– *Hvilke kameler må du svelge, tror du?*

– He-he, det vet jeg ikke ennå. Det får vi se på.

tekst **Eivor Hofstad** foto **Stig M Weston**

Bårdseng sier nei til gjenvalg

Nestleder Erik Bårdseng stiller ikke til gjenvalg i Norsk Sykepleierforbund. Han ser gjerne en ny mann i ledelsen – enten det er leder eller nestleder.

I november 2007 skal Norsk Sykepleierforbunds (NSF) landsmøte nok en gang velge tre ledere. Allerede sist oktober gjorde NSF-leder Bente Slaatten det klart at hun ikke stiller til valg for en ny periode. Nå sier nestleder Erik Bårdseng at heller ikke han er lyst på tre nye år i NSF-ledelsen. Både Slaatten og Bårdseng har hatt vervene siden 1998.

Hjem til Elverum

– Etter tre perioder er tiden inne for å skaffe nye personer. Vi har sagt fra i god tid, slik at det kan bli en ordentlig prosess med å finne kandidater, sier Bårdseng. Skulle han stilt til valg igjen, måtte det blitt som toppleder, forteller han. Da han ble nestleder i 1998, tapte han kampen om lederposisjonen til Slaatten. Men toppsulten hans er nå borte.

– Bente og jeg la opp til en politikk i 1998 som vi har fulgt opp. Vi har jobbet i et team som har fungert godt. Da hun bestemte seg for ikke å stille opp en gang til, var det naturlig at heller ikke jeg gjorde det.

Bårdseng bor på Elverum, og nå skal konen Torill, som også er sykepleier, få en større andel av ham.

– Men først har jeg nesten et år igjen som nestleder, minner han om.

Mann i toppen?

Etter NSF's landsmøte i november har Bårdseng foreløpig ingen ny jobb å gå til.

– Men jeg har tapt mitt hjerte til organisasjonsarbeid. Kan noen bruke meg i så måte, er det kjekt, sier han.

Slaatten sa til Sykepleien 15/06 at tiden *ikke* er moden for en mannlig leder i et kvinnedominert NSF.

– *Hva sier du?*

– Jeg mener at menn kan brukes i alle verv. Det fins selvfølgelig gode mannlige kandidater. Det er ikke yrkesforbud i NSF. Men vi vil ha de beste kandidatene, uansett kjønn.

Selv om organisasjonen er kvinnedominert, trenger den menn, mener Bårdseng.

– En god miks er det beste, slik det er på andre arbeidsplasser, og som vi argumenterer med ute.

Hvorvidt det er topplederen eller nestlederen som er mann, er ikke så viktig.

Hembre tenker

Unni Hembre har vært andre nestleder siden 2004. Om hun stiller som kandidat til et av de tre ledervervene er ennå uklart.

– Jeg er i tenkeboksen, sier hun.

Fristen for å foreslå kandidater til alle vervene som skal besettes på landsmøtet, inkludert hele forbundsstyret, er 7. september.

Leder i nominasjonskomiteen, Toril Teigen, er glad de to lederne har sagt fra i så god tid. Ennå har hun ikke fått noen forslag på lederkandidater.

– Men navn nevnes, sier hun og røper ikke mer.

NOK: Ni år i NSF-ledelsen er nok for Erik Bårdseng.



– Nå er det bare å komme igjen med forslag og villighetserklæring fra kandidatene.

Forslagene skal gå via fylkene.

– Men hvis noen vil drøfte eventuelle forslag med oss, må de bare ta kontakt, sier Teigen.

Sprik i egenandeler

Det er enorme forskjeller i kommunenes egenandeler på sosiale tjenester til kronisk syke og funksjonshemmede. Det viser en ny ECON-rapport. Maksimalsatsene på hjemmehjelp for personer med inntekt mellom 2G og 3 G varierer fra 150 til 2100 kroner per måned (2G tilsvarte en inntekt på 125 784 kroner i 2006). Den månedlige utgiften varierer fra vel 300 kroner til nesten 1200 kroner i måneden for en person som får fire timer rengjøring, en time snømåking, vask av en maskin med tøy, fire matleveringer og leie av trygghetsalarm.

Riskhospitalet



Forbundsleder Bente G. H. Slaatten

Stilling: Forbundsleder i NSF

E-post: bente.slaatten@sykepleierforbundet.no



Verdenssamfunnet må reagere!

Utfordringene i den norske helsetjenesten og i arbeidslivet er mange og store. Men ser vi litt utover våre egne landegrenser, har vi det tross alt ganske bra. Mens de fleste sykepleiere i Norge har feiret en rolig julehøytid, har fem bulgarske sykepleiere og en palestinsk lege sittet dødsdømt i libysk fengsel.

Sykepleierne og legen har vært fengslet under forferdelige forhold siden 1999. De er mistenkt for å ha smittet mer enn 400 libyske barn med hiv-viruset. Vitenskapelige artikler påpeker imidlertid at smitten ble spredt før sykepleierne og legen begynte å jobbe ved det aktuelle sykehu-

set. Bevisene som er fremlagt av internasjonalt anerkjente institusjoner og enkeltpersoner levner ingen tvil om at de anklagete er uskyldige. Samtidig har domstolen nærmest konsekvent avvist forsvarers vitner, og dermed aktivt sørget for at saken ikke er belyst på en tillitvekkende og tilstrekkelig måte.

Vi i Norsk Sykepleierforbund har sammen med sykepleierorganisasjoner verden rundt engasjert oss i saken. Vi oppfatter domstolsbehandlingen som en gedigen rettsfarse, der målet har vært å finne syndebukker for tragiske hendelser snarere enn å nå fram til en rettfærdig kjennelse.

EU har allerede fordømt dødsdommen og sier at det vil ramme Libyas forhold til Europa dersom den blir fullbyrdet. Sammen med Legeföreningen har vi nå bedt den norske regjeringen fordømme dødsdommen og kreve den annullert slik at de anklagede blir frigitt og kan reise hjem. I denne saken kan ingen veier stå uprøvd. Gjennom Hydro og Statoil har Norge store interesser i Libya, og den posisjonen må brukes for å kreve dommen opphevet!

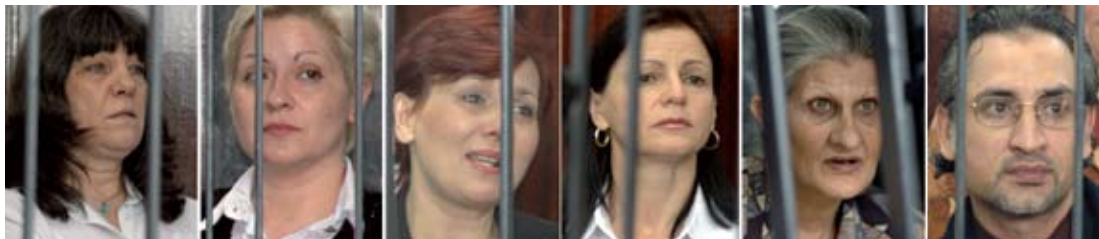
Dødsdommen er ikke bare en tragedie for de involverte. Den skaper også frykt og usikkerhet knyttet til helsearbeideres rettsikkerhet når de yter bistand.

Terskelen for å engasjere seg i bistandsarbeid kan bli høyere, og det vil ramme de svakeste.

Helsearbeidere fra hele verden gjør en uvurderlig innsats på bistands- og nødhjelpsprosjekter i ulike regimer og krigssituasjoner. I utgangspunktet utsetter de seg selv for mer eller mindre fare ved å ta del i slikt arbeid. Hvis man i tillegg skal leve under redsel for å bli utsatt for det som nå skjer i Libya, vil mange oppleve belastningen som så stor at man heller blir hjemme.

Det er i hele verdenssamfunnets interesse at helsepersonell våger å påta seg oppdrag for å hjelpe mennesker som lever under ekstreme forhold og i svært belastende situasjoner. Blir dødsdommen i Libya stående, vil det være vanskelig å oppfordre sykepleiere og annet helsepersonell til å påta seg slike oppgaver!

Bente G. H. Slaatten



MÅ SI FRA: Norge må bruke sin posisjon i oljebransjen til å presse Libya i saken om de dødsdømte bulgarske sykepleierne, mener Slaatten. Foto: Scanpix

Gode forsetter?

I disse dager gjør mange en hederlig innsats for å oppfylle mer eller mindre gjennomtenkte nyttårsforsetter.

Treningsstudioene fylles opp av ambisiøse trimmere, og ukebladene kappes om de beste slankeoppskriftene. Noen skal stumpe

røyken, andre skal drikke mindre og leve mer miljøvennlig. Det er imidlertid én hake ved løftene man gir seg selv om å begynne et nytt og bedre liv: De er lette å bryte!

Andre løfter er vanskeligere å komme unna. Da regjeringen tiltrådte for et drøyt år siden, kom den med lovnader som det er på tide å innfri! 2007 bør bli året da flere viktige saker blir løst. Likestilling av skift og turnus er én av dem. Fortsatt arbeider skiftarbeider i industrien nesten to timer mindre i uka enn helsetjenestens turnusarbeidere. Det er direkte

pinlig at denne foreldede ordningen ikke er lagt død og begravet for lenge siden!

Jeg lover at vi ikke skal gi regjeringen mye fred og hvile i sakens anledning. Alle andre veier er forsøkt, og den eneste uprøvede muligheten er å sette av penger i statsbudsjettet. Det er bare å rydde plass allerede nå!

Bente G. H. Slaatten



Dette er nyheter fra **Norsk Sykepleierforbund**
www.sykepleierforbundet.no

Dialogmøte med ministeren

Norsk Sykepleierforbund (NSF) hadde et dialogmøte 13. desember med helseminister Sylvia Brustad. – Vi hadde et konstruktivt møte, sier forbundsleder Bente G. H. Slaatten.

– God styring, behovet for kompetanse og veien fram til en helhetlig og sammenhengende helsetjeneste var en rød tråd gjennom møtet, sier Slaatten.

Styringsverktøyet KOMPASS

Sykepleiere og annet personell med helsefaglig kompetanse vil bli en knapphetsressurs også i fremtiden, og NSF ser i dag at det er for store variasjoner i deknin-gen av helsepersonell.

– Hittil har man manglet verktøy som kan anslå behovet for ulike typer kompetanse. I prosjektet KOMPASS skaper vi dette verktøyet, som kan definere og avgrense hvor mye kompetanse man har behov for i hjembaserte tjenester, sier Slaatten.

KOMPASS er et kompetanseba-sert styringssystem, som inntil vi- dere dekker hjembaserte tjenester. Målsettingen er at verktøyet skal gi kvalitet for pasienten, motive-rende arbeidsplasser for ansatte og effektive tjenester for arbeidsgiver gjennom riktig bruk av kompe-tanse.

Sammenhengende behandlingsskjede

Å skape en helhetlig helsetjeneste med et velfungerende samarbeid på tvers av tjenestenivåer krever høyere kompetansenivå i kom-munene.

– Pasienter som kunne vært tatt hånd om i kommunene blir i dag lagt inn i sykehus på grunn av for lavt kompetansenivå. Dette er ver-ken kostnadseffektivt eller heldig for pasienten, sier Slaatten.

Hjemmesykepleie og sykehjem må defineres som helsetjeneste og bemannes deretter. Hjemmesyke-pleien er ryggraden i tjenesten for mange pasienter, og har det kon-

tinuerlige ansvaret og koordinerer det øvrige hjelpeapparatet.

– Omsorgsmeldingen definerer hjemmesykepleie og sykehjem som omsorgstjenester. Det er uheldig. Pasientene med størst behov for helsehjelp og mest komplekse tilstander ivaretas i sykehjem og hjemmesykepleie, understreker Slaatten.

Rekruttering

Det er betenkelig at de færreste nyutdannede sykepleiere ønsker å jobbe i hjemmesykepleie eller sykehjem. Sintef mener at kom-petansemangelen i kommunene i stor grad handler om sykepleiere, og kommunene gjør for lite for å fremstå som attraktive arbeidsgi-vere, sier Slaatten.

Fremskrivinger til 2050 viser at de kommunale helse- og omsorgs-tjenestene kan ha behov for opp mot 300 000 flere årsverk enn i dag.

– Vi vet at nyutdannede etter-spør faglig innhold. I kommunene jobber sykepleierne mye alene, med stort ansvar og små ressurser. Lønnsincentiver, fagligutvikling, fagmiljøer og ikke minst uttelling for kompetanseheving blir viktig for kommuner som skal posisjonere seg i forhold til sykepleiere, sier Slaatten.

– Det er svært viktig at kommu-nene tydelig etterspør kompetanse, og at de etablerer faglige miljøer. Kompetent personell tiltrekkes av og blir værende på arbeidsplasser med godt fagmiljø og faglig stra-tegisk satsing på tjenesteutvikling, sier Slaatten.

Likestilling av skift og turnus

NSF benyttet også anledningen til å minne statsråd Brustad om

regjeringens løfte om likestilling av skift og turnus. I dag har syke-pleiere i turnus lengre arbeidsuker enn mannsdominerte yrker i skiftarbeid.

Forskjellsbehandlingen består til tross for at likestillingsombudet for ti år siden fant at dette var i strid med likestillingsloven. Vi vet at både skift og turnus er arbeidsord-ninger som medfører helseisiko. Det er ikke dokumentert forskjell i risiko mellom de to typene ar-beidstidsordninger.

– Jeg har en klar forventning om at likestillingen av skift og turnus nå gjennomføres slik at kostnader dette medfører blir en del av stats-budsjettet regjeringen legger frem neste høst, sier Slaatten.

Uholdbart med ufrivillig deltid

– Jeg understreker sterkt at det er uholdbart med en så høy deltids-andel i helsetjenestene. Ufrivillig deltid setter arbeidstakerne i økonomisk knipe, og sykepleiere i deltid er også sløsing med verdi-full kompetanse som pasientene har behov for, sier Slaatten.

– Nesten fire av ti deltidsansatte sykepleiere kan tenke seg å jobbe mer. NSF stiller også spørsmåls-tegn ved hvor frivillig den såkalt frivillige deltiden er. Vi vet at mange «velger» å jobbe i redusert stillingsbrøker fordi arbeidsbe-lastningen er for høy. Da blir det den enkelte arbeidstaker som tar ansvaret når arbeidsbelastningen er for stor, sier Slaatten.

– De deltidsansatte er en ubenyttet ressurs, som kan rekrutteres inn for å dekke behovet for kapasitet og kompetanse, men det krever en bevisst satsing fra arbeidsgiveren, sier Slaatten.

På Norsk Sykepleierforbunds egen nettside finner du saker NSF og sykepleierne er engasjert i. Gå inn på www.sykepleierforbundet.no/sistenytt, og les mer.

Bårdseng ikke til gjenvalg

Nestleder i Norsk Sykepleierforbund, Erik Bårdseng, varsler at han ikke stiller til gjenvalg på neste års lands-møte. – Jeg velger å klargjøre dette i god tid for å bidra til en ryddig og konstruktiv prosess for å finne gode kandi-dater, sier Bårdseng.

Kan tape 30 000 i pensjon

Dersom det ikke innføres pen-sjonsopptjening for studier, kan de med høyere utdanning tape 20 000-30 000 pensjons-kroner årlig. Det viser en beregning Unio har gjort.

Tanga, ett år etter

Ett år etter at NSF avsluttet sitt hiv/aidsforebyggende prosjekt blant barn og unge i Tanzania, er læringsmetoder og enga-sjement godt etablert i de involverte områdene.

Krever dødsdom omgjort

I dag ble dødsdommen i Libya mot fem sykepleiere fra Bulgaria og en palestinsk lege bekreftet. – NSF vil be regjeringen fordømme denne dødsdommen og kreve den omgjort, sier forbundsleder Bente G. H. Slaatten.

– Må fornyes

– Yrkesskadelovgivning er ikke tilpasset virkeligheten og dagens arbeidsliv. Det er likestillingsfiendtlig når skader som oppstår i kvinneedomi-nerede yrker er ekskludert, sier forbundsleder Bente G. H. Slaatten.

– Krev kvalitet

– Offentlige tjenester må holde høy kvalitet, møte befolkningens behov og være tilgjengelige for alle, sier forbundsleder Bente G. H. Slaatten. Hun oppfordrer alle til å delta i en europeisk underskriftskampanje.

Ta en konjakk!

Den spanske syke som rammet landet i 1918 og 1919, angrep 1,2 millioner, og rundt 14 000 døde i en befolkning på knappe 2,6 millioner, de fleste i aldersgruppen 20–40 år.

Mange sverget til konjakk som det absolutt eneste effektive legemiddel i kampen mot spanskesyken. Konjakken skulle ikke bare virke helbredende, men også ha en forebyggende effekt. Etter hvert ble det imidlertid problematisk å få tak i denne «medisinen». Ikke minst på grunn av forbudstiden som startet i 1917. Fra da av måtte all alkohol til medisinsk bruk foreskrives av lege. Med spanskesyken ble det imidlertid fremmet forslag om å se bort fra dette kravet om resept fra lege, og dele ut en halv flaske konjakk til hver husstand.

En av forkjemperne, professor Axel Holst, viste til at «forskjellige mennesker mener at ha undgaet sykdommen ved at anvende kog-

nak» og til at «talrige personer paa sig selv hadde iagttaget en gavnlig indflydelse av kognak».

Helt fram til slutten av 1800-tallet hadde alkohol stor utbredelse som legemiddel, og apotekene var forpliktet til å ha eller skaffe de legemidlene legen forordnet. Særlig hadde brennevin et stort anvendelsesområde.

Den broderte lomma eller veska som kvinner i dag bærer utenpå bunaden sin, hang opprinnelig skjult under forkledet og inneholdt en lerce med fineste konjakk, en ørliten flaske med dånevann, en faldekniv og litt snop til barna. Konjakk var da som nå god medisin for så mangt. Vi drikker stadig mer vin, men har ikke helt glemt glasset med det sterke i. Aller minst konjakk – nordmenns yndlingsbrennevin.

Franskmenn forstår ikke dette, at det sitter et folk nesten ved nordpolen og nyter verdens mest eksklusive brennevin. Men



KLUNK: Det har aldri vært offisiell servering av alkohol i Holmenkollen, – men uoffisielt har det aldri manglet på sterke dråper. Her en tilskuer til hopprennet som styrker seg med en konjakk.

faktum er at målt per hode er det ingen nasjon som drikker mer konjakk enn vi. Og jo lenger nord vi beveger oss, desto større er begeistringen.

Vinmonopolutsalget i Kautokeino utmerker seg ved at en firedel av omsetningen er druebrennevin.

– Her bruker folk konjakk som medisin, og de hevder det virker, sier butikksjef Brita Triumf til VG.

tekst Bjørn Arild Østby foto Scanpix

Minneord

Inger Anne Valderhaug

Inger Anne var ansatt som sykepleier ved postoperativ/intensiv ved Radiumhospitalet fra 1982. Hun kom fra Tromsø der hun hadde arbeidet noen år før hun vendte nesen sydover.

Et langt og innholdsrikt arbeidsliv er over. Hun sovnet stille inn på Radiumhospitalet lørdag 25. november etter et kort sykeleie. Hun ble 53 år.

Hun var en sykepleier som var svært glad i yrket sitt. Hun var meget arbeidsom. Ingen arbeidsoppgave var for liten, og ingen oppgave var for stor for henne. Det var aldri nei i hennes munn. Hun var en svært fleksibel arbeidstaker som sto på for sin arbeidsplass og pasientene der. Hun var en stolt person som kunne være svært sta når det handlet om saker som engasjerte henne og som hun opplevde som urettferdige.

Hun var en lojal arbeidstager både innad og utad i organisasjonen.

Hun var lett å samarbeide med både for sine kolleger og ledere.

Hun gjorde en stor innsats i Norsk Sykepleierforbund som tillitsvalgt i mange år og hadde gode kunnskaper om den enkeltes rettigheter og plikter.

Da hun skjønnte at livet gikk mot slutten, ønsket hun å få avslutte livet på Det norske Radiumhospital. Hun hadde et kort og på mange måter svært dramatisk sykeleie som alle kollegene fulgte på nært hold. Det har vært en spesiell høst for oss alle og tankene vil være hos Inger Anne i lang tid fremover.

Våre tanker går nå til hennes nærmeste familie, Elsa og Unni og deres to flotte sønner, Henning og Philip.

Vi lyser fred over ditt minne.

Hilsen fra dine kolleger ved postoperativ/intensiv, R-R HF

Register 2006

Alfabetisk forfatterregister for fagartikler 2006

Astrup Sølvi, Schjelderup Ellen D Rød, gul eller grønn standard	Nummer 5	side 72
Balteskard Bjørg Stues sammen på dagligstua	Nummer 15	side 59
Bratvold Astrid, Sørensen Janicke, Moland Marit Alseth, Gravdal Margun Vabø Oksygen som medisin	Nummer 13	side 44
Egeland Steinunn E. Barns behov på isolat	Nummer 9	side 64
Eika Marianne Pleiere fremmedgjøres av datasproget	Nummer 17	side 58
Eithun Unn E. Manskow, Bendiksen Randi, Ingebrigtsen Tor, Solberg Tore For mye informasjon	Nummer 15	side 68
Ellingsrud Birgit H En befriende latter	Nummer 15	side 66
Fermann Torbjørg, Horntvedt Rannveig Den gode samtalen	Nummer 19	side 62
Flaathen Elisabeth K. Kultursensitiv sykepleie	Nummer 7	side 52
Foss Hilde, Skaar Vera, Fosshaug Bente, Haga Thomas, Westby Marianne Thorstad: Hvor mye tid får pasientene?	Nummer 1	side 64
Fuskeland Kristine Kirkeby, Bjørk Ida Torunn Når det klør som verst	Nummer 7	side 50
Hagelund Kristine Sykepleiere gjør legens jobb	Nummer 19	side 64
Hauge Kari Westad, Jørgensen Else For tung teori	Nummer 7	side 46



Nordby Halvor
Når svaret ikke er opplagt Nummer 13 side 68

Nortvedt Line
Rehabilitering med respekt Nummer 15 side 55

Otterstad Hans Knut, Tønseth Harald
Hjelp hjemme eller på hjem? Nummer 11 side 60

Person Line, Nilsen Monica
Noe å rapportere? Nummer 5 side 74

Prebensen Eli, Vråle Gry Bruland
Den gode veiledningen Nummer 3 side 62

Rannestad Toril, Hovdenes Gørill H, Espnes Geir Arild
Hjernen er ikke alene Nummer 9 side 52

Rognås Reidun
Helsesøsterens dilemma Nummer 11 side 30

Rummelhoff Guri, Nortvedt Per
Studenter sier ikke fra Nummer 5 side 66

Røthing Merete, Vikse Karin Olsen
Når livet blir snudd på hodet Nummer 1 side 40

Sandvik Ann Lisbeth, Hammer Siri Vedeld
Betaling etter innsats Nummer 1 side 62

Sandvoll Anne Marie
Urovekkende gode resultat Nummer 9 side 62

Schelderup Vilhelm
Helbredelse lønner seg ikke Nummer 13 side 52

Skard Heier Mona, Wolland Anne M.
Søvn og søvnforstyrrelser Nummer 7 side 60

Strandquist, Næss Gro, Andersson Astri M, Stigen Anne Marit, Adel Lise, Kirkevold Marit.
Faglig forsvarlige tjenester Nummer 11 side 55

Thormodsen Inger, Hauken May Aasebø
Kreftpasienter på skolebenken Nummer 5 side 70

Trangøy Einar
OBS! Spilleavhengig Nummer 13 side 50

Try Eva
En utdanning uten identitet Nummer 19 side 40

Sæterstrand Torill, Tingvoll Wivi-Ann
Brukeren er også et menneske Nummer 17 side 64

Westad Berit, Saunes Jorunn
Studenter uten passord Nummer 17 side 54

Øvrebø Nina Lunderød, Eckhoff Marit Rustad, Dihle Alfild
Hvor gjør det vondt Nummer 3 side 68

Aamodt Geir, Wøien Hilde
Vikligheten i tall og figurer Nummer 3 side 64

Aarheim Kjell Arne
Sjuepleiar berre i teorien Nummer 17 side 60

Regi av Erling | **1. utgave**

Oksygen som medisin

Det er et stort behov for bedre oppløring og oppløring av oksygenbeholdning som bør hjemme.



Oppløring, metning og oppløring er nøkkelen.

Denne boken er en viktig bidrag til å forstå og håndtere oksygenbeholdning og oppløring i praksis. Den gir en grundig innføring i teorien og praktiske tips og triks for å sikre at pasientene får den beste oppløringen og metningen av oksygen. Boken er en viktig del av enhver sykepleiers utrustning og bør være på alle sykepleiers skrivebord.

Forfatter: Erling, 1998

ISBN: 978-82-02-22222-2

Utgiver: Sykepleierforbundet

Regi av Erling | **1. utgave**

OBS! Spilleavhengig

Spilleavhengighet er en alvorlig helseprobleme som kan føre til store problemer i livet. Denne boken gir en grundig innføring i hva spilleavhengighet er, hvordan den oppstår og hvordan den kan behandles. Den gir også tips og triks for å hjelpe pasienter som lider av spilleavhengighet.



Oppløring, metning og oppløring er nøkkelen.

Denne boken er en viktig bidrag til å forstå og håndtere spilleavhengighet i praksis. Den gir en grundig innføring i teorien og praktiske tips og triks for å hjelpe pasienter som lider av spilleavhengighet. Boken er en viktig del av enhver sykepleiers utrustning og bør være på alle sykepleiers skrivebord.

Forfatter: Erling, 1998

ISBN: 978-82-02-22222-2

Utgiver: Sykepleierforbundet

ALFABETISK EMNEREGISTER FOR FAGARTIKLER 2005**Barn og unge**

Egeland Steinunn E.
Barns behov på isolat Nummer 9 side 64

Eldreomsorg

Flaathen Elisabeth K.
Kultursensitiv sykepleie Nummer 7 side 52

Hansen Leif Hugo

Strategiske svar fra eldre Nummer 9 side 60

Otterstad Hans Knut, Tønseth Harald

Hjelp hjemme eller på hjem? Nummer 11 side 60

Rummelhoff Guri, Nortvedt Per

Studenter sier ikke fra Nummer 5 side 66

Sandvoll Anne Marie

Urovekkende gode resultat Nummer 9 side 62

Sæterstrand Torill, Tingvoll Wivi-Ann

Brukeren er også et menneske Nummer 1 side 64

Etikk

Ljøsne Isabelle Budin, Pedersen Reidar
Ethiske refleksjoner i sykehusene Nummer 13 side 66

Nordby Halvor

Når svaret ikke er opplagt Nummer 13 side 68

Rognsaa Reidun

Helsesøsterens dilemma Nummer 11 side 30

Fagdebatt

Balteskard Bjørg
Stues sammen på dagligstua Nummer 15 side 59

Karseth Berit, Taasen Inger

En slaktet utdanning? Nummer 3 side 60

Fagutvikling og forskning

**Fermann Torbjørg,
Horntvedt Rannveig**
Den gode samtalen Nummer 19 side 62

Kirchhoff Jo "rg

Faglig oppdatering - for hvem? Nummer 1 side 66

**Rannestad Toril, Hovdenes Gørill H,
Espnes Geir Arild**

Hjernen er ikke alene Nummer 9 side 52

Schelderup Vilhelm

Helbredelse lønner seg ikke Nummer 13 side 52

Aamodt Geir, Wøien Hilde

Vikligheten i tall og figurer Nummer 3 side 64

Forebyggende helsearbeid**Hjerte/kar/lunge**

**Bratvold Astrid, Sørensen Janicke,
Moland Marit Alseth, Gravdal MargunVabø**
Oksygen som medisin Nummer 13 side 44

Hud

Fuskeland Kristine Kirkeby, Bjørk Ida Torunn
Når det klør som verst Nummer 7 side 50

IKT og dokumentasjon

Eika Marianne
Pleiere fremmedgjøres av datasproget Nummer 17 side 58

Person Line, Nilsen Monica

Noe å rapportere? Nummer 5 side 74

Sandvik Ann Lisbeth, Hammer Siri Vedeld

Betaling etter innsats Nummer 1 side 62

Westad Berit, Saunes Jorunn

Studenter uten passord Nummer 17 side 54

Infeksjonsmedisin

Myrvang Vigdis Hegna
Å leve med polio Nummer 15 side 60

Kommunehelsetjenesten

**Strandquist, Næss Gro,
Andersson Astri M, Stigen Anne Marit,
Adel Lise, Kirkevold Marit.**
Faglig ansvarlige tjenester Nummer 11 side 55

Kreftsykepleie

Thormodsén Inger, Hauken May Aasebø
Kreftpasienter på skolebenken Nummer 5 side 70

Ledelse og organisering

Astrup Sølvi, Schjelderup Ellen D
Rød, gul eller grønn standard Nummer 5 side 72

Hagelund Kristine

Sykepleiere gjør legens jobb Nummer 19 side 64

Nevrologi/nevrokirurgi

Nortvedt Line
Rehabilitering med respekt Nummer 15 side 55

Egeland Steinunn E.
Barns behov på isolat Nummer 9 side 64

Palliativ behandling/Smertebehandling

**Øvrebø Nina Lunderød,
Eckhoff Marit Rustad, Dihle Alfild**
Hvor gjør det vondt Nummer 3 side 68

Psykisk helsevern

Hallberg Mette, Ørbeck Anne Lill
Kognitiv terapi gir gode resultater Nummer 11 side 46

Haukø Britt Helen Barnetimen for det vanskelige	Nummer 1	side 60		
Loos Liv Heian, Rustad Åse-Bente Om å ta en Dikemark	Nummer 5	side 44		
Try Eva En utdanning uten identitet	Nummer 19	side 40		
Rehabilitering Røthing Merete, Vikse Karin Olsen: Når livet blir snudd på hodet	Nummer 1	side 40		
Prebensen Eli, Vråle Gry Bruland Den gode veiledningen	Nummer 3	side 62		
Rusmisbruk Tranøy Einar OBS! Spilleavhengig	Nummer 13	side 50		
Sykepleiefag generelt Ellingsrud Birgit H En befriende latter	Nummer 15	side 66		
			Foss Hilde, Skaar Vera, Fosshaug Bente, Haga Thomas, Westby Marianne Thorstad: Hvor mye tid får pasientene?	Nummer 1 side 64
			Utdanning/pedagogikk Hauge Kari Westad, Jørgensen Else For tung teori	Nummer 7 side 46
			Karseth Berit, Taasen Inger Unik sjanse for sykepleiefaget	Nummer 9 side 68
			Moland Karen Marie, Dalen Nina, Miljeteig Petter Magnus og Gunnlaug, Graue Fra Bergen til Tanzania	Nummer 3 side 48
			Aarheim Kjell Arne Sjuepleiar berre i teorien	Nummer 17 side 60

Forskning for alle!

Sykepleien har gdfghfghgj rtytuutyut
u rytr utyiu yiyuiu ry iuyio uio!

sykepleien
forskning
forskning@sykepleien.no



Bokanmeldelser

Bruun Wyller Vegard

Det friske og det syke mennesket
Bind 5 og 6 Nummer 9 side 72

Bø Aud Kirsti, Sæther Wigdis Helen

Kunsten som beveger.
Etisk dannelse i helse- og sosialfagene Nummer 13 side 73

Flood Kristin

Rom for stillhet Nummer 1 side 72

Flovik Anne Marie

Munnstell Nummer 13 side 72

Forfang Erling

Noen sier at døden er svart Nummer 19 side 72

Hanssen Rolf Erik

Vaksinasjon. Hva er sannheten om vaksiner? Nummer 19 side 72

Heier Mona Skard, Wolland Anne M

Søvn og søvnforstyrrelser Nummer 7 side 60

Herrestad Henning, Mehlum Lars

Uutholdelige liv – om selvmord,
euthanasi og behandling av døende Nummer 11 side 67

Hougaard Bent

Curlingforeldre og servicebarn
– en håndbok i barneoppdragelse Nummer 7 side 60

Husøy Astrid-Mette (red.)

Blodprøvetaking i praksis Nummer 11 side 67

Høst Tor

Ledelse i helse- og sosialsektoren Nummer 9 side 72

Haaland Kirsti R

LØFT og narrativer i
profesjonelle samtaler Nummer 5 side 81

Jaquet Anette

Urin-inkontinens,
et sykepleiefaglig perspektiv Nummer 9 side 73

Kilvik Astrid, Lamøy Liv Inger

Litteratursøking i medisin
og helsefag. En håndbok Nummer 17 side 68

Kjærsgaard Anette

Ansig, mund og svelg Nummer 15 side 74

Kristoffersen Nina Jahren,

Skaug Eli-Anne, Nortvedt Finn
Grunnleggende sykepleie Bind 1-4 Nummer 7 side 58

Kversøy Kjartan Skogly

Etikk - en praktisk vinkling Nummer 5 side 81

Lindø John Ove, Lindø Ida

Tid for å ta farvel Nummer 17 side 69

Løvli Hilde M Solheim, Gravklev-Ludviksen Jane

Epilepsiens ansikter Nummer 3 side 74

Poleszynski Dag Viljen, Mysterud Iver

Sukker en snikende fare Nummer 3 side 73

Rannestad Toril

Uten livmor - Livet etter operasjonen Nummer 13 side 73

Seyfarth Adelheid

Fars hus Nummer 3 side 74

Sjørengen Marit, Bugge Ellen Desiree, Mørup Ormhaug Christin, Engedal Knut, Solberg Knut-Ove, Thorsen Kirsten.

Å bli eldre med utviklingshemning Nummer 11 side 66

Svenaesus Fredrik

Sykdommens mening – og møtet
med det syke mennesket Nummer 5 side 80

Svensson Alf B

Hold kjærligheten levende Nummer 17 side 69

Svendsen Alf B

Våg å være foreldre Nummer 17 side 69

Sæther Kyrre

Humor Sapiens Nummer 1 side 72

Tuft Mia

Jordbær og svarte pannekaker Nummer 19 side 71

Vinsnes Anne Gro

Urininkontinens Nummer 15 side 75

Wyller Vegard Bruun

Det friske og Det syke
mennesket bind III og IV Nummer 1 side 70



Verv og vinn!

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

Vervepremiene gjelder ikke for verving av studentmedlemmer.

Hva koster medlemskap i NSF?

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

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

Nå kan du bidra til å styrke din egen organisasjon ytterligere ved å verv nye medlemmer. Medlemmer i NSF er en del av et slagkraftig fellesskap som ivaretar sykepleierens lønns- og arbeidsvilkår. Sykepleierens interesser og rettigheter i tilknytning til

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

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



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

Verv 2



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

Verv 4



Gratis ved 1 verving

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

Verv 1



Vi kjenner ditt yrke og jobber for deg! Dine medlemsfordeler er:

- Et stort og slagkraftig **fellesskap**
- Tilbud om medlemskap i 31 **faggrupper**
- 3000 **tillitsvalgte** bistår deg på de fleste arbeidsplasser
- **Sykepleien** (18 utgaver)
- Bilaget **SykepleienForskning** (4 ganger per år)
- **Juridisk bistand**
- **Godkjenning** av sykepleiefaglige veiledere og kliniske spesialister i sykepleie
- **Stipender og legater** til reise, utdanning og forskning
- **Kurs og kongresser**
- **Kursopphold** på Ressurscenteret Villa Sana, Modum Bad
- **Eget forsikringskontor** med forsikringsordninger til medlemspris
- Gunstige tilbud på **banktjenester** i DnB NOR
- **Sparing og kreditt** med NSF's Unique konto
- Fordelaktige **mobilavtaler** med NetCom
- **Bensinrabatt** hos Esso
- **Eurocard Gold** hos Europay
- Tilgang til NSF's **nettbutikk** med medlemsprodukter

VERVEKUPONG

Kryss av for dame- eller herreur: Dame Herre Jeg vil spare vervingen

VENNJUGST BRUK BLOKKBOKSTAVER

Ververens navn: _____ Medlemsnr: _____
 Navn på nytt medlem: _____
 Har du vært medlem tidligere? _____ Tidspunkt: _____
 Fjøllesnummer (11 siffer): _____
 Adresse: _____
 Postnr: _____ Poststed: _____
 E-post: _____
 Telefon privat: _____ Mobil: _____
 Besøksadresse: _____
 Sykepleierutviklingssted: _____
 Arbeidsgiver: _____
 Arbeidssted: _____
 Arbeidsdato: _____
 Avdeling: _____
 Stillingstittel: _____
 Medlemmer i fjor/mått arbeidsforholdet kontingenten ved m. hedige tikk i fjor



Adressaten betaler for sending i Norge

Distribueres av Posten Norge

Norsk Sykepleierforbund
Svarsending 1016
0090 OSLO

NYHET EFFEKTIV BEHANDLING VED RØYKESLUTT

STYRKE TIL Å SLUTTE - FOR GODT¹⁻³



- **Champix® er et nytt reseptbelagt legemiddel med unik, todelt virkningsmekanisme^{1,2}:**
 - **Delvis agonist** - reduserer røykesug og abstinenssymptomer
 - **Antagonist** - reduserer nytelsen ved å røyke
- **43,9% av de som fikk Champix® var røykfrie etter 12 uker²**
- **23% av de som fikk Champix® var fortsatt røykfrie etter 52 uker²**
- **Champix® har signifikant bedre effekt enn bupropion målt etter 12 uker²**
- **Gunstig trygghets- og bivirkningsprofil er dokumentert ved behandling av mer enn 4000 røykere⁴**

Champix® -Pfizer®
Røykeavenningspreparat.

ATC-nr.: N07B A03

TABLETTER, filmdrasjerte 0,5 mg og 1 mg: Hver tablett inneh.: Vareniklin 0,5 mg, resp. 1 mg. Fargestoff: 0,5 mg: Titandioksid (E 171), 1 mg: Indigokarmin aluminiumlake (E 132), titandioksid (E 171).

Indikasjoner: Røykeavvenning hos voksne. Dosering: Dag 1-3: 0,5 mg 1 gang daglig. Dag 4-7: 0,5 mg 2 ganger daglig. Fra dag 8 til behandlingsslutt: 1 mg 2 ganger daglig. Pasienten bør fastsette en dato for røykeslutt. Dosering bør igangsettes 1-2 uker for denne dato. Pasienter som ikke tolererer bivirkningene kan midlertidig eller permanent få redusert dosen til 0,5 mg 2 ganger daglig. Bor svelges hele med vann. Tas med eller uten mat. 12 ukers behandling anbefales. For pasienter som har klart å slutte å røyke etter 12 uker, kan tilleggsbehandling på ytterligere 12 uker med 1 mg 2 ganger daglig vurderes. Ved høy risiko for tilbakefall kan gradvis dosereduksjon vurderes. Mild til moderat nedsatt nyrefunksjon: Ingen dosejustering. Ved moderat nedsatt nyrefunksjon kan dosen reduseres til 1 mg 1 gang daglig, dersom bivirkninger ikke tolereres. Alvorlig nedsatt nyrefunksjon: 0,5 mg 1 gang daglig de første 3 dager, deretter 1 mg 1 gang daglig. Anbefales ikke til pasienter med nyresykdom i siste stadium. Nedsatt leverfunksjon: Dosejustering ikke nødvendig. Bor ikke brukes til barn eller ungdom <18 år. Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for vareniklin eller noen av hjelpestoffene. Forsiktighetsregler: Fysiologiske endringer som resultat av røykeavvenning, med eller uten vareniklinbehandling, kan endre farmakokinetikken eller farmakodynamikken til enkelte legemidler, og gjøre det nødvendig med dosejustering (gjelder f.eks. teofyllin, warfarin og insulin). Røykeavvenning kan resultere i økte plasmanivaer av CYP 1A2-substrater. Røykeavvenning med eller uten farmakoterapi, er assosiert med forverring av underliggende psykiatrisk sykdom (f.eks. depresjon). Varsomhet bør utvises ved psykiatrisk sykdom i anamnesen. Ingen klinisk erfaring hos pasienter med epilepsi. Seponering ved behandlingsslutt har vist økt irritabilitet, røykesug, depresjon og/eller sovnløshet. Vareniklin kan forårsake svimmelhet og dosighet, og påvirke evnen til å kjøre bil og bruke maskiner. Forsiktighet må utvises. Interaksjoner: Ingen kjente legemiddelinteraksjoner av klinisk betydning. Ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon bør samtidig bruk av cimetidin unngås. Graviditet/Amming: Overgang i placenta: Bor ikke brukes under graviditet. Overgang i morsmelk: Ved amming må fordelene avveies mot potensiell risiko for barnet. Bivirkninger: Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Kvalme, oppkast, forstoppelse, diare, abdominal distensjon, ubehag i magen, dyspepsi, flatulens, munntorrhet. Metabolske: Økt appetitt. Neurologiske: Hodepine, sovnløshet, svimmelhet, nedsatt smakssans. Psykiske: Unormale drømmer, sovnløshet. Øvrige: Tretthet. Mindre hyppige: Gastrointestinale: Blodig oppkast, blodig avføring, gastritt, gastroesofageal reflukssykdom, abdominalsmerter, endret tarmfunksjon, unormal avføring, luftoppstøt, aftos stomatitt, tannkjøtsmerter, belegg på tungen. Hud: Generelle utslett, erytem, kloe, akne, hyperhidrose, nattesvette. Hørsel: Tinnitus. Luftrør: Dyspnoe, hoste, heshet, hals- og strupesmerter, halsirritasjon, tett luftrør, tette bihuler, dryppende nese, snue, snorking, bronkitt, nasofaryngitt, sinusitt. Metabolske: Anoreksi, nedsatt appetitt, sterk tørste. Muskel-skjelettsystemet: Leddstivhet, muskelkramper, smerter i brystveggen, costochondritt. Neurologiske: Tremor, unormal koordinasjon, dysartri, hypertoni, rastløshet, dysfori, hypoestesi, nedsatt smaksopplevelse, letargi, forhøyet libido, nedsatt libido. Psykiske: Panikkreaksjon, bradyfreni, unormalt tankemonster, humorsvingninger. Sirkulatoriske: Atrieflimmer, palpitasjoner, forhøyet blodtrykk, ST-segmentdepresjon og redusert T-bølgeamplitude ved EKG, forhøyet hjerterytme. Syn: Skotom, skleral misfarging, øyesmerter, mydriasis, fotofobi, myopi, forhøyet tareproduksjon. Urogenitale: Glukosuri, nokturni, polyuri, menoragi, vaginal utflod, seksuell dysfunksjon, unormal sad. Øvrige: Ubegag i brystet, brystmerter, feber, kuldefølelse, asteni, døgnrytmeforstyrrelser, generell sykdomsfølelse, cyste, soppiinfeksjon, virusinfeksjon, vektøkning. Laboratorieverdier: Unormale leverfunksjonstester, nedsatt antall blodplater, forhøyet C-reaktivt protein, nedsatt blodkalsium. Overdosering/Forgiftning: Symptomer: Ingen rapporterte tilfeller av overdosering for markedsføring. Behandling: Støttende behandling. Ved nyresykdom i siste stadium kan vareniklin fjernes ved dialyse. Ingen erfaring med dialyse etter overdose. Egenskaper: Klassifisering: Middelt ved nikotinavhengighet. Virkningsmekanisme: Vareniklin bindes med høy affinitet og selektivitet ved neurale nikotin-*f₄f₄A2*-acetylkolinreseptorer, og virker som partiell agonist. Nikotin konkurrerer om det samme bindingsstedet. Vareniklin har høyere affinitet til reseptorene enn nikotin, og kan derfor effektivt blokkere nikotinet evne til fullt ut å aktivere *f₄f₄A2*-reseptorer og det mesolimbiske dopaminsystemet. Vareniklin gir tilstrekkelig stimulering til å lindre røyketrang og avvenningsproblemer (agonistaktivitet), samtidig som den fører til reduksjon av belønning- og forsterkningseffektene ved røyking ved å hindre nikotin i å binde seg til *f₄f₄A2*-reseptorer (antagonistaktivitet). Absorpsjon: Maks. plasmakonsentrasjon etter 3-4 timer. Absorpsjonen er så a si fullstendig. Høy systemisk biotilgjengelighet, som er upåvirket av mat eller doseringstidspunkt. Proteinbinding: Lav (<20%), uavhengig av alder og nyrefunksjon. Fordeling: Tilsynelatende distribusjonsvolum: 415 liter. Halveringstid: Ca. 24 timer. 4 dager til basteady state² ved gjentatt dosering. Eliminering i nyrene skjer hovedsakelig gjennom glomerulusfiltrasjon sammen med aktiv tubular sekresjon. Metabolisme: Minimal metabolisme. Utskillelse: 92% utskilles uforandret i urin og <10% skilles ut som metabolitter. Pakninger og priser: 0,5 mg/1 mg: Enpac: Startpakning: 11 tabl. 0,5 mg + 14 tabl. 1 mg kr 422.40. 1 mg: Enpac: 28 stk. kr 436.70, 56 stk. kr 839.10. Sist endret: 17.11.2006

Referanser:

1. Gonzales D et al. Varenicline, an 4422 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation. A randomized controlled trial. JAMA 2006; 296(1):47-55. 2. Jorenby DE et al. Efficacy of varenicline, an 4422 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs placebo or sustained-release bupropion for smoking cessation. A randomized controlled trial. JAMA 2006; 296(1):56-63. 3. Tonstad S et al. Effect of maintenance therapy with varenicline on smoking cessation. A randomized controlled trial. JAMA 2006; 296(1):64-71. 4. SPC



Partner for bedre helse™

CHAMPIX®
(vareniklin)



Mediline såpe i *berøringsfri* dispenser.

BERØRINGSFRI DISPENSER

Enkelt, tidsbesparende, økonomisk og hygienisk.

Systemet er basert på en elektronisk sensor. Alt du trenger å gjøre er å sette hendene under dispenseren og såpen kommer automatisk.

Hver pose har en doseringsventil som hindrer at luft og bakterier trekkes inn og forurenses såpen. Hver «bag in box» inneholder 350 doseringer og dispenserens estimerte levetid er 10 år+. Systemet er svært driftssikkert.



MEDILINE HÅNDSÅPE

En meget mild, flytende såpe som er spesialutviklet for hender som vaskes ofte. Den rengjør på en skånsom måte uten å tørre ut huden. Mediline inneholder fuktighetsgivende komponenter som gjenfetter og styrker hudens eget fettlag. Hendene vil derfor ikke føles tørre, men myke og rene etter hver vask. Såpen er PH-nøytral så hudens naturlige balanse bevares, samtidig vil huden kunne puste. Mediline er uten farge, parfyme og hudtestet.

VI TAR RENHET PÅ ALVOR

www.arcus-kjemi.no
Tlf. 64980801



www.mediline.no

