



Slaget på Nordmøre

Side 74

Færre ufaglærte

Porsanger kommune tar grep.
De satser på desentralisert utdanning.
Side 36

Kroppspråket avslører oss

Side 12



Sykepleien

LISBETH NORMANN: Mange mener taushetsplikten er et hinder for at det ageres på vegne av barn.

14 | 2010
25. november
2010
98. årgang

Sammen med leger har sykepleiere deltatt i tortur og massedrap.

Kan det skje igjen?

Waiden komm zum
Deutschen Schwesterndienst

C1 Yaz «Bayer AB»

Antikonsepsjonsmiddel.

ATC-nr.: G03A A12

TABLETTER, filmdrasjerte 0,02 mg/3 mg: Hver lyserød tablett inneholder: Etinyløstradiol (som betadexklorat) 0,02 mg, drospirenon 3 mg, laktose 46 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Rødt jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). Hver hvit tablett (placebo) inneholder: Laktose 50 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Titandioksid (E 171). 1 pakning inneholder totalt 28 tabletter: 24 lyserøde og 4 hvite tabletter (placebo).

Indikasjoner: Antikonsepsjon.

Dosering: Begynn på menstruasjonsblødningens 1. dag og fortsett med 1 tablett daglig i rekkefølgen angitt på brettet i 28 dager. Tablettene skal tas kontinuerlig og til ca. samme tid hver dag. Gå direkte over på neste brett uten opphold. De hvite tablettene på slutten av brettet er placebo og en bortfallsblødning inntreffer vanligvis 2-3 dager etter påbegynt placeboperiode. Se SPC/pakningsvedlegg for nærmere beskrivelse av overgang fra annen prevensjon.

Kontraindikasjoner: Venetrombose, nåværende eller tidligere (dyp venetrombose, lungeemboli). Arterietrombose, nåværende eller tidligere (f.eks. myokardinfarkt) eller prodromaltilstander (f.eks. angina pectoris og forbigående iskemisk hjertesykdom). Cerebrovaskulær hendelse, nåværende eller tidligere. Tilstedeværelse av en alvorlig eller flere risikofaktorer for arterietrombose: Diabetes mellitus med vaskulære symptomer, alvorlig hypertensjon, alvorlig dyslipoproteiniemi. Arvelig eller ervervet predisposisjon for vene- eller arterietrombose, f.eks. APC-resistens, antitrombin-III-mangel, protein C-mangel, protein S-mangel, hyperhomocysteinemi og antifosfolipidantistoffer (antikardiolipinantistoffer, lupusantikoagulanter). Eksisterende pankreatitt eller tidligere pankreatitt forbundet med alvorlig hypertriglyseridemi. Nåværende eller tidligere alvorlig leversykdom, så lenge leverfunksjonsverdiene ikke er normale igjen. Alvorlig nedsatt nyrefunksjon eller akutt nyresvikt. Tidligere eller nåværende levertumorer (god- eller ondartede). Kjente eller mistenkte maligne tilstander i genitale organer eller brystene, som påvirkes av kjønnssteroider. Ikke-diagnostisert vaginal blødning. Tidligere migrene med fokale nevrologiske symptomer. Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene.

Forsiktighetsregler: Før behandling innledes eller gjenopptas, foretas grundig medisinsk undersøkelse, inkl. familieanamnese, blodtrykkmåling og gynekologisk undersøkelse der graviditet utelukkes. Kvinnen må lese pakningsvedlegget nøye og følge rådene som gis. Senere kontroller bestemmes iht. etablert praksis og tilpasses hver enkelt kvinne. Bruk av kombinasjons-piller gir økt risiko for venøs tromboembolisme (VTE). Risiko for VTE er størst 1. året. Insidensen hos kvinner uten kjente risikofaktorer for VTE, som bruker kombinasjons-piller med lavt østrogeninnhold, er 20-40 tilfeller pr. 100 000 kvinneår. Til sammenligning er insidensen 5-10 tilfeller pr. 100 000 kvinneår hos ikke-brukere og 60 tilfeller pr. 100 000 graviditeter. VTE er fatalt i 1-2% av tilfellene. Risiko ved bruk av Yaz er ukjent. Risiko for VTE øker med alder, positiv familiehistorie (venøs tromboemboli hos søsken/foreldre i relativt ung alder), fedme (BMI >30 kg/m²), langvarig immobilisering, kirurgiske inngrep, kirurgiske inngrep i beina eller alvorlige skader. I disse tilfellene anbefales det at bruk av p-pillen avbrytes (ved elektiv kirurgi minst 4 uker før) og ikke gjenopptas før 2 uker etter fullstendig remobilisering. Antitrombotisk behandling bør vurderes hvis p-pillen seponeres i forkant. Perorale kombinasjons-piller gir økt risiko for arteriell tromboembolisme (myokardinfarkt, forbigående iskemisk hendelse). Risiko for arterielle tromboembolier eller cerebrovaskulære hendelser øker med økt alder, røyking, dyslipoproteiniemi, hypertensjon, migrene, fedme, sykdom i hjertekloffene, positiv familiehistorie (arteriell tromboemboli hos søsken/foreldre i relativt ung alder) og atrieflimmer. Ved mistanke om arvelig predisposisjon må kvinnen henvises til spesialist før behandling. Kvinner >35 år rådes til ikke å røyke. Ved vene- eller arteriesykdom må muligheten for behandling med antikoagulant vurderes. Ved mistanke om eller bekreftet trombose må preparatet seponeres. Adekvat alternativ prevensjon må påbegynnes pga. teratogen effekt av antikoagulerende behandling. Andre medisinske tilstander som er forbundet med komplikasjoner er diabetes mellitus, systemisk lupus erythematosus, hemolytisk uremisk syndrom, kronisk inflammatorisk tarmsykdom (Crohns sykdom eller ulcerøs kolitt) og sigdcelleanemi. Økt hyppighet og intensitet av migreneanfallet kan være prodromalt stadium for cerebrovaskulær hendelse, og kan være grunn til umiddelbar seponering. Økt risiko for livmorhalskreft er rapportert ved langtidsbruk (>5 år), men årsakssammenheng er ikke fastslått. Svak økning i risiko for brystkreft, men årsakssammenheng er ikke fastslått. Den økte risikoen forsvinner gradvis i løpet av 10 år etter avsluttet bruk. Sjeldne tilfeller av levertumorer har forekommet. I isolerte tilfeller har disse tumorene ført til livstruende intraabdominale blødninger. Levertumor må vurderes ved differensialdiagnostisering av alvorlig smerte i øvre abdomen, forstørret lever eller tegn på intraabdominal blødning. Serumkalium i 1. behandlingssyklus bør måles ved nedsatt nyrefunksjon og dersom nivået ligger i øvre del av referanseområdet, spesielt ved samtidig bruk av kaliumsparende legemidler. Kvinner med hypertriglyseridemi eller med familier forekomst av dette, kan ha økt risiko for pankreatitt. I sjeldne tilfeller kan økt blodtrykk forekomme, behandling bør da seponeres umiddelbart. Bruken kan gjenopptas dersom normotensive verdier oppnås med behandling. Ved arvelig angioødem kan eksogene østrogener induere eller forverre symptomer på angioødem. Preparatet seponeres ved unormale leverfunksjonsprøver inntil verdiene normaliseres. Tilbakevendende gulsott og/eller pruritus som tidligere har forekommet under graviditet eller ved bruk av kjønnssteroider, krever seponering. Kan påvirke perifer insulinresistens og glukosetoleranse, og diabetikere må følges nøye av lege, særlig i begynnelsen av behandlingen. Forverring av endogen depresjon, epilepsi, Crohns sykdom eller ulcerøs kolitt er rapportert. Kvinner med chloasmatendens bør unngå sollys og UV-stråling. Pasienter med arvelige problemer med galaktoseintoleranse, lapp-laktasemangel eller

glukose-galaktosemalabsorpsjon, og som har et laktosefritt kosthold, bør ta hensyn til laktosemengden i tablettene. Hvis tablettene tas >12 timer for sent, kan antikonsepsjonsbeskyttelsen reduseres. For mer informasjon om forholdsregler ved glemte tablett, se pakningsvedlegg. Oppkast eller diaré kan føre til ufullstendig absorpsjon og nedsatt prevensjonseffekt, og forholdsregler anbefalt ved glemte tablett bør følges. Uregelmessige blødninger kan forekomme, spesielt i de første månedene. Dersom disse blødningene vedvarer eller inntreffer etter tidligere regelmessige menstruasjonszyklus, må ikke-hormonelle faktorer vurderes, og ondartet sykdom og graviditet utelukkes. Hos noen kvinner kan bortfallsblødning utebli. Graviditet må utelukkes dersom tablettene ikke er tatt iht. retningslinjene. Utsettelse av menstruasjon: Fortsett direkte på nytt brett uten å ta placebo-tablettene på gjeldende brett. Utsettelsen kan pågå så lenge det er ønsket inntil det 2. brettet er tomt. Bruk kan påvirke resultatet av visse laboratorieundersøkelser, men endringer er vanligvis innenfor normalområdet. Drospirenon gir økt reninaktivitet i plasma og aldosteronnivå i plasma.

Interaksjoner: Samtidig bruk av følgende legemidler kan gi gjennombruddsblødning og/eller nedsatt prevensjonseffekt: Fenytoin, barbiturater, primidon, karbamazepin, rifampicin, bosentan og hiv-preparater (f.eks. ritonavir, nevirapin), antibiotika (penicilliner, tetracykliner), muligens også okskarbazepin, topiramid, felbamid, griseofulvin og johannesurt (*Hypericum perforatum*). Ved kortvarig behandling med nevnte legemidler bør annen prevensjon benyttes i tillegg, og i inntil 7 dager (28 dager ved bruk av rifampicin) etter avsluttet bruk. Dersom samtidig administrering fortsetter utover slutten av p-pillebrettet, skal placebo-tabletter kastes og neste brett påbegynnes direkte. Ved langvarig behandling med leverenzyminduserende legemidler bør annen ikke-hormonell prevensjonsmetode benyttes. Samtidig bruk med aldosteronagonister eller kaliumsparende diuretika er ikke undersøkt. Kaliumserum bør kontrolleres i 1. behandlingssyklus. Perorale kombinasjons-piller kan påvirke metabolismen av andre legemidler. Plasma- og vevskonsentrasjonen kan enten øke (f.eks. ciklosporin) eller gå ned (f.eks. lamotrigin). (I: G03A A/AB)

Graviditet/Amming: Overgang i placenta: Skal ikke brukes under graviditet. Behandlingen skal avsluttes umiddelbart ved graviditet. Overgang i morsmelk: Kan innvirke på mengden og andre sammensetningen av morsmelken. Små mengder antikonsepsjonssteroider og/eller metabolitter kan utskilles i melken. Disse mengdene kan påvirke barnet. Bør ikke brukes under amming.

Bivirkninger: Vanlige (≥1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Kvalme. Kjønnsorganer/bryst: Brystsmerte, metroragi (går vanligvis over ved fortsatt behandling), amenoré. Nevrologiske: Hodepine. Psykiske: Følelsesmessig labilitet. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Gastrointestinale: Magesmerter, oppkast, dyspepsi, flatulens, gastritt, diaré. Hjerte/kar: Migrene, åreknuter, hypertensjon. Hud: Akne, kløe, utslett. Kjønnsorganer/bryst: Vaginal candidiasis, hoftesmerter, forstørrede bryster, fibrocystisk bryst, livmor-/skjedeblødning (går vanligvis over ved fortsatt behandling), utflod fra kjønnsorgan, hetetokter, vaginitt, menstruasjonsforstyrrelser, dysmenoré, hypomenoré, menoragi, tørrhet i skjeden, mistenkelig Papanicolaou-utstryk. Muskel-skjelettsystemet: Ryggsmerte, smerte i ekstremiteter, muskelkramper. Nevrologiske: Svimmelhet, parestesi. Psykiske: Depresjon, nedsatt libido, nervøsitet, sømnløshet. Undersøkelser: Vektøkning. Øvrige: Asteni, økt svetting, ødem (generalisert, perifer, ansikts-). Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000): Blod/lymfe: Anemi, trombocytomi. Endokrine: Endokrine sykdommer. Gastrointestinale: Oppsvulmet mage, gastrointestinale forstyrrelse, følelse av full mage/tarm, hiatushernie, candidiasis i munnen, forstoppelse, munntørrhet. Hjerte/kar: Takykardi, flebitt, karsykdom, epistakse, synkope. Hud: Kloasme, eksem, alopeci, dermatitis akneform, tørr hud, erythema nodosum, hypertrikose, hudsykdom, hudstriae, kontaktdermatitt, lysfølsom dermatitt, hudknuter. Immunsystemet: Allergiske reaksjoner. tremor. Psykiske: Anorgasmi, søvnløshet. Stoffskifte/ernæring: Økt appetitt, anoreksi, hyperkalemi, hyponatremi. Undersøkelser: Vekttap. Øye: Konjunktivitt, tørre øyne, øyesykdom. Øvrige: Uvelhet.

Overdosering/Forgiftning: Symptomer: Kvalme, oppkast, lett blødning fra skjeden (hos unge jenter). Behandling: Symptomatisk. Intet spesifikt antidot. Se Giftinformasjonens anbefalinger i Felleskatalogen G03A side d.

Egenskaper: Klassifisering: Østrogen-gestagen (drospirenon) kombinasjonspille. Virkningsmekanisme: Undertrykkelse av ovulasjon og endringer i endometriet. Absorpsjon: Nesten fullstendig. Maks. serumkonsentrasjon etter 1-2 timer. Biotilgjengelighet: Drospirenon: 76-85%. Etinyløstradiol: Ca. 60%. Proteinbinding: Drospirenon: 95-97%. Etinyløstradiol: Ca. 98,5%. Fordeling: Distribusjonsvolum: Drospirenon: Ca. 3,7 liter/kg. Etinyløstradiol: 5 liter/kg. Halveringstid: Drospirenon: 31 timer. Plasmaclearance er 1,5±0,2 ml/minutt/kg. Halveringstiden for metabolittutskillelsen via urin og feces er ca. 40 timer. «Steady state»: Ca. 70 ng/ml etter 8 behandlingssdager. Etinyløstradiol: Plasmaclearance er 5 ml/minutt/kg. Halveringstiden for metabolittutskillelsen er ca. 1 døgn. Metabolisme: Drospirenon metaboliseres i stor grad etter peroralt inntak. Etinyløstradiol gjennomgår presystemisk konjugering i tynntarmens mucosa og i lever. Utskillelse: Drospirenon: Via urin og feces. Etinyløstradiol: Via urin og galle.

Pakninger og priser: 3 · 28 stk. (kalenderpakn.) 287,40 kr.

Sist endret: 29.04.2010

Tryggere bruk av p-piller

- Alle p-pillere av kombinasjonstypen gir en liten økning i risiko for blodpropp, og noen kvinner bør velge annen prevensjon
- Guldig vurdering av alle som skal begynne med p-piller, informasjon om bivirkninger og risikofaktorer, samt rask oppfølging ved mistanke om blodpropp er viktig

Ref. Statens Legemiddelverk



Bayer HealthCare
Bayer Schering Pharma

Drammensveien 147 B - N-0212 Oslo, Tlf.: +47 24 11 18 00 -
www.bayerscheringpharma.no

Finnes det en P-pille som
reduserer hormonsvingningene?



YAZ inneholder **20 ug** etinyløstradiol og **3 mg** drospirenon i et nytt behandlingsprinsipp; **24/4**.

Dette innebærer:

- ▶ drospirenon har 30 timer halveringstid, og aktiviteten fortsetter inn i den hormonfrie perioden¹
- ▶ 3 ekstra dager med EE/drsp antimineralokortikoid og antiandrogen aktivitet
- ▶ færre hormonelle svingninger²

1. Blode H et al. Eur J Contracept Reprod Health Care 2000;5(4) 256-84

2. Klipping et al. Contraception 2008; 78(1):16-25



Bayer HealthCare
Bayer Schering 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

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

Medarbeidere:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Repro og trykk
Stibo Graphic AS



SYKEPLEIENS FORMÅLSPARAGRAF:

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

Gjesteskrivere:



Cathrine Sandnes

synes det er provoserende når
noen mener barnevernet skal
hjelpe folk å slanke overvektige
barn. Hun etterlyser politisk hjelp
til å motvirke fedme. Side 80.



Marie Aakre

skriver i dilemmaspalten om om-
sorgsteknologi, som vi må ønske
velkommen, men bruke med vett.
Hun kommenterer også temaet
om sykepleieres etisk mørke
historier. Side 34 og 72.



Elisabeth Severinsson og Anne Lyberg

har studert hvilke egenskaper
en jordmor bør for at en
kvinne med fødselsangst
skal føle seg tryggere.
Kronikk side 70.



Brita Noorland

forteller om en mindre kompleks
behandlingen av hjertelidelsen
HCOM enn den som har vært
vanlig. Verkstedet side 60.



Innhold

Sykepleien

AKSJONISTEN: «De som har skrevet dette g

Hva skjer

- 7 Aksjonisten
- 8 Hva skjer – småstoff
- 10 Lobby gir resultater
- 12 Ingingting stopper Gudrun!
- 14 To millioner ekstra til blodprøver
- 16 Får ikke penger til videreutdanning
- 17 Må sjekke autorisasjonene bedre
- 18 Doktorgrad om følelser
- 20 – Uholdbart med mer deltid!
- 22 – Kunne halvert bruken av antibiotika
- 24 Vi bare spør Bjørn Guldvog

Der ute

- 36 Utdanner seg «hjemme»
- 40 Fagorganiserte sparkes sjeldnere
- 41 Protesterer mot kutt
- 42 Min jobb: Borghild «Goggi» Sæter
- 44 Øyeblikket
- 46 Trenger en ventil



58



10



74

Tema: Etikk

- 26 Når sykepleieren ikke sier nei
- 28 – Vi er nødt til å ta et oppgjør med vår mørke historie
- 34 Maria Aakre: Kan det skje igjen, at sykepleiere dreper?

26



runnlagsdokumentet må tro at det egentlig ikke er så nøye hva slags yrker folk har og hva de har i hodet.»

14 • 2010

25. november 2010 • 98. årgang

Fag og bøker

- 50 Store forskjeller i eldres bruk av sykehus
- 54 Nei til hpv-vaksine på blå resept
- 56 Mer samhandling gir bedre kommunehelsetjeneste
- 58 Forfatterintervju: Anne-Mette Graubæk
- 60 Verkstedet
- 61 Bokanmeldelser
- 62 Fanger opp barseldepresjon
- 62 Quiz

Mennesker og meninger

- 64 Lisbeth Normann om taushetspliktens svakheter
- 65 Meninger
- 69 Minneord
- 70 Elisabeth Severinsson og Anne Lyberg om kvinner som frykter fødselen
- 72 Dilemma: Marie Aakre
- 74 Tett på Trine Bruseth Sevaldsen
- 78 Hør her: Torunn Janbu vs. Robin Martin Kåss
- 80 Refleks: Cathrine Sandnes

- 81 Stillingsannonser
- 87 Kunngjøringer

GJESTESKRIBENTEN:

«Jeg kjenner snerpa i meg hver gang vi stopper ved en veikro»

80

Cathrine Sandnes



«Få utdanningen hit til Lakselv.»

36



22



24



Arbeid og aktivitet er bra for helse. Det å være lenge borte fra jobben kan gjøre det vanskeligere å komme tilbake. Ta initiativ til en samtale – åpenhet gjør det lettere å være i jobb. Les mer om arbeid og psykisk helse på www.psykisk.no

Du kan bli fortere frisk av å jobbe

Arbeid og psykisk helse



Helsedirektoratet

Barth Tholens om skaperverket

Stilling: Redaktør i Sykepleien

E-post: barth.tholens@sykepleien.no



Resultatenhetsbidragsyterne

Da Gud skapte verden, skapte han trolig legene først. Først da han kom til insektene, innså han at han trengte noen arbeidsmaur også.

Hvert fall ser det slik ut i utkastet til ny lov om helse- og omsorgstjenester. I dokumentet er legene den eneste profesjonen som blir nevnt ved navn. Alle andre går under sekkebetegnelsen «helsepersonell». Denne massen skal fylle framtidens omsorgstjenester med hender og bein. De som har skrevet dette grunnlagsdokumentet må tro at det egentlig ikke er så nøye hva slags yrker folk har og hva de har i hodet. Bare jobben blir gjort! Med unntak av legene selvfølgelig. Meldingen er jo skrevet av dem.

Mens det tydeligvis har vært maktpåliggende å sikre legens plass på toppen av helsehierarkiet, vegrer myndighetene seg voldsomt for å definere, spesifisere og kvantifisere hva slags kompetanse som ellers trengs for å få til en god helsetjeneste til befolkningen. Resultatet kan fort bli at det faglige ansvar for ikke-legedefinerte oppgaver vannes ut og gjøres utydelig.

Det er en tendens vi har sett lenge. Omstilling er blitt en slags

Troppen av «helsepersonell» skal organiseres slik at tallene ikke blir røde.

kjernevirksomhet i seg selv i Helse-Norge. Kommunitroppene omorganiseres over en lav sko, etter sigende for å få mest mulig ut av pengene. Et kjennetegn i mange av disse prosessene er at det er blitt større avstand mellom ledere og yrkesutøverne de skal lede. Mens det før var selvsagt at hver avdeling hadde sin avdelingssykepleier, går det nå i profesjonsnøytrale titler. De heter enhetsledere, virksomhetsledere, sektorovergripende tilretteleggere eller andre syke titler. Disse personene har som fremste oppgave å holde sine budsjetter. Troppen av «helsepersonell» skal organiseres slik at tallene ikke blir røde og pasientene ikke skriker ut til pressen.

Det er mye godt å si om behovet for tverrfaglighet i helsetjenesten. Men tverrfaglighet må ikke forveksles med likegyldighet

for profesjonens særegne kunnskaper. Mens legene alltid kan påberope seg en overlege, en kommunelege eller, i verste fall, legen på toppen av Helsetilsynet, risikerer andre profesjoner å komme i et faglig utydelig farvann. Hvem skal sykepleierne faglig sett støtte seg til når deres egen virksomhetsleder er en sosionom eller fysioterapeut? Eller i verste fall kultursjefen eller brannsjefen?

Det er grunn til bekymring når virksomhetsledere uten tilstrekkelig helsefaglig bakgrunn skal definere og spesifisere behovet for arbeidskraft i pasientrettede tjenester. Ikke bare fylles helsetjenestene av ufaglærte og helsefagarbeidere; de får også et ansvar som ligger langt ut over deres kompetanse. De er alene med alvorlig syke pasienter om natta, de har ansvarsvakter og gjør ting de ikke er lært opp til.

For en virksomhetsleder uten tilstrekkelig faglig bakgrunn, i en kommune uten klar formening om hva slags kunnskap som trengs, kan det føles som en seier at oppgavene løses på lavest mulig nivå. Mens myndighetene stiller krav til legedekningen på sykehjem, skygger de unna for en tilsvarende bemanningsnorm for sykepleiere. Selv om god sykepleiebemannning gir færre fall, liggesår og færre tilfeller av feilmedisinering og feilernæring. Til tross for alt snakket om samhandling, er regjeringen åpenbart redd for at tallfesting av antallet sykepleiere per pasient vil drive kostnadene i været.

Spør du meg er dette en helt utdatert holdning. I USA er det en helt annen bevissthet om hva sykepleiere kan utrette og hva slags effekt denne kompetansen har på pasientsikkerheten. Også i Norge er det dokumentert at sykehjemsavdelinger som har tydelige oppgaver til hver yrkesgruppe, fungerer bedre enn avdelinger der «alle gjør alt». Der skjer det veldig mye rart. Den faglige standarden blir redusert. Alle blir arbeidsmaur, resultatenhetsbidragsytere uten faglig stolthet.

Av myndighetene kan sykepleiere kanskje ikke forvente å få lov til å dele tronen med legene. Men selv Gud skjønnte at han måtte lage mange arter for å få skaperverket til å funke. Ellers hadde han gjort oss alle til encellede amøber: Lettere å lage og billige i drift.

Røykere frykter ikke Kols

4 000 nordmenn har deltatt i en undersøkelse om Kols. 97 prosent mener hovedårsaken til kols er røyking, men kun 44 prosent av dem som røyker frykter å bli rammet av lungesykdommen. Undersøkelsen er gjort av Norstat Norge på vegne av Nycomed. To prosent av de spurte sier at de har fått påvist sykdommen. Helsemyndighetene mener imidlertid at dobbelt så mange nordmenn har Kols.

NTB



Foto: Colourbox

Hjemmesykepleie øker mest

Totalt mottok 130 000 personer hjemmesykepleie i 2009. Det er over 14 000 flere enn i 2007.

– Dette understreker at de største endringene i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten først og fremst skjer i hjemmesykepleien, sier helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen i en pressemelding.

Veksten er i stor grad knyttet til brukere under 67 år.

Norge er verdens beste land å jobbe i

Ifølge kåringen «European Employee Index 2010» er Norge det beste landet å arbeide i for øyeblikket. Norge kommer langt bedre ut av den globale økonomiske krisen enn nabolandene Sverige og Danmark. Kåringen viser at arbeidsgleden er høy, spesielt i helsevesenet.

Foto: Colourbox

Aftenposten

Ny praksis i tilsynssaker?

Et hurtigarbeidende utvalg skal vurdere pasienters og pårørendes stilling i tilsynssaker.

– Vi har gitt et klart signal om at pasientsikkerheten i helsetjenesten skal prioriteres. For å oppnå dette må pasienter og pårørende tas på alvor, sier helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen i en pressemelding.

Utvalget skal levere sin rapport innen 15. april 2011.



Foto: Colourbox

Hva skjer

Les mer om:

- 10 Lobby lønner seg >
- 12 Ingenting stopper Gudrun! >
- 14 2 mill. ekstra til blodprøver >
- 16 Får ikke penger til videreutdanning >
- 17 Må sjekke autorisasjonen >
- 18 Dr. Følelse >
- 20 Uholdbart med mer deltid! >
- 22 Kunne halvert antibiotika-bruken >
- 23 Ikke hpv-vaksine på blå resept >

Pasient 2.0



Foto: Colourbox

ET SYKEHUS for meg?

Teknologirådet starter opp et nytt prosjekt kalt «Pasient 2.0». Prosjektet har som mål å lage indikatorer som skal hjelpe pasienter i å velge sykehus, eller behandlingsinstitusjon som passer dem. I dag er det begrenset hva som opplyses utover ventetider. Teknologirådet skal se på helsevesenets egne kvalitetsindikatorer. Teknologirådet skal ende opp med forslag til hva som må til for å få frem relevant informasjon og hvordan dataene bør presenteres. Det skal bli enkelt å forstå og bruke for folk flest.

Teknologirådet



Foto: Colourbox

Eldremilliard går til gjeld

Larvik: kommune vil få 8,9 millioner kroner ekstra på grunn av regjeringseldremilliard. I Østlandsposten kommer det frem at ikke et øre vil bli brukt på de eldre. Pengene skal gå til å redusere forventet underskudd for 2010.

– Jeg har forståelse for at budsjettet må gå i balanse, men hvis vi skal fortsette på denne måten kommer vi aldri noen vei, sier KrFs Laila Eliassen til Østlandsposten.

Sykehuspasienter lever farlig

Ni av ti sykehuspasienter har en livsstil med en eller flere risikofaktorer som kan forverre sykdom eller resultat av behandling. Det viser forskningsstudien «Helsedøgnet 2009» fra Bergen.

1522 pasienter innlagt i somatisk sykehus ble kartlagt. Høyde, vekt, livmål, BMI, ernæringsinntak, vekttap, fysisk inaktivitet, røyking og alkoholforbruk ble registrert.

Sju av ti var overvektige. Fire av ti hadde risiko for underernæring. Nesten fire av ti var fysisk inaktive. To av ti røykte daglig og fire prosent hadde risikofyllt forbruk av alkohol.

Lege og stipendiat Kristian Oppedal er overrasket at så mange pasienter hadde en eller flere risikofaktorer i livsstilen. Han mener funnene bør få konsekvenser for hvordan pasienter med risikofyllt livsstil blir fulgt opp.

Helse-bergen.no

Rådet for psykisk helse 25 år

Onsdag 17. november feiret Rådet for psykisk helse 25 års jubileum. – Rådets historie er en del av psykisk helses historie. Det har skjedd mye bra de siste årene, men fortsatt er det uløste oppgave og mange som strever med å få riktig hjelp til riktig tid, sier generalsekretær Marianne Røiseland.



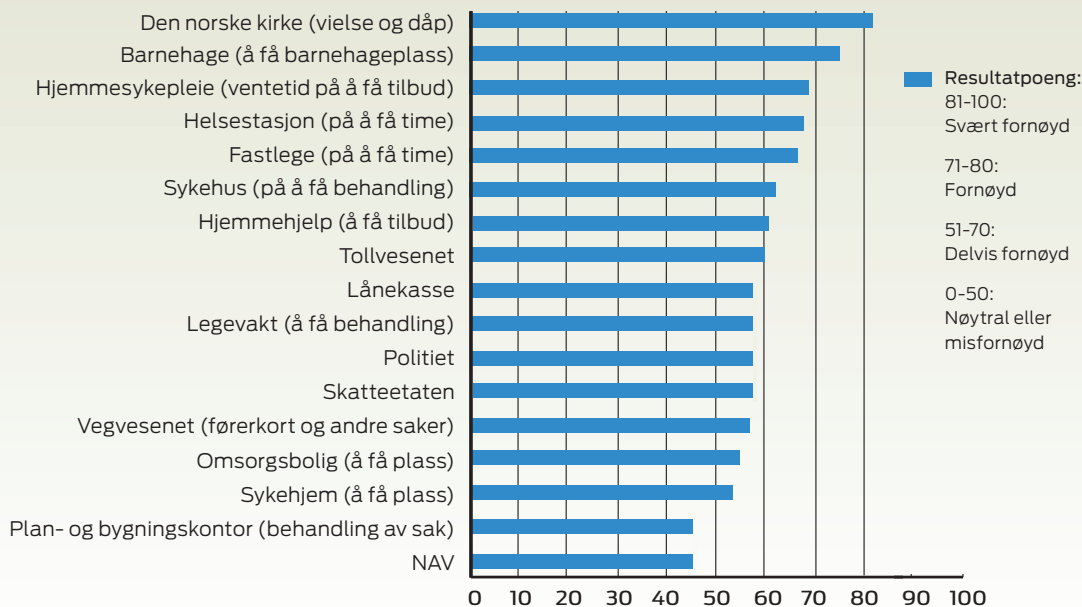
MARIANNE RØISELAND

Rådet for psykisk helse

Foto: Rådet for psykisk helse



Hvor fornøyd innbyggere er med ventetid eller saksbehandlingstid.



Kilde: Difi/Innbyggerundersøkelsen 2010.

Meninger fra www.sykepleien.no

Ta Hpv-vaksinen

” – Sterke markedskrefter? En svært ensidig hyllest til Hpv-vaksinen. *sykepleier*

” – Få bivirkninger. Vaksinen er gitt i millioner av doser verden over. Den er godkjent som legemiddel i Norge i 2006. Bivirkningene til nå har vært svært få.

Vivi Mona Nyborg

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

Lobby gir resultater

Stortinget er blitt et stadig viktigere lobby mål for pasientorganisasjoner og organisasjonene i arbeidslivet. Tekst Bjørn Arild Østby

Siden 1960-tallet har antall pasientorganisasjoner i Norge eksplodert. Nå finnes egne organisasjoner for en rekke forskjellige diagnoser av alvorlige eller kroniske sykdommer. Nesten 40 prosent av dem er etablert etter 1990, ifølge forskningsleder Hilmar Rommetvedt ved IRIS, Universitetet i Stavanger.

Også i arbeidslivet har det skjedd endringer. Flere fagforbund har slått seg sammen til større organisasjoner, og den dominerende posisjonen LO hadde på 1950-tallet er betydelig svekket. LO har fått konkurranse fra flere nye hovedsammenslutninger.

Med utgangspunkt i landsomfattende organisasjonsundersøkelser gjennomført i 1982, 1992 og 2005 har Rommetvedt og forskerkollega Gunnar Thesen sett på endringer i organisasjonenes valg av strategi for å oppnå politisk innflytelse overfor offentlige myndigheter.

Mange forventninger

Medlemmer av en pasient- eller arbeidslivsorganisasjon forventer at organisasjonen ivaretar deres interesser. Men medlemmene er ikke alene. Befolkningen, politikere og andre



FORSKJELL: Arbeidslivsorganisasjonene er bedre skodd for å drive lobbyvirksomhet enn pasientorganisasjonene, sier Hilmar Rommetvedt. Foto: Jonas Haarr Friestad/ Stavanger Aftenblad

organisasjoner ønsker at den enkelte organisasjon også skal ta samfunnsansvar.

– Det er ikke nok å mele sin egen kake. Man må også framstå som en organisasjon som har et videre syn på samfunnet. Her er organisasjonene blitt mer proffe, sier forskningsleder Hilmar Rommetvedt.

Ulike strategier

Det er flere måter organisasjoner kan skaffe seg politisk innflytelse. De vanligste påvirkningsstrategiene er korporatisme, høringsdeltakelse og lobbyisme.

– Korporativ deltakelse innebærer at organisasjonen er en av få privilegerte som over tid sitter i utvalg sammen med statens representanter og på den måten påvirke utvalgets anbefalinger og beslutninger. En annen kanal for påvirkning er gjennom høringer. Her får berørte organisasjoner uttalerett, men først etter at utvalget har laget sin utredning. Lobbystrategier skiller seg fra disse to ved at organisasjonene selv tar initiativ til uformelle møter, samtaler og korrespondanse med myndighetene, sier Rommetvedt.

Ifølge forskningslederen er organisasjonene blitt mer profesjonelle spillere på den politiske arena, og langt på vei lykkes de med sine stra-

tegi. Politikerne er i all hovedsak positive til den lobbyvirksomheten ulike interesseorganisasjoner driver, og mener de får nyttig informasjon og nyttige innspill.

– Det er ikke nok å mele sin egen kake. Man må også framstå som en organisasjon som har et videre syn på samfunnet. Her er organisasjonene blitt mer proffe, sier forskningsleder Hilmar Rommetvedt.

og direktorater, tilsyn og ytre etater har steget betraktelig. Dette i takt med en økende delegering av ansvar fra departementene til mer selvstendige offentlige instanser, sier Rommetvedt.

– Har organisasjonene innvirkning på myndighetenes beslutninger?

– Ifølge organisasjonene selv får de gjennomslag for sine synspunkter i forhold til Stortinget og regjeringen. Ofte er det snakk om mindre endringer eller merknader til komitéinnstillinger i Stortinget. Større endringer er sjeldnere, men likevel rapporterer halvparten av arbeidslivsorganisasjonene at deres innspill av og til har ført til at regjeringen har foretatt større endringer i forslaget.

Mer politiske pasienter

Pasientorganisasjoner har flere hensyn de skal ivareta. For det første fungerer de som lobbyorganisasjoner for bestemte pasientgrupper. For det andre fungerer de som serviceorganisasjoner for sine medlemmer.

Rommetvedt mener det er en utfordrende balansegang for pasientorganisasjonene å ivareta de ulike rollene: Organisasjonene ønsker maksimal kortsiktig innflytelse, men også å bevare integriteten slik at de framstår som

«Det er ikke nok å mele sin egen kake.» Forskningsleder Hilmar Rommetvedt

gode samarbeidspartnere for andre pasientorganisasjoner og myndigheter på sikt.

Endret fokus

– I perioden 1982 til 2005 er antall offentlige utvalg redusert med to-tredeler. Har dette påvirket organisasjonenes valg av strategier?

– Stortinget har i løpet av perioden overtatt departementets rolle som det viktigste lobby målet for norske organisasjoner. Samtidig viser dataene at kontakten mellom organisasjoner

– Pasientorganisasjoner er eksempler på en tradisjonell medlemsorientert velferdsorganisasjon som over tid har endret karakter og blitt mer profesjonelle spillere på den helsepolitiske arena, fastslår Rommetvedt.

Dette viser seg blant annet i antall og type saker som tas opp i Stortingets spørretime.

– I en egen undersøkelse av spørreaktiviteten i Stortinget som er gjennomført ved IRIS, har vi påvist en betydelig økning i antall sykehusrelaterte spørsmål etter at sykehusreformen



KONTAKT: Statsminister Jens Stoltenberg i Stortingets vandrehall, en viktig arena for organisasjoner som vil komme i kontakt og påvirke politikerne. Foto: Ingar Storfjell/Aftenposten

ble iverksatt i 2002. Dette til tross for at politikerne uttalte at de skulle være tilbakeholdne og gi helseforetakene og deres styrer større autonomi, påpeker Rommetvedt.

Hva skiller?

– Hva skiller organisasjonene i arbeidslivet og pasientorganisasjonene?

– Arbeidslivsorganisasjonene er mer aktive. De er også bedre skodd til å drive lobbyvirksomhet. De har lengre tradisjon for å søke innflytelse, og de jobber på et bredere felt, ifølge forskningslederen.

– Pasientorganisasjonene har mer spesialiserte interesser, innen helse ofte knyttet til

en diagnose. De er små og er mer orientert mot service og informasjon overfor sine egne medlemmer. De har heller ikke så mye politisk kontakt med myndighetene som organisasjonene i arbeidslivet.

Åpen høring

I forbindelse med grunnlagsdokumentet til ny helse- og omsorgsplan, som ble lagt fram forrige måned, inviterte Helse- og omsorgsdepartementet til åpen høring. Alle organisasjoner og enkeltpersoner er bedt om å komme med sine innspill på nett.

– Det er et demokratisk pluss. Men det gjenstår å se hva innspillene vil bety. Fortsatt vil

nok de store organisasjonene ha størst innflytelse, mener Rommetvedt.

– Et stadig mer komplisert samfunn gjør at myndighetene ønsker innspill. Også de politiske partiene har åpnet seg for innspill fra andre enn partiapparatet. Vi lever i et helt annet ideologisk samfunn enn da partiene ble dannet. Tidligere ble venstresiden definert som offentlig og høyresiden identifisert med private og frivillige løsninger.

– Avhengig av type saker kan det se ut som høringer er blitt et slags ritual. Men fortsatt vil organisasjoner som kommer med gode ideer og innspill ha innflytelse, mener Hilmar Rommetvedt. ■■■

Ingenting stopper G

Gudrun Hamran er 84 år. Avhandlingen hennes er på 274 sider.

Tekst **Marte Skaara** Foto **Marit Fonn**

Det var noe tull med pc-en, så det var noen papirer hun ikke fikk skrevet ut. Men hun har med en minnepenn. Det er ikke noe problem. Gudrun Hamran tropper opp med læreboken sin og avhandlingen under armen. Hun har med seg både den norske og den engelske varianten. Ja, hun oversatte like greit de 274 sidene til engelsk.

Hamran fikk offentlig godkjenning som sykepleier i staten Washington i mai 1960. I fire år jobbet hun på amerikanske sykehus. Det var en av hennes kollegaer fra USA som mange år senere foreslo at hun skulle skrive en lærebok. I 1998, godt ut i pensjonisttilværelsen debuterte hun med boka «Innføring i ledelse og administrasjon av sykepleie». Da hun var

ferdig med boken, begynte hun på avhandlingen om betydningen av motivasjonskapende og estetiske faktorer i helsevesenet.

– Da veilederen foreslo jeg skulle slå sammen de to emnene, virket det vanskelig. men jeg tenkte: Jeg prøver.

– Dette med forskning har ligget i meg hele tiden. Jeg trengte nye utfordringer, og det var nok derfor jeg begynte med disse prosjektene. Jeg hadde aldri gjort noe liknende før. Det verste jeg visste på skolen var å skrive stil, og så endte jeg opp med en bok!

«Dette med forskning har ligget i meg hele tiden.»



GUDRUN HAMRAN er en gammel kjenning, og en velkommen gjest hos Sykepleierforbundet. Avhandlingen har hun selv overlevert til forbundslederen tidligere i høst.

Pasientenes bidrag

Da hun intervjuet pasientene om estetikk, spurte hun blant annet om betydningen av helsepersonellens omsorg, klesdrakt, oppførsel og ordbruk. Alle disse faktorene hadde stor betydning for pasientene. Men hun spurte ikke om kroppsspråk. Det var det pasientene selv som tok opp.

– En pasient sa til meg: «Jeg ser det idet de kommer inn døra, om de kan det de holder på med.» Kroppsspråket avslører oss med en gang.

En annen pasient ga uttrykk for hvor viktig det var med oppfølging.

– På grunn av en feil måtte hun ta den samme operasjonen to ganger. Selvfølgelig var det ille for henne, men hun ble under hele prosessen fulgt opp av den samme sykepleieren. Den gode oppfølgingen gjorde at hun følte hun ble tatt på alvor.

Hamran forteller videre at helsepersonellet var ærlige ovenfor pasienten om den feilen som ble begått. Det var viktig for pasienten. Men det er ikke alltid man skal fortelle alt: «Jeg orker ikke høre hele sannheten» sa en av dem hun intervjuet.

Fag viktigere enn lønn

Om hva som motiverer leger og sykepleiere, fant Hamran ut at det faglige var viktigere for personellet enn lønnen i det daglige arbeidet.

– Det var litt artig å se at i yrkesvalget hadde lønnen mye å si for legene, og lite å si for sykepleierne. Men etter å ha jobbet med yrket, var det faget som betydde mest for begge profesjonene. Det viser betydningen av faget og at

udrun

vi følger med i utviklingen. Vi må være åpne for nye ting, og ikke være redde for å endre meninger og praksis.

Selv har hun vært med på en hel del utvikling.

– Det er ikke mer enn litt over hundre år siden tuberkulosebasillen ble oppdaget. Jeg husker godt da vi begynte å bruke antibiotika. Første gangen jeg var med på det var i 1948 i behandlingen av en tuberkulosepasient

Det var på den tiden hun studerte på Norske Kvinners Sanitetsforenings Sykepleierskole i Oslo. Hamran husker også at poliovaksinen kom, og da de første barna ble behandlet med kortison på Oslo Sanitetsforenings Revmatisemesykehus. Der jobbet hun i 24 år, 20 av årene som sjefsykepleier. Som sjefsykepleier var det viktig for Hamran å være med og utvikle sykehuset. Hun var den første i Norge til å lansere teamsykepleie. – Du kan tro det falt i smak. Det var noe jeg hadde med meg fra USA.

Endelig ferdig

Hamran begynte på avhandlingen da hun var et par og søtti. Nå er hun 84 år og endelig ferdig.

– Jeg skulle ønske jeg hadde avsluttet et par år tidligere, jeg kjenner at jeg ikke har like mye krefter og energi som før.

Av helsemessige årsaker har hun ikke fortsatt arbeidet med å få avhandlingen godkjent som doktorgrad. Komiteen som ble oppnevnt for å bedømme avhandlingen er en annen faktor som har bremsert henne i det arbeidet.

– Jeg skulle ønske veilederen min hadde diskutert komitésammensetningen med meg. Jeg føler det blir feil at en fysioterapeut skal være med å godkjenne en oppgave om lege- og sykepleiertjenesten.

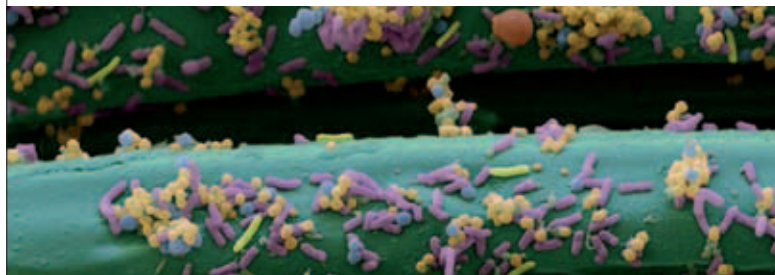
Hamran er ikke klar for å bli heltidspensjonist ennå, men ser fram til en roligere hverdag.

– Jeg har fløyet jorda rundt, vet du. Man vet aldri om det blir en runde til, men jeg tenker at nå skal jeg ta det rolig, og ikke gjøre annet enn det jeg føler for. Det er andre oppgaver om helsevesenet som venter.

Og det er stoffer som skal sys og duker som skal broderes. Damen, som for anledningen er ikledd en selvsydd buksedress, har alltid ting som må gjøres. ■■■

Sorbact®

Grønn sårheling



Elektromikroskopisk bilde av Sorbact's overflate med *Stafylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa* og *Candida albicans* bundet til den unike overflaten.

- > Ingen påvist resistensutvikling
- > Ingen miljøpåvirkning
- > Til alle typer sår
- > Effektivt og økonomisk
- > Veldokumentert

Viste du at det finnes et sårbehandlingssortiment som er bakteriebindende?

Sorbact-metoden bygger på at patogene bakterier og sopp bindes til forbindingen ved hjelp av hydrofob interaksjon.

Fordelene er at man får en effektiv behandling uten risiko for resistensutvikling og negative miljøkonsekvenser.



Du er velkommen til å kontakte oss for mere informasjon!

Distribution: Mediq Norge • Tlf. +47 67034300 • www.mediqnorge.no



ABIGO Medical AS • Kundeservice: info@abigo.no • www.abigo.no

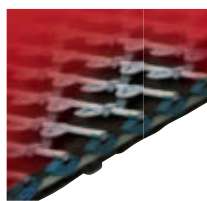
ThevoVital —en madrass som gir bedre søvn til demente



Bedre søvnkvalitet gir mer overskudd om dagen og bedre forutsetning for å samarbeide i de daglige aktiviteter. MIS® Mikrostimulering gir konstant (mikro) stimulering. Vingenes beroligende fjæring gir feedback på alle bevegelser og fremmer brukerens kroppsbevissthet.

ThevoVital

- Verdensnyhet – den første madrass som gir demente bedre søvn
- Pårørende og pleiepersonell blir avlastet og ressurser frigjøres
- Minimalt vedlikehold
- Ingen bivirkninger
- Passer i alle senger
- Leveres for brukere opp til 140 kg



Thevo
by Thomashilfen

Les mer om ThevoVital og våre andre produkter på www.bardum.no.



Bardum as

Postboks 322, 1401 Ski, Berghagan 5, 1405 Langhus.
Tlf. 64 91 80 60. Telefax: 64 91 80 66.
www.bardum.no

HVA SKJER LABORATORIEARBEID

To millioner ekstra til blodprøver

Alle sykehjem er likevel sikret to års gratis deltakelse i Noklus. Tekst **Nina Hernæs** Foto **Stig Weston**



KAN BLI FEIL: Prøvetaking og analyse må gjøres rett for å få pålitelig svar.

Regjeringen har lovet sykehjemmene gratis hjelp til å bedre kvaliteten på laboratoriearbeidet. Men i årets statsbudsjett ble det bevilget for lite penger til at løftet kunne bli holdt. Nå har regjeringen funnet fram ekstra penger.

Ingen kontroll

Alle sykehjem er lovet to års gratis deltakelse i Noklus (Norsk kvalitetsforbedring av laboratoriearbeid utenfor sykehus). Noklus er en landsdekkende organisasjon uten mål om profit. Hensikten er å sikre kvalitet på prøvetaking og analyse av blod og andre kroppsvæsker utenfor sykehus. Nesten alle landets legekantor er tilknyttet Noklus.

I Norge stilles det ingen krav til kontroll på laboratoriearbeid på sykehjemmene. Sykepleierne, som ofte tar prøver og utfører enkelte analyser, har ingenting om slikt arbeid i sin utdanning. Samtidig har riktig prøvetaking og analysering stor betydning for kvaliteten på prøvene. Svarene kan ha store konsekvenser for hvordan pasienter følges opp og behandles. I sykehus utføres stort sett alt laboratoriearbeid av bioingeniører, som er utdannet til å gjøre det.

Fornøyd

Siri Fauli Munkerud, som leder sykehjemsprosjektet i Noklus, er kjempefornøyd for de ekstra pengene. Tidligere i høst varslet hun at bevilgningene i statsbudsjettet var for lave til at Noklus kunne tilby gratis deltakelse i to år til de sykehjemmene som ikke allerede har fått det.

Noklus har siden 2007 aktivt rekruttert sykehjem. De har fått tilbud om å være med gratis i to år, betalt av staten. Så må de ta regningen selv. Deltakelse i Noklus koster rundt 14 000 kroner i året.

I første omgang fikk sykehjem i åtte fylker tilbudet. Nesten alle fortsatte å være med etter at gratisperioden var over.

Siri Fauli Munkerud erfarer at sykehjemmene

trenger litt tid for å se nytten av Noklus. Hun peker på at laboratoriearbeid er en av mange oppgaver sykepleiere på sykehjem har, og at det er mange ansatte og stor utskiftning. Hun ser at kvaliteten på laboratoriearbeidet til sykehjemmene som er med i Noklus har økt, men den er ikke så god som på legekontorene.

Holder løftet

Are Helseth, medlem av helse- og omsorgskomiteen for Arbeiderpartiet, mener bedre laboratorietjenester i sykehjem er viktig for å gi eldre pasienter god behandling. Regjeringen vil satse ytterligere på eldreomsorgen og derfor bevilger de mer penger til Noklus.

– Men dette er jo snakk om penger som gir Noklus i stand til å gi et tilbud til sykehjemmene som de allerede er blitt lovet. Det kan vel ikke kalles en satsning?

– Vi holder det vi lover. Bevilgningene i statsbudsjettet var ikke store nok til å tilby alle sykehjemmene gratis deltakelse. Nå får de det.

Gode argumenter

Noklus ønsker fast finansiering. Det vil si at staten tar regningen, og at det ikke skal være opp til hvert enkelt sykehjem å bestemme om de har penger til å være med eller ikke. Da kunne Noklus brukt mer ressurser på fag og mindre på markedsføring.

– Er ikke det en bedre løsning?

– Noklus har gode argumenter. Jeg lover å ta dem med. Men som politiker kan jeg ikke love for mer enn ett år av gangen, sier Helseth.

– I dag er det ingen kontroll med laboratoriearbeidet på norske sykehjem. Hva har dere tenkt til å gjøre noe med det?

– Vi ønsker å få alle sykehjem med i Noklus, og stimulerer til det ved at de får være med gratis i to år. I tillegg er det generelle kvalitetskrav til helse-tjenesten. De gjelder også for laboratoriearbeidet, understreker Are Helseth. ■■■

Du kan få billigere strøm fordi du er medlem av Sykepleierforbundet

Norsk Sykepleierforbund har inngått partneravtale med strømleverandøren LOS. Dette gir deg mulighet til å kutte i dine strømudgifter.



LOS har landets mest
fornøyde strømkunder.
Norsk Kundebarometer 2010

Send sms <strøm> til 02021,
og få tilbud om en god
strømvavtale du også.





Helleristning. Begbyfeltet.
Fredrikstad.
Foto: Steinar Myhr/NN/Samfoto

Skånsom med maksimal effekt:



En ny generasjon jernetilskudd

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

En rekke kliniske studier viser at AminoJern Ferrochel absorberes og utnyttes svært godt.* Jernlageret bygges effektivt opp selv ved lave doser. Det er lett å administrere AminoJern Ferrochel da det kan tas sammen med måltid uten at effekten reduseres. Jernetilskuddet kan trygt anbefales da det ikke inneholder verken gluten, sukker, melk eller animalske ingredienser. Anbefalt døgndose er en tablett, tilsvarende 25 mg jern.

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

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

*REFERANSELISTE:

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

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

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

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

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



Vitalkost
Tlf 33 00 38 70
www.aminojern.no

HVA SKJER UTDANNING

Får ikke penger til videreutdanning

Høgskolen i Bergen måtte avlyse oppstart i fem kliniske videreutdanninger i sykepleie denne høsten. Årsak: Arbeidsgiverne vil ikke betale.

Tekst **Nina Hernæs**

Tendensen er økende, sier Sissel Tollefsen, leder for institutt for sykepleie ved Høgskolen i Bergen.

– Vi har søkere, men de må trekke seg fordi de ikke får arbeidsgiver til å finansiere utdanningen.

Hun er forundret over at det er så vanskelig å finne penger.

– Myndighetene legger opp til en samhandlingsreform som bygger på økt kompetanse, uten å sørge for finansiering til tiltak som gir den type kompetanse det er behov for, påpeker hun.

I høst måtte høyskolen avlyse

med å rekruttere sykepleiere med nødvendig kompetanse.

Høyskolen får ingen midler for å drive de kliniske videreutdanningene. Derfor må de ta betalt. Alle utdanningene går på deltid over halvannet år. Prisen er 13 000 kroner i semesteret pluss semesteravgift.

Bekymret

Sentralt fagforum i NSF får bekymringsmeldinger fra sykepleiere som ikke får muligheten til å ta videreutdanningen de trenger.

– Vi mener utdanningene tilbyr kompetanse som er svært viktig for

«Dette er kompetanse som samfunnet etterspør. Da bør samfunnet også betale.»

oppstart av de kliniske videreutdanningene i gastro, nevro, infeksjons-sykepleie og smittevern, stomi og revmatologi.

Kartlegger

– Men er det behov for alle disse utdanningene?

– Ja. Dette er utdanninger som er etterspurt av faggrupper i Norsk Sykepleierforbund (NSF). I tillegg kartlegger vi alltid behovet for kompetansen før vi starter opp en utdanning. Jeg har fått mange fortvilte telefoner fra sykepleiere som gjerne skulle begynt på en av de kliniske videreutdanningene. Også leger melder om at de strever

klinisk praksis, sier Astrid Grydeland Ersvik i fagforumet.

Hun peker på at behovet er særlig stort innenfor pleie og omsorg i kommunene.

– Kan ikke sykepleierne betale selv?

– Noen gjør det, men ikke alle har mulighet. Dette er kompetanse som samfunnet etterspør. Da bør samfunnet også betale.

Prøver igjen

Sissel Tollefsen håper høyskolen kan lyse ut utdanningene på nytt.

– Vi gir ikke opp. Vi vet det er behov for dem. Men det er begrenset hvor mange ganger vi kan tilby en utdanning for så å avlyse den. ■■■

Må sjekke autorisasjon

Sykehusene sjekker ikke godt nok autorisasjon, merknader, CV-er, attester og referanser for innleide vikarer i sykehus. Tekst Bjørn Arild Østby

På dette punkter bryter norske sykehus de nasjonale rammeavtalene, viser en revisjon som ble gjennomført blant leverandører av helsepersonellvikarer til norske sykehus i sommer.

I revisjonen ble det sett nærmere på tre hovedområder: Kvaliteten på innleid personell, kvaliteten på behandlingen av ordre og fakturering hos leverandører, og kontraktsfestede plikter.

Av revisjonen går det frem at sjekk av autorisasjon, merknader, CV-er, attester og referanser for helsepersonellet ikke alltid er dokumentert i tråd med kravene i avtalene. Det er også av-

dekket enkelte mangler knyttet til fakturering, arbeidsavtale og overholdelse av arbeidstidsvedtak.

Nasjonale avtaler

I mai/juni 2009 inngikk helseforetakene i Norge felles nasjonale rammeavtaler med 15 leverandører om kjøp av vikartjenester. Helseforetakene ønsket med dette å bidra til høyere profesjonalisering blant leverandørene av slike tjenester. Dette var ment å gi økt trygghet i pasientbehandling gjennom bedret kvalitets-sikring, samt at en ville oppnå bedret ressursutnyttelse.

En forutsetning i avtalene er at det skal kunne gjennomføres revisjoner i løpet av avtaleperioden.

Internrevisjon

– Internrevisjoner er et viktig virkemiddel for å sikre at begge parter etterlever avtalene. Vi vil ha kompetente, ansvarlige og kvalitetsbevisste leverandører. Vi er ikke tjent med at det kan bli sådd tvil rundt vikarene vi bruker i sykehusene våre. Derfor er det svært viktig at vikarbruken skjer i tråd med intensjonene i avtalene, sier HR-direktør Sveinung Aune i Helse Midt-Norge. ■■■

Ønsker du gratis brosjyrer til pasientene dine? Send en mail til kundeservice@actavis.no



Nyhet: Nå kan du gi pasientene dine nyttig informasjon

Decubal Pluss er helt gratis og har mange gode råd om pleie av tørr hud for alle som ønsker å vite mer

I Decubal Pluss får du:

- Grundig veiledning om produktvalg og hvordan produktene skal brukes
- Tilgang til ekspertpanelet vårt
- E-mails med mange gode råd for best mulig pleie av tørr hud

Meld deg inn på decubalpluss.no nå!



Det er 13 produkter i serien

DECUBAL
EXPERT CARE FOR DRY SKIN

Decubal Intensive Cream

Decubal Body Cream

Fås kun på apoteket

Doktorgrad om følelser

Følelser er bra. I hvert fall hvis du er sykepleierstudent i praksis. Dette er tema i Johanne Alterens ferske doktoravhandling.

Tekst **Marit Fonn** Foto **Privat**

Det er en måned siden Johanne Alteren disputerte med avhandlingen: «Følelser er fornuft. Sykepleierutdanningen mellom gjerning og tekst.»

– Alteren er blitt førsteamanuensis ved Høgskolen i Bodø og jobber ved studiestedet Mo i Rana.

Sju studenter på sykehjem

Hun har fulgt sju sykepleierstudenter i deres praksis på sykehjem.

– Det skapes følelser hos studentene når og fordi de skal hjelpe et annet menneske. Følelsene er utgangspunktet for beslutningene de tar, sier Alteren.

De tar beslutninger ut fra det de opplever som mest fornuftig å gjøre der og da.

– Slik er kunnskap og erfaring sammenvevd i følelsen. Studentene må derfor ta disse følelsene alvorlig. Det blir et samspill mellom studentene og pasienten. Studentene må forstå hva følelsene i samspillet handler om.

Gruer seg

Studentene kan bli redde eller grue seg før de går inn til en pasient.

– Ved å reflektere over reaksjonene, kan de se sammenhenger. Viktig erfaring og innsikt hos studentene kan foredles. Dette er synlig-

gjøring av kunnskap, ikke føleri, understreker Alteren.

Hun påpeker at det ofte blir hevdet at følelsene forstyrrer fornuften.

– Følelser kan være vanskelig å snakke om, men poenget er å knytte dem til faget. Studentene trenger ikke snakke om sine innerste private og personlige følelser til lærer og veileder.

Alteren tror studentene kan mye teori.

– Men de er ikke bevisst sin kunnskap når de beveger seg inn og ut til pasientene.

Så ikke gulrøttene

En student i studien serverer middag til en pasient som spør hvor gulrøttene er på matfatet. Studenten forteller hvor, men skjønner ikke hvorfor pasienten spør. Når hun skal hente fatet etterpå, ser hun at gulrøttene ligger igjen. Studenten undrer seg over det.

– Hun snakker med kontaktsykepleieren og får vite at pasienten mangler sidesyn. Erfaringen kan hun nå knytte til teoretisk kunnskap om neglect. Hun ser hun må plassere tallerkenen riktig så pasienten får i seg maten.

– Kan man ikke skjønne dette uten å måtte skrive doktorgrad om det?

– Med en systematisk undersøkelse blir dette blir synlig.

– Hva er den viktigste nytteverdien?

– Studenter må konsentrere seg fullt og helt om pasienten, i stedet for å gjøre en masse enkeltoppgaver på avdelingen. Ellers får de ikke den erkjennelsen de trenger.

Alteren mener utfordringen for profesjonsutdanningene er å oppdage og ta vare på den personlige erfaringen studentene gjør.

– Den innsikten vil utvikle seg til å bli en sentral del av yrkesutøvelsen. Dette er viktig å være bevisst på for dem som skal veilede studentene til å bli dyktige sykepleiere.

Professor?

Alteren har holdt på med doktorgraden i fem år.

– Men alt har sin ende.

Nå blir det litt mer forskning, litt mindre undervisning.

– Blir du professor?

– Det vil tiden vise.

– Men du har lyst?

– Har ambisjoner om det, ja. ■■■



GI DEM TID: Studentene må få konsentrere seg om enkeltpasienten, så de kan utvikle innsikt, konkluderer Johanne Alteren.



Medlemsfordeler på banktjenester

På www.sykepleierforbundet.no finner du dine medlemsfordeler på banktjenester. Les mer og ta kontakt, det kan lønne seg.

Du kan også ringe 04800 eller komme innom et av våre kontorer.

www.dnbnor.no

DnB NOR



- Månedlig prevensjon, ingen piller å huske
- Lavere østrogendose (ethinyløstradiol) enn kombinasjons p-piller¹
- Bedre blødningskontroll enn kombinasjons p-piller (med 30 µg etinyløstradiol og levonorgestrel² eller drospirenon³)



Før forskrivning av Nuvaring®
se preparatomtalen

C NuvaRing "Organon"

Antikonsepsjonsmiddel

VAGINALRING 120 µg/15 µg: Hver vaginalring inneh.: Etonogestrel 11,7 mg, etinyløstradiol 2,7 mg, hjelpestoffer.

Indikasjoner: Antikonsepsjon. NuvaRing er beregnet til kvinner i fruktbar alder. Sikkerhet og effekt er etablert hos kvinner 18-40 år.

Dosering: Den første vaginalringen settes inn i skjeden den 1. dagen i menstruasjonssyklus og brukes i 3 sammenhengende uker. Start på dag 2-5 i syklus er mulig, men da bør mekanisk tilleggsprevensjon brukes de første 7 dagene. Etter 1 ukes ringfri pause, der en menstruasjonslignende blødning inntreffer, settes en ny ring inn i skjeden på samme ukedag og til omtrent samme tid. Ved bytte fra annen hormonell prevensjon, se pakningsvedlegg. **Kontraindikasjoner:** Dyp venetrombose, nåværende eller tidligere, med eller uten medfølgende lungeemboli. Arteriell trombose, nåværende eller tidligere (f.eks. cerebrovaskulær hendelse, hjerteinfarkt) eller forstadial trombose (f.eks. angina pectoris eller forbigående iskemiske anfall.) Kjent disposisjon for venøs eller arteriell trombose, med eller uten arvelig tilbøyelighet slik som aktivert protein C (APC) resistens, mangel på antitrombin-III, mangel på protein C, mangel på protein S, hyperhomocysteinemi og antifosfolipid antistoffer (antikardiolipin antistoffer, lupus antikoagulanter). Ved mistenkt eller bekreftet trombose skal bruk av preparatet avbrytes. Andre medisinske tilstander som har vært assosiert med sirkulatoriske bivirkninger omfatter diabetes mellitus, systemisk lupus erythematosus, hemolytisk uremisk syndrom, kronisk inflammatorisk tarmsykdom (f.eks. Crohns sykdom eller ulcerøs colitt). En økning i frekvens eller styrke av migrene (som kan være forløper for en kardiovaskulær hendelse) kan være grunnlag for å avbryte bruken av NuvaRing umiddelbart. Noe økt risiko for brystkreft. Den økte risikoen forsvinner gradvis i løpet av 10 år etter avsluttet bruk. Levertumor må anses som en differensialdiagnose ved sterk smerte i øvre del av buken, forstørrelse av leveren eller tegn på indre blødninger i abdomen. Kvinner med hypertriglyseridemi eller slik i familieanamnesen kan ha en økt risiko for pankreatitt. Hvis vedvarende klinisk signifikant hypertensjon utvikler seg, bør bruk av preparatet avsluttes og hypertensjonen behandles. Bruken kan gjenopptas hvis normotensive verdier oppnås ved behandling med antihypertensiver. Følgende tilstander kan forekomme eller forverres ved svangerskap eller ved bruk av hormonell prevensjon: Gulsott og/eller kløe relatert til kolestase, dannelse av gallesten, porfyri, systemisk lupus erythematosus, hemolytisk uremisk syndrom. Sydenhams chorea, herpes gestationis, otoskleroserelatert hørselstap, (arvelig) angionevrotisk ødem. Ved akutte eller kroniske forstyrrelser av leverfunksjon seponeres preparatet inntil markørene for leverfunksjon går tilbake til normalen. Kan nedsette perifer insulinresistens og glukosetoleranse og kvinner med diabetes bør monitoreres nøye spesielt de første månedene. En forverring av Crohns sykdom og ulcerøs kolitt har vært assosiert med hormonell antikonsepsjon. Kvinner med tendens til kløasma bør unngå å utsette seg for sollys eller ultrafiolette stråler. Hvis en av følgende tilstander foreligger kan kvinnen ha problemer med å sette ringen riktig på plass eller ringen kan falle ut: Livmorhalsprolaps, fremfall av fremre eller bakre skjedevegg, kraftig eller kronisk forstoppelse. Svært sjelden er det rapportert at preparatet utilsiktet er satt inn i urinrøret og kan havne i urinblæren. Feilplassering bør derfor overveies som differensialdiagnose ved symptomer på cystitt. Svært sjelden er det rapportert at ringen har festet seg i vevet i vagina og måtte fjernes av helsepersonell. Vaginitt kan forekomme. Det er ingen indikasjoner på at effekten av NuvaRing påvirkes av behandling for vaginitt eller at selve ringen påvirkes av slik behandling.

ATC-nr.: G02B B01

Interaksjoner: Interaksjoner kan forekomme med legemidler som inducerer mikrosomale enzymer, noe som kan resultere i økt clearance av kjønnshormoner f.eks. fenytoin, fenobarbital, primidon, karbamazepin, hydantoiner, rifampicin og muligens også okskarbazepin, topiramet, felbamet, ritonavir, griseofulvin og preparater som inneholder johannesurt. Noen kliniske rapporter antyder at den enterohepatiske sirkulasjonen av østrogen kan avta når visse typer antibiotika gis, f.eks. penicilliner og tetracykliner, noe som kan redusere konsentrasjonene av etinyløstradiol. Sikkerhet og effekt påvirkes ikke av behandling med antimykotika eller spermiedrepende midler. Andre legemidlers metabolisme kan påvirkes, ved at plasma- og vevskonsentrasjoner øker (f.eks. ciklosporin) eller reduseres (f.eks. lamotrigin). **Graviditet/Amming:** Overgang i placenta: Hvis graviditet oppstår, skal ringen tas ut. Effekten ved bruk av preparatet under graviditet, er ukjent. Til tross for intravaginal administrering er intrauterine konsentrasjoner av prevensjons hormoner lik de nivåene som er observert hos p-pillebrukere. **Overgang i morsmelk:** Østrogen kan redusere mengden og endre sammensetningen av brystmelken. Bør ikke brukes under amming. **Bivirkninger:** Vanlige ($\geq 1/100$ til $< 1/10$): Gastrointestinale: Magesmerter, kvalme. Hud: Akne. Infeksiøse: Vaginale infeksjoner. Kjønnsgener: Amenoré, ubehag i brystene, forstørrede bryster, brystsprenng, cervixpolypper, blødning under samleie, dyspareuni, cervixektropi, fibrocystisk brystsykdom, menoragi, metroragi, ubehag i bekkenet, premenstruelt syndrom, kramper i uterus, brennende følelse i skjeden, vond lukt fra skjeden, smerter i skjeden, vulvovaginal ubehag, vulvovaginal tørrhet. Muskel-skjelettsystemet: Ryggsmarter, muskelkramper, smerter i ekstremitetene. Neurologiske: Svimmelhet, hypoestesi. Nyre/urinveier: Dysuri, sykkelig trang til vannlating, hyppig vannlating. Psykiske: Følelsesmessig labilitet, humørsvingninger. Stoffskifte/ernæring: Økt appetitt. Undersøkelser: Forhøyet blodtrykk. Øye: Synsforstyrrelse. Øvrige: Tretthet, irritabilitet, utilpasshet, ødeme, følelse av fremmedlegeme. Svært sjeldne ($< 1/10\ 000$), ukjent: Hud: Urticaria. **Oppbevaring og holdbarhet:** Grossist og apotek: Kaldt (2-8°C). Hos bruker: Romtemperatur ($< 30^{\circ}\text{C}$), ikke over 4 måneder. **Pakninger og priser:** 1 stk. kr 117,40. 3 stk. kr 297,10.

Sist endret: 07.06.2010

Referanser:

1. Heuvel M.W. et al. Contraception; 2005;72:168-74
2. Oddsson K. et al. Hum Reprod; 2004;20:557-62
3. Milsom I. et al. Hum Reprod; 2006;21:2304-11

Tryggere bruk av p-piller

Alle p-piller av kombinasjonstypen gir en liten økning i risiko for blodpropp, og noen kvinner bør velge annen prevensjon. Grundig vurdering av alle som skal begynne med p-piller, informasjon om bivirkninger og risikofaktorer, samt rask oppfølging ved mistanke om blodpropp er viktig.

Statens legemiddelverk



– Uholdbart med mer deltid!

Sykepleiere ved Oslo universitetssykehus som i dag jobber i hel stilling frykter at de vil bli tvunget over på deltid. NSF har sendt bekymringsmelding.

Tekst Bjørn Arild Østby Foto Erik M. Sundt

I forslag til ny bemanningsplan for neste år foreslår ledelsen ved Oslo universitetssykehus (OUS) kutt i antall heltidsstillinger og en økning i antall deltidsstillinger ved Medisinsk klinikk.

Ved geriatrik slagpost på Ullevål er det blant annet foreslått å redusere antall heltidsstillinger for sykepleiere fra 24 til 9. Samtidig vil man øke andelen ansatte på deltid fra 8 til 30 deltids-

stillinger. Stillinger som vil bestå av alt fra 15 til 80 prosent.

Bekymringsmelding

Medisinsk klinikk er kommet lengst av de ni klinikkene ved OUS i prosessen med å utarbeide nye bemanningsplaner for 2011. Nå frykter Norsk Sykepleierforbund (NSF) for hvilke forslag som vil komme i den videre prosessen.

100 prosent stilling. Dette vil kunne påvirke arbeidsmiljøet negativt, gi høy turnover blant sykepleierne samt føre til tap av verdifull kompetanse, påpeker Norheim Morken.

Standard norm

Ledelsen understreker at dette kun er en foreløpig bemanningsnorm som skal behandles videre i ledelsen og i forhold til tillitsvalgte.

– Dette rimer dårlig med de konkrete forslag til turnus som nå er utarbeidet for Medisinsk klinikk, sier Norheim Morken.

– Etter hva vi har fått opplysninger om planlegges en standard norm for bemanning i alle enheter, uavhengig av pasientgruppe. I utgangspunktet er NSF av den oppfatning at standard er uheldig. Dette fordi den ikke tar hensyn til pasientens behov for sykepleie i den enkelte avdeling, påpeker Norheim Morken, og etterlyser mer informasjon om hvilke kriterier som ligger til grunn for en slik norm.

Fleksible ansatte

Ledelsen ved OUS forsøker å berolige de ansatte. HR-direktør Rolv Økland skriver blant annet på sykehusets hjemmeside:

«Vår holdning inn i denne prosessen er å ha flest mulig heltidsansatte og at ingen fast ansatte ufrivillig skal få redusert sin arbeidstid ... Det er derfor besluttet å legge til rette for løsninger på tvers av klinikker og enheter for å sikre at berørte fast ansatte ikke blir tvunget til ufrivillig reduksjon av arbeidstid.»

Dette skaper ikke trygghet blant de ansatte. Tvert om mer frustrasjon og frykt for framtida. For mange ansatte som i dag går i hel stilling på et sted ved OUS, kan det bety at de neste år må jobbe på ulike avdelinger på for eksempel Rikshospitalet, Ullevål og kanskje Aker for å fylle en heltidsstilling.

Sykepleierne finner det helt uholdbart å skulle forholde seg til flere sjefer, ulike vaktordninger, springe rundt og jobbe 20, 30 og 50 prosent her og der. Dette vil gå ut over arbeidsmiljøet og pasientbehandlingen, mener sykepleierne. ■■■

«En økning i antall deltidsstillinger er i strid med alle politiske føringer.» Merete Norheim Morken, foretakstillitsvalgt

– En økning i antall deltidsstillinger er i strid med alle politiske føringer. I oppdragsdokumentet fra Helse Sør-Øst til OUS heter det at «Det forutsetter at det fortsatt arbeides aktivt for å redusere uønskede deltidsstillinger og legge til rette for økte stillingsandeler» skriver foretakstillitsvalgt Merete Norheim Morken i en bekymringsmelding til administrerende direktør Siri Hatlen.

Foretakstillitsvalgt er bekymret for de uheldige konsekvensene deltid har, både for sykepleierne, sykehuset som arbeidsgiver, og ikke minst i forhold til kvaliteten på pasientbehandlingen.

Negative konsekvenser

Hovedmålet med fusjonen i OUS var et ønske om å styrke kvaliteten i pasientbehandlingen.

– NSF kan ikke se at det som nå legges fram av bemanningsplaner er i tråd med dette formålet. Ved bruk av mange deltidsansatte må pasientene forholde seg til flere sykepleiere enn nødvendig. Kontinuiteten og kvaliteten i pasientomsorgen forringes. Stort bruk av deltidsarbeid er ineffektivt og ressurskrevende og informasjon om pasienten må rapporteres mellom flere sykepleiere, sier foretakstillitsvalgte.

Ufrivillig deltid vil også ha uheldige konsekvenser for sykehuset.

– Det vil føre til at sykepleierne stadig vil være på søken etter en arbeidsplass som tilbyr



BEKYMRET: Foretakstillitsvalgt Merete Norheim Morken har skrevet bekymringsmelding til administrerende direktør Siri Hatlen.

Weifa

K1 Bates Dialog © Foto: 1-images.no PAT 09/3A

Når hodepinen forsvinner, kommer smilet tilbake

Paracet er effektiv mot smerte. Og de virker lenge – opptil 5 timer ved smerter som for eksempel hodepine.

Paracet er skånsom mot magen, men effektiv mot smerter og kan brukes av både voksne og barn.

Angitt dosering må ikke overskrides uten etter avtale med lege. Høye doser eller langvarig bruk kan gi alvorlig leverskade. Bruk ikke flere slag smertestillende midler samtidig uten etter avtale med lege. Les nøye på pakningen og pakningsvedlegget.



Effektiv mot smerte, snill mot magen

– Kunne halvert bruken

Bruken av antibiotika har eksplodert, viser en ny studie.

Tekst **Ann-Kristin Bloch Helmers** Foto **Colourbox**

En ny, upublisert doktorgradsstudie ved Oslo universitetssykehus (Aker), viser at sykehusenes bruk av såkalt bredspektrert antibiotika har økt med over 50 prosent de siste seks årene.

I tillegg konkluderer europeiske studier med at så mye som 50 prosent av all bruk av antibiotika ved sykehusene kan være unødvendig.

– Oppsiktsvekkende

– Vi kunne halvert bruken av antibiotika ved

sykehusene uten at det hadde gått ut over folkehelsen, sier Dag Berild, seksjonsoverlege og infeksjonsmedisiner ved Oslo universitetssykehus (Aker).

For å unngå resistente bakterier og påvirkning av den normale bakteriefloraen, er det viktig å behandle infeksjoner med et så smalspektret antibiotikum som mulig.

– Tallmaterialet fra studien viser en sterk og oppsiktsvekkende økning, sier Berild.

Han har vært veileder for studien, og er bekymret over utviklingen.

– Det er ingen grunn til å gi en pasient et bredspektrert antibiotikum dersom en god, gammel, smalspektret penicillintype virker, sier han.

– I ytterste konsekvens mister antibiotika effekten, og vi er tilbake der vi var før 1945. Dette er en reell trussel, sier han.

Slurv

Berild påpeker at vi i Norge lenge har hatt et relativt sett lavt forbruk av bredspektrert antibiotika. Han mener nettopp det at vi har vært flinke, paradoksalt nok kan være grunnen til at det nå slurves med utskrivningene.

– Det er et stort forbedringspotensial når det gjelder bruk av antibiotika mot funn av bakterier

i urin, uten at det er symptomer på en infeksjon. Dette gjelder særlig eldre pasienter, mener Berild.

Sykepleiere tar gjerne en bakterieprøve av urinen dersom eldre pasienter blir innlagt på grunn av en annen lidelse. Men omtrent alle eldre pasienter har bakterier i urinen, uten at det trenger å være tegn på en infeksjon.

– Bakteriene er en naturlig konsekvens av at slimhinnene blir tørrere, og krever ikke bruk av antibiotika. Det er et vanvittig overforbruk, og sykepleiere kan gjøre en stor innsats her, sier Berild.

Gamle dogmer

Han mener også det er grunn til å skjerpe inn på antibiotikadosene som gis pasienten før et kirurgisk inngrep. I tillegg er det gamle dogmet om alltid å fullføre en antibiotikakur når man

«Dette er en reell trussel.» *Dag Berild, infeksjonsmedisiner*

har startet, gjelder ikke lenger, ifølge Berild.

– Om pasienten er afebril og viser tegn til bedring etter få dager, skal man vurdere å avbryte kuren, sier Berild, og påpeker at dette spesielt gjelder i allmennpraksis.



Visste du at...

- › Et voksent menneske sleper rundt på rundt to kilo bakterier.
- › Menneskekroppen har ti ganger så mange bakterier som kroppsceller.
- › Antibiotika vil alltid påvirke den normale bakteriefloraen.



Med Esso MasterCard får medlemmer:

- ›› 40 øre i rabatt pr liter bensin og diesel på pumpepris
- ›› 20% rabatt på bilvask
- ›› Ingen årsavgift eller gebyr på kjøp
- ›› Valgfri PIN-kode



Send en SMS med **SYKEPLEIERNE** og din **E-POSTADRESSE** til **2290** (eks: **SYKEPLEIERNE min@epost.no**), så sender vi deg et søknadsskjema.



Sjekk ut mer info under medlemsfordeler på www.sykepleierforbundet.no

Eff. rente 10.000-25,8%/20.000-24,3%/30.000-23,8%.

av antibiotika

Berild skriver nå en bok sammen med en gruppe forskere om riktig bruk av antibiotika ved norske sykehus.

Boken er bestilt av Helsedirektoratet, og skal være ferdig i 2011.

Folkehelse bekymret

Hege Salvesen Blix, seniorrådgiver i Folkehelse, bekrefter at det brukes mer bredspektret antibiotika på norske sykehus enn tidligere.

– Det kan jo være at det er et større behov for det nå enn tidligere, men vi er bekymret for

denne tendensen. Bruker vi for mye bredspektret antibiotika, øker det faren for resistente bakterier, og da har vi ingenting.

Ifølge Salvesen Blix er cirka 45 prosent av antibiotikaen som gis på sykehus penicillin, men kun 20 prosent er smalspektret penicillin.

Dette er målt i definerte døgndoser, Folkehelse har ikke oversikt over antall kurer.

– I Norge er vi heldige, fordi penicillin fremdeles virker. I mange land virker det så å si ikke lenger, sier hun. ■■■

Ni smittet med superbakterie

DET ER OVERFORBRUK som har skapt den såkalte superbakterien som er resistent mot alle typer antibiotika. Bakterien har fått navnet NDM-1, eller New Delhi metallo-laktamase-1, fordi man antar at India er opprinnelseslandet. Bakterien skremmer helsemyndigheter, forskere og behandlere verden over.

I Norge har det vært hele fem pasienter som har blitt smittet med denne bakterien på en og samme avdeling ved Arendal sykehus.

Ifølge Dag Berild er det til nå blitt registrert ni tilfeller av denne multiresistente bakterietypen i Norge.

– Ved Aker har vi nettopp behandlet en pasient som var innlagt ved et pakistansk sykehus. Hun hadde flere svært resistente bakterier. Vi brukte 130 000 kroner på antibiotika første måneden. Dersom vanlig antibiotika kunne brukes, ville kostnaden vært på rundt 20 000 kroner. Så dette er et folkehelseproblem allerede – og det er kostbart.



Weifa

NYHET!
Glukosamin
reseptfritt på
apoteket!

Samin – effektiv symptomlindring ved slitasjegikt

Kroppen er skapt for bevegelse, men når vonde og stive ledd hindrer oss kan glukosamin hjelpe. Over tid vil glukosamin hemme selve nedbrytningen av brusken i leddene, som jo er årsaken til ubehaget. Samin inneholder glukosamin som brukes som byggestein i brusken. Nå får du Samin uten resept og du kjøper det på apoteket!



Ikke la vonde ledd ødelegge gode opplevelser

Kun til voksne over 18 år. Skal ikke brukes av skaldyrallergikere, gravide og ammende. Les pakningsvedlegget før bruk.

Bjørn Guldvåg

Alder: 52 år

Aktuell som: Assisterende helsedirektør i Helsedirektoratet, som er blitt gjenstand for parodi

BAKGRUNN:

«Kvinner med uønsket atferd ved egen omsorg» er blitt et begrep. Harald Eia og Bård Tufte Johansen viste parodiene på Helsedirektoratets holdningskampanjer i tv-programmet Storbynatt. «Ni av 14 sliter med slik uønsket atferd», sa de. Etterpå har kvinnene fått egen gruppe på Facebook og det er arrangert fakkeltog til støtte for «dem som sliter».

Tatt på kornet

Hva synes du om Storbynatt?

– Jeg skokklo da jeg så programmet om kampanjen første gang. Jeg har sett Storbynatt flere ganger.

Hva synes dere om å bli tullet med?

– Ærefyllt, det. Jeg forstår at en stor samfunnsaktør som ønsker å påvirke atferd og holdninger må tåle å bli tullet med. En sikker vinner på julebordet.

Føler du deg truffet?

– De har tatt oss på kornet. Det er noe med form og metode vi bare må smile av. Skjønner at vi oppfattes nokså likt.

Gikk du i fakkeltoget?

– Nei.

Støtter du gruppen på Facebook?

– Ikke jeg, men datteren min.

Hvorfor tror du folk kjenner seg igjen?

– Fordi vi i våre kampanjer er tydelig på hvem målgruppen er. Ofte opplyser vi innledningsvis hvordan ståa er i dag. «Så og så mange kvinner» – vi kjenner oss igjen i logikken.

Og like utydelige på innholdet ...?

– Vi tester våre kampanjer for å sikre at vi har et klart budskap som folk forstår. Men vi kan alltid bli bedre.

Ligger det et alvor bak tullet?

– Det er alltid en alvorlig side ved humor. Det kan jo inspirere oss til å tenke nytt om våre kampanjer

Redd for at noen kan bli såret?

– Det er en fin balanse mellom humor og det å trække på menneskers integritet. I dette tilfellet balanseres det godt.

Lager Helsedirektoratet mange kampanjer?

– Vi gjør jo det. De årlige summene er i ti-millioners-klassen.

Er holdningskampanjer umoderne?

– Det er umoderne å kjøre dem alene. Det er godt dokumentert at de virker best sammen med tiltak. Kampanjene er med på å forsterke tiltakene.

Virker de?

– Ja, når de skaper oppmerksomhet om tiltakene. Et typisk eksempel er røykeloven. Kampanjene våre den gang bidro til oppmerksomhet om lov-arbeidet.

Fått nye ideer?

– Tror vi skal tenke gjennom om vi kan bli for stereotype.

Hvilke tema er prioritert for tiden?

– Gravide og alkohol. Arbeid og psykisk helse. Nøkkelhull. Budskapet er: Ikke drikk når du er gravid. Du blir friskere av å jobbe. Ta sunne valg.

Noen tema som egner seg for å påvirke sykepleiere?

– Hvis vi får sykepleiere til å få gravide til å la være å drikke i svangerskapet, er vi kommet langt.

Tenkt på å hyre Storbynatt-gutta til å lage kampanjer?

– Er litt fristet. Vi får følge med videre på Storbynatt. Se hva vi har råd til. De er jo etterspurte gutter.

Tekst Marit Fonn Foto Helsedirektoratet





Søvnkvalitet
Våkenhet
Funksjonsevne
Livskvalitet

Økt

Innsøvningstid

Redusert

1,2,3,4)

Indisert som monoterapi til kortvarig behandling av primær insomni hos pasienter over 55 år.

C Circadin «Neurim»

ATC-nr.: N05C H01

Sedativum. Hypnotikum.

DEPOTTABLETTER 2 mg: Hver depottablett inneholder Melatonin 2 mg, laktosemonohydrat, hjelpestoffer.

Indikasjoner: Indisert som monoterapi til kortvarig behandling av primær insomni karakterisert ved dårlig søvnkvalitet hos pasienter >55 år.

Dosering: Bør svelges hele. Voksne: 2 mg 1 gang daglig, 1-2 timer før leggetid og etter mat. Denne doseringen kan fortsette i opptil 13 uker. **Barn og ungdom <18 år:** Anbefales ikke pga. utilstrekkelige sikkerhets- og effektdata. **Nedsatt leverfunksjon:** Anbefales ikke.

Kontraindikasjoner: Kjent overfølsomhet for melatonin eller noen av hjelpestoffene.

⚠ Forsiktighetsregler: Melatonin har moderat påvirkning på evnen til å kjøre bil og bruke maskiner. Kan forårsake tretthet. Brukes med forsiktighet hvis effekten av tretthet med sannsynlighet kan føre til sikkerhetsrisiko. Anbefales ikke ved autoimmune sykdommer, da det ikke foreligger kliniske data angående bruk til denne pasientgruppen. Bør ikke brukes ved sjeldne, arvelige problemer med galaktoseintoleranse, en spesiell form for hereditær laktosemangel (lapp-laktosemangel) eller glukose-galaktosemalabsorpsjon.

Interaksjoner: Melatonin metaboliseres hovedsakelig via CYP 1A. Interaksjon mellom melatonin og andre legemidler som en følge av effekten deres på CYP 1A-enzymet, er derfor mulig. Fluvoksamin øker melatoninnivået ved å hemme CYP 1A2 og CYP 2C19. Kombinasjonen bør unngås. Forsiktighet bør utvises ved samtidig bruk av 5- eller 8-metoksyproporalen, som øker melatoninnivåene ved å hemme metabolismen. Forsiktighet bør utvises ved samtidig bruk av cimetidin, en CYP 2D-hemmer, som øker melatoninnivåene i plasma. Røyking kan redusere melatoninnivået pga. CYP 1A2-induksjon. Østrogen øker melatoninnivået ved å hemme CYP 1A1 og CYP 1A2 og forsiktighet bør utvises ved samtidig bruk. CYP 1A2-hemmere, som kinoloner, kan føre til økt melatonineksponering. CYP 1A2-indusere som karbamazepin og rifampicin kan føre til redusert plasmakonsentrasjon av melatonin. Alkohol må ikke inntas samtidig fordi det reduserer effekten på søvn. Melatonin kan øke de sedative egenskapene til benzodiazepiner og ikke-benzodiazepinhypnotika, som zoloprid, zolpidem og zopiklon. Samtidig inntak av melatonin og tioridazin kan føre til en økt følelse av uollenhet sammenlignet med kun bruk av tioridazin. Samtidig inntak av melatonin og imipramin kan føre til økt følelse av uro og problemer med å utføre oppgaver sammenlignet med kun bruk av imipramin.

Graviditet/Amning: Overgang i placenta: Bruk under graviditet er ikke undersøkt. Dyrestudier indikerer ingen direkte eller indirekte skadelige effekter på svangerskapsforløp, embryo-/fosterutvikling, fødsel eller postnatal utvikling. Pga. manglende kliniske data bør ikke gravide og kvinner som ønsker å bli gravide, bruke preparatet. **Overgang i morsmelk:** Går over. Anbefales derfor ikke til ammende.

Bivirkninger: Mindre vanlige (<1/1000 til <1/100): Gastrointestinale: Magesmerter, magesmerter i øvre del, dyspepsi, sårdannelse i munnen, munntørrhet. Hjerne/kar: Hypertensjon. Hud: Dermattitt, nattesvette, pruritus, utslett, generell pruritus, tørr hud. Kjønnorganer/bryst: Menopausesyntomer. Lever/galle: Hyperbilirubinemi. Muskel-skjelettsystemet: Smerter i ekstremiteter. Nevrologiske: Migrene,

letargi, psykomotorisk hyperaktivitet, svimmelhet, søvnløshet. Nyre/urinveier: Glykosuri, proteinuri. Psykiske: Irritabilitet, nervøsitet, uro, søvnløshet, unormale drømmer, angst. Undersøkelser: Unormal leverfunksjonstest, vektøkning. Øvrige: Asteni, brystmerter. **Sjeldne (<1/10 000 til <1/1000):** Blod/lymfe: Leukopeni, trombocytopeni. Gastrointestinale: Gastroøsofageal refluksykdom, gastrointestinale lidelser og ubehag, blemmer i munnens slimhinner, sårdannelse på tungen, oppkast, unormale tarmlyder, flatulens, hypersalivasjon, halitose, gastritt. Hjerne/kar: Hetteokter, angina pectoris, palpitasjoner. Hud: Eksem, erytem, dermatitt på hender, psoriasis, generelle utslett, pruritus, utslett, neglesykdommer. Kjønnorganer/bryst: Priapisme, prostatitt. Muskel-skjelettsystemet: Artritt, muskelrykninger, nakkesmerter, nattlige kramper. Nevrologiske: Synkope, nedsatt hukommelse, oppmerksomhetsforstyrrelser, drømmende tilstander, rastløse ben, dårlig søvnkvalitet, parestesi. Psykiske: Humørendringer, aggresjon, opphisselse, gråtetokter, stress-symptomer, desorientering, tidlig våkning om morgenen, økt libido, nedstemthet, depresjon. Stoffsifte/ernæring: Hypertriglyseridemi, hypokalsemi, hyponatremi. Øre: Vertigo, vertigo posturalis. Øye: Redusert synsskarphet, uklart syn, økt lakrimasjon. Øvrige: Herpes zoster, tretthet, smerter, tørste. **Overdosering/Forgiftning:** Ingen rapporterte tilfeller. I litteraturen er det rapportert om administrering av daglige doser på opptil 300 mg melatonin uten at dette forårsaket signifikante bivirkninger. **Symptomer:** Tretthet forventes. Clearance av virkestoffet forventes innen 12 timer etter svelging. **Behandling:** Ingen spesiell behandling er nødvendig.

Egenskaper: Klassifisering: Hormon som produseres av pinealkjertelen og som strukturelt sett er relatert til serotonin. Melatonin er forbundet med kontroll av døgnrytme og tilpasning til lys-mørkesyklusen. Det er også forbundet med en hypnotisk effekt og økt tilbøyelighet for søvn. **Virkningsmekanisme:** Aktiviteten til melatonin ved MT1-, MT2- og MT3-reseptorene antas å bidra til de søvnfremmende egenskapene, da disse reseptorene (hovedsakelig MT1 og MT2) er involvert i reguleringen av døgnrytme og søvnregulering. Pga. den aldersrelaterte reduksjonen i endogen melatoninproduksjon, kan melatonin effektivt forbedre søvnkvaliteten, særlig hos pasienter >55 år, med primær insomni. Melatonin forkorter innsøvningstiden og bedrer søvnkvaliteten, våkenheten om morgenen, funksjonsevnen om dagen og livskvaliteten. Søvn sammensetningen og REM-søvnvarigheten påvirkes ikke. **Åbsorpsjon:** Fullstendig, kan reduseres med opptil 50% hos eldre. Biotilgjengeligheten er 15%. Signifikant «first pass»-metabolisme på 85%. Maks. plasmakonsentrasjon er 1176 pg/ml og oppnås innen 0,75 timer. Åbsorpsjon og maks. plasmakonsentrasjon påvirkes av samtidig inntak (Tmax = 3 timer og Cmax = 1020 pg/ml). **Proteinbinding:** Ca. 60%. **Fordeling:** Bindes hovedsakelig til albumin, alfa1-syreglykoprotein og lipoproteiner med høy tetthet. **Halveringstid:** 3,5-4 timer. **Metabolisme:** I leveren via CYP 1A1, CYP 1A2 og muligens CYP 2C19. Hovedmetabolitten, 6-sulfatoksymelatonin, er inaktiv. **Utskillelse:** 89% utskilles renalt, som konjugater av 6-hydroksymelatonin. 2% utskilles i uforandret form.

Pakninger og priser pr 1.nov 2010: Enpac: 21 stk. 155,90 kr.

1) SPC

2) Wade A. et al. Aging Health 2008;4(11):1-21

3) Lemoine P. et al. Journal of Sleep Research 2007;16(4)

4) Wade A. et al. Curr Med Res Opin 2007;23(10)

- 28 – Vi er nødt til å ta et oppgjør med vår mørke historie ›
- 34 Kan det skje igjen, at sykepleiere dreper? ›

Sykepleiernes historie er ikke bare vakker. De mest groteske eksemplene på det er fra nazitiden, da sykepleiere assisterte ved de medisinske eksperimentene i konsentrasjonsleirene og utførte massedrap gjennom eutanasi-programmer.

Men helt opp til vår tid har sykepleiere deltatt i tvilsomme prosjekter. På 70-tallet smittet amerikanske forskere fargede arbeidere med syfilis for å se hvordan sykdommen utviklet seg. Og i fengsler i USA bistår sykepleiere når den dødsdømte skal få giften.

Vi må aldri lene oss tilbake, men være bevisste på den etiske siden av det vi driver med, påpeker Marie Aakre i sin kommentar til temaet.

Tekst Kari Anne Dolonen



Når sykepleiere



MØRKE MINNER: Fra Auschwitz Birkenau i Polen, konsentrasjonsleiren fra 2. verdenskrig som er særlig kjent for utvelgesrampen ved enden av jernbanesporet. Her ble fangene delt. De som ikke var arbeidsføre ble sendt rett i gasskamrene. De andre kunne risikere å bli forsøkskaniner i doktor Mengeles medisinske eksperimenter, der sykepleiere assisterte. Plakaten er fra nazipropagandaens tid, og oppfordrer jenter til å bli sykepleiere. Foto: akg-images.

n ikke sier nei →



« Vi er nødt til å ta et oppgjør med vår mørke historie.

Professor Linda Shields



DU BÆRER BYRDEN! En fysisk eller psykisk utviklingshemmet koster i gjennomsnitt 50 000 Reichsmarks innen de har fylt 60 år påpeker denne propagandaplakaten fra 1930-tallet.

To sykepleierforskere har dykket ned i sykepleierhistoriens mørkeste kroker. **Tekst Kari Anne Dolonen**



SYKEPLEIER MARIA STROMBERGER jobbet ved sykehuset i Auschwitz. Hun smuglet inn medisiner, mat og våpen og hjalp fangene med å få ut brev, dagbøker og filmklipp. Foto: Archiv der Landeshauptstadt Bregenz.

München 22. februar 1965: 14 sykepleiere står på tiltalebenken ved State Court Munich I. Alle tiltalt for å ha drept hundrevis av psykiatiske pasienter ved sykehuset Meseritz-Obrawalde. En etter en inntar sykepleierne vitneboksen og forklarer hvordan de ble masse-mordere.

Det er 20 år siden drapene fant sted, som en del av nazistenes eutanasi-program. Programmet som gikk ut på å drepe psykiatiske pasienter og utviklingshemmede sprang ut fra ideen om å rense ut dårlige og uønskede gener fra den tyske folket. Dette ble for alvor satt i system på 30-tallet etter at Hitler var kommet til makten. Det tyske folket ble utsatt for massiv propaganda som fortalte hvor dyrt det var å holde liv i disse menneskene som ikke hadde noen funksjon i samfunnet.

Retts-saken i München er bare en av mange i rettsopp-gjøret etter andre verdenskrig. Men i denne retts-saken er det spesielt mange sykepleiere som står tiltalt. Flere av dem har bistått ved eller selv utført over hundre drap, og mange flere titalls.

Anna G. står tiltalt for å ha deltatt i drap på 150 pasienter. Sykepleierens etternavn er hemmeligstemplett i de historiske dokumentene. I sin vitneforklaring forteller hun om hvordan det var å jobbe som sykepleier ved Meseritz-Obrawalde:

«Når vi skulle avlive pasienter, var det alltid mer enn en sykepleier til stede. Erfaring tilsa at det var lurt. Når man var to sykepleiere, var det lettere. Å drepe en person er en tøff jobb. Sykepleierne hjalp og støttet hverandre. I tillegg var det få pasienter som frivillig tok den mengden medisiner som var nødvendig

for å drepe dem. De fleste av pasientene var også skeptiske til injeksjoner. Når man måtte tvangsmedisinere dem, var det helt nødvendig å være minst to sykepleiere.»

Anna G. har reflektert over arbeidsoppgavene hun ble satt til å utføre på Meseritz-Obrawalde.

«Det er sant at jeg ble oppdratt som kristen og at jeg hele mitt liv har vært en troende. På den andre siden har jeg under mitt arbeid, spesielt på avdelingen for psykisk syke, sett horrible tilstander og forskjellige sykdommer i terminal fase. I lys av disse erfaringene har jeg sett det som en handling av barmhjertighet og en befrielse når jeg tok liv. Jeg erklærer herved at jeg aldri har blitt tvunget til å delta. Jeg ville aldri begått bankran eller annet tyveri fordi det er noe man bare ikke gjør.»

Barmhjertighetshandling

Siden retts-saken i 1965 skjer 20 år etter at drapene ble utført har sykepleierne hatt god tid til å tenke gjennom hva de har gjort. Likevel angrer bare sju av de 14 sykepleierne.

Luise Erdmann var hovedtiltalt og anklaget for å ha bistått i 210 drap. Anklager spør henne om hvorfor hun ikke nektet å ta livet av pasienter:

«Gjennom oppførselen til dr. Wernicke forsto jeg at pasienter som var uheldelig syke, skulle bli løst fra sine lidelser ved å gi dem Veronal, eller annen medisin. Jeg vil også gjøre det klart at verken dr. Wernicke eller noen andre informerte meg om noe eutanasi-program. Jeg var av den oppfatning at alle tok det for gitt at jeg var for eutanasi. Min innstilling til eutanasi er at skulle



jeg bli uheldredelig syk, enten fysisk eller psykisk, så ville jeg se det som en barmhjertighetshandling.»

Martha W. stod anklaget for å ha deltatt i drap på 150 pasienter. Også hun oppgir å være katolsk troende. I motsetning til mange av sine kolleger er hun imot eutanasi:

« ... Likevel deltok jeg i drapene. Jeg innser at jeg har handlet imot de ti bud og min overbevisning. Det har tynget min samvittighet alvorlig. Den eneste forklaringen jeg kan gi på hvorfor jeg deltok, er at jeg ikke hadde god nok tid på å reflektere over hva jeg gjorde. Sykepleierne var under stort press.»

Meta P. svarte følgende da hun ble spurt om hvorfor hun ble innblandet i drap på pasienter:

«Blant sykepleiere var det streng disiplin. Vi var underordnede og forpliktet til å utføre ordre gitt av våre overordnede.»

Erna Elfride E., tiltalt for å ha deltatt i drap av 200 pasienter, sa blant annet dette: «Det var enkelt og greit en ordre, og jeg hadde bare å følge dem.»

Alle sykepleierne ble frifunnet i denne rettssaken. Etter 20 år var iveren etter å straffe avtatt. En lege og en sykepleier fra samme sykehuset som ble stilt for retten på 40-tallet, ble hengt.

– Relevant i dag

Professorene Linda Shields og Susan Benedict har forsket på sykepleiernes rolle i nazitiden i Tyskland. Shields er pediatrik sykepleier og er på Universitetet i Perth i Australia. Benedict er også sykepleier, og er tilknyttet Universitetet i Sør Carolina i USA. Begge to har skrevet flere vitenskapelige artikler, og holder foredrag verden rundt.

– Hvorfor er det så viktig å snakke om dette i dag?

– Vi er nødt til å ta et oppgjør med vår mørke fortid. Hvis vi velger å overse historien, er sjansen større for at sykepleiere nok en gang blir delaktig i uetiske handlinger, sier Shields.

Susan Benedict utfyller:

– Det må være sammenheng mellom lovverk, yrkesetiske retningslinjer og personlig etikk. Hvis den profesjonelle og private etikken krasjer, må den private vike, sier hun.

Både Benedict og Shields mener det er viktig å kjenne sin historie for at den ikke skal gjentas. Derfor er kunnskap om det som skjedde for over 60 år siden viktig i dagens etikkdebatt. Benedict har i andre sammenhenger trukket frem følgende eksempel fra 2005 på at sykepleiere i dag må tenke over hva de er med på.

– USAs rettsvesen avviste en sak mot sykepleiere og en lege som var anklaget for å ha drept fire alvorlig syke pasienter. Det skal ha skjedd i oppstyret etter orkanen Katrina. Dødelige coctalier ble angivelig administrert ved legesentre for å ende lidelse hos svært syke mennesker. Slike saker grumser til sykepleieetikken, mener hun.

Shields har ved flere anledninger påpekt at sykepleiere utfører oppgaver uten at etikken bak diskuteres nøye nok. For eksempel det at i noen stater i USA hjelper sykepleiere til når det skal settes dødelige injeksjoner på dødsdømte fanger. De legger blant annet



EKSPERIMENT: I en av nazistenes konsentrasjonsleire ble 30 år gamle Margit Schwarz fra Budapest offer for det medisinske eksperimentet som gikk ut på å undersøke symptomene på sult. Foto: akg-images.

Mer lesestoff for interesserte:

- › Binding and Hoche sin bok publisert i 1920: Authorization for the destruction of life unworthy of life.
- › Friedlander's bok: The Origins of Nazi Genocide.

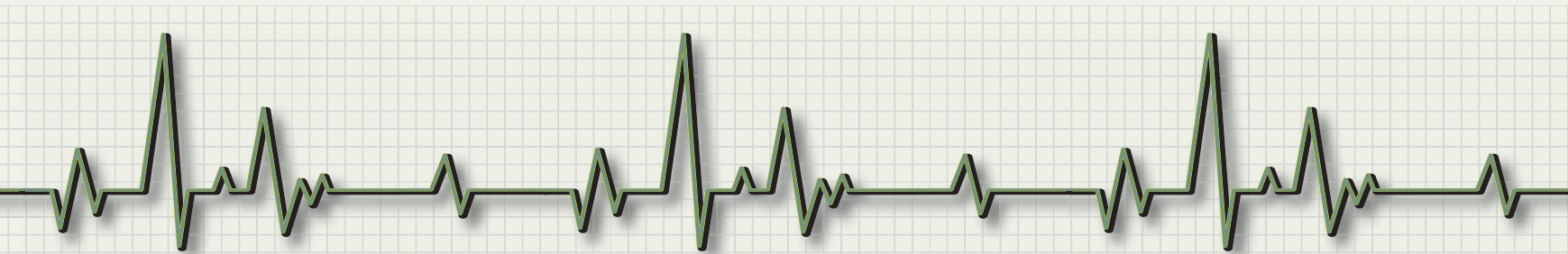
inn intravenøst venekateter. Den internasjonale sykepleierorganisasjonen har offisielt gått ut mot dette. Og det er flere eksempler.

– Genetisk forskning har kommet så langt at fremtidige foreldre, med litt laboratoriehjelp, kan velge om de vil ha barn med blondt hår og blå øyne, ifølge Shields.

Sykepleiere bør også være spesielt våkne i forhold til ultralyd, fostervannsprøver og abort.

– Er vi på vei mot et tankesett som gjør at hvis vi finner noe som ikke er perfekt, så er det ikke lenger verdig? spør Shields.





Dro til Tyskland

– Hva var det som fikk dere til å forske på nettopp sykepleiernes rolle i Nazi-Tyskland?

– Det er rart hvordan slikt skjer. På midten av 80-tallet dro jeg med hele familien til Tyskland. Da vi kom til München, ønsket min far å dra til konsentrasjonsleiren Dachau fordi han hadde vært soldat under andre verdenskrig. Der så vi en utstilling om medisinske eksperimenter. Jeg visste ingenting om dette temaet på forhånd. Min mor, som også er sykepleier, og jeg ble nysgjerrige på om sykepleiere også var involvert i disse forskningsprosjektene. Det var slik jeg begynte å lese alt jeg kom over om medisinsk forskning i nazitiden i Tyskland, forteller Susan Benedict.

I 1996 fikk hun et stipend i medisinsk etikk og holocaust, som var sponset av US Holocaust Memorial Museum. Benedict begynte for alvor å forske på sykepleiernes rolle i det tredje riket. Hennes hovedfokus var eutanasiprogrammene.

For Linda Shields startet det hele da hun skrev en artikkel om effekten krig har på barn.

– Jeg kom tilfeldigvis over artikler om eutanasiprogrammene mot barn. Jeg tenkte med meg selv at dersom dette foregikk på sykehus, var sykepleiere nødt til å ha deltatt. Da var det bare å begynne å lete etter beviser på det, forteller Linda Shields.

Finnes lyspunkt

Begge professorene ble rystet over det de fant da de begynte å grave.

– Dess mer jeg finner ut, dess verre blir det. Heldigvis har det også dukket opp noen lysglimt. Som for eksempel historien om sykepleier Maria Stromberger. For en dame, sier Shields og utdyper:

– Stromberger var en sykepleier fra Østerrike som frivillig søkte

« Jeg var klar over at jeg var med på å ta livet av pasienter. Jeg så det ikke som drap, men en gjerning av barmhjertighet. *Luise Erdmann, anklaget for å ha bistått i 210 drap*

om å få jobb ved sykehuset i Auschwitz. Det gjorde hun for å kunne smugle inn mat, medisiner og våpen. Hun hjalp fangene med å få smuglet ut brev, dagbøker og filmklipp slik at fangenenes historier kunne bli fortalt.

Også Susan Benedict beskriver forskningsfunnene sine som horrible.

– Det er forferdelig å finne ut at sykepleiere har hatt en så aktiv rolle i å ta liv. Det var så å si ingen som ytret motstand mot å avlive fysisk utviklingshemmede og psykisk syke pasienter. De

få sykepleierne som er blitt stilt for retten i ettertid, har stort sett blitt frifunnet, sier hun.

Kan skje igjen

– Er det sannsynlig at noe slikt kan skje igjen?

– Det ville være uhyre dumt av oss hvis vi tror at det som skjedde i Tyskland i Hitlers tid ikke kan skje igjen, sier Shields.

– Det er bare å lese om hva som foregikk i det USA-drevne fengselet Abu Grahib. Militære sykepleiere og soldater visste at fanger ble torturert, men de gjorde ingenting, sier Benedict.

Etter 50 år med etterforskning av hva som skjedde under andre verdenskrig, er det ikke funnet noen bevis for at de som nektet å utføre drap, ble skutt, satt i fengsel eller straffet på annet vis.

Susan Benedict fikk spesialtillatelse til å gå igjennom rettsreferatene i München og har samlet og oversatt til engelsk sykepleiernes forklaringer.

– Hvorfor er det gjort så lite forskning på sykepleiernes rolle i forhold til det vi vet om legene?

– Sykepleierne ble ikke sett på som «de ansvarlige». Sykepleie ble da som nå, vurdert å ha lavere status enn legeyrket. Dette er vel i endring ettersom stadig flere sykepleiere tar doktorgrader, forsker og jobber på alle nivåer i helsevesenet, sier Shields.

– Er sykepleiere interessert i å høre om den forskningen dere to har gjort på dette området?

– Ja, det er de. Jeg opplever at de er mest opptatt av å høre om det som skjedde under eutanasiprogrammene. Det henger nok sammen med at det er her sykepleierne utførte drap, sier Benedict.

Hun har selv intervjuet noen av de sykepleierne som jobbet i konsentrasjonsleirene under krigen. Men nå er det ikke så mange gjenlevende.

– Den eneste sykepleieren jeg vet om som fremdeles er i live, lever i Bratislava. Jeg har intervjuet henne to ganger. Hun har også stilt opp i et intervju for BBC. Da jeg sist snakket med henne i 2006, sa hun at dette var siste gang hun ville snakke om disse tingene, sier Benedict.

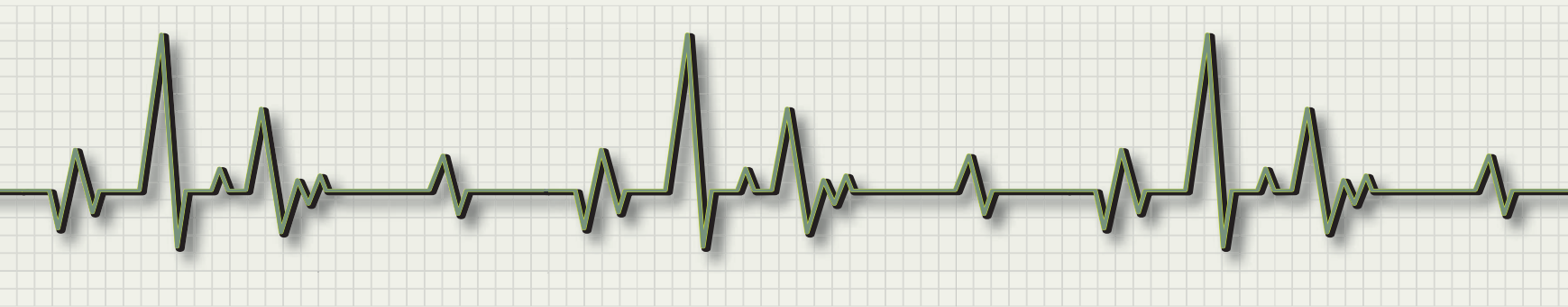
Ingen vet hvor mange sykepleiere som jobbet i konsentrasjonsleirene og som deltok i eutanasiprogrammene.

– Ettersom det foregikk på sykehus, og den største delen av arbeidsstokken er sykepleiere, er det nok mange som var involvert. Alle var nok likevel ikke med på å utføre drap, men visste hva som foregikk, eller bisto andre som utførte handlingen, sier Shields.

Hvordan startet det?

– Så hvordan kunne dette skje? De to sykepleieforskerne mener det er viktig å kunne litt om de politiske og samfunnsmessige strømningene på den tiden.

– Tidlig på 1920-tallet vokste det frem en eugenikkbevegelse. Den hadde mange tilhengere. Blant annet i alle de nordiske landene, USA, England, Australia og selvsagt Tyskland. Denne bevegelsen var en avart av Darwinismen. Opphavsmannen er blant mange regnet å være Francis Galton, Charles Darwins fetter, sier Shields.



Eugenikernes hovedfokus var ikke rase, men å stoppe gener fra fysisk eller psykisk syke å spre seg. Det var bare de friske som skulle få lov til å formere seg. Ut ifra dette ståstedet, forsvarte man å tvangssterilisere personer samfunnet ikke så på som smarte eller sterke nok til å føre sine gener videre. På den måten skulle man unngå at friske gener ble forsolet. USA drev med dette nesten 20 år før Tyskland.

Å tvangssterilisere var Tysklands første skritt mot «å friskmelde det tyske folk». Neste skritt var å avlive handikappede og psykisk syke.

Fra sterilisering til eutanasi

Tankene rundt organisert eutanasi, var diskutert lenge før Hitler kom til makten.

Etter første verdenskrig var dette noe som ble bredt diskutert i både juridiske og medisinske miljøer. Forskningsartikler ble publisert i både amerikanske og europeiske tidsskrifter som støttet dette synet. Tyskland var et fattig land etter krigen og inflasjonen enorm. Folk manglet arbeid og sultet.

I 1935 sa Hitler til dr. Gerhard Wagner at han ville innføre eutanasi så snart krigen startet. Hitler utsatte det tyske folk for massiv propaganda gjennom plakater, filmer og bøker som støttet ideen om «å ende liv som ikke er verdt å leve». Å holde liv i svært syke mennesker ble fremstilt som å gå imot den menneskelige natur.

En plakat som ble flittig vist, var bilde av en frisk og sunn tysker som bar en handikappet person på skuldrene. Teksten til plakaten lød: «Det er du som bærer byrden. En fysisk utviklingshemmet koster rundt 50 000 reichsmarks før han fyller 60.» (se s. 28)

Også skolebøker inneholdt regnestykker hvor man skulle beregne kostnaden ved å ta vare på fysisk og psykisk syke.

– Det er viktig å ha dette med som et bakteppe når man leser om sykepleiernes holdninger og gjerninger på denne tiden, sier Susan Benedict.

– *Var det bare tyskerne som drev uetisk forskning på denne tiden?*

– Nei. Noen av de mest uetiske medisinske eksperimentene på denne tiden var det USA som stod bak. En lege drev eksperimenter hvor han forsket på svarte amerikanere med syfilis. Det ble også gjort det samme i Guatemala, sier Benedict.

– *Er det trender i dagens samfunn som man bør være på vakt over for? Frankrike har for eksempel foreslått å utvise romfolket.*

– All diskriminering som skjer mot spesifikke grupper, er en forløper til at noe slikt kan skje igjen, sier Benedict.

Fra teori til mord

– Hitlers propaganda var effektiv. I det tyske samfunnet var folks holdninger til fysisk og psykisk utviklingshemmede blitt svært negativ. Foreldre følte skam over barn som var deformerte eller tilbakestående, sier Benedict.

Eutanasi-programmet som ble opprettet for å kvitte seg med «uønskede» barn, sies å ha oppstått etter at en far tok kontakt med Hitler. Faren ønsket å få sitt tilbakestående barn drept. Hitler spurte sin



MEDISINSKE EKSPERIMENTER I 1947 ble Herta Oberhauser dømt til 20 års fengsel for å ha utført uetiske eksperimenter på mennesker. Oberhauser var en av flere leger som ble dømt i Nürnberg-tribunalet. Ingen sykepleiere ble dømt, selv om de assisterte ved eksperimentene. De fulgte bare ordre. Foto: Scanpix.

personlige lege om å etterforske saken. Faren fikk sin vilje og barnet ble drept.

I 1936–1937 ble det opprettet en hemmelig komité som skulle registrere arvelige sykdommer. Alle nyfødte som hadde misdannelser skulle registreres. Leger, sykepleiere og jordmødre fikk ordre om å rapportere inn disse sakene til komiteen. To barneleger og en overlege ved en psykiatrisk institusjon skulle avgjøre hvilke barn som fikk leve og hvem som skulle avlives. Beslutningen ble tatt uten at legen traff barna.

Når dommerne hadde fattet sin beslutning, ble barna overført til en av rundt 30 barneavdelinger. Komiteen lovet foreldrene at barna ville få den beste medisinske pleie på institusjonen. Noen foreldre trodde de gjorde det som var best for barnet, og ga barnet fra seg. Andre måtte overtales av familiens lege, eller sykepleiere som dro rundt på familiebesøk.

Noen av barna komiteen hadde bestemt at skulle avlives, ble drept med medisiner ganske raskt etter at de hadde ankommet institusjonen. Andre ble med hensikt sultet i hjel, eller gitt en overdose Luminal (phenobarbital). Stoffet ble blandet i barnas mat hver morgen og kveld til de ble bevisstløse og fikk lungebetennelse. Andre barn igjen fikk injeksjonsblandinger av morfin og scopolamine.

Man regner med at rundt 5 000 barn ble drept under det såkalte barne-eutanasi-programmet.

– Det fantes imidlertid noen som gikk ut og tok avstand fra euta-





nasiprogrammene. En av de mest fremtredende var August von Galen. Han var en katolsk biskop av Münster. Han holdt prekener om det samfunnsmessige lavmål eutanasi-programmene holdt og det hellige ved ethvert liv. Noen steder i litteraturen sies det at Hitler ikke turde å sette ham i konsentrasjonsleir. August von Galen hadde en høy posisjon i den katolske kirken. I tillegg var han av gammel prøyssisk slekt, sier Linda Shields.

Fra barn til psykiatri

– Komiteen kom med et lovforslag i 1939 som de kalte destruksjon av liv som er uverdig å leve. Hitler ønsket å utvide eutanasi-programmet til også å gjelde psykisk syke. Det skulle spare både penger og leger og sykepleieres kapasitet. De tre dommerne fikk flere kolleger. Det nye programmet fikk navnet T4, oppkalt etter kontorlokalene som lå i Tiergartenstrasse 4, i Berlin.

Det ble satt opp seks «drapssentre» i eksisterende psykiatriske sykehus: Grafeneck, Brandenburg, Hartheim, Sonnenstein, Bernburg og Hadamar.

Barne-eutanasi-programmets drapsmetoder var ikke effektive nok når de psykisk syke skulle innlemmes. Dette var en mye større gruppe. For å effektivisere, ble det benyttet gass.

– Pasientene kom til «drapssentrene» i busser fra de lokale sykehusene, ofte fulgt av sykepleiere. De ble møtt av sykepleiere og ført til undersøkelsesrom hvor de gjennomgikk legesjekk, ble målt og tatt bilder av før de ble gasset i hjel i rom som lignet offentlige bad. Vi har et filmklipp som viser en sykepleier som fører en pasient til en slik undersøkelse, sier Benedict.

De fleste pasientene godtok sykepleiernes forklaring om at de skulle dusjes. Innen 1941 var over 70 000 psykiatriske pasienter drept. Senere ble disse «drapssentrene» brukt til å ta livet av utvalgte fanger fra konsentrasjonsleirene.

I 1941 stoppet Hitler de organiserte eutanasi-programmene for voksne. Drapene hadde blitt offentlig kjent og motstand mot programmene kom fra enkeltpersoner og kirkesamfunn. Eutanasi-programmet for barn fortsatte imidlertid uten stopp.

– Selv om det ble satt offisiell stopp i 1941, fortsatte leger og sykepleiere å ta livet av fysisk og psykisk syke voksne. Det var bare gassing som ble stoppet. Leger og sykepleiere brukte i stedet piller, injeksjoner eller sluttet å gi dem mat. Faktum

er at flere pasienter døde etter eutanasi-programmene ble stoppet, enn mens det pågikk, sier Benedict.

Sykepleiernes rolle

Etter at Hitler satte sluttstrek for det offisielle eutanasi-programmet for voksne, endret fremgangsmåten seg slik at pasienten ankom «drapssentrene» midt på natten. Ansatte plukket ut dem som skulle drepes; de som ikke kunne arbeide, de som genererte ekstraarbeid for sykepleierne, døvstumme, alvorlig syke eller pasienter som generelt var urolige og udisiplinerte eller rett og slett irriterende. Etter at de var drept, ble det laget falske dødsattester og likene ble kremert. Familiene ble underrettet og kunne få en urne med deres avdødes aske levert. I virkeligheten inneholdt disse urnene aske fra mange personer som ble kremert samtidig.

Etter krigen ble nesten ingen sykepleiere stilt for retten for forbrytelser mot menneskeheten. Et unntak er rettssaken i München i 1965.

– 14 sykepleiere stod tiltalt sammen med leger de hadde assistert. Bare sju av de fjorten sykepleierne uttrykte skyldfølelse for det de hadde vært med på, sier Benedict.

I den vitenskapelige artikkelen «Nurses' Participation in the Euthanasia Programs of Nazi Germany», har Benedict tatt med følgende fortelling som sier noe om sykepleiernes arbeidsforhold:

Pleiepersonalet ved pediatrik avdeling i Haar ble ledet av over-sykepleier Emma D. og to yngre sykepleiere, Emma L. og Maria S. De ble alle tvunget til å sverge troskap til Hitler sammen med en taushetserklæring hvor de lovet å aldri snakke med noen om hva som foregikk i klinikken. I utgangspunktet trodde sykepleierne at det de var med på var vitenskapelig viktig. De bortrasjonaliserte de høye dødratene. Det var det man kalte kontrollerte tap.

Noen sykepleiere søkte om overføring til andre sykehus fordi de syntes arbeidsoppgavene var urovekkende. Likevel syntes mange det var en nødvendig jobb de gjorde. En barmhjertighetshandling overfor stakkarlige mennesker som led. Sykepleiere som arbeidet i disse klinikkene fikk rundt 80 dollar ekstra i måneden i tillegg til lønnen. Denne ekstra betalingen ble kalt Smutzgeld (skitne penger). Legene kunne få ti ganger så mye. For å få jobben til å virke lettere, ble det holdt samlinger i vinkjelleren for å markere hvert femtiende drap. Da ble det feiret med vin og cider. (Burleigh 1994, s. 104-105)

Forskningsetisk veiskille

Andre verdenskrig regnes som den moderne forskningsetikkens grunnpilar, også innen medisinsk forskning. Bakgrunnen er blant annet de medisinske forsøkene som ble utført på fanger i konsentrasjonsleirene. Det ble et rettsoppgjør i 1947 hvor 23 leger stod tiltalt. I dommen som falt ble det nedfelt en kodeks kalt Nürnbergkodeksen. Den inneholder ti regler som skal forhindre at noe slikt kan skje igjen.

I Dachau ble fanger senket ned i isvann for å teste hvor lang tid

HJELP TIL Å DØ: En elektrisk stol av eldre årgang. I USA hjelper sykepleiere til når dødsdommen settes ut i live. Foto: Colourbox.





Foto: Coloutbox

det tok før de døde. De som overlevde, ble testet på hvordan de kunne varmes opp igjen. Resultatene fra disse forsøkene er ansett som grunnleggende behandling av nedkjølte pasienter. Bruken av resultatene er et stort etisk dilemma; hvordan skal man forholde seg til forskning som er utført på et slikt vis? Hvis kunnskapen er verdifull, skal man da overse den? spør Sigrid Skavli i en artikkel publisert i fagbladet Forskningsetikk.

– Hva vet vi at sykepleierne hjalp til med i konsentrasjonsleirene?

– Vi vet at de hjalp til under steriliseringsprogrammene i Ravensbrück, Auschwitz og noen andre steder. De deltok i Josef Mengeles tvillingprosjekter i Auschwitz og Birkenau. Noen SS-sykepleiere ved Ravensbrück deltok i forsøk med polske kvinner som det ble utført amputasjoner og ortopedisk kirurgi på. Ellers var det i eutanasiprogrammene at sykepleiere deltok mest aktivt og direkte var med på å drepe, sier Benedict og Shields.

Foregår det fremdeles?

– Gjøres det uetisk forskning i dag?

– Dette er et veldig komplisert spørsmål. Sykepleiere gjør mye forskning i dag hvor informerte samtykke er viktig. Hele ideen om informert samtykke vokste ut av Nürnbergprosessene, og handlingene til dem som stod for retten der. Australia er i ferd med å ta fatt på en lovgivningsdebatt om frivillig eutanasi og assistert selvmord. Jeg tror sykepleiere trenger å bli informert om hva som skjedde i nazitiden slik at de kan gjøre balanserte vurderinger om hvor de står i saken, sier Shields.

– Jeg er enig med Linda. Belgia og Nederland har også lover på dette området som man bør følge med på, sier Benedict.

Det finnes flere eksempler på uetisk forskning. I mange tilfeller har det gått lang tid før det er oppdaget. De ansvarlige blir sjelden stilt for retten. Her er noen eksempler:

1. oktober i år beklaget Hillary Clinton og helseminister Kathleen Sebelius at flere tusen friske mennesker fra Guatemala bevisst ble infisert med kjønnssykdommer for å teste ut virkningen av penicillin. Forsøkene skjedde årene 1946–1948.

Fra 1932 til 1972 ble 399 fargede arbeidere i USA plukket ut til å delta i et forskningsprosjekt. Målet var å observere det naturlige forløpet til ubehandlet syfilis. Prosjektledelsen, United States

Public Health Service, gikk aktivt inn for å hindre at mennene fikk behandling for sykdommen. Da amerikanske aviser skrev om saken i 1972, ble forsøket stoppet. Men det var ikke før i 1997 at president Bill Clinton offentlig beklaget det som hadde skjedd.

Den amerikanske regjeringen utførte hemmelige strålingseksperimenter på mennesker fra 1944 til 1974. Plutonium ble sprøytet inn i sykehuspasienter, radioaktive kornprodukter ble gitt til utviklingshemmet ungdom, fanger og soldater fikk sine testikler gjennomstrålt og kreftpasienter ble utsatt for såkalt «total kroppsstråling». Forsøkene ble rettferdiggjort ut ifra argumenter om at også disse gruppene burde bidra i forsvaret av landet.

I Norge ble det nedsatt en komité som skulle granske påstander

« Bare sju av de fjorten sykepleierne uttrykte skyldfølelse for det de hadde vært med på. Susan Benedict, professor og sykepleierhistoriker

om at det foregikk uetisk medisinsk forskning med LSD, elektroder og radioaktiv stråling på mennesker i perioden 1945–75. I 2003 forelå rapporten og den konkluderte med at påstandene ikke kunne bekreftes.

I 1975 anbefalte Verdens legeförening opprettelse av uavhengige forskningsetiske komiteer som skulle vurdere all medisinsk forskning som gjøres på og med mennesker. Dette ble gjort i Norge.

Det er også påstått at norske myndigheter hadde et intimt samarbeid med tyske nazileger tidlig på 1970-tallet. Målet var å utvikle norske dekompresjonstabeller. Norske myndigheter innledet og utviklet samarbeid med Institutt for Flymedisin i Bad Godesberg i Tyskland. Lederen for instituttet var dr. Siegfried Ruff. Under andre verdenskrig var han en sentral skikkelse og nazilege. Han og hans kolleger arbeidet med forsøk som kunne ha betydning for å redde piloter. For å se hvor ekstreme påkjenninger kroppen kunne tåle ble det brukt fanger, og over 80 døde som følge av skader de tyske naziforskerne påførte forsøksobjektene sine.



Velger bort Downs

I Danmark begynte man i 2004 å tilby alle gravide undersøkelser som ville finne ut om det ufødte barnet hadde Downs syndrom. Antallet barn født med Downs syndrom ble halvert det første året, fra 61 til 32.

Bedre tilbud om prenatal diagnos-

tikk har ført til færre levendefødte med Downs syndrom.

I en artikkel Legetidsskriftet publiserte i mars i år, er ikke tallene fra Danmark spesielle. Engelske forskere har studert utviklingen i antall levendefødte med Downs syndrom i pe-

rioden 1989–2008. Hos kvinner med prenatal diagnose, lå andelen som valgte svangerskapsavbrudd stabilt rundt 92 prosent. I Norge anbefales prenatal diagnostikk på indikasjon. Også her i landet er det nedgang i andelen levendefødte barn med

Downs syndrom, selv om vi er blant de landene der andelen er høyest. Som i England vil det i Norge fortsatt være mange affiserte svangerskap der diagnosen ikke blir stilt prenatalt eller der foreldrene ikke velger svangerskapsavbrudd.



Kan det skje igjen, at sykepleiere dreper?

Nå har vi kunnskap fra sykepleieforskere som utfordrer oss til å ta ansvar for en historie der sykepleiere hadde sentrale roller i systematisk tortur og drap.

Tekst **Marie Aakre**, Rådet for sykepleieetikk



MARIE AAKRE Leder
Rådet for sykepleieetikk.

Jeg har likt å tro at sykepleiens historie representerer det gode, rette og rettferdige. Men vår historie er ikke bare vakker. Sykepleiere hadde sentrale roller i systematisk tortur og drap blant annet i de såkalte eutanasiprogrammene i Nazi-Tyskland. De mest sårbare, utviklingshemmede og syke barn, psykisk syke og etter hvert også voksne ble med tvang og lidelsesfulle metoder avlivet, og det er klart at sykepleiere hadde helt sentrale roller i Holocaust.

Den tyske sykepleiehistoriker Hilde Steppe begrunner denne forskningen med en moralsk forpliktelse til ikke å glemme hva som faktisk skjedde overfor millioner av ofre. Hvis vi sykepleiere tar ansvar for denne del av historien, skriver hun, kan vi bli mer sensitive for fremtiden, med øyne og ører åpne for all urettferdighet.

Hvordan kan vi forstå at sykepleiere ble aktive deltagere som faktisk drepte mer enn 10 000 personer i nazistisk virksomhet? Var det tvang fra diktatorisk styresett? Var det frykten for represalier? Var det deres eget menneskesyn eller egne ambisjoner? Var det sykeplei-

som en gjerning av barmhjertighet». De ble ikke tvunget til dette, men en av dem sier «det har tyngt min samvittighet» og forklarer sin deltagelse med at hun ikke hadde god nok tid til å reflektere over hva hun gjorde. Det var for travelt til å se hva som faktisk skjedde.

Ettertanker og mulig læring

Vi har etter denne tid fått både internasjonale og nasjonale etiske og juridiske føringer for god sykepleiepraksis, nettopp begrunnet med historiens skremmende erfaringer. Men holder det? Kan sykepleiere fortsatt involveres i slike former for umoralsk forskning og praksis?

Sykepleiens grunnlag er i vår tid formulert på følgende måte: Grunnlaget for all sykepleie skal være respekt for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene og være kunnskapsbasert.

Hva skal til for at sykepleiens etikk-kodeks skal overvinne alle destruktive og krenkende krav og fristelser? Hva skal til for at sykepleiens grunnlag skal styre våre viktigste valg i praksis? Det etterlyses en tydelig sammenheng mellom lovverk, yrkesetikk og personlig etikk.

Underordnet, lojal og barmhjertig, er det fortsatt nært opp til vår rolleidentitet? Er vi sykepleiere lett å lede både i forskning og klinikk? Deltar vi i oppgaver uten å gjennomreflektere hva vi holder på med? Det ser ut til å være skremmende lette å etablere meningsbærende resonnement for hva som er til gagn for den andre.

Jeg tror vårt viktigste svar ligger i hverdagskulturen og refleksjonsarbeidet. Derfor er tilgjengelig og tilstedeværende sykepleieledelse så avgjørende viktig. Hvor ofte reflekterer sykepleiere i praksis over hva vi forstår med respekt for liv, og hva preger vår tenkning om å skjerme det enkeltes menneskets iboende verdighet? Hver uke møter jeg sykepleiere som sier de aldri reflekterer over barmhjertighet i sin praksis. Begrepet er fortsatt helt sentralt for profesjonell altruistisk sykepleiepraksis, men jeg merker stadig mangel på refleksjon over hva begrepet faktisk innebærer.

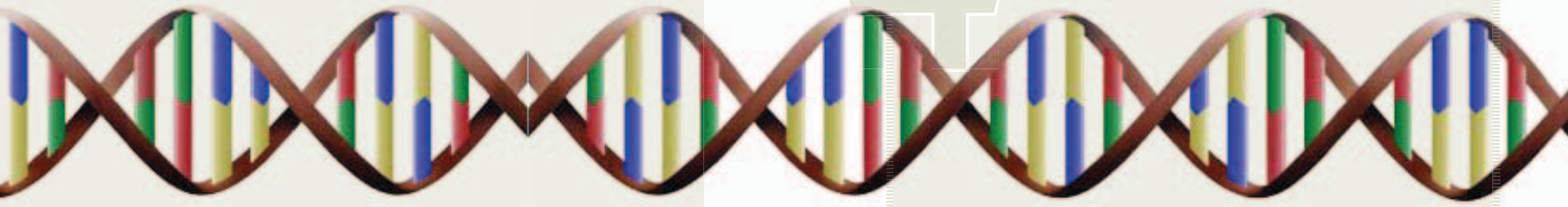
« Hver uke møter jeg sykepleiere som sier de aldri reflekterer over barmhjertighet i sin praksis.

ernes underlegne lydighet og systemlojalitet? Var det manglende ansvarsbevissthet, etisk skjønn og moralsk dømmekraft? Kunne dette ha skjedd nå?

Inntrykkene og spørsmålene er mange. Fortellingene om sykepleiernes egne motiv under rettsakene bekrefter vel egentlig alle typer motiv. Flere benekter trusler fra overmakten eller frykt for sanksjoner. Noen hadde utviklet en tenkning om at uheldelig syke skulle bli løst fra sine lidelser. De hadde i sin praksis vært vitne til sterke inntrykk og mye lidelse, og en sier «jeg så det ikke som drap, men

4 om etikk

Tekst Kari Anne Dolonen



Reflektert praksis fremmer moralsk praksis, og det er gledelig at det nå arbeides mye i norske kommuner for å styrke og vedlikeholde etisk refleksjon både i sykehjem og hjemmetjenester. Det samme burde forsterkes alle steder der sykepleie utøves. Jeg finner det betimelig å stille spørsmålet ved om refleksjonsarbeid skal være frivillig og opp til den enkelte leder eller ansatte. Har vi ikke nok sterke begrunnelser i vår historie for å spørre om det er tillatt å tilby seg inn i sårbare menneskers liv uten å reflektere over egen innflytelse? Refleksjonsarbeidet skal nettopp styrke den sensitive årvåkenhet som er nødvendig for å skjerme andre menneskers liv og verdighet. Det er fortsatt etisk å melde fra, noe vi gjør altfor lite. Åpenhet om våre valg, tilbakemeldingskulturer og læringssamtaler er verktøy som kontinuerlig må løftes frem.

Oppgjør og forsoning

Tydlig, modig og stolt sykepleie er livsviktig. Sykepleiere ble ikke aktet som ansvarlige for egne handlinger i store deler av vår mørke historie, og ble derfor ikke stilt til ansvar. Noen av oss husker Nürnbergprosessen der legene ble ansvarliggjort. Med den kunnskap vi nå har om sykepleiernes roller gir dette et ubehag. I flere saker vi har arbeidet med i Rådet for sykepleietikk i det siste har heller ikke sykepleiere blitt ansvarliggjort, selv om de har stått alene i livsviktige oppgaver uten å handle moralsk. Det er gode grunner til å se på systemene da moralsk stress kan gjøre mye med ansatte, men vi må også tåle å bære ansvar for egen praksis.

«Den som ikke lærer av historien er dømt til å gjenta den», sa Elie Wiezel.

Vi må våge å spørre om noe lignende kunne skjedd nå, om ikke i samme omfang, men allikevel? Ondskap i pleiekulturer er dessverre stadig en realitet, og vi har igjen fått bekreftet at vi alle kan bli et redskap for å gjøre ondt. Kunne noen av oss delta i eutanasi-program nå? Ville sykepleiere stå til disposisjon for sorteringsprogram av handikappede barn nå? Kanskje bør vår nye kunnskap om sykepleieres uetiske praksis erkjennes og beklages offentlig og åpent. Det er identitetstruende og belastende for verdens sykepleiere at våre kolleger faktisk har drept svært mange. Ville det bety noe for vår yrkesidentitet, stolthet og samfunnets tillit at ledende sykepleiere ga uttrykk for avstand fra denne type sykepleiepraksis?

Etikkarbeidets betydning er igjen bekreftet, og vi ser hvor farlig det er å la verdiene være tause i møte med menneskers avmakt og sårbare liv. Vi har stadig behov for å styrke vår menneskerettighetsforståelse. Lovverk og etiske føringer lover mer enn vi holder.

Når presset blir for stort i praksis er det dessverre ikke profesjonsetikken, men våre egne følelser og verdier som vinner. Det ser ut til at de som har utviklet en sterk etisk sensitivitet og dømmekraft opplever det moralske stresset særlig belastende. Moralsk stress er helsefarlig for både pasienter og ansatte, og opplevelsen av moralsk forfall bør alltid gi grunn til bekymring. Men vår moralske uro er også vårt håp. Sammen skal vi gjøre alt vi kan for å skjerme pasienters liv og verdighet alle steder der sykepleie utøves! ■■■

Er det etisk problematisk når det oppdages Downs syndrom og foreldrene ønsker senabort?



Jacob Hølen, sekretariatsleder Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM):

Dette er åpenbart en vanskelig og kompleks etisk problemstilling og en situasjon der både foreldre og helsepersonell stilles overfor kompliserte etiske vurderinger. NEMs kompetanseområde er forskningsetikk så denne saken faller utenfor vårt kjerneområde. Spørsmålet belyser likevel dilemmaer som vi faglig er opptatt av. Enten det gjelder en alvorlig syk pasient som får et tilbud om deltakelse i et risikabelt og belastende forskningsprosjekt (med mulighet for terapeutisk effekt), eller om det gjelder noen som må ta et vanskelig klinisk valg som her, så er det i begge tilfeller essensielt med saklig informasjon som presenteres på en forståelig måte for dem som skal ta valget. Det må fremkomme at uavhengig av valget, så vil man få den oppfølging man har krav på. Helsepersonell har et betydelig ansvar i å formidle relevant kunnskap om alternativer og konsekvenser av valget og i å gi støtte når valget er tatt. Målet må være at den som skal ta et vanskelig valg skal være i stand til å basere dette på et best mulig grunnlag.



Liv Arum, nestleder i Bioteknologinemnda:

De etiske diskusjonene knyttet til abort før og etter 12. uke blir enda vanskeligere ved at muligheten for å påvise ulike utviklingsavvik blir stadig bedre, stadig tidligere i svangerskapet. Jeg tror alle som kommer i en situasjon der de tilbys en senabort, har vært gjennom mange avveininger og vanskelig valg. Kriterier for å få abort i Norge etter 12 uke, er at det er påvist en alvorlig tilstand hos fosteret, i utgangspunktet alvorlige tilstander som er dødelige ved fødselen eller tidlig i livet. Det problematiske er at vurderingen av hvilke tilstander som kvalifiserer til abort, er i stadig utvikling. Det har lenge vært akseptert at påvisning av Downs syndrom er abortgrunn og det er jo en diagnose som mange lever godt med lenge. Mange mener at praktiseringen av Downs syndrom som abortgrunn er uheldig fordi det vil endre vår holdning til mennesker som er utviklingshemmet og gjøre vårt samfunn mindre inkluderende for alle som er litt annerledes. Noe som også er i konflikt med formålsparagrafen i Lov om humanmedisinsk bruk av bioteknologi.



Eva Sommerseth, leder av Jordmorforbundet i NSF:

Dette spørsmålet er ikke behandlet i Jordmorforbundet NSF. På generelt grunnlag har vi som jordmødre respekt for foreldrenes valg og vår oppgave blir å gi dem støtte og omsorg i en svært krevende situasjon.



Torunn Janbu, president i Legeforeningen:

Dette er en vurdering som foreldrene må ha rett til å ta og respekteres for etter å ha fått god informasjon.

Der ute

Les mer om:

- 38 Utdanner seg «hjemme» i Lakselv ›
- 41 Europa kutter i velferd ›
- 42 Ungdom er min greie ›
- 46 En ventil i Oslo ›



sykepleien.no

- › I fag- og forskningsarkivet finner du cirka 600 artikler på nett.



DER UTE LAKSELV

Porsanger kommune har redusert antallet ufaglærte med over 80 prosent. Og Benjamin kan være mer med moren sin.

Utdanner seg «hjemme»

Fra mange til ingen ufaglærte

- › Porsanger kommune hadde mange ufaglærte, og bestemte seg for å ta grep.
- › I 2006 startet hjelpepleierutdanning med 25 elever, 19 fra Lakselv.
- › I 2008 kom desentralisert sykepleierutdanning. 108 søkte hvorav 42 fikk plass. Nå er det 35 igjen.
- › Deltidsstudentene kommer fra hele Finnmark. 11 av fylkets 19 kommuner er representert. 10 av studentene er fra Lakselv.
- › Det ble opprettet en vikarpool hvor sykepleiere ble ansatt i hele stillinger. Det er alltid fravær, slik at sykepengerefusjonen dekker seks vikarstillinger.
- › Videreutdanning i eldreomsorg/aldring samt i smerte/smertelindring er startet. Det planlegges også videreutdanning innen rusomsorg.

Mamma, se! Jeg tygger som en kanin!

Benjamin (4) smatter høylutt og gliser freidig. Han og moren, sykepleierstudent Christina Masternes Korslund (25), er samlet rundt fiskebollene. Gradestokken viser -11, klokka er halv fem og Lakselv er godt innpakket i mørke denne novembermandagen.

Korslund har hentet sønnen i barnehagen etter endt skoledag. Om tre timer kommer teatervennene på møte i stua hennes. De skal forberede en julerevy.

Hun er glad. Hadde det ikke vært for at Porsanger kommune startet desentralisert sykepleierutdanning, hadde hun vært i Oslo nå for å ta deltidsutdanning. Tilværelsen som alenemor hadde vært mer komplisert og utdanningen hadde blitt mye dyrere, siden studentene selv må betale kostnader forbundet med reise og opphold på lærestedet. Ikke hadde hun fått danset swing og line-dance like mye heller.

Lærer samisk

Nå får Korslund i stedet en utdanning med lokal tilpasning av pensumet. Samtidig får hun samiskkurs hver gang det også er undervisning på sykepleierutdanningen, det vil si en uke i måneden. Hun er født og oppvokst i Lakselv, men har ikke lært seg samisk før.

– Jeg praktiserer litt med Benjamin som lærer samisk i barnehagen, og med samiske pasienter jeg treffer i

hjemmesykepleien, hvor jeg er vikar i halv stilling.

– Du kan ikke samisk! Jeg kan, korrigerer Benjamin og viser hvor gammel han er blitt etter at han nettopp hadde bursdag:

– Okta, guokte, golbma, njeallje.

Samtidig forsøker han å få fire fingre med. Men de vil liksom ikke lystre helt når de så lenge har øvd på å vise tre.

Heltidsstillinger til alle

Etter at Porsanger kommune tok grep (se faktaboks), har overtiden gått ned og kommunen har sju til åtte søkere til hver sykepleierstilling. Så mange hadde de ikke før. Antallet ufaglærte i kommunen er redusert med 80 prosent. I dag er det bare to ufaglærte igjen i kommunens helse-tjenester. Slik blir det til de to går av med pensjon om to år.

– Deres realkompetanse er verdi-full, og vi kan ikke erstatte den på annen måte, påpeker Vera Meyer, lederen for kommunens forebyggende tjenester.

Alle studentene er lovet fulle stillinger når de er ferdige i 2012, hvis de ønsker det.

– Hvordan skal dere klare det?

– Vi snuser litt på Måsøy-modellen. Der går de 12 timers vakter i én uke og har to uker fri, sier Meyer.

– Oljeturnus? Det liker vel ikke fagforeningene?

– Lokalt er sykepleierne faktisk positive, men tillitsvalgte har ikke uttalt seg ennå. Måsøy fikk mange



SAMMEN TIL HVERDAGS: Med desentralisert sykepleierutdanning blir det mer tid til familie- og hverdagsliv for Christina Masternes Korslund og sønnen Benjamin.

søkere da de startet med det, sier Meyer.

Koster kommunen lite

Det var trebarnsmor og hjelpepleier med psykiatriutdanning, Gølin Myrmel, som først fikk ballen til å rulle for kommunens sykepleierutdanning. Hun hadde kommet inn på sykepleierutdanningen i Hammerfest, men innså at å være ukependler i tre år ikke ville være forenlig med hus, familie og bankens krav. Da Vera Meyer spurte hva som skulle til for at hun ville utdanne seg til sykepleier, svarte hun:

– Få utdanningen hit til Lakselv.

Dermed startet arbeidet for Meyers del. Høgskolen i Finnmark,

«Som hjelpepleier nådde jeg ikke alltid frem med mine synspunkter.»

Christina Masternes Korslund, deltids sykepleierstudent

avdeling helsefag (i Hammerfest) godkjente etter hvert planene og sender lærerkrefter til Lakselv til de ukelange samlingene en gang i måneden. Lærerne følger også opp studentene i praksis tettere nå enn de gjorde før. I tillegg drives utdanningen av kompetanseløftmidler fra Finnmark fylkeskommune (husleie og utstyr) og Sametinget (eksterne forelesere som tilpasser pensumet samisk kultur).

– Det eneste dette har kostet

kommunen er sengetøyet til demonstrasjonsrom-undervisningen og vikarbruken når studentene må ha permisjon for å ta eksamen. Pluss prosjektlederstillingen som Gro Johnsen har, sier Vera Meyer.

Gevinsten er økt kompetanse

Gølin Myrmel og kullingene hennes har akkurat kommet tilbake fra ti ukers praksis. Hun synes det var hardt økonomisk, siden lånet bare gir 5 000 kroner i måneden. Helst





SAMHANDLINGSDISKUSJON: Diskuter hvordan samhandlingsreformen vil påvirke din kommune, er beskjeden fra læreren på den desentraliserte sykepleierutdanningen. Foran fra venstre: Gølin Myrmel, Christina Masternes Korslund og Kine Mikalsen.

ville hun hatt lønn i praksisperioden slik helsefagarbeiderne får. Når hun ikke er i praksis, jobber hun 80 prosent ved siden av studiene for å få økonomien til å gå rundt.

Ikke blir det så mye mer å rutte med når hun er ferdig utdannet heller:

– Med 5–6 000 kroner mer i månedslønn og 200 000 i studielån etter endt utdanning, lønner det seg ikke økonomisk for meg å ta en sykepleierutdanning, men gevinsten ligger i å øke sin egen kompetanse.

kroner i året, andre har fått permisjon med lønn. Lakselvstudentene får ikke noe.

– Kommunens bidrag til lakselvstudentene er at vi fikk utdanningen hit, sier Vera Meyer.

Desentraliserte studenter blir

Høyskoleadministrasjonen i Hammerfest har også en desentralisert utdanning gående i Kirkenes. Til neste år startet det sannsynligvis en i Alta også. Tidligere har det vært en i Kautokeino. Tallene viser at 93 pro-

på heltidsstudiet og de fleste har erfaring fra helsesektoren. De er ivrige til å prøve ut i praksis det de lærer her, skryter lærer Kari-Ann Wærås.

Samisk tilpasning

Sykepleier og prosjektleder Gro Johnsen er den som har det daglige ansvaret for å tilrettelegge sykepleierutdanningen i Lakselv. Hun har brukt mye tid på å få eksterne foredragsholdere som kan inkludere samiske perspektiver i sine foredrag. Nå i tredje studieår kommer flere ulike foredragsholdere fra blant annet undervisningssykehjemmet i Karasjok, Senter for samisk helseforskning, Samisk nasjonalt kompetansesenter og Sjøsamisk kompetansesenter. I uke 49 skal de lære om tradisjonell samisk medisin.

Men et par av de samiske studentene fra Karasjok savner samisk faglitteratur og ønsker seg forelesninger på morsmålet sitt.

– Vi bruker lengre tid på å forstå, siden vi må oversette i hodet først. Egentlig ønsker vi oss en sykepleierutdanning på samisk, sier Marit-Anne Gaup og Karen-Inga Gaup.

De har begge blitt brukt som tolker

«Egentlig ønsker vi oss en sykepleierutdanning på samisk.»

Marit-Anne Gaup og Karen-Inga Gaup

Dessuten får hun mer å stille opp med i profesjonskampen mellom helsefagarbeidere og sykepleiere.

– Som hjelpepleier nådde jeg ikke alltid frem med mine synspunkter, det var alltid sykepleierne eller legene som bestemte, og det var kamp om sykepleieroppgavene.

Kommunenes stipendordninger varierer. Noen studenter har fått 20 000

sent av de som har tatt desentralisert utdanning har blitt igjen i Finnmark, mens tilsvarende tall for dem som tok heltidsstudiet på Høgskolen i Hammerfest er 85 prosent.

Studentene i Lakselv får også gode skussmål fra foredragsholderne.

– De er aktive, meddelsomme, diskuterer livlig og deler sine erfaringer. Gjennomsnittsalderen er høyere enn

når de har vært ute i praksis, uten å få betaling, slik de har rett på dersom de har registrert seg som tolk.

Tirsdag

Det har blitt tirsdags morgen klokka halv ni og Christina Masternes Korslund står i gangen og gjør Benjamin klar til å møte kuldegradene.

«Vi snuser litt på Måsøy-modellen: 12 timers vakter, og to uker fri.»

Vera Meyer, Porsanger kommune

– Det er bra du får tjukk jakke på deg så du holder varmen.

– Det er ikke tjukk jakke, det er boblejakke!

Han tar på støvlene selv.

– Oi, det ble visst feil fot?

– Nei, det er riktig!

Han går ut med skuldrene heist oppunder ørene og skotuppene pekende ut til hver sin side. I bilen forteller moren at han kom inn til henne i natt.

– Nei. Det gjorde jeg ikke!

– Joho. Du lå ved siden av meg med rompa i været.

– Hæ? Med rompa i været?

Benjamin gliser igjen. Klar for en ny dag i barnehagen. Kvart over tre skal han bli med mamma på samiskkurs. ■■■

Tekst og foto Eivor Hofstad



SATTE I GANG: Vera Meyer (til høyre) fikk i gang den desentraliserte sykepleierutdanningen i Lakselv, mens Gro Johnsen sørger for å gi studiet en lokal tilrettelegging med fokus på samisk kultur.

Bentap starter i 30 års alderen

Floradix® Kalsium-Magnesium Kalsium + Magnesium + Sink

Naturlig kosttilskudd med essensielle mineraler for sterkere ben og tenner

- Magnesium, sink og vitamin D sikrer riktig levering og absorpsjon av kalsium
- Synergerende base av urter og fruktjuicer gir en balansert pH og lett fordøyelse
- Sikker ved langvarig bruk
- Maksimum absorpsjon, flytende med lett opptagbar kalsiumglukonat og laktat
- Ideell dosering, tilfredsstillende som kosttilskudd
- Fri for bly, fargestoffer, pesticider og konserveringsmidler

Floradix® Kalsium-Magnesium kjøpes hos Rema 1000, helsekostforretninger og enkelte apotek.

REMA 1000



ditt naturlige valg.
NATUR
import

Markedsføres i Norge av Natur-Import AS
Tlf. 23 37 37 40 • post@naturimport.no • www.naturimport.no



Foto: Scampix. Design: Ahr

Ukjent terreng?

Vi kan veilede deg slik at du føler deg tryggere og i stand til å mestre endringene i livet enten du er kreftsyk eller pårørende.

- › Hva skjer med følelser og familieliv?
- › Hva kan de praktiske, økonomiske og juridiske virkningene bli?
- › Hva skjer etter behandlingen eller hvis den ikke virker?

Kreftlinjen har 25 års erfaring og bred kompetanse innen kreftomsorg. Hos oss treffer du sykepleiere, sosionomer og jurister som kan lytte, forstå og gi svar. Alle har taushetsplikt.

Ring 800 57338 (800 KREFT) eller se www.kreftlinjen.no



Sammen skaper vi håp

DER UTE TYSKLAND

Tysk trend kan også gjelde i Norge, tror Fafo-forsker.

Fagorganiserte sparkes sjeldnere

Tyske fagorganiserte er mindre utsatt for å miste jobben enn uorganiserte arbeidskolleger, viser en studie av L. Goerke og M. Pannenberg, omtalt på forskning.no.

Resultatet forklares med at fagorganiserte har flere ressurser å dra veksler på når de står i fare for å miste jobben, og at det derfor er mer kostbart å si dem opp.

Fafo-forsker Torgeir Aarvaag Stokke mener dette også kan gjelde for Norge, og peker på at uorganiserte ofte ikke har tilgang på gratis juridisk eksperthjelp som fagforeningene tilbyr.

Gjelder særlig kvinner

Risikoen for å miste jobben i løpet av ett år er 3,6 prosent for uorganiserte og 1,3 prosent for organiserte. Forskjellen mellom de to gruppene kan delvis forklares med ulikheter i alder, ansiennitet og størrelse på arbeidsplassen. Men korrigert for slike faktorer gjensto 50 prosent av forskjellen, noe forskerne mener bare kan forklares med om arbeidstakerne var organisert eller ikke.

180 000. De fleste av disse endte uten dom, det vil si med forlik.

Slike saker kan påføre arbeidsgivere store kostnader, blant annet til slutt-pakker. Frykten for økte kostnader kan gjøre at arbeidsgivere vegrer seg mot å si opp fagforeningsmedlemmer.

Høy organisasjonsgrad i Norge

Forskningsleder Torgeir Aarvaag Stokke ved Fafo kjenner ingen lignende studier fra Norge, men sier at han regner med at resultatene er gyldige også her til lands. Effekten er kjent og forsterkes under kriser.

– Dette er en av grunnene til at organisasjonsgraden går opp i dårlige tider, sier Stokke.

Ifølge den siste offentlige utredningen på området, var andelen fagorganiserte i Norge på 52 prosent i 2007, noe som er høyt sammenlignet med store deler av Europa. En så høy andel kan forklares med mange ulike faktorer, og flere enn de rent økonomiske. De nordiske landene er med en høy organisasjonsgrad unntakene i Europa.

– Fagforeningene i store deler av

«Det er ikke noe organisasjonsvennlig klima i Europa.»

Effekten gjaldt begge kjønn, men var mer markert for kvinner enn for menn.

Frykter kostnader

I 2007 ble om lag 200 000 omstridte oppsigelser i Tyskland avgjort i retten. Tilsvarende tall for 2008 var

Europa har blitt gradvis svakere helt siden 1980-tallet. Det er ikke noe organisasjonsvennlig klima. Arbeidsgiverne er opptatt av helt andre ting enn en sterk forhandlingsmotpart, sier Stokke til forskning.no. ■■

Tekst **Eivor Hofstad**

Nå samles store deler av fagbevegelsen i Europa bak fanene, mot kutt i velferd og pensjoner.

Protesterer mot kutt

Fagbevegelsen står igjen på barrikadene. I Frankrike og Hellas står den i spissen for demonstrasjonene. I Storbritannia setter den preg på partipolitikken. I mange andre land rundt om i verden er det også fagbevegelsen som fronter demokrati og rettferdig fordeling.

Økt mobilisering

Mange ser den internasjonale fagbevegelsen som det siste håp for global rettferdighet, omfordeling og bekjempelse av fattigdom. Men har den virkelig slik kraft og tyngde?

Det er blant temaene i statsviter Liv Tørres si bok «Bak fanene».

– I kjølvannet av finanskrisen sliter fagbevegelsen i mange land rundt om i verden. Men samtidig opplever vi økt mobilisering og radikaliserings

og dermed arbeidsmarkeder, er delt opp på en rekke land, vanskeliggjør bruken av fagbevegelsens tradisjonelle verktøy og pressmidler.

I mange land, spesielt i sør, befinner flesteparten av arbeidstakerne seg i såkalt uformell, uregistrert virksomhet uten beskyttelse av lov- og avtaleverk, en lønn å leve av, sosialt sikkerhetsnett eller pensjoner og trygdeordninger.

– En sterk internasjonal fagbevegelse krever at de nasjonale er sterke. Vi må med andre ord fortsatt bidra til dem som sliter mest der ute. Styrken kan langt på vei måles fra styrken til det svakeste ledd, sier Tørres.

Lett blir det ikke

Verden har forandret seg mye de siste tiårene. Og endringene vil skje enda raskere de neste. Med millioner av

av økt konkurranse om adgang til ressurser, vil dette kunne redusere spredningen av demokrati.

– Det er bare den internasjonale fagbevegelse som kan møte disse utfordringene, mener Tørres.

– Fagbevegelsen representerer den eneste demokratiske internasjonale

massebevegelsen. Den har organisasjonsapparat. Den har 170 millioner medlemmer, og da er ikke Kina regnet med. Og ikke minst har den tro på at det nytter å tro på at den kan få det til. Lett blir det ikke, sier Liv Tørres. ■■■

Tekst Bjørn Arild Østby

«Fagbevegelsen er eneste demokratiske internasjonale massebevegelse.» Liv Tørres

av fagbevegelsen som svar på kuttene i offentlig velferd, sier Liv Tørres.

Statsviteren tror dette bare er starten på en internasjonal mobilisering, og at norsk fagbevegelse nå må løfte blikket og ta sin del av ansvaret.

Utfordringer

Selv om vi nå er vitne til økt mobilisering og radikaliserings, står fagbevegelsen overfor en rekke utfordringer internasjonalt. Bevegelsen har mistet medlemmer en rekke steder. Et globalisert næringsliv der produksjon,

mennesker på vei inn til verdens storbyer på jakt etter arbeid og levebrød vil presset på og forventningene til sosiale bevegelser og fagbevegelsen i løpet av få år eksplodere. I 2040 regner man med at to av tre verdensborger lever i byer. Videre har de flernasjonale selskapene fått økt makt på bekostning av de nasjonale regjeringer. Kapitalkreftene har allerede sprengt nasjonalstatens rammer og opptrer fritt på et uregulert verdensmarked. Koblet med spenninger mellom nasjonalstater på grunn



 **Kommunetorget.no**
–for planlegging av rusarbeid i kommunene

Nettstedet Kommunetorget.no skal bidra til at ansatte i kommunene, lokalpolitikere og brukere får mer kompetanse om planlegging og iverksetting av rusforebyggende og behandlingsrelatert arbeid

Kommunetorget.no gir innblikk i:

- kommunale plantyper generelt og rusrelaterte planer spesielt
- brukermedvirkning
- prosesshjelpemidler og planverktøy
- praksiseksempler til hjelp i planarbeidet
- spørsmål og svar omkring planlegging av rusarbeid

 **KoRus-Nord**
Kompetansesenter rus, Nord-Norge
Rus og spesialpsykiatrisk klinikk, UNN

 **Helsedirektoratet**



Borghild «Goggi» Sæter

Alder: 61 år

Yrke: Helsesøster og lærer

Jobber: Ulsrud videregående skole, Oslo

Ungdom er min greie

– Jeg når fram til dem, og det gjør meg veldig glad.

Jeg liker best å være i klasserommet og undervise. Jeg liker å stå der. Det bor en skuespiller i enhver lærer.

Klassen jeg er kontaktlærer for er en fin gjeng på 19 elever. De går første året på videregående skole, på Helse- og sosialfag. Min jobb er å gi dem grunnleggende kunnskaper om yrket, helsefremmende arbeid, kommunikasjon og samhandling.

Jeg jobbet ti år som sykepleier før jeg tok pedagogikk og ble lærer i 1983. Siden har jeg videreutdannet meg til helsesøster og jobbet et par år som det. Da jobbet jeg med forebyggende arbeid blant barn og ungdom. Det har mange paralleller til arbeidet som lærer.

Overfor elevene mine skal jeg være leder, veileder, kunnskapsformidler og omsorgsperson. Det er mange roller som skal fylles. Jeg skal skape trivsel i klassen og gi dem glede over læring. Jeg gir mye ros. Ved skolestart er det viktigste å skape trygghet og arbeidsro i klassen. Uro godtas ikke; eleven får klar melding om at dette er manglende respekt for medelever og lærer.

Tidligere var det en grense på 15 elever i en yrkesfagklasse. Den er borte, og klassene blir større. Med stykkprisfinansieringen vi har i Oslo blir det økonomien som styrer, ikke hva som gagner eleven. Mange av elevene har store behov for ekstra hjelp, og av og til føler jeg at jeg verken har ressurser eller kompetanse til å gi dem den oppfølgingen de fortjener. I de verste tilfellene føler jeg vi tar fra elevene verdigheten. Når jeg i tillegg til undervisningen har fagmøter, ansvarsgruppemøter, midtveissamtaler, elevsamtaler og elevtjenestemøter som skal dokumenteres, så tar dette mye tid på bekostning av min oppgave i klasserommet.

Jeg prøver å bruke humor. Det liker elevene. Når jeg, en dame på 61 år, sier «ungdom skal ha mest mulig sex, og best mulig sex», da ler de. Jeg forteller også om personlige erfaringer fra da jeg selv var ung. Om da jeg selv ble utsatt for hersketeknikker, og hva det gjør med selvbilde. Slikt husker elevene. Og så bruker jeg mye kroppsspråk. Jeg visualiserer.

Jeg kommuniserer best med ungdom. Det er min greie. Jeg når fram til dem, og det gjør meg veldig glad. Uansett hvor slitsomt skoleåret har vært, så er det alltid verdt det når våren kommer. Når jeg ser at de i løpet av året har lært noe om respekt for eget liv, da vet jeg at de også får respekt for andres liv. Og når de har tilegnet seg denne grunnleggende egenskapen, finner de alltid veien videre. Respekt for egne følelser er ikke noe fag, men noe alle lærere kan undervise i. Det er den beste hjelpen man kan gi ungdom.

I det store og det hele skal jeg gi dem et grunnlag som gjør dem i stand til å ta et valg: Er det dette de vil drive med? ■■■

Fortalt til Marte Skaara Foto Stig Weston



Hvordan reagerer dine tenner på bakterieangrep?

Tennene våre er utsatt for daglige angrep fra bakterier. Heldigvis blir de beskyttet av enzymene i spyttet vårt, men dessverre er det ikke alltid nok til å holde problemene på avstand.

zendium er en tannkrem som både er mild og effektiv. Mild fordi den inneholder et skånsomt skummiddel og ingen sterke smaksstoffer. Og effektiv fordi den inneholder enzymer som styrker spyttets enzymforsvar og gir tennene mer å stå imot med.

Så kan bakteriene bare komme.

MEST ANBEFALT
AV NORSKE
TANNLEGER



STYRKER MUNNENS NATURLIGE FORSVAR





FØDT PÅ LOKALSYKEHUS:

Jordmor Anette Thomas-Krain konstaterer at navlen er i orden på Thiago, som er seks dager gammel. Født litt for tidlig, så han og mamma Rutilene Vebenstad blir på avdelingen til de er sikre på at vekten er bra.

8. november går livet sin gang på fødeavdelingen i Kristiansund. Den har 440 fødsler i året. I mars fikk de vite at avdelingen skal legges ned. De fødende må i så fall til Molde.

Thiago kom fort.

Vi ville ikke nådd Molde, sier Vebenstad, som har fått sitt fjerde og siste barn.

10. november vedtar Helse Midt-Norge å konsekvensutrede føde- og akutttilbudet. Men personalet er like bekymret.

Jordmor Thomas-Krain har liten tro på at en utredning endrer situasjonen.

– Dette er en prosess som har vart i fem år. Usikkerheten gjør de ansatte slitne.

Thomas-Krain, som er tysk, har opplevd nedleggelse av fødeavdelinger både i Tyskland og Sveits.

– Så jeg kjenner igjen mønsteret i Europa, sier hun.

Tekst og foto Marit Fonn

– Hvordan forholder vi oss til et par der vi får lyst å riste ham og støtte henne, spør oppsøkende fagteam veilederen sin i dag.

Trenger en ventil

Tiårsjubileum

- › Dette oppsøkende fagteamet er et av landets eldste.
- › Siden 2000 har teamet hjulpet psykisk syke mennesker til å bo i egne leiligheter.
- › Det er totalt 22 leiligheter.
- › Tre personer utgjør teamet som jobber alle hverdager på dagtid.
- › Det siste året har de hatt fem innleggelse til institusjon. Siden starten har 15 flyttet til høyere omsorgsnivå, 13 til lavere og to er døde.
- › Hver 14. dag har teamet veiledningsmøter.

Det tegner til å bli nok en våt og kald oktoberdag i Oslo. Veileder og psykiatrisk sykepleier Liv Bech Johannessen går hastig på vei til dagens første veiledningsmøte. Hun ringer på ei dørklokke i ei blokk og går inn. Der benker hun seg rundt et bord med to fra oppsøkende fagteam i en bydel i Oslo: Aktivtør Kari Haugerud og ergoterapeut Kurt Olsen, begge med videreutdanning i psykiatri. Olsen også innen rus.

Mindre institusjonsbruk

– Veiledningsmøtene gjør at vi får lufta ut litt. Vi får hjelp reint faglig, og veilederen evner å se det hele utenfra. Når man forholder seg til et kjempeparanoid menneske hver dag i flere måneder, er det ikke alltid så lett å se hvorfor dialogen ofte går i stå, forklarer Olsen.

Både Haugerud og Olsen mener det er den lange psykiatrierfaringen til veilederen som er viktig. Ikke sykepleiertittelen. Hjemmesykepleien tar seg av medisinerer.

Fagteamet hjelper til sammen 22 mennesker til å bo i hver sin leilighet. Alle har en psykiatrisk diagnose som kan variere fra depresjon og angst til personlighetsforstyrrelse og paranoid schizofreni. Ingen har dobbeltdiagnoser med rus, de har kommunen andre tilbud til.

Alle har en gang i løpet av livet vært innlagt på institusjon, men med dette botilbudet sier mange selv at det er første gang de har klart å bo så lenge uten å legges inn.

Destruktivt parforhold

Når kaffekoppene er fulle, begynner veiledningsmøtet, slik det har gjort hver 14. dag det siste året. Teamet bestemmer selv hva de ønsker å snakke om.

I dag vil de diskutere to av sine beboere. Sykepleien har anonymisert personene blant annet ved å endre detaljer i historien:

Et parforhold har over noen år utviklet seg i en destruktiv spiral, der han utnytter henne økonomisk og misbruker alkohol. Han er slem med henne og de slåss. Det er ofte husbråk hvor politi blir tilkalt. Da flytter han ut, men han kommer alltid tilbake og hun tar alltid imot ham igjen.

– Vi får sympati med den ene og ønsker å riste den andre. Det er et ujevnt forhold. Hun blir redd og fortvila, og han blir større og større i kjeften. Hvordan forholder vi oss til dette og hva kan endre seg, spør Olsen.

Nye spørsmål

Han får nye spørsmål til svar:

– Er de jevngamle? Hva har de felles? Har de noe nettverk? Drikket hun også? Hvem starter slåsskampene?

Haugerud og Olsen svarer på alt og litt til. De synes det er vanskelig å vite hva de skal støtte beboerne på.

– Ofte blir det slik at vi snakker til ham, men hun er jo der hun også, og ønsker at vi skal støtte henne, sier Olsen.

– Hva sier han når han prater?
– At han skal flytte nordover, sier Olsen.

– Han er vanskelig å snakke med. Han snakker ofte på andre språk, opplyser Haugerud.

– Er det psykotisk preik eller fyllepreik?

– Fyllepreik.

– Han ser bakover hele tida, supplerer Olsen og legger til:

– Kanskje er det best at han flytter. Da har vi en jobb å gjøre. Hvordan skal vi forholde oss til dem? spør han igjen og blir på ny konfrontert med et spørsmål: – Hva er bra med ham da?

Det blir stille. Så sier Olsen:

– Hun synes det er bra å ha fått en mann i huset.

– Men hva er bra ved ham – hvilke ressurser og kvaliteter har han?

– Et sted langt inni seg har han en liten kunstner. Han kom til byen med noe annet. Han ville male. Uten alkohol. Han var tidligere narkoman.

– Men han har altså klart seg uten narkotikaen? Det er sterkt å ha så sterk vilje.

– Ja, men han har erstattet det med mye alkohol, til tider klarer han ikke å stå opp, sier Olsen.

– Hun sier at hun må gjøre alt. Han orker ikke gjøre noe, sier Haugerud.

– Det er vanskelig å få tak på ham, sier Olsen.

– Hvordan da?

– Han svarer ikke på konkrete spørsmål. Han viker unna med en fleip eller en utenlandsk frase eller noe som har tilhold i en annen tid.

– Hvorfor vil han flytte?

Haugerud svarer mens Olsen henter mer kaffe og fyller koppene på ny.



Problemene har eskalert

Diskusjonen går videre om hvor lenge paret kan fortsette å bo sammen med alle klagene fra naboene om husbråk. De forplikter seg ikke til noe spesielt når de får en leilighet, det er bare en vanlig leiekontrakt. Haugerud og Olsen frykter at hun får smellen ved at hun kan bli kastet ut hvis hun får en skikkelig klage. Hun henger allerede i en tynn tråd etter tidligere liknende forhold.

– Bor hun på for lavt omsorgsnivå?
– Vi har snakka om det, sier Haugerud.

– Samtidig klarer hun seg bra på mange måter. Hun har vært dårlig i mange år, men er på mange måter ei vettug jente. Hun har klart å bo her lenge, derfor skurrer det litt med høyere omsorgsnivå, sier Olsen.

Begge ringer mye til teamet. De ber om noe, de klager ikke bare sin nød.
– Hva er dere for dem? Stabilitet – litt mor og far?

– Ja.

Olsen sier problemene har eskalert. Tidligere var det bare enkelt-episoder. Nå er det hele tiden.

– Kommer de hit?

– Nei.

Teamet har fellestid en time hver dag for alle beboere som ønsker litt sosial omgang eller har noe å spørre de ansatte om. Der får de kjøpe en kopp kaffe for to kroner.

Hjelp til grensesetting

– Hun har mange liknende erfaringer med menn, sier dere?

– Ja, derfor har vi jobbet mye med grensesetting. Vi har vært med henne når hun skal si nei.

– Hvordan kan dere finne noe som kan erstatte ensomheten hennes? Hva liker hun? Hva er ressursene hennes? Hva vil hun?

– At han skal flytte.

– Hvis det var én ting man skulle jobbe med for å lindre de situasjonene som bygger seg opp, hva skulle det være?

– Kanskje hvis vi hadde klart å skille dem litt, foreslår Olsen.

– Ja, vi kunne gitt dem noen fristunder hver for seg, sier Haugerud.

– Vi kunne banka på den døra og gitt litt annet påfyll, så de hadde noe annet å snakke om når de kommer inn igjen, supplerer Olsen.

– Ja, vi blir alltid tatt imot. Vi er ønsket, sier Haugerud.

Små skritt

Timen er over og Johannessen summer opp:

– Slagplanen blir da å få dem ut av huset. De store tingene skjer ikke. Det er noe med å ta de små skrittene. Dere bør kanskje ikke foreslå å gå en tur allerede første gang.

Olsen vil mer:

– Men hva gjør man med gamle ektepar som er gått lei og bare kjeffer? Det var jo bra en gang, men de får det neppe bra nå...

– Nei, det er en kjempelang prosess, medgir Johannessen og peker på at man må sortere hvilke små ting man skal gripe fatt i.

– De har i hvert fall nok av tid, sier Haugerud.

– Vi kan kanskje vri det litte grann, sier Olsen.

– Da tror jeg det var så langt vi kom i dag – dere vrir det litt?

– Det var uansett bra å få litt innspill utenfra, mener Haugerud. ■■■

VENTILFUNKSJON: Oppsøkende fagteam i en bydel i Oslo synes veiledningsmøtene hjelper til med utluftningen. Fra venstre: Veileder og psykiatrisk sykepleier Liv Bech Johannessen, aktivitør Kari Haugerud og ergoterapeut Kurt Olsen.

«Hva er dere for dem? Stabilitet – litt mor og far?»

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

Når han blir stor skal han
ha verdens viktigste jobb.
Ikke la han være alene om jobben.

Gi en minehund til jul.

Minehunder er uvurderlige i Norsk
Folkehjelps arbeid med å fjerne miner.
En liten valp kan i fremtiden redde flere
tusen menneskeliv, og derfor er det et
stort behov for å utdanne flere hunder.

Kjøper du en minehund
som symbolsk julegave
i år, kan flere valper
komme i trening.



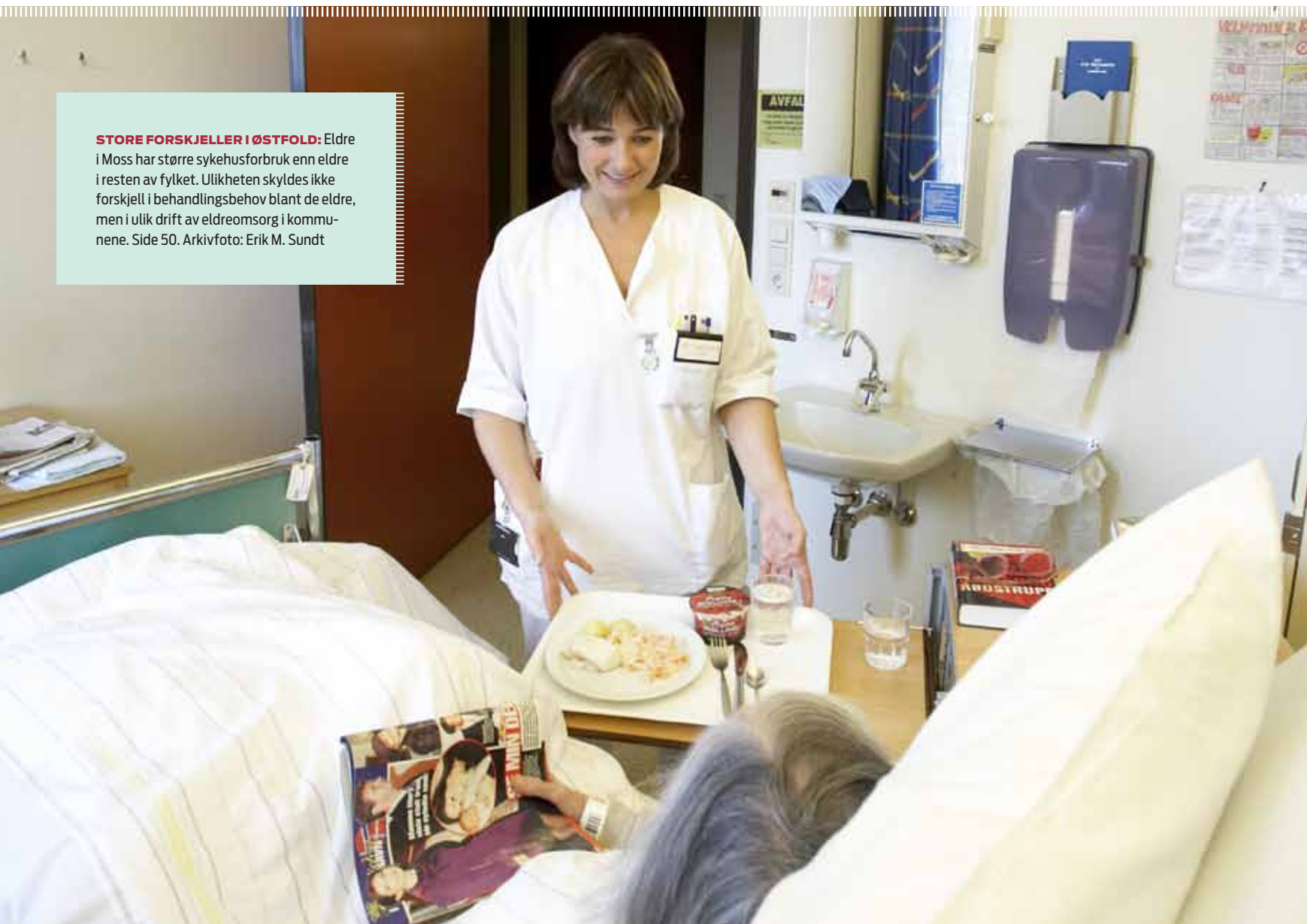
Symbolskegaver.no



Norsk Folkehjelp

Fag & bøøker

STORE FORSKJELLER I ØSTFOLD: Eldre i Moss har større sykehusforbruk enn eldre i resten av fylket. Ulikheten skyldes ikke forskjell i behandlingsbehov blant de eldre, men i ulik drift av eldreomsorg i kommunene. Side 50. Arkivfoto: Erik M. Sundt



3 om sykepleie

Anbefalt av Eli Gunnhild By, fylkesleder, Norsk Sykepleierforbund

PATRICIA BENNER MFL.
Å utdanne sykepleiere
Dokumenterer et betydelig gap mellom utdanningens innhold og de krav som stilles til dagens sykepleieyrke.



ANCC
The Magnet Modell Components and Sources of Evidence

Et lite hefte om kvalitetsindikatorer utgitt av American Nurses Credentialing Center. Et helhetlig system for kvalitet i helsetjenesten som skal øke pasientsikkerheten.



HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET
Fremtidens helsetjeneste: Trygghet for alle

Sammendrag av høringsgrunnlag for Nasjonal helse- og omsorgsplan. Dette bør alle sykepleiere lese, alle har mulighet til å delta i netthøringen og på den måten påvirke utformingen av fremtidens helsetjeneste.





Trond Birkestrand, prosjektleder Samhandling og kommunikasjon, Sykehuset Østfold



Hans Knut Otterstad, Norsk institutt for omsorgstjenester

Store forskjeller i eldres bruk av sykehus

Denne undersøkelsen viser at det er betydelige forskjeller mellom sykehusforbruket til eldre pasienter i de fem kommuneregionene i Østfold.

Dette gjelder både for hele eldrepopulasjonen og i særlig grad for den undergruppen som defineres som overliggere (utskrivningsklare). Forskjellene skyldes ikke ulike behov for sykehusbehandling blant de eldre, men ulike måter å drifte geriatri og eldreomsorg på.

I dag diskuterer man en samhandlingsmodell for de to behandlingsnivåene i helsetjenesten, og økonomiske virkemidler synes å være svaret på de store forskjellene mellom kommunenes forbruk av spesialisthelsetjenester. Våre data viser at slike variasjoner ikke kan skyldes forskjeller i behov for behandling. Vi mener derfor det er behov for en faglig systemrevisjon som må inkludere en analyse av både innleggelses- og utskrivingspraksis for pasienter fra hver enkelt kommune

Pasientstrømsmodell

Vi baserer oss på en enkel pasientstrømsmodell som gir mulighet for konstruktive forenklinger og økt forståelse. Den viser det typiske forløpet til en eldre pasient som får en akutt og behandlingstrengende somatisk sykdom. Sykehus og kommunehelsetjeneste har et delt ansvar for behandling og pleie av eldre pasienter – uklarheter om faglige retningslinjer eller

behandlingsansvar kan resultere i svært ulikt forbruk av det høyeste nivået i helsetjenesten:

1. *stadium*. Lege tilkalles og konstaterer at pasienten ikke kan behandles og pleies hjemme. Akuttplass i sykehjem vil kunne være førstevalget, men i majoriteten av norske sykehjem er kapasiteten meget begrenset, og sykehjemmet vil som regel ikke kunne ta imot øyeblikkelig hjelp. I tillegg er det i mange kommuner de siste 20 årene bygget opp et byråkratisk system i pleie- og omsorgstjenesten bygget på bestiller-/utførermodellen. Den krever oftest et formelt møte i et tildelingsutvalg. Denne arbeidsformen er ikke tilpasset en øyeblikkelig hjelpesituasjon. Legene er derfor mer eller mindre tvunget til å legge inn pasienten i sykehus som øyeblikkelig hjelp. I mange tilfelle er dette også faglig riktig, men vel og merke ikke alltid, fordi det kan dreie seg om «øyeblikkelig pleie». Pasienten må derfor legges inn i spesialisthelsetjenesten på grunn av mangelfull tilbud på førstelinjenivå.

2. *stadium*. Pasienten behandles på sykehus, men de fleste akuttavdelinger er meget presset, jevnfør den langvarige diskusjonen om korridorpasienter. Med krav til økonomistyring og korte ventelister blir derfor sykehusoppholdet kortvarig for

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

Søkeord:

- ▶ Eldre
- ▶ Geriatri
- ▶ Sykehjem
- ▶ Sykehus





nesten samtlige pasienter – også for eldre med multipatologi, det vil si kun fem–sju døgn.

3. *stadium*. Pasienten må utskrives så raskt som mulig og defineres som utskrivingsklar. Der hvor det fortsatt er pleiebehov må imidlertid sykehuset sørge for at hjemkommunens helse-tjeneste overtar. Dette er greit når det gjelder den medisinske behandling, for nå har tilnærmet alle pasienter i Norge en fast-lege. Men på pleiesiden er det køer i en del kommuner, spesielt når det gjelder sykehjemstilbud. Alternativet er at pasienten kan behandles i egen bolig av hjemmetjenesten, men det er ofte vanskelig å skaffe ressurser (personell) for å gjennomføre tilstrekkelig pleie i hjemmet. Tilgjengeligheten til denne tjenesten (hjemmebasert omsorg) blir derfor tilsvarende begrenset for den utskrivingsklare pasienten.

4. *stadium*. Kommunene og sykehuset har innført et gjensidig meldesystem slik at kommunene skal ha mulighet til å forberede mottak av pasient fra sykehus, og sykehuset får nødvendige opplysninger fra kommunene ved innleggelse. Dette sørger for at pasientstrømmen mellom forvaltningsnivåene opprettholdes. Imidlertid er det slik at kommunene ikke alltid tar imot alle pasienter til avtalt tid. Sykehuset har derfor et system som re-

gistrerer antall pasienter som ligger over utskrivningsklar dato og antall dager som går før pasienten blir utskrevet. Disse pasientene betegnes som overliggere. I Østfold faktureres fortsatt hvert overliggerdøgn med kr. 1600 etter ti dager. Overliggerne viser at dagens samhandlingsprosedyrer ikke fungerer optimalt.

Metode

Alle østfoldkommunene unntatt Rømskog er inndelt geografisk i fem regioner, og deres forbruk av sykehusbehandling kan følges både på region- og kommunenivå. På årsbasis kan det også tas ut aldersspesifikke forbruksrater. I denne undersøkelsen har vi – ved hjelp av sammenlignbare data fra 2007 og 2008 – tatt for

OVERLIGGERE: Gode rutiner og samhandling må til for å unngå at eldre med pleiebehov blir liggende på sykehus å vente på sykehjemsplass. Arkivfoto: Stig Weston

Dagens systemer og praksis er ikke gode nok.

oss forbruket av sykehusbehandling for aldersgruppen 80 år og eldre, som er den mest krevende når det gjelder samhandling. I Østfold i 2008 tilhørte i underkant av 13.000 personer aldersgruppen 80 år og eldre. Denne gruppen er storforbrukere av helsetjenester, og utfordrende i kraft av høy syke- og dødelighet.



Andel av befolkningen	Andel av innleggelser i sykehus	Prosent av liggedagene	Prosent av overliggendager som «utskrivningsklare pasienter i sykehus»
4,8	15,0	20,7	55,3

TABELL 1. Aldersgruppen 80 år og eldre andeler av befolkningens størrelse og forbruk av sykehustjenester beregnet som prosentandeler. Østfold 2007.

KOMMUNEREGIONER	Innleggelser pr. 100 innbyggere 80 år + pr. år		Liggedager pr. 100 innbyggere 80 år + pr. år	
	Antall	% av fylkesgjennomsnitt	Antall	% av fylkesgjennomsnitt
Halden	40,2	72	264,5	74
Indre Østfold	56,6	101	355,6	100
Fredrikstad	56,6	101	344,7	97
Sarpsborg	57,7	103	370,2	104
Moss	64,3	115	423,6	119
Østfold	56,1	100	356,4	100

TABELL 2. Sykehusforbruket i aldersgruppen 80 år og eldre i de fem kommuneregionene. Antall innleggelser og liggedager i aldersgruppen 80 år og eldre. 2007.

KOMMUNEREGIONER	Innleggelser pr. 100 innbyggere 80 år + pr. år		Liggedager pr. 100 innbyggere 80 år + pr. år	
	Antall	% av fylkesgjennomsnitt	Antall	% av fylkesgjennomsnitt
Halden	10,8	73	55,8	81
Indre Østfold	11,8	80	57,3	83
Fredrikstad	14,2	96	55,4	80
Sarpsborg	14,5	98	61,3	89
Moss	17,0	115	98,1	142
Sykehuset Østfold	14,8	100	69,1	100

TABELL 3. Forekomst av antall overliggere og antall overliggendager i befolkningen som er 80 år og eldre i de fem kommuneregionene i løpet av ett år. Antall og prosent av fylkesgjennomsnittet. 2008

Utgangspunktet for analysen er at det er små forskjeller i behovene for sykehustjenester både på kommune- og regionsnivå, derfor bør det registrerte forbruket ligge tett opp til fylkesgjennomsnittet for både den enkelte kommune og for regionene.

Spørsmålene som besvares i denne undersøkelsen er:

- » Hvor store er forskjellene i forbruk av sykehustjenester, og finnes det noe mønster?
- » Hvilke løsninger skal velges for å korrigere eventuelle avvik fra fylkesgjennomsnittet?

Resultater

1. Eldre er storforbrukere av sykehustjenester.

Tabell 1 gir god bakgrunnsinformasjon når dagens og framtidens utfordringer som aldersgruppen 80 år og eldre representerer skal diskuteres. I sykehusene utgjør geriatriske pasienter rundt en femtedel av liggedagene, og brorparten av den viktige pasientgruppen som får merkelappen «utskrivningsklare». Og i kommunene er denne aldersgruppen en stor majoritet i sykehjem og hjemmesykepleie. Siden det totale behandlingsansvaret er delt mellom to

aktører, er det helt avgjørende at samarbeidet fungerer best mulig slik at pasientstrømmene blir effektive. Dette blir dermed en av de største utfordringene for dagens og morgendagens behandlingssystemer.

2. Det er manglende samsvar mellom behov og tjenesteproduksjon for de eldre geriatriske pasientene i Østfold.

Tabell 2 viser tilgjengelighet (innleggelsesfrekvens) og forbruk av sykehusbehandling (sengedøgn) når fylket inndeles i kommuneregioner som tilsvarer det som tidligere ble kalt lokalsykehusområder. Situasjonen viser seg å være spesiell ved at Indre Østfold, Fredrikstad og Sarpsborg utgjorde et fylkesgjennomsnitt, mens Halden lå betydelig lavere og Moss hadde et markert høyere forbruk, både målt som innleggelsesrater og i liggedøgnforbruk. Situasjonen i 2007 var slik at de eldre i Mossregionen faktisk hadde både 60 prosent flere innleggelser og liggedøgn i Sykehuset Østfold (etter den statlige overtakelsen av sykehusene i 2002 er de fem sykehusene slått sammen til en driftsenhet). Dette betyr at det ikke kan være behovene som styrer forbruket. I en faglig kontekst betyr dette at den gjennomsnittlige geriatriske pasient fra Moss har betydelig mindre behandlingsbehov enn en tilsvarende pasient fra Haldenområdet, siden forbruket var hele 60 prosent høyere. Konklusjonen blir derfor at bostedsadresse, og ikke behov, bestemmer sykehusforbruket til de geriatriske pasientene.

3. Forekomsten av utskrivningsklare pasienter er også bestemt av bosted.

Tabell 3 dokumenterer minst like stor variasjonen i forekomsten av overliggere når regionene sammenlignes. Dette gjelder både når man ser på innleggelsesrater og liggedøgn.

Det er flere viktige observasjoner: Eldrebefolkningen i regionene Halden og Indre Østfold hadde rundt 20–25 prosent færre innleggelser og liggedøgn enn fylkesgjennomsnittet. Den samme pasientgruppen fra Mossregionen skilte seg ekstremt ut fra fylkesgjennomsnittet med et «overforbruk» av liggedager på hele 42 prosent. Ifølge denne statistikken hadde overliggere fra Mossregionen hele 76 prosent flere overliggendager enn tilsvarende gruppe fra Haldenregionen.

4. Hver fjerde pasient i aldersgruppen 80 år og eldre ble klassifisert som utskrivningsklar i løpet av sykehusoppholdet. For disse pasientene er bostedsadresse helt avgjørende for størrelsen på denne andelen.

For hele fylket viser statistikken at i gjennomsnitt endte over 25 prosent av denne aldersgruppen opp som overliggere i løpet av sykehusoppholdet. Tallene viser at geriatriske pasienter relativt ofte blir liggende i sykehus etter at utskrivningsklar dato er satt, og dermed definert som utskrivningsklare, kfr. tabell 4. Disse pasientene blir derfor meget viktig ved samhandlingen mellom sykehus og kommuner, og vil i betydelig grad vil påvirke kvaliteten på helsetjenesten for hele denne pasientgruppen.

Som forventet er forskjellene betydelig større på kommunenivået enn de var mellom regionene i Østfold. Når det gjelder forekomsten av overliggere i løpet av et år, toppet Hobøl og Moss statistikken, mens Marker og Aremark lå lavt. Mellom disse ytterpunktene er det en forskjell på rundt 300 prosent, noe som betyr at det er to forskjellige virkeligheter i forhold til sykehusbehandling av eldre innen samme fylke. Ut fra tabell 4 ville en forvente at eldre pasienter fra kommuner med høy innleggelsesfrekvens ville være mindre strengt selektert og dermed ha mindre behov

for sykehusbehandling, og motsatt for kommuner med lav innleggelsesfrekvens. En regresjonsanalyse av tallmaterialet i tabell 4 viser en sterk statistisk sammenheng, idet størrelsen på innleggelsesfrekvensen kan forklare hele 76 prosent av variasjonen i andel som ender opp som utskrivingsklar, og synes dermed å bekrefte denne hypotesen.

Oppsummering og diskusjon

Eldre er en meget viktig brukergruppe både kvantitativt og kvalitativt fordi den stiller særlige krav til samhandlingen mellom de kommunale og statlige helsetjenestene. Denne problematikken er allerede trukket opp på høyt politisk nivå gjennom forslagene som ligger i samhandlingsreformen (1). Mye av løsningen i dette forslaget er basert på økonomiske modeller. Kommunene får ansvaret for de utskrivingsklare pasientene fra første dag (gjennomføres fra 2012). Ressursene til å bygge opp behandlingsapparatet i førstelinjen og øke engasjementet på den forebyggende siden skal overføres fra spesialisthelsetjenesten, og regjeringen vil presisere finansieringsmodellen høsten 2010. Reformen skal følges opp i ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, ny nasjonal helse- og omsorgsplan og ny folkehelselov som sendes ut på høring 1. oktober.

I forhold til overliggere i sykehus har spesifikke økonomiske virkemidler vært regulert i forskrift siden 2002 (2). Betaling fra tiende overliggertid har trolig bidratt til å redusere mengden lange pasientopphold i sykehus, men det har ikke redusert forskjellene mellom kommunene. Grenseskillet mellom de to forvaltningsnivåene er analysert. Én konklusjon er at verktøykassa er mangelfull (3) og at samhandlingen mellom de to nivåene i mange tilfeller var ineffektiv (4). Analyse av data fra Norsk pasientregister om utskrivingsklare pasienter dokumenterer omfang og kvalitative forhold til denne pasientgruppen (5).

Hvorfor er sykehusforbruket til de eldre i noen kommuneregioner, for eksempel i Moss, så mye høyere enn i resten av fylket? Her har forklaringen tidligere i høy grad vært rettet mot dekning og drift av sykehjemssektoren. Statistikken viser imidlertid at bare en mindre andel av aldersgruppen 80 år og eldre behandles i sykehjem, det vil si 12–15 prosent. Derfor må innleggelseskulturen til legene i førstelinjetjenesten og deres bruk av øyeblikkelig hjelpefunksjoner være forklaring på mye av forskjellene. Men det må også være noe ved utskrivingsprosessen i sykehuset og tilgjengeligheten av korttids plasser i pleie- og omsorgstjenestene som bidrar til forskjellene.

Her er den faglige premiss at behovene er relativt like i kommuneregionene. Når det innlegges 15 prosent flere pasienter per år fra kommuneregion Moss vil man derfor postulere at en større andel er «unødvendige innleggelse» og vil raskere bli klassifisert som utskrivingsklare. Dette tyder på at det ikke var grad av behov som styrte pasientstrømmen, men at helt andre forhold ble førende. På den ene siden legenes innleggelsespraksis – som synes å variere sterkt fra kommune til kommune – og på den annen side sykehusets tidligere erfaringer med pleie- og omsorgssektoren i kommunene. Det kan også være at slike meldinger sendes raskere til kommuner der det er større problemer med å få til overføring innen forventet tid (6).

Hovedpoenget som kan trekkes ut av denne undersøkelsen er at samhandling om eldre og pleietrengende pasienter er en stor utfordring. Dagens systemer og praksis er ikke gode nok, og problemet vil trolig ikke løses ved kun å se på økonomi og endret lov- og regelverk, fordi løsninger settes inn på et for sent stadium. Det er også behov for å se på innleggelseskulturen, det vil si legetjenesten i kommunene og samarbeidet mellom kommune- og

KOMMUNER	Antall innleggelse av pasienter aldersgruppen 80 år +, som ble klassifisert som overligger, pr. 100 innb. 80 år og eldre	Andel av innleggelsene for pasienter i aldersgruppen 80 år + som endte opp med overliggerklassifisering, 1 %
Hobøl	19,3	40,6
Moss	19,3	29,1
Skiptvet	17,1	29,2
Hvaler	15,6	30,8
Sarpsborg	15,0	26,8
Rygge	15,0	24,7
Fredrikstad	14,1	25,5
Råde	14,0	23,9
Trøgstad	12,0	19,9
Spydeberg	11,8	18,7
Askim	11,4	18,6
Halden	11,4	28,2
Rakkestad	11,0	19,1
Våler	10,8	23,4
Eidsberg	10,8	23,9
Marker	6,4	14,3
Aremark	2,1	8,7
Østfold	13,8	25,5

TABELL 4. En rangering av innleggelsesfrekvens i sykehus i løpet av ett år for aldersgruppen 80 år og eldre for de som ble klassifisert som utskrivingsklare i løpet av sykehusoppholdet. Prosent av alle innleggelsene i denne aldersgruppen som endte opp med klassifisering som utskrivingsklar. Kommunedata fra Østfold fra 2007.

spesialisthelsetjeneste. Dette handler om riktig dimensjonering og disponering av tjenestetilbudet i kommunehelsetjenesten i stedet for ø-hjelpsinnleggelse i sykehus. En faglig gjennomgang av innleggelsesprofilen for den enkelte kommune, i tillegg til statistikk over overliggere, kan skape et bedre beslutningsgrunnlag for kommunene.

Vi har påvist store forskjeller mellom kommuneregioner. Ved

Det innlegges 15 prosent flere pasienter per år fra kommuneregion Moss.

hjelp av vår pasientstrømmodell og empiriske data fra Østfold har vi også kunnet gi gode forklaringer. Gode rutiner er nødvendig for å gi pasientene et riktig tilbud i kommunehelsetjenesten etter utskrivning fra spesialisthelsetjenesten. Men – dersom man skal få til gode, effektive og helhetlige løsninger, må man også fokusere mer på prosessen forut for sykehusinnleggelsen. Dette er også helt i tråd med intensjonen i st.meld. 47 – Samhandlingsreformen. ■■■

LITTERATUR

1. Stortingsmelding nr. 47. (2008–2009). Helse- og omsorgsdepartementet
2. Helse- og omsorgsdep. Forskrift om kommunal betaling for utskrivingsklare pasienter – iverksettning av endringer i forskriften og endret døgnpris. Rundskriv U-13/2002. Oslo: 2002.
3. Paulsen B, Grimsmo A. Rapport A7877 God vilje – dårlig verktøy. Om samhandling mellom sykehus og kommunale omsorgstjenester ved utskrivninger av omsorgstrengende eldre. Oslo: Sintef Helse og Helsedirektoratet, 2008.
4. Danielsen B, Fjær S. Erfaringer med å overføre syke eldre pasienter fra sykehus til kommune. Sykepleien Forskning 2010; 1: 28–34.
5. Rapport: Utskrivingsklare pasienter – Hvem er de og hvor hører de hjemme? Lovisenberg: Analyse sentret A/S, 2010.
6. Otterstad HK, Sorteberg K. Alvorlig syk – og «utskrivingsklar». Tidsskriftet Sykepleien. 2008; 01: 34–36.

Nei til hpv-vaksine på blå resept

Myndighetene mener det å vaksinere friske jenter ikke kan dekkes av blå reseptordningen. Tekst Nina Hernæs

Tidligere i høst anbefalte Legemiddelverket å tilby jenter på 14, 15 og 16 år hpv-vaksine på blå resept. Helse- og omsorgsdepartementet er ikke enig.

Før debut

Infeksjon med humant papillomavirus (hpv) kan føre til kreft på livmorhalsen. Viruset overføres ved sex, smitter svært lett og lar seg ikke stoppe av kondom. Vaksinen bør settes før seksuell debut.

I Norge ble hpv-vaksinen tatt inn i barnevaksinasjonsprogrammet fra høsten 2009, og tilbys jenter i sjuende klasse. Da er de tolv år. Dette skoleåret får også jenter i åttende tilbudet.

Vaksineprodusentene foreslo at jenter på 14, 15 og 16 år skulle få vaksinen på blå resept. Tanken var

i Helse- og omsorgsdepartementet.

Departementets begrunnelse er at det i den aktuelle befolkningsgruppen ikke foreligger alvorlig sykdom eller risikofaktor for alvorlig sykdom, slik regelverket for blå resept krever.

– Men Legemiddelverket anser det å være jente i den aldersgruppen som en risiko?

– Vi mener at en risiko må være mer konkret enn at de er jenter. Ta for eksempel høyt blodtrykk. Her er det satt en grense for hvilke verdier som antas å øke risikoen for helseproblemer i betydelig grad. Man identifiserer personer med en definert risiko, og medisinerer dem.

Forhindrer sykdom

Seksjonssjef Kristin Helene Svanqvist i Legemiddelverket ser ikke den prinsipielle forskjellen mellom forebyg-

gende behandling mot blodtrykk og hpv-vaksine på gruppenivå.

– Det er bare satt en grense. Vi vet ikke om for eksempel systolisk trykk på 140 hos en tilsynelatende frisk person er en risikofaktor for å utvikle sykdom. Men vi antar det og medisinerer ut fra et føre var-prinsipp. Derfor mener jeg vi også burde vært føre var når det gjelder jenter og hpv. ■■■

En risiko må være mer konkret enn at de er jenter.

å hente inn de jentene som akkurat faller utenfor barnevaksinasjonsprogrammet. Både Sverige og Danmark har ordninger for å fange opp disse jentene. Norge har det ikke.

Setter grenser

– Vi har gjort en ren juridisk vurdering, sier ekspedisjonssjef Jon-Olav Aspås i Folkehelseavdelingen

Dalacin Pfizer

Antiinfektivum til gynekologisk bruk. ATC-nr.: G01A A10

VAGINALKREM 2%: 1 g inneh.: Clindamycin. phosph. aeqv. clindamycin. 20 mg, sorb. monostear., polysorb. 60, propylenglycol. 50 mg, acid. stearic., alcohol cetostearylic., cetylal., paraffin. liquid., alcohol benzylic. 10 mg, aqua steril. q.s. ad 1 g.

VAGITORIER 100 mg: Hver vagitorie inneh.: Clindamycin. phosph. aeqv. clindamycin. 100 mg, adeps solid. q.s. ad 2,5 g.

Indikasjoner: Bakteriell vaginose.

Dosering: Vaginalkrem: En fylt applikator (5 g) intravaginalt hver kveld i 7 dager. Vagitorier: 1 vagitorie intravaginalt hver kveld i 3 dager.

Kontraindikasjoner: Hypersensitivitet for preparater som inneholder klindamycin, linkomycin eller hardfett (vagitorier).

Forsiktighetsregler: Før eller etter at behandlingen påbegynnes bør det tas laboratorieprøver for å teste på mulige andre infeksjoner som Trichomonas vaginalis, Candida albicans, Chlamydia trachomatis og gonokokkinfeksjoner. Bruk av klindamycin intravaginalt kan gi økt vekst av ikke-følsomme organismer, spesielt sopp. Hvis betydelig eller langvarig diaré inntreffer, må legemidlet seponeres og nødvendig behandling gis. Betydelig diaré som kan opptre mange uker etter avsluttet behandling, skal behandles som om den er antibiotikarelatert. Moderat diaré avtar ved seponering av behandlingen. Samleie frarådes under behandlingen. Latekskondomer og latekspressar kan svekkes i kontakt med innholdsstoffene i preparatene. Tamponger eller intimspray bør ikke anvendes under behandlingen. Sikkerhet og effekt er ikke undersøkt hos kvinner <16 år eller >65 år, gravide, ammende, kvinner med nedsatt nyre- eller leverfunksjon, kvinner med immunsvikt eller kolitt.

Graviditet/Amming: Overgang i placenta: Preparatet anbefales ikke brukt i 1. trimester. Det er vist at bruk av klindamycin vaginalkrem hos gravide i 2. trimester og systemisk tilført klindamycinfosfat i 2. og 3. trimester ikke er assosiert med fosterskader. Vagitoriene kan derfor brukes under 2. og 3. trimester dersom det er et klart behov for det. Overgang i morsmelk: Ukjent. Preparatet bør ikke brukes under amming.

Bivirkninger: Hyppige (>1/100): Urogenitale: Vaginit, lokal irritasjon, vaginal Candidainfeksjon. Mindre hyppige: Gastrointestinale: Diaré, kvalme, forstoppelse, mavesmerter. Hud: Urticaria, pruritus, utslett. Urogenitale: Vaginal utflod, menstruasjonsforstyrrelser, smerter på applikasjonsstedet. Øvrige: Svimmelhet, hodepine, soppinfeksjoner.

Overdosering/Forgiftning: Se Giftnormens anbefalinger for klindamycin J01F F01.

Egenskaper: Klassifisering: Klindamycinfosfat er en vannløselig ester av det semisyntetiske antibiotikum klindamycin. Virkningsmekanisme: Bakteriostatisk eller baktericid effekt ved å hindre bakterienes proteinsyntese. Klindamycin er vist å ha in vitro aktivitet mot følgende bakterier som er assosiert med bakteriell vaginit: Gardnerella vaginalis, Mobiluncus spp., Bacteroides spp., Mycoplasma hominis, Peptostreptococcus spp.

Absorpsjon:

Vaginalkrem: Ca. 4% (varierer mellom 0,6-10%) absorberes systemisk. Vagitorier: Ca. 30% (varierer mellom 6,5-70%).

Oppbevaring og holdbarhet: Skal oppbevares <25°C.

Pakninger og priser: Vaginalkrem: 40 g (tube m/7 engangsapplikatorer) kr 167,20. Vagitorier: 3 stk. kr 191,40.

Sist endret: 27.01.2004

E2010-1542

Pfizer AS - Postboks 3 - 1324 Lysaker

Telefon 67526100 - Telefax 67526192 - www.pfizer.no

Sopp eller bakteriell vaginose?

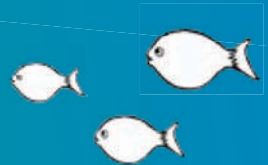
Kjennetegn²:

Soppinfeksjon

- Hvit, grynete utflod som ligner "cottage cheese"
- Sterk kløe, noe sårhet

Bakteriell vaginose

- Tyntflytende, **fiskeluktende utflod**
- Svie og kløe er mindre vanlig



Effektiv lokalbehandling av

bakteriell vaginose på

kun 3 dager¹

med Dalacin Vagitorier





Torill Sæterstrand,
førstelektor, Høgskolen i
Bodø.



Wivi-Ann Tingvoll,
førstelektor, Høgskolen i
Narvik.

Mer samhandling gir bedre kommunehelsetjeneste

Samhandlingsreformen er en desentraliseringsreform som innebærer at sykehusene avlastes gjennom et bedre kommunalt og interkommunalt tilbud.

Samhandlingsreformen har mange muligheter, men det er betydelige utfordringer som må løses før den kan gjennomføres i praksis. Etter at staten overtok ansvaret for sykehusene i 2002 har spesialisthelsetjenesten vokst, mens kommunehelsetjenesten har stagnert. Før 2005 sa man at pasienten var ferdigbehandlet, nå sier vi at pasienten er utskrivningsklar (1). Utskriving fra sykehuset kan først skje når kommunen har tilrettelagt for et videre omsorgstilbud. Dette betyr at pasientene skal viderebehandles i sitt nærmiljø i kommunen.

Holmås m.fl. (2) viser at det er en klar sammenheng mellom kommunens ressursforbruk på pleie- og omsorgstjenester og pasienters liggetid på sykehus. Mangel på kommunalt helse- og omsorgstilbud kan også føre til en lavere terskel for å legge inn pasienter på sykehus. Det taler for at samarbeid og samhandling mellom de to forvaltningsnivåene er nødvendig for å få til gode pasientforløp, og en samfunnsøkonomisk mest mulig effektiv og rasjonell ressursforbruk.

Målet med reformen

Målet med samhandlingsreformen er å flytte en større del av helsetjenesten ut i kommunene. Befolkningen skal kunne få flere spesialiserte helsetjenester i sitt nærmiljø. I dag skrives mange pasienter dessverre ut fra sykehusene uten tilstrekkelig oppfølging. Årsaken til dette er at organisering, samhandling og ressursfordelingen ikke er god nok. Mange av de oppgavene som tidligere var spesialisthelsetjenestens ansvarsområde, vil nå bli overført til kommunene. Dette betyr at samhandlingsreformen får spesielt store konsekvenser for tjenestetilbudet til syke eldre, psykisk syke og kronikere samt for KOLS-, kreft- og diabetespasienter.

Samhandlingsreformen skal iverksettes fra 2012 (3). Et sentralt punkt er at det skal lønne seg å forebygge sykdom i forkant i stedet for å reparere i etterkant. Regjeringen vil satse mer på å unngå at folk blir syke og sørge for at det lønner seg for kommuner og sykehus å samarbeide. (1).

Kommunal medfinansiering

Et vesentlig grep i samhandlingsreformen er å etablere økonomiske insentiver som gjør det lønnsomt for sykehus og kommuner å samhandle på tvers av nivåene. Regjeringen foreslår å gi kommunene et medfinansieringsansvar for pasienter som behandles i sykehus.

Kommunen vil få et økonomisk ansvar som tilsvarer 20 prosent av sykehusets finansiering. Det innebærer at når noen fra kommunen er innlagt til behandling i sykehuset, så må kommunen stå for en femtedel av kostnaden. Altså et insentiv til kommunene for å hindre innleggelse i sykehuset av pasienter som kan behandles i kommunene. Kommunal medfinansiering skal inspirere kommunene til å vurdere egen helseinnsats i et helhetlig faglig og samfunnsøkonomisk perspektiv (3). Faren ved dette kan være at reformen laster ansvaret for å bremse utgiftsveksten i helsetjenesten over på kommunene. Regjeringen vil vurdere flere modeller av denne finansieringsforskyvningen: en generell medfinansiering, en avgrensning knyttet til enkelt diagnoser og en avgrensning knyttet til alder fordi reformen forutsetter at pengene følger pasienten.

To finansieringsmodeller

Samhandlingsreformen støtter seg på to ulike finansieringsmodeller. Enten et kommunalt totalansvar, BEON (beste effektive omsorgsnivå), eller at det opprettes en lokal statlig enhet i kommunen som fatter vedtak ut fra et velutviklet regelverk. Vi mener at det er utfordringer ved begge modellene. For det første vil en lokal, statlig enhet bli byråkratisk, mens et kommunalt totalansvar vil medføre at de kronisk syke, som er særlig kostnadskrevenende i pasientbehandling, atter en gang blir nedprioritert. Regjeringen foreslår ikke en slik omfattende endring, og vi mener dette er en klok beslutning. Reformen er i seg selv er så omfattende at man ennå ikke vet hvor langt man kan gå i overføring av helsetjeneste fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten.

Fast kontaktperson

I reformen heter det «Riktig tiltak på riktig nivå til riktig tid», og dette vil få betydning for hvordan man organiserer tjenestetilbudet rundt den enkelte bruker. I hovedsak bør pasienten behandles i sitt eget hjemmemiljø (4). Det forutsetter at det er en godt organisert tjeneste. Samhandlingsreformen legger opp til at de gruppene som har sammensatte behov for helsetjenester skal ha en fast kontaktperson. Denne koordinatoren eller kontaktpersonen må kunne fungere i henhold til denne intensjonen. Normann (5) påpeker at kommunene må prioritere denne funksjonen, og at en

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

Søkeord:

- ▶ Samhandling
- ▶ Helseøkonomi
- ▶ Politikk
- ▶ Kommunehelsetjeneste





FLERE FAGFOLK: Samhandlingsreformen krever en total styrking av pleie- og omsorgstjenesten i den enkelte kommune. Foto: Scanpix

fast kontaktperson skal være koordinator for pasienten. Vi støtter forbundsleder Normanns kommentarer i Sykepleien nr. 11/2009. Dette krever både ressurser, kompetanse og myndighet hos kontaktpersonen hvis han skal ha mulighet til å fungere tilfredsstillende som binde-ledd mellom de ulike nivåer og tjenester. Denne tenkingen må virkeliggjøre godt forankret i ledelsen i kommunene.

Reformen legger opp til at man må tenke nytt i forhold til organisering av tjenesten og det er tatt til orde for tiltak som sykestuer, observasjonsposter på sykehjem og felles akuttmottak (1). Man har allerede gode erfaringer med intermediære enheter i sykehjem i Norge, dette kommer frem også hos Windspoll (6).

Flere sykepleiere

Innføringen av samhandlingsreformen forutsetter at ansatte har kompetanse som kan møte utfordringene. Flere oppgaver i kommunehelsetjenesten og færre sykehusinnleggelses fordrer et bedre mottakerapparat som krever en styrket legetjeneste (7) En forutsetning for at man skal klare oppgavene i kommunehelsetjenesten er at fastlegen og allmennlegetjenesten integreres på en bedre måte. Dette betyr at allmennlegetjenesten må forankres og integreres bedre. Kommunene svikter allerede i dag. Det må være et samsvar mellom det reformen legger opp til og det som gjøres i kommunene i forhold til i budsjett. Det innebærer store utfordringer å få leger ansatt i sykehjem. Fastlegene er tilgjengelige for dem som kan oppsøke kontoret, men dette fungerer dårlig for sårbare grupper. Det krever et mye tettere samarbeid med sykepleiere og annet personell både i åpen omsorg og i sykehjemmene for å kunne gi befolkning et helhetlig og forsvarlig helsetilbud. Reformen legger opp til å øke antallet fastleger. Dette er nødvendig, men for å kunne gi et helhetlig helsetilbud er det også

behov for økning av andre yrkesgrupper. For å forbedre pasientenes mottakerapparat kreves det mange flere sykepleiere. I tillegg trenger man å styrke den øvrige pleie og omsorgstjenesten i kommunene.

Konklusjon

Skal reformen lykkes med overføringen av oppgaver til kommunehelsetjenesten og færre innleggelses i sykehus, er god forankring i politisk miljø og blant ledere og fagfolk i kommunene og i spesialisthelsetjenesten en forutsetning. Det er spesielt viktig at den politiske ledelsen i kommunene viser tydelige og klare priori-

For å forbedre pasientenes mottakerapparat kreves det mange flere sykepleiere.

teringer i rollen som arbeidsgivere. Et av virkemidlene er å plassere ansvaret for de ulike oppgavene til fast adresser (1). Kommunene har en formidabel utfordring med å bygge opp kompetanse og ressurser for denne nye utviklingen. Reformen innebærer nye rettigheter og større krav til desentralisering, i tillegg til variasjoner i tilbudet lokalt. Man må også tenke på individbaserte løsninger (8) og fagfolk som ansettes må kunne håndtere krevende oppgaver som større satsning på rehabilitering (9).

Små kommuner med få fagfolk krever tett samhandling med andre kommuner for å lykkes. Samhandling med andre kommuner vil samtidig kunne bidra til å støtte opp under små sårbare fagmiljøer. Spesialisthelsetjenesten må være villig til å flytte mer av sin kompetanse ut i kommunene. Det vil si at det må stimuleres til løsninger der kompetansen i sterkere grad følger pasienten. ■■■

LITTERATUR

- Helse- og omsorgsdepartementet. Samhandlingsreformen. St.meld.nr. 47(2008-2009). Oslo: 2009.
- Holmås m.fl (2007) Eldre sykehus pasienter og det kommunale pleie og omsorg- tilbudet. <http://rokk.uib.no/publication/fikes/219-HEBrapport0407.pdf> (lest 25.09.2009)
- Kleppa; M.M. (2009). Samhandlingsreformen: Rett behandling på rett sted – til rett tid
- Tingvoll; W.A. & Sæterstrand, T. (2007). Sykehjemets rolle i fremtidens helsevesen. Tidsskrift for den norske Lægeforening 17/2007; 127:2274-5.
- Normann, L.(2009). Samhandlingsreformen. Fra intensjon til handling. Tidsskriftet Sykepleien 11/2009..
- Windspoll, R.J. (2009). Kan samhandlings- tiltak redusere antallet korridorpatienter? Rapport. Sosial og helsedpt. St.Olavs hospital 1 oktober 2009. www.og.bedre-skal-det.bli.no
- Tingvoll, W.A., Sæterstrand, T. & Fredriksen Dreier, S.T. (2010). Kompetanse i tiltakskjeden – avdelingsleders erfaringer om utskrivninger av eldre pasienter fra sykehus. Vård i Norden nr. 1/2010.Vol 30.ss.29-34.
- Individuelle planer. Veileder til forskrift om individuell plan. IS 1253. Sosial- og helsedirektoratet. 2005. Helse og omsorgsdepartementet St.meld, nr 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen Rett behandling – på rett sted- til rett tid
- Tingvoll; W.A. & Sæterstrand, T. (2008). Sats på rehabilitering. Rehabilitering blir ikke prioritert verken i åpen omsorg eller i sykehjemmene. Tidsskriftet Sykepleien 13/2008;84-85.



Anne-Mette Graubæk
 Aktuell med: Å være pasient
 Yrke: Lektor ved University College Lillebælt,
 sykepleierutdannelsen i Odense
 Bosted: Brørup, Jylland i Danmark



Lær om pasi

Sykepleieren har stor innflytelse på hvordan pasienten hånd

Tekst **Marte Skaara** Foto **Bent Lindal/PhotoCare Vejen**

Pasientologi er kunnskap om hva som skjer med mennesker som rammes av sykdom. Det er et begrep som har sneket seg inn i den danske sykepleierutdanningen de siste årene, men som historisk er lite brukt. I Norge brukes begrepet enda sjeldnere.

Anne-Mette Graubæk mener det er viktig at sykepleierne har kunnskap om hvordan pasientene håndterer sykdom. Derfor har hun samlet fire pasientfortellinger sammen med den nyeste forskningen om emnet i boken «Å være pasient».

– Pasientologien åpner opp øyene våre for det som er vanskelig for pasienten. For eksempel det å være avhengig av hjelp. Ventetid er også vanskelig. For pasientene kan tiden bli uutholdelig. Dette er ting vi gjerne overser, fordi det blir en rutine i hverdagen vår.

Flere sykepleiere og sykepleierstudenter som har lest boka, forteller at det den handler om er noe de allerede visste, men at det først gikk opp for dem da de leste boka. De fikk erfarte kunnskaper underbygget med teori og forskning.

For noen pasienter kan det være så vanskelig å forholde seg til sykdommen, eller å ta imot hjelp, at sykepleierne oppfatter dem som vanskelige. I boka beskrives møtet mellom hjemmesykepleieren Cecilie og pasienten

Alex, en uføretrygdet alkoholiker som lider av hjerteproblemer, diabetes og skinnbeinsår. Alex sin livsførsel provoserer sykepleieren som mener sykdommene er selvforskyldte. Cecilie greier ikke skjule sine følelser ovenfor Alex, og kommer stadig med krenkende bemerkninger.

– *Hvordan kan kunnskap om pasientologi hjelpe sykepleiere med å ta seg av vanskelige pasienter?*

– I møte med disse pasientene er det viktig å opptre profesjonelt. Man må ikke la seg styre av følelsene. Profesjonalitet krever grundig innsikt i mange felt. Både psykologi, sykdomslære, kommunikasjon og samtaleteknikker er viktig. Men man må også være i stand til å se pasienten, og forstå hvordan pasienten opplever det å være syk.

I første kapittel får fire pasienter som lever med alvorlige skader og sykdommer fortelle sin historie.

– Når vi skal skrive vitenskapelig om hvordan det er å være syk, er det viktig at det er pasienten som er omdreiningspunktet. Det er deres historie som er det sentrale.

Men det er ikke lidelseshistorier Graubæk vil formidle. Disse fortellingene handler om menneskers kamp mot sykdom. Morten Honore lever med ryggmargsskade, men definerer seg selv som frisk, ikke som pasient. Helle Høstrup kjempet mot

enten

terer sykdommen.

kreften og vant. Peter Marrot gir opp flukten og møter sykdommen sin ansikt til ansikt. Jytte Nadelmann ble fortalt at hun aldri kom til å kunne snakke, men kjempet seg tilbake til stemmen og livet etter en hjerneblødning.

Graubæk har skrevet boka sammen med åtte andre forfattere. De har samarbeidet nært, og gjennom hele arbeidsprosessen tenkt på boka som en helhet, ikke som enkeltstående kapitler. Det har vært viktig for alle

når pasienten kjemper mot personalet i stedet for med oss? Hva rommer fortellingene sykepleierne får fortalt fra sine pasienter? Hva handler det om når pasienten stenger seg inne og ikke vil snakke med oss?

– Jeg tror hvert av kapitlene kan være med å skape en god faglig diskusjon, både i utdanningsinstitusjonene og på arbeidsplassen.

Det spesielle med sykepleieren er at han med sin kontakt med pasienten over tid, har store muligheter til å hjel-

pe pasienten gjennom sykdommen. Forskningen boka beskriver viser at sykepleieren har stor innflytelse på om pasientens livsmot fremmes eller slukkes.

– For å fremme dette livsmotet må man forstå pasientene sine. Det handler om innsikt.

For Graubæk er det viktig at sykepleieren har kunnskap om pasientologi.

– Når jeg forteller om pasientologi så kjenner sykepleierne det igjen selv om de aldri har hørt begrepet før. Dette er kunnskap sykepleierne bruker i jobben sin hver eneste dag. Pasientologi setter ord på noe man før overså, bare utførte eller hadde en fornemmelse for. ■■■

Boken gir ny innsikt i det å være pasient.

forfatterne å knytte sine kapitler opp mot pasientfortellingene.

– Jeg tror leserne, etter å ha hørt disse pasientene fortelle sin historie, vil se nytten av å lytte til sine egne pasienter. Dermed blir de kanskje også flinkere til å interessere seg for pasientens egen fortolkning av sykdom.

– Hva er målet med boka?

– Det har ikke vært vårt mål å komme med løsninger, men å beskrive de problemene pasientene har. Boken gir ny innsikt i det å være pasient.

– Hvorfor er det så viktig å belyse disse problemene?

– Når vi har et begrep for det, når man har forskningen, da kan man også synliggjøre og drøfte viktige problemstillinger. Hva er det som skjer



Bokbål

BOKBRENNING HAR EN LANG HISTORIE. Nesten alltid har den vært rettfærdiggjort med at bøkens innhold har truet samfunnets verdier, den herskende klasse eller ideologi. Bokbrenning er den ytterste form for sensur.

Da bokbålene flammede under tysk himmel i 1930-årene var det ikke allmuen som tente fyrstikkene. Det var uniformskledde menn og tyske studenter. Akademisk ungdom – som fikk et adrenalin-kick ved å kaste jødisk, kommunistisk og liberal litteratur på bålet. De ble pirret av handlingen og følte de var med på noe stort. En historisk hending. Hvilket det også var. Det var en demonstrasjon, men også et forsøk på å tilintetgjøre noe av vår kulturs historie slik at et nytt arisk Tyskland ikke skulle «smusses» til med utysk litteratur og tanker. Grensene for hva som var utysk var vide. For dem som deltok var det en «renselsesprosess» som ble lagret på film.

Bildene av de unge entusiastiske bålbrannerne, midt i Berlin, tilhører et historisk bildemateriale som er viktig å ta vare på. Slik kan det gå om det liberale samfunnet ikke reagerer. Bokbrenning varmer opp, tenner og holder ved like hat.

Fortsatt brennes bøker på denne måten.

Vi har sett demonstrativ bokbrenning både i USA og Midtøsten denne høsten. Brenning av tanker og bøker kombinert med hat mot andre. Det varer ikke lenge før de som brenner bøker, også brenner mennesker, skrev den tyske jøden Henrich Heine for mer enn to hundre år siden. Han fikk rett i sin visjon.

La oss minne oss om dette igjen og igjen og ha som perspektiv at vår tanke er fri og at den ikke kan skjendes eller brennes av fiender. Når vi holder en bok i hånden, er det et annet menneskes tanker materialisert på cellulose formidlet gjennom ord og språk som blir tilgjengelig for oss.

Nazistene brente blant annet bøkene som Sigrud Undset hadde skrevet. Hennes antinazisme ble ikke tålt. Knut Hamsuns bøker beholdt de imidlertid.

Jeg har begge forfatterne representert i min egen bokhylle. Tankene og historiene de formidler er verdifulle for meg. Jeg håper de aldri blir brent, men vil være der videre og sakte smuldrer bort og slites av hender som har holdt dem i sene kvelder i lese kroken også etter meg.



KH Mygaard



Brita Noorland er anestesisykepleier på Intervensjons-senteret på Rikshospitalet. E-post: noorland@online.no

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

PTSMA

Hvordan kan vi hjelpe mennesker med en ofte genetisk og familiær hjertelidelse som er forbundet med høy dødelighet ubehandlet og udiagnostisert?

HCOM, som står for Hypertrofisk Obstruktiv Cardio Myopati, er en tilstand hvor septum, altså skilleveggen, mellom høyre og venstre ventriklar og atrier er kraftig fortykket. Det forårsaker at hjertets normale pumpekraft, trykkforhold og slagvolum blir endret, særlig i den diastoliske fasen. Denne lidelsen rammer både barn og voksne, og plutselig uventet død blant veltrente idrettsutøvere kan skyldes HCOM.

Symptomer som øker med alderen er angina, dyspnoe ved anstrengelse og hjertebank, svimmelhet og besvimelser. Symptomene manifesterer seg gjerne i trettiårsalderen, og menn har oftere en tidligere og mer progressiv utvikling av sykdommen.

Diagnosen stilles ved hjelp av todimensjonal ultralyd, det vil si ecco, og viser vanligvis en venstre ventrikkelvegg som er tykkere enn 13 millimeter.

Den første behandlingen som gis er som oftest medikamentell, og målet er å redusere de veldig kraftige hjertekontraksjonene. Da brukes blokkere og kalsiumkanalblokkere. Blokkere reduserer hjertets frekvens og forlenger diastolen. Da får hjertet fylt seg bedre, oksygenforbruket minskes og kalsiumkanalblokkerne gjør at hjertemuskelen relaxeres bedre. Det gir bedre fylling og øker toleransen for anstrengelse.

Mindre kompleks behandling

Tidligere, cirka fra 60-tallet, var kirurgi den første behandlingsmåten. Dette var og er en kompleks behandlingsmåte med åpning av brystkassen, bruk av hjertelungemaskin og kirurgisk fjerning av fortykket septum. Via septum forgreiner hjertets ledningsnett seg, og risikoen for rytmeforstyrrelser er derfor i stor grad tilstede ved denne behandlingsformen. Andre kompli-

kasjoner er hull i septum, tromboemboliske hendelser med mer.

Siden 1994 har en mindre invasiv metode blitt utviklet og tatt i bruk mer og mer. Såkalt PTSMA, som står for perkutan transluminal septum myokard ablasjon. Denne prosedyren gir et terapeutisk infarkt i septum som reduserer hypertrofien og trykket i venstre ventrikkel og gjør at volumet øker.

Ved denne prosedyren legger kardiologen først inn en temporær pacemaker via vene i lysken og fortsetter med hjertekateterisering. Det vil si at han via arteria radialis får et kateter til å gå ned via aorta og ned i venstre koronararterie og i den septalgrenen som forsyner den delen av septum som er fortykket. På tuppen av dette kateteret er det en oppblåsbar ballong. Denne blåses opp og okkluderer karet. Dette gjøres med gjennomlysning og kontrast, såkalt angiografi, for å sikre at ikke noe lekker bakover og ut i de andre arteriene som forsyner hjertet med friskt blod. Når riktig posisjon er verifisert, noe som også gjøres ved hjelp av transthorakalt ecco, settes 0,5 til 1,5 ml med 99,6 prosent alkohol inn via dette kateteret. Ballongen holdes oppblåst i cirka 10 minutter før den deflateres etter at det er skylt med saltvann og den trekkes ut. Videre måles trykkforskjellene og kontrast settes på nytt for å se at det ønskede septalkaret er stenoseret.

Ønsket effekt sees umiddelbart og videre under oppholdet i sykehuset blir de vanlige blodprøvene så som ck-MB og troponin målt med faste tidsintervaller noe som også gir et uttrykk for infarktets størrelse.

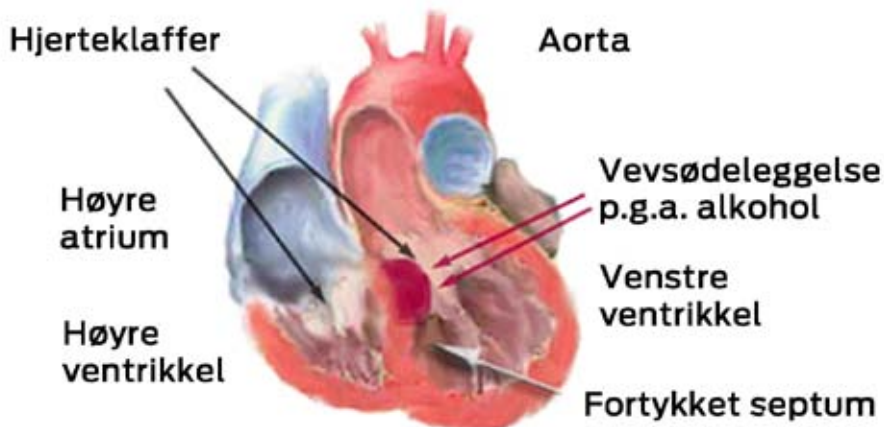
Engstelige pasienter

Anestesisykepleier som deltar ved denne prosedyren, har som oppgave å redusere pasientens engstelse og de kraftige iskemiske smertene som et slikt terapeutisk påført infarkt gir. Dessuten overvåkes vitale parametere så som respirasjon, blodtrykk og hjerterytme spesielt i forhold til AV-blokk. Utstyr for defibrillering og diverse medikamenter er selvfølgelig med.

Disse pasientene er naturlig nok ofte svært engstelige så valium er bra. Dessuten gis det mye morfin i god tid før infarktinduseres slik at de helst ikke skal kjenne noen smerter i det hele tatt.

Komplikasjoner til PTSMA som kan oppstå etter behandling, er rytmeforstyrrelser, total blokkering, cerebrale insulter, hypotensjon og hjertetamponade. Pasientene må overvåkes på spesialavdeling og er tilkoblet temporær pacemaker og ligger med telemetri, altså hjerterytmeovervåking, i minst ett døgn etter behandlingen.

Etter over 10 års bruk av denne metoden for å behandle HCOM, viser den seg lovende, men det er viktig med en omhyggelig diagnostisering og utvelgelse av de pasienter som kan dra nytte av denne behandlingen og for all del unngå komplikasjoner. ■■■



Andre faste bidragsytere:



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



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



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



Gutten i kofferten

Av Lene Kaaberbøl og Agnete Friis
Oversatt av Elisabeth Bjørnson
304 sider
Gyldendal forlag, 2010
ISBN 978-82-05-39282-3
Anmelder: Kjetil Skotte, sykepleier
og frilansjournalist.

Sykepleier som krimhelt

ANMELDELSE: En skulle tro forfatterne var sykepleiere, men danske Agnete Friis og Lene Kaaberbøl har satt seg grundig inn i både anatomi, fysiologi og ikke minst, psykologi i dette dramaet der en Røde Kors-sykepleier er hovedpersonen.

Nina Borg er vant til å arbeide med mennesker på flukt i et land som skiller flyktninger over grensen eller inn i interneringsleire før de må forlate «deilige Danmark» for godt. Hennes engasjement får henne til å ofre både familie og fritid når hun får det i seg at hun må ut og redde verden, som hun selv sier.

Oppdagelsen hun gjør når hun åpner en oppbevaringsboks og finner en liten, lyshåret guttunge i en stor koffert, ville fått de fleste av oss til oppsøke både politi og barnevern. Men Nina vet bedre. Hun frykter det offentlige Danmarks politikk overfor utlendinger, og vil selv prøve å finne

ut av hans bakgrunn. Erfaringen fra kampsonen og arbeidet for avviste asylsøkere gjør henne i stand til å stå i mot et enormt press, selv når hun involveres i drap og kidnapping.

Denne thrilleren er usedvanlig spennende og fører leseren til Litauen, til den lille guttens mor og til omstendigheter og en virkelighet vi har vanskelig for å fatte. Menneskehandel, prostitusjon og fattigdom er temaer vi alle har lest om, men forfatterduoen evner å gi disse skjebnene et ansikt, om enn navnløse, representert ved den lille treåringens stumme, skremte blick og fremtoning.

Boka kan minne litt om Stieg Larssons Millennium-trilogi der Lisbeth Salanders skrinne skikkelse, anspent og energisk, fighter mot mafia og voldelige menn. Nina Borg, tynn, liten og full av «f» gjør det samme. Hennes motstander er et

politisk system som ofrer menneskeskjebner uten å blunke, og en diger litauer som trodde han skulle gjøre gode penger på en dansk millionærs kyniske drøm.

Det som hever denne kriminalromanen over gjennomsnittet er de psykologiske betraktningene av menneskesinnet og gode beskrivelser av karakterene. Leseren blir kjent med Nina og hennes små særegenheter, som det at hun er fiksert på nøyaktige klokkeslett. Historien engasjerer og er medrivende fortalt, til tross for at oversetteren ikke har klart å fristille seg helt fra danske uttrykk og vendinger. «Bumser» heter for eksempel kviser på norsk.

Helsepersonell vil kjenne igjen mye fra sitt fag i både praksis og teori. Dette er en thriller på høyt nivå, der flere sterke kvinner bidrar til, om ikke å redde verden, så i hvert fall å gjøre den til et litt bedre sted å leve.

Jeg brukte så lang tid på anmeldelsen at jeg aldri rakk å lese boken.

Groucho Marx



Vurdering og behandling av akutte sår

Av Henrik J. Støren
143 sider
Unipub, 2010
ISBN 978-82-74774-56-8
Anmelder: Bjørn Rogne Christensen, operasjonssykepleier, Oslo universitets-sykehus, Aker og mastergradsstudent.

Les og lær om sår

ANMELDELSE: Denne boka tar for seg vulnus, traumatisk påførte sår, fremkalt ved ytre vold. Den er et godt tilskudd til litteratur om akutte sår. Forfatter Henrik J. Støren arbeider som lege ved ortopedisk avdeling på Sykehuset i Vestfold.

Boken er delt i tre. Del en tar opp generelle momenter ved første vurdering av akutte sår. Del to tar for seg sår på de ulike kroppsdeler, og del tre tar for seg skjemaer og tabeller av sårskader, effektivt og bra.

Boka fungerer godt som oppslagsverk når man trenger en litterær second opinion å støtte seg på. Praksis har basert seg på til dels uskrevne rutiner fra Oslo legevakts avdeling for

sårbehandling. Etter hvert har behovet for et oppslagsverk blitt større. På midten av 1990-tallet var Støren med å utarbeide et kompendium om behandling av akutte sår, som denne boka tar utgangspunkt i. Han øser av sin brede erfaring, og det er lærerikt å lese boka.

En innvending er at referanselista virker noe tilfeldig sammensatt. Det er ikke lett å finne fram til de henvisningene som oppgis. Det hadde heller ikke skadet med noen flere illustrasjoner.

Boka fungerer bra når det gjelder å gi sykepleiere en praktisk innføring i medisinsk behandling av sår. Sykepleieaspektet vil leserne sikkert savne, da boka er noe preget av å være en

punkttoppslagsbok for turnusleger.

Den sykepleiefaglige biten om bandasjematerialevalg og begrunnelse for valg av type bandasje savnet jeg. Her henvises leseren til supplementslitteratur. For å være litt helsepolitisk, så henfaller man ofte i klinisk praksis til avdelingskultur når det gjelder sårbehandling. Man er dessuten ofte prisgitt innkjøpsavdelingen, som har mye makt i dagens sykehusorganisasjon. Her må vi som helsepersonell være bevisste på at vi har et selvstendig ansvar for å stå opp på vegne av pasientene våre og argumentere faglig og evidensbasert på hvorfor blant annet akutte sår skal behandles på den ene eller den andre måten.

Quiz

Tekst **Susanne Dietrichson**

Er du en kompetent sykepleier?

Test kunnskapene med vår aktuelle og nådeløse quiz!

1 Hvem var Bergljot Larsson?

- A Norges første kvinnelige sykehusdirektør
- B Første leder av Norsk Sykepleierforbund
- C Forstanderinnen ved Norges første sykepleierutdanning

2 Hvem grunnla Norges første sykepleierutdanning?

- A Cathinka Guldberg
- B Florence Nightingale
- C Andrea Arntzen

3 Norges første sykepleierutdanning åpnet ved Diakonissesentralen i Christiania. Hvilket år?

- A 1835
- B 1848
- C 1868

4 Hva betyr ordet diakoni?

- A Kristen nestekjærlighet i arbeidet for andre mennesker
- B Undervisning i helse og omsorg i regi av kirken
- C Sykepleie

5 Hvem var Rikke Nissen?

- A Norges første lærer i sykepleie
- B Grunnlegger av Hartvig Nissen gymnas i Oslo
- C Norges første sykepleierstudent

6 Hvor mange høyskoler i Norge tilbyr sykepleierutdanning?

- A 25
- B 37
- C 46

7 Hvor mange studenter går på Norges største sykepleierutdanning ved Høgskolen i Oslo?

- A Cirka 1500
- B Cirka 1800
- C Cirka 2000

8 I hvilket tiår ble sykepleierskolene gjort om til høyskoler?

- A 1970-tallet
- B 1980-tallet
- C 1990-tallet

9 Når ble sykepleierutdanningen på Aker, Ullevål og Statens sykepleierhøgskole slått sammen og underlagt Høgskolen i Oslo?

- A 1994
- B 1998
- C 2000

10 Hvem av disse var en pioner innenfor norsk sykepleieforskning?

- A Gro Harlem Brundtland
- B Hulda Garborg
- C Helga Dagsland



OVERLEGEN: Var hun en pioner også innenfor norsk sykepleieforskning?
Foto: Hans Olav Forsang/Scanpix

10 POENG: Imponerende. Pasientene kan ikke få nok av deg. (Sikker på at du ikke har kikket?)

6-9 POENG: Lovende. Men ikke treng deg på pasienter mer enn høyst nødvendig.

3-5 POENG: Bra. Men kanskje på tide med den videreutdanningen du har tenkt på så lenge?

0-2 POENG: Ikke bra. Hold deg mest mulig på vaktrommet og lat som du dokumenterer. (Sjekk at du virkelig er autorisert.)

SVAR: 1B Første leder av Norsk Sykepleierforbund, 2A Cathinka Guldberg, 3C 1868, 4A 46, 7B Cirka 1800, 8B 1980-tallet, 9A 1994, 10C Helga Dagsland
Kristen nestekjærlighet i arbeid for andre mennesker, 5A Norges første lærer i sykepleie, 6C

FAG NYHETER



RAMMER MANGE: Ti prosent av barselkvinnene i Kari Glavins studie hadde depressive symptomer.

Fanger opp barseldepresjon

Enkle tiltak forebygger depresjon etter fødsel.

Det viser ny norsk forskning. Tekst **Nina Hernes** Foto **Erik M. Sundt**

Fredag 5. november disputerte helsesøster Kari Glavin om barseldepresjon hos norske kvinner. Hun viser at enkle tiltak som informasjon og samtale har en klar forebyggende effekt.

Forskning i praksis

Glavin er den første som har gjort en intervensjonsstudie på barseldepresjon i Norge.

- Det synes jeg er morsomt, sier hun.
- Forskningen min er utført i praksis, så jeg vet dette er mulig å gjennomføre.

I studien hennes inngår 2247 kvinner i to kommuner. I den ene kommunen fikk helsesøster opplæring om barseldepresjon og bruk av et kartleggingsverktøy. På hjemmebesøket hos barselkvinnene var helsesøster opptatt av deres mentale helse, og de med symptomer på depresjon fikk tilbud om samtaler med helsesøster eller ble henvist til psykolog. Den andre kommunen var kontrollgruppe, her ble det ikke gjort noen intervensjoner.

Glavin fulgte opp kvinnene i de to kommunene etter tre, seks og tolv måneder. Funnene hennes viser at økt oppmerksomhet på mors mentale helse under hjemmebesøket kan forebygge depressive symptomer. Tilbud om samtale til dem med symptomer hadde god effekt. Det var signifikante forskjeller mellom kvinnene i de to kommunene i hele perioden Glavin studerte.

Bør bli rutine

– Jeg tenker at helheten i tilbudet har effekt, sier Kari Glavin.

– Opplæringen av helsesøster, hjemmebesøket, screeningen med kartleggingsverktøyet, tilbud om samtale og oppfølging av dem som hadde behov for det. Dette har universell forebyggende effekt, og det er nettopp kommet en engelsk studie som støtter mine funn.

– Hvilke konsekvenser bør din forskning få?

– Jeg synes de tiltakene jeg har undersøkt bør bli rutine for alle. Barselomsorgen i Norge er blitt ganske mye dårligere de siste årene. Liggetiden på sykehus er kort og det kan ta to uker før helsesøster kommer på hjemmebesøk.

Ikke uvanlig

I Glavins studie hadde ti prosent av barselkvinnene depressive symptomer. Det samsvarer med funn fra andre studier. Glavin fant høyest forekomst hos førstegangsfødende over 36 år.

– Hvilke konsekvenser har barseldepresjon?

– Barseldepresjon kan gå ut over samspillet og tilknytningen mellom mor og barn, sier Kari Glavin.

Hun viser også til internasjonale studier som viser at det kan skade parforholdet.

– Helsesøster får kontakt med kvinnene kort tid etter fødsel, og er naturlig å bruke i forebyggende arbeid mot barseldepresjon.

Glavin minner om at depressive reaksjoner etter fødsel er ganske vanlig, men ikke så lett å snakke om.

– Å forebygge barseldepresjon krever lite ressurser, men kan ha store konsekvenser for familien og samfunnet, sier Kari Glavin. ■■■

Mennesker & meninger

Sykepleien

Send inn din
mening på e.post til:
redaksjonen@
sykepleien.no
eller som brev til:
Sykepleien,
p.b. 456 Sentrum
0104 Oslo

TETT PÅ TRINE BRUSETH SEVALDSEN

«En av de verste dagene i mitt liv
var da styret vedtok at føde og
akuttkirurgi skal flyttes til Molde.»

74

REFLEKS CATHRINE SANDNES

«Man må endre forestillingen om
hva helsesektoren kan bidra med.»

80



NSF HAR ORDET

Forbundsleder Lisbeth Normann

Stilling: Forbundsleder i NSF

E-post: lisbeth.normann@sykepleierforbundet.no

Gjemmer vi oss bak taushetsplikten?

Et innlegg på Sykepleiens debattsider har berørt meg sterkt. Innsenderen stiller sykepleiere mange utfordrende spørsmål.

Jeg leser alltid leserinnleggene i Sykepleien med interesse og nysgjerrighet. Innleggene gir meg en nyttig pekepinn på hva våre medlemmer er opptatt av, hva de mener NSF bør bruke tiden sin til, og ikke minst hva som foregår ute på arbeidsplassene.

I siste nummer av Sykepleien, leste jeg et innlegg som berørte meg ekstra sterkt. Både fordi det var faglig aktuelt, men også fordi forfatteren stilte så mange relevante og utfordrende spørsmål. Hun hadde nemlig satt seg ned og skrevet et harmdirrende innlegg med utgangspunkt i Christoffersaken, som tydeligvis hadde berørt henne sterkt – som sykepleier og som menneske.

Hun rettet en veldig tydelig og skarp pekefinger mot hele helseapparatet generelt som ikke hadde fanget opp denne lille gutten som gjennom tid hadde levd med mishandling og omsorgssvikt, og til slutt døde av skadene han hadde blitt påført. Men hun stanset ikke der. Hun angrep faktisk alle sine sykepleierkolleger som i møte med dette barnet ikke hadde våknet opp, meldt fra, handlet og sørget for å redde gutten før det var for sent.

Og hun har fullstendig rett. Vi sykepleiere møter barn på mange arenaer; som helsesøster,

Vi har utdanning i å se hele mennesket, lete etter signaler og tegn – og å tolke dem.

som akuttsykepleier, i psykiatrien og så videre. Vi har utdanning i å se hele mennesket, lete etter signaler og tegn – og å tolke dem. Denne kompetansen gir oss også et veldig ansvar. Vi har faktisk plikt til å melde fra når vi ser noe det burde reageres på.



LYTT TIL SIGNALER FRA BARN! Redde for å trække feil, unnlater vi å si fra på vegne av barn som er utsatt for omsorgssvikt og mishandling, skriver Normann. Illustrasjonsfoto: Colourbox

Christoffersaken har bidratt til en bred debatt nettopp knyttet til ansvar og ansvarsfraskrivelse. Mange fagfolk jeg har snakket med, er bekymret for hvordan de ulike etatene og fagmiljøene jobber sammen i saker knyttet til omsorgssvikt og barnemishandling. Vi ser for mange eksempler på at involverte parter som PP-tjenesten, helsesøster, skole og barnevern ikke klarer å agere fort nok og riktig. Og jeg hører fra mange at taushetsplikten er et hinder for at det ageres på vegne av barnet. De deler ikke sine bekymringer og faglige antakelser, men skjuler seg bak taushetsplikten og redselen for å trække feil. Vi har kanskje for stor respekt for foreldrenes versjon av hva som skjer, og lytter ikke nok til signalene fra barnet. Det er her vi som sykepleiere må huske at det først og fremst er pasienten som er vårt anliggende. Og våre etiske og faglige retningslinjer

tilsier at vi har en rolle som vi må og skal ta når vi møter barn som vi mistenker har vært utsatt for omsorgssvikt.

Regjeringen har sagt den vil styrke helsetjenestene til barn og unge og deres familier. Da må vi som helsepersonell si ifra om ressursbehov og om svikt i tjenestetilbudet. Jeg synes at forfatteren av innlegget i Sykepleien sier det på en utmerket måte: «Vi burde spørre oss kontinuerlig hva vi sykepleiere konkret kan gjøre for å beskytte maksimalt alle «Christoffere» som er der ute i dag og fremtiden».

Fremtidens eldreomsorg krever at alle bidrar

Rådgiver i organisasjonen For velferdsstaten, Linn Herning, angriper i Sykepleien nr. 12 alle private, kommersielle aktører i helse- og omsorgssektoren. Hennes argumentasjon om at våre medlemsbedrifter vil undergrave velferdsstaten faller imidlertid på stengrunn. Statsministeren sto senest 27.10. skolerett på TV2 og innrømmet at dagens situasjon i omsorgssektoren er uholdbar. Trange budsjetter gjør at mange kommuner i dag ikke klarer å levere flere lovpålagte tjenester. Derfor er det positivt at stadig flere kommuner nå tenker nytt for å løse sentrale velferdsoppgaver. De ser at konkurranse og brukervalg er virkemidler til både gode tjenester for alle og bedre ressursbruk som gir mer velferd for pengene.

Herning snakker også mot bedre vitende når hun hevder at omsorgssektoren privatiseres. Tjenestene er selvsagt fortsatt et offentlig ansvar, og størrelsen på folks lommebok spiller ingen rolle for tjenestekvaliteten. Medlemsbedriftene i NHO Service som driver sykehjem og leverer praktisk bistand, gjør en viktig

samfunnsinnsats på lik linje med det offentlige, kommunale, og frivillige aktører.

Herning skriver at retoriske påstander om effektiv ressursutnyttelse og innovasjon skal møtes med fakta og erfaringer. Hun kan begynne med Sintef-rapporten «Eldreomsorgen i Norge: Helt utilstrekkelig – eller best i verden?» fra 2009. Denne viser at Norge bruker mest på pleie og omsorgstjenester i Europa, og betydelig mer ressurser på omsorgstjenester enn våre nordiske naboland. NHO Service sine analyser av dagens kommunale ressursbruk synliggjør imidlertid potensialet for å få mer velferd for pengene. Disse er basert på offentlig tilgjengelig tall hos SSB. Erfaringer, blant annet fra Oslo kommune og Bærum, viser også at våre medlemmer leverer minst like god eller bedre kvalitet på sine tjenester til en lavere pris. De er altså ikke bare et supplement, men også et viktig korrektiv til offentlig og kommunal drift. Dette er samfunnsøkonomisk fornuftig, og gjør hele sektoren mer innovativ og bærekraftig. Konsekvensene

av private innslag for samfunnet som helhet, slik Herning etterlyser, er med andre ord udelt positive.

Hernings påstand om at de ansattes arbeidssituasjon, lønns- og pensjonsbetingelser «stadig forverres» faller også på sin egen urimelighet. Tariffoppgjøret i 2010 viste nylig at NHO Service og Fagforbundet kom til enighet gjennom konstruktiv dialog, og begge parter var fornøyde med utfallet. Sykepleiere og andre helsefagarbeidere kan fritt velge mellom offentlig og private arbeidsgivere. Flere arbeidsgivere og flere veier til målet om best mulige tjenester bidrar til å gjøre faget og jobbene mer spennende.

Det avgjørende for fremtiden er at vi får til et godt offentlig-privat samarbeid, som er bedre i stand til å bevare velferdsstatens bærekraftighet. Da kommer ikke Herning utenom det faktum at private tjenestetilbydere i helse- omsorgssektoren er en del av løsningen.

Petter Furulund, adm.dir., NHO Service

SIDEN SIST
Siden sist inneholder korrigererte og nye synspunkter på fakta gjengitt i tidligere utgaver. Vil du hjelpe? Kontakt oss på interaktiv@sykepleien.no

Her inne

I siste Sykepleien (nr. 12, 2010) var det en spennende artikkel om den latviske sykepleieren Rita Konstante, som gjør en god jobb i Latvia med å forandre systemet osv. Rita gjør en fantastisk jobb, helt sikkert. Vi reagere imidlertid på at artikkelen gir inntrykk av at kun én har reist tilbake fra utvekslingsprogrammer. Vi synes det artikkelen forteller bare delvis stemmer med sannheten, på flere punkter.

Latvia er et flott land på mange måter. Men folks etiske og moralske innstilling kan være problematisk. Den kan føre til at man ikke føler seg velkommen tilbake til Latvia etter å ha jobbet i utlandet. Dette bunner i holdninger som henger igjen fra Sovjet-tiden. Folk ønsker ikke virkelig å ta ansvar for sine egne liv og sine valg. Det innebærer ofte at arbeidsteder har en «kom og forandre systemet, men ikke rør meg»- holdning. Da er det vanskelig å få gjort ting eller hjelpe mennesker, uansett hvor mye kompetanse, kunnskap eller gode intensjoner du har.

Jeg har selv opplevd å få høre, da jeg valgte å ta en praksisperiode i mitt hjemland: «Reis tilbake dit du kom fra». Jeg

ønsket bare å hjelpe. Jeg vet også om flere som har opplevd det samme. Så, hva skal du gjøre med din kompetanse, ideer og kunnskap når ingen vil ha det? Gå over lik for å oppnå noe, bare for å si at du klart det? Ikke alle velger den veien.

Når man leser artikkelen i Sykepleien kan man tro at det bare har vært ett utvekslingsprogram, men det stemmer ikke. Så vidt jeg vet, har det vært minst ett til. Det har også vært samarbeid mellom Norge (flere steder) og sykepleiere som er ferdig utdannet, samtidig som det har vært en del latviske leger i Norge. Så at bare en har reist tilbake er vel umulig å vite. Jeg vet om flere som har prøvd å komme tilbake, men ikke har følt seg velkommen.

Det blir også nevnt at den eneste som reiste tilbake, har undervist på en høyskole i Latvia. Her kan man også tro at det har ikke vært noen flere. Jeg har for eksempel selv undervist på samme høyskole som Rita, og vi er vel ikke de eneste. I mitt tilfelle er samarbeidet avsluttet da skolen ikke ønsket å videreføre det. Jeg underviste som ekstern lærer. Jeg sparte opp min egen ferie og hadde en muntlig avtale om å komme hvert år, men etter to år har det tatt slutt.

Statistikken sier at siden 2003 har emigrasjonen fra Latvia økt. Bare i år har 7714 av 2,2 millioner innbyggere emigrert til andre land (www.csp.gov.lv), og dette tror jeg ikke bare har en økonomisk årsak. Det kan like gjerne komme av holdninger og verdier. En avdelingsleder sa en gang til meg at sykepleiere valgte selv å ha 24 timers vakt, så de kunne sove om natten og ingen kunne klage hvis de gjorde en dårlig jobb.

Spennende er det også å lese at mange reiser langt for å komme seg på jobb. Hva mener man med langt, når man vet at Latvia knapt er like stort som Sør-Norge?

Som forholdene nå er i Latvia, fortsetter trolig helsepersonell å jobbe og bo i Norge, betale skatt og det vi har lånt fra Lånekassen, gi vår kompetanse og kunnskap til norske pasienter i stor takknemlighet for det vi har fått fra staten og nordmenn. Og noen av oss vil vel prøve oss i Latvia igjen senere. Og samtidig ønsker vi selvfølgelig Rita Konstante bare det beste og lykke til med det hun gjør!

(Innlegger er forkortet. Red.)

Mvh. Ineta Deksne og Antra Supe



Etiske dilemma i samhandlingsreformens kjølvann

Når omstillinger skjer i stor fart, som nå i forbindelse med samhandlingsreformen, Stortingsmelding 47, blir det vanskelig å henge med på hva som er etisk og moralsk riktig. Denne reformen innebærer i praksis at blant annet intravenøs væskebehandling/antibiotika, som tidligere kun var tillagt sykehusene, nå også skal ut til pleie- og omsorgstjenesten i kommunene.

Som vanlig er det først i etterpåklokskapens lys at vi vil kunne se hva vi burde ha gjort i forbindelse med en omstilling av den typen vi nå står oven for. Men det er i dag vi er her, og vi må tørre å ta diskusjonen og de mulige konfliktene og problemene reformen kan innebære i forhold til å ivareta pasientens ve og vel. For å oppnå dette, må vi arbeide proaktivt gjennom en diskusjon av etiske problemer og dilemmaer for å finne ut hva som trolig er rett og galt.

Et spørsmål som er reist om samhandlingsreformen, er om den vil føre til at det blir enda mer tidspress for pleierne på grunn av de ekstra arbeidsoppgavene som pålegges sykehjemmene og hjemmetjenesten. De arbeidsoppgavene som overføres fra sykehusene til kommunene, kan medføre mindre tid til hver pasient. Dermed også mindre tid til helhetlig pleie og omsorg. Florence Nightingale, som grunnla moderne sykepleie, mente at nærhet til og tid med pasienten slik at

en kunne observere og forstå sykdomsbildet, var den viktigste betingelsen for god pleie. Hun sa også: «Ta vare på hele mennesket, gi det frisk luft, rent miljø, og pleie sjelen så vel som legemet».

Kort sagt, reformen kan føre til redusert kvalitet på pleien ved at klassiske sykepleieroppgaver faller bort eller i enda større grad blir overlatt til ufaglærte. Dette må sees på bakgrunn av at det for mange pleiere allerede er et etisk dilemma at de på grunn av omstillinger ikke kan utføre jobben sin på best mulig måte og i henhold til idealer i utdanningen. Således ber allerede 90 prosent av pleierne ved sykehjem om mer kunnskap om etikk og 82 prosent ber om mer tid til refleksjon og diskusjon. Undersøkelser viser også at de vanlige etiske dilemma sykepleierne i kommunene møter, er knyttet til: a) livsforlengende behandling, b) krenkelse av pasientens autonomi og integritet, c) mangel på ressurser som påvirker kvaliteten på tjenestene og d) etiske dilemma knyttet til uenighet med pårørende.

Alt dette er problemer som vil forsterkes i og med samhandlingsreformen, med mindre denne fullfinansieres. Finansieringen må altså ikke bare omfatte lønnskostnader og kostnader til nytt utstyr, men også midler til etter- og videreutdanning, både for å lære

nye behandlingsprosedyrer, og gi pleierne mer kunnskap om etikk. Det verste som nå kan skje er at en gjennom reformen finansierer nytt teknisk utstyr, gjennomfører innføringskurs i bruken av utstyret, for så å overlate resten til kommunene.

En spesiell komplikasjon ved innføring av nytt, høyteknologisk utstyr med etiske implikasjoner, er at undersøkelser ved sykeheimer viser at «spennende kasus» (hvor en forventer progresjon gjennom mer intensiv pleie og bruk av høyteknologisk utstyr), ofte får prioritet foran pasientene som «bare» skal ha omsorg med fokus på lindring i livets aller siste fase.

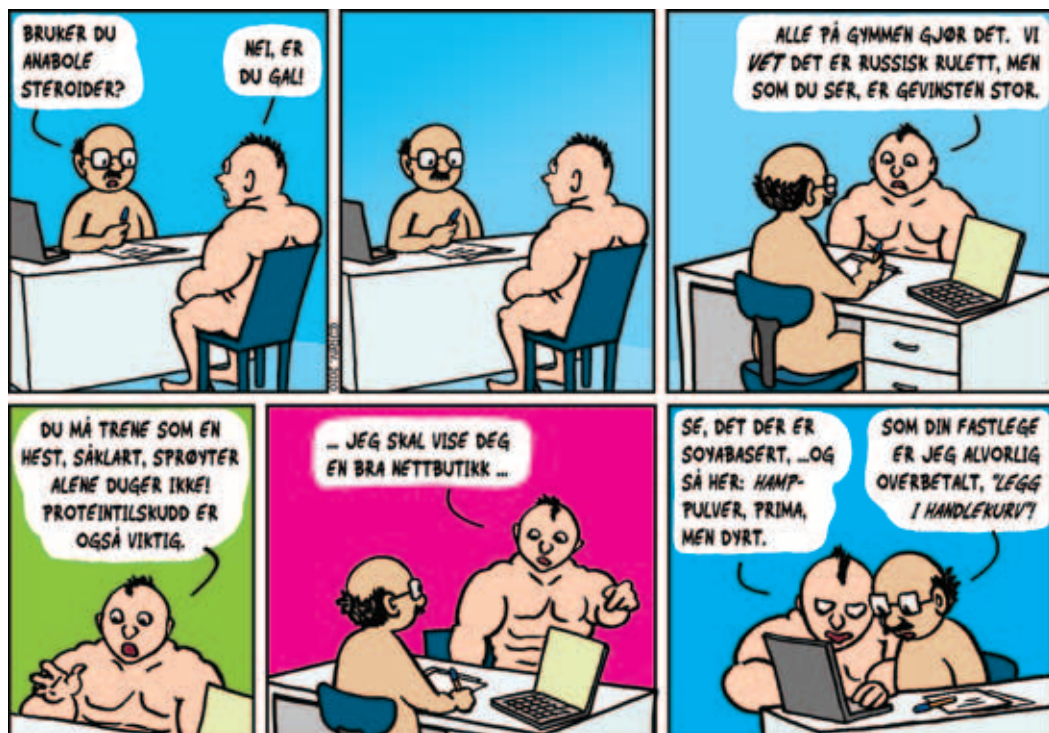
Moral er ofte forstått som det å følge samfunnets gjeldende normer. I og med at vi nå lever i et markedsliberalistisk samfunn, til daglig styrt av folk med eksamener i ledelse og økonomi, så blir rett handling og god moral i det offentlige lett det samme som å effektivisere og/eller redusere kostnader. Men hvordan kan en effektivisere det å holde en gammel person i hånden, eller det å ta seg tid til å lytte til det han eller hun har å si for å gi den gamle et glimt av verdighet i sin alderdom?

Moral og omsorg drevet fram av markedsliberalistisk tenkning, står derfor lett i skarp kontrast til hva sykepleierne tradisjonelt har lært om hva som er rett moral og etikk i møte med pasienter. I dag operasjonaliseres i praksis den enkelte pasients pleiebehov gjennom en kartlegging med faste kategorier. Av dette avledes en timeressurs, som for eksempel kan medføre et gitt antall minutter med offentlig støtte til kroppsvask per uke. Men i de instrumentene som brukes til slik kartlegging, er det så vidt en kan se ingen kategorier for ensomhet, kontaktbehov eller verdighet, som kan utløse en ressurs for menneskelig samvær og nærhet, noe som er svært viktig i tradisjonell sykepleie.

Etiske vurderinger bygger på kommunikasjon, og vurderingen av om en handling er moralsk akseptabel eller ikke må bygge på en dialog mellom partene. Men dette kommer ikke av seg selv. En må øve opp sin egen evne til å reflektere over moralske spørsmål. Dette vil ikke minst kunne skje gjennom at sykepleierne utveksler synspunkt og prøver å sette ord på de moralske dilemmaer de møter i pleiesituasjoner. Erfaring viser at tilrettelegging for slike diskusjoner lett fører til at en god sirkel kommer i gang, og at økt retorisk og faglig kompetanse på etiske spørsmål kan gi sykepleierne både mot og kompetanse til bedre å kommunisere med ledelsen. Men skal en nå fram med en slik etisk kommunikasjon fra pleiernes side, forutsetter det også at ledelsen gis en tilsvarende skoloring og bevisstgjøring av moralske aspekter ved sine handlinger når de gjennomfører samhandlingsreformen.

Erna Kvislabakken, sykepleier, Sykehuset Levanger.

TERAPI av Bodil Røvhaug



Vi lanserer

Sykepleien Forskning nr. 4-2010

Og markerer med **miniseminar på Høgskolen i Oslo 10. desember**, rom C362/Plenum 2 i Falbesgate 5, fra kl. 11.00 til 12.00.

Hovedartikkelen i dette nummeret er skrevet av første-amanuensis Berit Taraldsen Valeberg m.fl.

Program:

11.00-11.05: Velkommen ved redaktør Anners Lerdal

11.05-11.45: Berit Taraldsen Valeberg snakker om «Kreftpasienters barrierer mot smertebehandling»

11.45-12.00: Kommentar til Valebergs artikkel

Servering av kaffe/te

sykepleien forskning

Riskhospitalet  skrevet av: @yghoo.com



Christoffersaken, og sykepleieres rolle

Aud Marie Bjerk hadde i siste utgave av Sykepleien et innlegg hvor hun blant annet etterlyser artikler i Sykepleien vedrørende saker om vold mot barn og sykepleieres rolle i dette, og hun spør hva vi sykepleiere kan gjøre for å beskytte alle «Christoffere» som er der ute i dag og i fremtiden.

Som ledere for to faggrupper som arbeider med barn og unge, ønsker vi å kommentere dette. Vi erkjenner at vi kan bli enda dyktigere til å hjelpe barn og ungdom som lever i vanskelige familieforhold, og vi ønsker å bygge på forskning og erfaringer fra de av våre kolleger som jobber godt og målrettet med dette. Både helsesøstre og barnesykepleiere skal være barn og unges talspersoner, og Norsk Sykepleierforbund skal ha en tydelig og klar stemme for barn og unges rett til en trygg og god oppvekst, og en god helse.

Sykepleien har hatt flere artikler hvor omsorgssvikt og vold mot barn har vært tema. Her har vi som spesialsykepleiere pekt på hvordan vi kan og må bli enda bedre til tidligst mulig å avdekke og avhjelpe omsorgssvikt og vold mot barn. Gjennom kronikker i flere norske aviser og i egne fagblad har vi belyst hvordan spesialsykepleiere som helsesøstre og barnesykepleiere – i et tverrfaglig samarbeid – kan være sentrale aktører for å trygge barns oppvekst. Vi har tatt klart til motmæle mot miljø som mener at å slå barn er en del av barneoppdragelsen, og vi har gjennom en rekke høringsvar uttrykt ønske om et sterkere vern av barn

kontra det som i dag ofte oppleves som foreldrevern.

Vi vet ofte tidlig hvilke barn som er mest utsatt for å oppleve omsorgssvikt, men foreldrevernet og det biologiske prinsippet bidrar til at problemene får utvikle seg over lang tid uten at nødvendige og effektive tiltak blir iverksatt. Foreldre som ikke tar vare på barna sine er fortvilte foreldre. Barn ønsker nesten alltid «å beholde» foreldrene. De fleste barn skal også leve eller opprettholde kontakt med foreldrene etter en barnevernssak. Fagfolk er derfor nødt til å jobbe med foreldrene for å sikre barna en god barndom. Det krever tid, tillit, samarbeid og dialog.

Som fagpersoner gjør vi ikke vi alltid det vi bør. Problemstillingene kan være svært krevende, både faglig og personlig. Alle helsesøstre og barnesykepleiere har ikke nok erfaring og trygghet til å håndtere saker der omsorgsvikten ikke er åpenbar. Å jobbe alene som helsesøster i små kommuner med gjennomslittige forhold, gjør dette spesielt utfordrende. Barneavdelinger har ofte ikke nok faglig fokus på eller rutiner for å avdekke og melde omsorgssvikt og barnemishandling. Mangel på veiledning og faglig støtte gjør denne type saker ekstra utfordrende for den enkelte sykepleier. Tidspress kan føre til at man lar være å undersøke hva som foregår eller å følge opp.

Ofte får man heller ikke tilbakemeldinger på bekymringsmeldinger til barnevernet, med henvisning

til taushetsplikt. Slik kan mangelfull kompetanse, koordinasjon og lovhjemler resultere i unnfallenhet. Dette er ikke unnskyldninger, men forklaringer vi må se på og følge opp med kompetanseheving og systemendringer.

NSF og faggruppene som arbeider med barn og ungdom må og skal spille en aktiv rolle i dette. Årets helsesøsterkongress hadde som hovedtema «Alle kommer hjemmefra» – hvor nettopp omsorgssvikt og vold mot barn var fokusert. Til høsten samarbeider vi om en nordisk konferanse, hvor vold mot barn og barnesykepleierens og helsesøstres rolle i å forebygge og avdekke dette, belyses. Gjennom innspill til myndighetene bidrar vi til system- og lovendringer som styrker barn og unges rettigheter. Med vår deltagelse i Forum for Barnekonvensjonen settes vold mot barn på agendaen, både i nasjonalt og internasjonalt perspektiv.

Så må hver enkelt sykepleier og helsesøster øke sin faglige og medmenneskelige bevissthet, våge å melde ved bekymring om omsorgssvikt, vold og overgrep mot barn og tale å stå i den stormen som en melding ofte utløser. I disse sakene skal vi virkelig leve opp til NSF's verdier: tydelig, modig og stolt! Det fortjener alle barn som Christoffer.

Andre Grundevig, leder Barnesykepleierforbundet NSF

Astrid Grydeland Ersvik, leder Landsgruppen av helsesøstre NSF

Mellom lego og rullator

Hvordan er det å være ung, alvorlig syk og innlagt på sykehus over lengre tid? Er dagens tilbud på sykehusene tilpasset de behov og ønsker ungdom har? Dessverre er ofte svaret nei. Resultatet blir at ungdom faller mellom to stoler i helsevesenet, fordi de ikke er barn og ikke er voksne. For ungdommer passer en seng på barneavdelingen ofte like dårlig som en seng på voksenavdelingen. Satt på spissen kan man si at ungdom ikke finner seg til rette blant verken legoklosser eller rullatorer.

Ungdom står på terskelen til voksenlivet med alle de gleder, bekymringer og utfordringer det betyr. De er i ferd med å løsrive seg fra foreldrehjemmet, forme sin egen fremtid, ta utdanning, eller kanskje begynne i sin første jobb. Så rammer kreften. Planer legges på is, drømmer blir usikre og man vet egentlig ikke hvordan livet blir.

Årlig rammes cirka 200 ungdom i alderen 15 til 25 år av kreft. De fleste kreftformer hos ungdom har

bedre prognose enn hos voksne. Like fullt er det alvorlig å få kreft i ung alder. I tillegg til mangelfull oppfølging på det psykososiale plan, blir ungdom ofte sent diagnostisert. Dårlig kunnskap om ungdom og forståelse for ungdoms behov, kan også føre til at kommunikasjonen mellom ungdom og helsepersonell på sykehus ikke er så god som begge parter ønsker.

Heldigvis overlever stadig flere kreftsykdommen. Men det betyr ikke at alt blir som før. Ungdom får kreftbehandling i en svært sårbar periode i livet. Sykdom og behandling kan forstyrre modnings- og utviklingsprosesser. Kreftbehandling er ofte langvarig og tøff, og kan dessverre gi alvorlige bivirkninger og langtidsfølger som konsentrasjonsproblemer, hukommelsestap, trøtthet og slapphet. Iblant kommer følgene til uttrykk lenge etter at en behandling er avsluttet, og de kan i større eller mindre grad vedvare resten av livet, noe som kan medføre store utfordringer i forhold til skole, jobb og sosialt liv.

Til sammen betyr dette at hva som skjer på sykehuset utover den medisinske behandlingen er svært viktig. Dagens rehabilitering er ikke systematisert og det blir ofte tilfeldig hvilke rehabiliteringstilbud den enkelte får etter endt behandling.

Kreftforeningens erfaring tilsier at ungdom med kreft får større fokus i andre land, og i flere land er det etablert ungdomsavdelinger hvor ungdoms behov blir ivaretatt. Ungdomsmedisin er ikke blitt et begrep i praksis i Norge.

For best mulig ivaretagelse av ungdom med kreft må vi få på plass både medisinske og psykososiale nasjonale retningslinjer som pålegger sykehusene å legge til rette for ungdommer. I tillegg bør det etableres ungdomsenheter ved sykehus i Norge. Slik vil behovene ungdom har på sykehus, enten det gjelder behandling, psykososiale forhold, kommunikasjon og rehabilitering bli ivaretatt.

Anne Lise Ryel, generalsekretær i Kreftforeningen

MINNEORD



Aslaug Sødal Myrseth

Aslaug Sødal Myrseth døde 3. oktober på Radiumhospitalet, 51 år gammel. Vi har mistet en svært kunnskapsrik, engasjert og raus kollega.

Med både mor og far i helsevesenet var det sykepleier Aslaug skulle bli, og i 1981 var hun uteksaminert ved Røde Kors sykepleierskole i Drammen. Og det ble på Transplantasjonskirurgisk sengepost ved Rikshospitalet Aslaug skulle virke, fra 1982 og frem til hun døde, i mange år i tett samarbeid med sin far, transplantasjonskirurg Gunnar Sødal. I dette miljøet opparbeidet hun seg raskt tillit og besatte ulike stillinger og verv: sykepleier i tredelt turnus, natt-avdelingssykepleier, assisterende oversykepleier og assisterende avdelingssykepleier over flere perioder.

På slutten av 1980-tallet ble hun styremedlem i Nordisk forening for dialyse og transplantasjonspersonell, og i 1993–1999 var hun først styremedlem, så leder i Norsk forening for nyresykepleiere. Høsten 2006 ble hun NSF-godkjent som klinisk spesialist med fordypning i pasientmedvirkning sett fra pasientens ståsted. Da hun døde var hun ansatt som undervisningssykepleier i 60 prosent stilling. Å jobbe deltid var et bevisst valg, Aslaug var klar på sine prioriteringer og satte familien i første rekke.

Aslaug satte mange spor etter seg gjennom sin brede kompetanse, sine verv, sitt engasjement og sin glede over å være sykepleier. Hun var den som satte spørsmålsteget ved jobben vi gjorde, som hele tiden jaktet på nye og bedre løsninger, og som brant for at pasientene skulle ha et ord med i laget når behandling ble bestemt. Aslaug førte

pennen når våre prosedyrer ble skrevet, laget informasjonsmateriale for de ulike pasientgruppene og var et sterkt og synlig bindeledd mellom transplantasjonsmiljøet, pasienter og pårørende. Mange kolleger har hatt stor glede av Aslaugs utallige foredrag på nasjonale og internasjonale konferanser, og av hennes publikasjoner i både artikkel – og bokform.

Likevel var det i posten hun trivdes best, tett på pasientene, og gjerne sammen med de aller sykeste. Aslaug ble derfor en viktig rollemodell, en som delte villig av kunnskapen sin og gjorde teori om til praksis. Ekspertsykepleieren beskrives av Benner og Wrubel som «en som har en intuitiv situasjonsforståelse, som er flink til å oppfatte helheten i løpet av kort tid og som raskt forstår hva som er det viktigste der og da. Hun involverer seg i pasientens situasjon, og får pasienten til å oppleve mening og tilhørighet. Hun er flink til å trekke frem pasientens muligheter og ressurser. Hun virker støttende for pasienten slik at han/hun føler seg styrket.» Slik var Aslaug. Aldri noe oppstuss. Hun satte det enkle og hverdagslige i høysetet, som regel med et glimt i øyet, og formidlet sitt fag, sin klokskap og sin varme. Dette ga gjennomslag for viktige synspunkter og gjorde henne til en nøkkelperson i posten vår.

Vi er dypt takknemlig for alt Aslaug ga oss og for at vi var så heldige å få arbeide sammen med henne. Våre tanker går til mannen Per, barna Evine, Lina og Inga. Vi lyser fred over Aslaugs minne.

*På vegne av kolleger ved Transplantasjonskirurgisk sengepost,
Oslo universitetssykehus HF Rikshospitalet: Fanny Bruserud,
Heidi Poleszynski Hoel, Sissel Paulsen, Kjersti Lønning og
Marit Helen Andersen.*



Hanne Boge

Det er med tungt hjerte vi skriver minneord om vår kjære Hanne Boge, som brått og uventet døde fredag 24. september 2010, bare 33 år gammel. Vi vil gjerne hedre hennes minne, fordi Hanne betydde veldig mye for så mange av oss.

Hanne var utdannet sykepleier ved Høgskolen på Stord. I flere år hadde hun en stor drøm om å videreutdanne seg til jordmor.

Høsten 2008 ble det endelig realitet, og det var her vi traff henne for første gang. Høgskolen i Bergen ble en stor del av hverdagen i de to årene som fulgte, og vi tilbrakte mange timer sammen. Det ble to år som krevde mye av oss, og fritiden ble kraftig innskrenket med alt som skulle skrives, leses og pugges. I tillegg kom lange praksisperioder ved Kvinneklinikken i Bergen. Det var også her hun startet sin karriere som jordmor sommeren 2010, etter at drømmen om å bli jordmor var gått i oppfyllelse.

Hanne var en dyktig og engasjert student, som på imponerende vis vekslet mellom studier og familie. Hun hadde et sterkt fokus på

sine studier og gikk ut med toppkarakter i alle fag. Samtidig hadde hun en stor evne til å ta vare på sin familie og sine medstudenter. Hanne ble raskt en veldig god venn, og vi hadde mange planer.

Hanne sin latter var alltid hjertelig. Hennes varme omtanke, omsorg og evne til å sette seg inn i andres situasjon var særegent for Hanne. Hun hadde en genuin interesse for andre mennesker og så det beste i alle.

Hun snakket ofte om familien sin, om sine barn, mann, søster, bror, foreldre og tantebarn.

Vi vil alltid huske Hanne både som kulling, kollega, men mest av alt som den gode vennen hun var. Savnet er enormt, men minnene er sterke. Hanne vil alltid være en del av oss!

Våre tanker går til hennes familie, spesielt hennes mann, Ørjan, og barna Martine og Kristoffer, som har mistet den kjæreste de hadde.

Fred over hennes minne!

*På vegne av jordmorkullet uteksaminert ved HiB våren 2010,
Susann Berg og Elin Kråkenes.*



Professor ved Senter for kvinne-, familie- og barnshelse, Høgskolen i Vestfold, Elisabeth Severinsson.



Førstelektor ved Senter for kvinne-, familie- og barnshelse, Høgskolen i Vestfold, Anne Lyberg.

Når hun er redd for å føde

Kvinner med fødselsfrykt trenger jordmødre som kan skape et tillitsfullt fellesskap, løse problemer og involvere seg.

Kvinner med fødselsfrykt trenger jordmødre med faglige lederkompetanse og emosjonell intelligens.

Jordmødre arbeider med komplekse og sammensatte situasjoner relatert til noen av de viktigste hendelser i kvinner og familiers liv. De om lag 55 000 barn som fødes i Norge årlig skal få en god start på livet og deres familie et best mulig grunnlag for å mestre og glede seg over situasjonen. For å oppnå dette må svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen preges av høy faglig og menneskelig kompetanse, god formidling av kunnskap og være en arena for forståelse, kommunikasjon og støtte (Sosial- og helsedirektoratet 5/2005). Jordmor skal arbeide ut fra et bredt brukerperspektiv som gjør kvinnen i stand til å foreta valg (St. meld. nr. 12, 2008-2009).

Dette er i overensstemmelse med WHO (2007) som framholder at forebygging av kvinners helse er avhengig av at kvinner i forbindelse

praktiske ferdigheter, avgjørende for kvinnene. Dette viste seg gjennom at jordmor påtok seg ansvaret for å lede samarbeidet, kunne skape et godt samarbeidsklima hvor kvinnen opplevde bemyndigelse.

Av informantene hadde flertallet negative tidligere fødsels erfaringer som årsak til redsel. En svensk studie viser at negative fødsels erfaringer kan lede til at kvinner unnviker å bli gravide på nytt (Gottwall & Waldenström 2002) eller at de utvikler en fødselsdepresjon (Rubertsson et al. 2003). Gravide kvinner ber om keisersnitt av personlige grunner. En vanlig forekommende årsak er negative minner fra tidligere fødsler (Saisto et al. 2000). Angst, stress og depresjon i forbindelse med graviditet og barseltid påvirker en kvinnes identitet og sosiale rolle (Bennet & Indman 2006, Akerjordet & Severinsson 2009). En australsk studie viser at psykiske problemer er vanlig under graviditet og at det er av stor betydning at dette blir identifisert og at tilrettelagt støtte og mulige intervensjoner blir vurdert (Barnett 1986).

Du kjenner deg så lite verdt når du ikke tør å føde barn.

Gravid kvinne

med graviditet og fødsel får fødselsforberedende veiledning i den hensikt å få en økt kontroll over sin situasjon.

Kvinner med fødselsfrykt

I vår studie (Lyberg & Severinsson 2010 b) framkom særlig tre dimensjoner ved jordmors veiledning som kvinner med fødselsfrykt framhevet som virksomme.

- » Jordmors evne til å skape et tillitsfullt og omsorgsfullt fellesskap. Noe som bygget på at jordmor var sensitiv for individuelle behov, kunne respondere på disse, bekrefte kvinnen og formidle håp.
- » At hun har evne til å løse problemer. Dette var basert på at hun viste forståelse og var åpen for ulike løsninger og beslutninger relatert til kvinnens redsel for gjennomføring av fødsel.
- » At hun involverer seg, er villig, forberedt og har mot til å gi kvinnen den støtte hun trenger selv om det innebærer et avvik fra vanlige rutiner.

I forhold til lederegenskaper ble betydningen av at jordmor framsto som trygg i sin faglige kompetanse og at hun var i besittelse av gode

Arbeide i team

Helsetjenestene til gravide og fødende slik de er organisert i Norge, har forårsaket behov for å introdusere differensierte tjenester og å tilby større grad av kontinuitet i omsorgen. Sosial- og helsedirektoratet (2005) lanserte muligheten for jordmødre å arbeide i team for dermed bedre å kunne sikre behov for kontinuitet i svangerskaps- og fødselsomsorgen. Arbeidsmodellen er vanlig forekommende i Storbritannia og Australia og har vist seg særlig egnet for oppfølging av kvinner med risikofaktorer knyttet til psykisk helse (Farquhar et al. 2004).

I en annen studie (Lyberg & Severinsson 2010 a) organiserte en fødeklinikk i Norge et tilbud i henhold til team- jordmormodellen. Tilbudet hadde gravide kvinner med redsel for å føde barn som sin målgruppe. Teamet som besto av fire jordmødre fikk også tilbud om 30 timers gruppeveiledning av en erfaren sykepleiefaglig veileder. Veiledningens innhold besto i å forberede jordmødrene på arbeidet, kvinnenes individuelle behov og måter å utforme en god omsorg til kvinner med fødselsredsel. I tillegg fokuserte veiledningen blant annet på jordmødrenes profesjonelle identitet, etiske dilemma og relasjonen til kolleger, kvinnene og deres familie. Jordmødrene hadde individuelle samtaler med kvinnene der årsak til deres redsel ble avdekket og bearbeidet. Fedre var også involvert og kvinnene



kunne delta i tematiske gruppediskusjoner med andre kvinner i samme situasjon. Kvinnene var garantert at en av de fire jordmødrene i teamet skulle være til stede under deres fødsel.

I studien (Lyberg & Severinsson 2010 a) ble et utvalg av de kvinner, som hadde benyttet seg av oppfølging fra teamet, intervjuet fra mellom 12 til 18 måneder etter fødsel. Kvinnene ble spurt om sine erfaringer og om hjelpen de hadde fått fra jordmødrene. Flere beskrev at samarbeidet med jordmor hadde ført til at de fikk et eierskap til sitt svangerskap og sin fødsel. Det medførte at de opplevde en verdighet. Gjennom samarbeidet med teamjordmor hadde de blitt bevisste sin redsel og de hadde kunnet forberede seg. De hadde opplevd en bekreftelse som bidro til å styrke deres selvfølelse. Som en av kvinnene uttrykte: «Du kjenner deg så lite verdt når du ikke tør å føde barn, noe som de fleste andre kvinner klarer.»

Trenger kompetanseheving

Jordmors veiledning og lederegenskaper er viktige for kvinners velbefinnende. Det burde bety at jordmødre får et godt tilbud om kompetanseheving på disse områder. Vår erfaring er at faglig veiledning blant jordmødre er sparsomt utbredd i norske kommuner og helseforetak.

Faglig veiledning og lederskap påvirker kvaliteten på den omsorg som gis. Det er flere definisjoner på veiledning. Flere av disse beskriver en læringsprosess gjennom refleksjon og personlig støtte (Severinsson 1995). Faglig veiledning kjennetegnes av utvikling av kandidatens selvinnsett og om de er villige til å ta ansvar og gå inn i omsorgsrelasjoner (Berggren & Severinsson 2006). Veiledning utvikler også kandidatens emosjonelle intelligens og reflekterende lederskap. I store trekk kan emosjonell intelligens sies å være en viss kjernekompetanse som gjør sykepleiere og jordmødre i stand til å identifisere og håndtere følelser. Dette bidrar til at de i sitt arbeid med mennesker håndterer daglige utfordringer ut fra en væremåte som oppfattes som kunnskapsbasert, omgjengelig og støttende for andre

(Goleman et al. 2002, Matthews et. al 2004). En sykepleier eller jordmor med en godt utviklet emosjonell intelligens karakteriseres av at hun er åpen for inntrykk og forstår situasjoner. Hun veileder og myndiggjør andre mennesker og bidrar til å skape et arbeidsklima som kjennetegnes av robusthet, fornyelse og forandring (Akerjordet & Severinsson 2008).

Veiledning er også en metode for å ivareta jordmødre slik at de blir i stand til å tilfredsstille kvinners behov i svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen.

En svensk studie (Larsson et. al 2009) viste at jordmors profesjonelle rolle og yrkesidentitet er i forandring. Jordmødrene beskrev at deres profesjonelle rolle var blitt mer begrenset og at deres yrkesidentitet blir utfordret av økt bruk av medisinsk teknologi, andre profesjoner og moderne, kritiske og kunnskapsrike foreldre. I kommunenes svangerskapsomsorg arbeider jordmødrene ofte alene, noe som stiller store krav til hennes yrkesutøvelse. Dette er noen faktorer som utgjør en risiko for stress og utmattelsessyndrom hos jordmødrene (Severinsson 1995).

Ulike arbeidsmodeller

Jordmorfaget må videreutvikle forskning om ulike arbeidsmodeller for å ivareta kvinners ulike reproduktive rettigheter, behov og ønskemål i forbindelse med graviditet og fødsel. En overbygging mellom forskning og praksis er nødvendig for å få dette til. Modeller som baserer seg på kontinuitet i omsorgen gir økt tilfredshet hos kvinnene (Farquhar et al. 2000, Homer et al. 2008, Severinsson et. al 2010).

I tillegg betyr læring og videreutvikling av jordmors individuelle veiledningsferdigheter, evne til reflekterende lederskap og emosjonell intelligens mye for at kvinnene skal oppleve tilbudet og relasjonen til jordmor som helsefremmende. Dette er særlig viktig da kvinners opplevelse av egen helse påvirker hennes evne til å gi omsorg til det nyfødte barnet (Lyberg & Severinsson 2010 a,b, Akerjordet & Severinsson 2009, Akerjordet & Severinsson 2010). ■■■

GRUER SEG: Et tilbud om veiledning til jordmødre som ble satt i gang på et sykehus, fikk god effekt i jordmødrenes oppfølging av kvinner med angst for å føde. Arkivfoto: Marit Fonn.



DILEMMA

Marie Aakre om teknologi og omsorg

Navn: Marie Aakre

Bakgrunn: Leder Rådet for sykepleieetik

E-post: marie.aakre@sykepleieforbundet.no

JA til omsorgsteknologi

Vi kan ikke si nei til teknologi i helsevesenet. Men vi må aldri tro at teknologien kan erstatte menneskelig kontakt.

Ordførere, helsepolitikere og administratorer sier samstemt ja til omsorgsteknologi. Vi andre må slutte oss til dem. Vi har egentlig ikke noe valg.

Frigjøring

Omsorgsoppgavene vil dobles i løpet av få år. De vil bli altfor store til å ivaretas fordi vi blir færre til å utføre dem. Teknologien er den eneste mulige løsningen på modernitetens paradoks, sa filosof Bjørn Myskja på et nordisk treff for sykepleieetik.

Utfordringen er en konsekvens av både politisk og moralsk frigjøring i vår tid. Vi vil neppe forsake vår selvrealisering og

skal behandles som ubegrenset verdifull og uerstattelig. Det enkelte mennesket er bærer av iboende verd, uavhengige av konkrete evner eller posisjon. Vi har vårt verd i kraft av å være menneske. Vi er moralske vesener som kan skille godt fra ondt. Vi er selvstendige subjekt, bevisstgjort gjennom kommuniserende fellesskap. Også mennesker som mangler sosiale og kommunikative ferdigheter tilskrives samme verd.

Møtets etikk

Både Levinas og Kant peker på vår opplevelse av forpliktelse overfor andre mennesker. Opplevelsen av ansvar åpenbares i møtet mellom mennesker. Levinas sier at «Den Andre sprenger mine rammer for kontroll. Det utgår en appell fra ansiktet knyttet til forsvarsløshet. Den Annens ansikt er forsvarsløst, men fremstår paradoksal dermed som opphøyet», sier han. Svakheten og sårbarheten er en åpning mot det hellige. Appellen til hjelperen i møte med den sårbare andre blir kraften i omsorgen. Det er de svakeste, de som er mest utlevert, som påkaller ansvar. Det er den absolutte fremmedhet som er opphavet til appellen, dette fanger vår moralske intuisjon i møtet.

Møte mellom mennesker

Teknologi er i utgangspunktet ikke måten vi ønsker å utøve omsorg på. Den ivaretar ikke møtet mellom mennesker, og omsorgen blir uten ansikt. Den kan aldri bli en erstatning for det forholdet vi bør ha til de svakeste blant oss. Subjekt-subjekt relasjonen er omsorgens forutsetning. Teknologi kan aldri bekrefte eller sikre menneskers verd eller erstatte menneskelig kontakt, men den kan bidra til at kontakt opprettholdes. Den kan skape ensomhet og fremmedgjøring, men også dempe opplevelsen av det samme. Teknologi kan oppleves

som frigjørende, fremme mestring og autonomi, men også være krenkende og kontrollerende. Grensene mellom omsorg og overvåking er uklare. Vi bør lære oss å skille mellom kontrollerende teknologi (smarthus, sporing, kroppssensorer) og egenkontrollerte muligheter (trygghetsalarm, måleapparater, sensorer)

Felles uttalelse

De sykepleieetiske råd i de fem nordiske land drøftet teknologi og menneskeverd i omsorgen og fremmer følgende uttalelse til videre refleksjon;

- » Sykepleiere oppfordres til bevissthet om at ny teknologi i det godes hensikt aldri kan erstatte menneskelig og medmenneskelig kontakt.
- » Mennesket har rett til å benytte ny teknologi som fremmer selvstendighet og trygghet, og som styrker egen frihet til fysisk aktivitet, psykisk stimulering og til å opprettholde kontakt med andre.
- » Sykepleiere bidrar til at ny teknologi som kan styrke menneskets autonomi og egenomsorg gjøres kjent og tilgjengelig.
- » Sykepleiere respekterer pasientens egne holdninger til bruk av omsorgsteknologi, og ivaretar personens interesser og verdighet når han eller hun mangler samtykkekompetanse.
- » Sykepleiere oppfordres til å ta avstand fra ny teknologi som tas i bruk for å styrke lønnsomhet og effektivitet på bekostning av menneskelig verdighet og kontakt.

Den teknologiske utvikling går svært raskt og det er krevende å følge med. Jeg håper at vi maktet å bidra til en utvikling der sykepleiere og andre kan bruke mer av sin tid til nærvær og primære omsorgsoppgaver, og mindre til administrasjon, systemkrav, transport, it-vedlikehold, tilsyn, og tunge løft. ■■■

Teknologi er i utgangspunktet ikke måten vi ønsker å utøve omsorg på.

ofre oss for fremtidens omsorgsbehov. Vi er heller ikke mange nok, og vi vil ikke nok.

Omsorgen blir stadig mer hjemmebasert. Vi tenker borte bra, hjemme best. Men når nesten ingen er hjemme av slekt og venner blir de reelle omsorgsmuligheter i hovedsak offentlig og privat virksomhet, med teknologiens assistanse.

Iboende verd

Ideen om menneskets uerstattelighet er av de viktigste innsikter i vår tid. Omsorgsteknologi må alltid vurderes i forhold til vårt menneskesyn. Vi er frie og likeverdige mennesker, der vi møter hverandre både med respekt for autonomi og ansvar for den andres sårbarhet. Vi vet at selv om alle mennesker har kapasitet for autonomi, er ikke alle selvstendige. Den enkelte

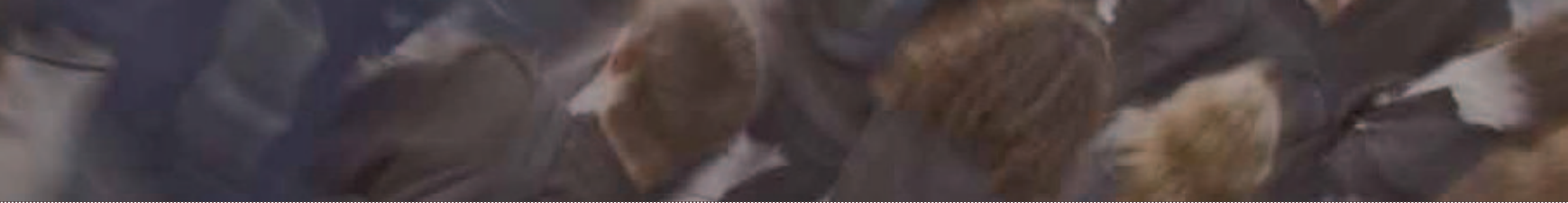
Andre faste bidragsytere



Professor i sykepleie ved Høgskolen i Bodø
Berit Støre Brinchmann



Professor ved seksjon for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo
Per Nortvedt



ARKIVFOTO fra Bjonnesåsen bo- og behandlingssenter på Nøtterøy, av robotselen Paro med en beboer. Foto: Stig M. Weston.



Til refleksjon

- › Hva bruker dere av omsorgsteknologi der du arbeider?
- › Hvilke former for ny teknologi ville fremme menneskers verdighet hos dere?

Send din mening på epost til interaktivt@sykepleien.no, eller skriv til Sykepleien, boks 456 Sentrum, 0104 Oslo. Du kan også lese inn din reaksjon på telefon 22 04 33 65. Reaksjoner fra leserne trykkes i neste nummer.

www.sykepleien.no

Flere dilemma på sykepleien.no under fanen interaktivt.



TETT PÅ Trine Bruseth Sevaldsen

Hvem: Trine Bruseth Sevaldsen

Alder: 37 år

Utdanning: Barnesykepleier

Yrke: Sykepleier på barneavdelingen på Kristiansund sykehus. Avdelings-
tillitsvalgt på medisinsk klinikk.

Ansattes representant i styret i
Nordmøre og Romsdal helseforetak.

Hvorfor: Fordi hun står midt i en opp-
hetet konflikt mellom to byer og to
sykehus. Også internt i Norsk Syke-
pleierforbund (NSF) er det betent.

Ingress

tekst xxxxxxxxxxx Foto xxxxxxxxxxxx

Vil ikkje færra te Molde

Trine Bruseth Sevaldsen fra Kristiansund synes helseministeren bør ta fram kartet.
Da vil hun skjøne hvor lokalsykehuset på Nordmøre bør ligge.

Tekst og foto **Marit Fonn**

«Sykepleierforbundet tør ikke ta debatten

foajeen på sykehuset i Kristiansund filmer en NRK-fotograf skiltet med navn på avdelingene. Føde, akutt, barn ... kameraet fanger dem alle opp. Utpå nyåret kan filmsnutten bli en del av Brennpunkt-programmet som fotografen samler stoff til. Der kommer Trine Bruseth Sevaldsen feiende inn døren. Den tillitsvalgte barnesykepleieren på 1,82 meter hilser på NRK-mannen. Hun har allerede blitt intervjuet. Men nå er det Sykepleiens tur.

NRK-mannen må bare spørre først:

– Jeg hører rykter om barneavdelingen, sier han lavt.

Hun nikker og gir et lynkjapt resymé.

Sevaldsen er styremedlem i Helse Nordmøre og Romsdal. Der kjemper hun nordmøringers sak.

KRIG. ONDE LEDERE. Som Palestina og Israel. En usynlig mur på fjellet mellom Kristiansund og Molde. Harde ord og intense følelser svirrer mellom de to nordligste byene i Møre og Romsdal. Stridens kjerne er lokalsykehusene.

De to byene har hvert sitt. Moldes er slitt og det trengs et nytt. Det er alle enige om. Kristiansunds, som er mindre, er bedre vedlikeholdt. Kristiansundernes skrekkszenario er dette: Et nytt, moderne sykehus i Molde, mens de sitter igjen med en degradert gammeldags institusjon uten føde- og akutttilbud.

Sevaldsen kjøper kaffe i kiosken. Hun sjekker lokalavisenes forsider. I dag står det at Ole Gunnar Solskjær, kommende fotballtrener i Molde, vil være brobygger.

Hun har tro på Ole, kristiansunder som han er. Vi er på vei til

«Mine barn ville blitt født midt i tunnelen.»

et lagerrom i nederste etasje. En sykepleier passerer med støttende ord. Under bakkenivå deler Sevaldsen kontor med Fagforbundets tillitsvalgte. Rommet er folketomt og kaldt. Klasserommet på barneavdelingen i tredje er ledig og varmt. Vi går heller dit.

Det er mandag. Fredag banket Helse Nordmøre og Romsdal sin anbefaling: Nytt sykehus i Molde, bort med føde og akutt i Kristiansund.

– *Hvordan har helgen vært?*

– Helt nydelig. Meget bra. Godt å slappe av.

– *Fredagen var ikke fullt så bra?*

– Den var som forventet. Det var større nedtur 24. mars.

Det var den dagen styret vedtok funksjonsfordelingen: Føde og akuttkirurgi flyttes til Molde. I Romsdal. Sju mil unna.

– Verste dagen i mitt liv.

Hun tar seg i det.

– Én av de verste. Da satte de spikeren i kisten for framtidig struktur.

– *Er spikeren satt, mener du?*

– Fra styrets side.

– *Har du håp?*

– Ja!

Hun ser for seg de ti tusen kristiansunderne som møtte opp da

helseministeren var på besøk i april. Det var kø fra flyplassen til sykehuset. Aksjonen «akuttyven» var synlig på stolper, bilruter og t-skjorter.

Foreløpig ser hun helseminister Anne-Grete Strøm-Erichsen som en alliert.

– En fornuftig dame med bein i nesa. Og stor rettferdighetsans. Hun vil se at det er best å satse på ett felles sykehus mellom byene.

– *Virkelig?*

– Ja. Jeg tror det.

Sevaldsen håper statsråden leser lokalavisene og ser hvor stor uenigheten er.

– *Skal hun si sin mening før jul?*

– Det er sagt så. Det trengs en avgjørelse.

HADDE IKKE AKUTTFUNKSJONENE blitt fjernet i mars, ville ikke konflikten oppstått, mener Sevaldsen.

– Den dagen tok de bort en del av vårt eksistensgrunnlag. Det har vært en utmattende prosess. Harde fronter. Det er derfor Brennpunkt er her.

Når man fjerner tilbud, blir det frustrasjon:

– Tryggheten tas fra folk. Særlig gjelder det føden, men også barn og akutt. Det er jo det vi forbinder med sykehus. De som bor lengst unna, får svi. De som har dårligst tilbud i dag, får det enda dårligere. Det er vanskelig å godta. Særlig går det ut over kvinner.

Lokalsykehus-debatter foregår i hele Norge. Sevaldsen mener den på Nordmøre er unik. Fordi den inneholder så mye sinne.

– Folk her vil ikkje færre til Molde og handle.

Hun skyter inn at hun er ikke en av dem.

– De i Molde vil ikke legges inn i Kristiansund. De frykter de vil bli dårlig behandlet, skriver de i avisen.

Hun var helt uerfaren da hun ble styremedlem for halvannet år siden.

– *Du hadde aldri hatt et verv?*

– Nei. Men jeg tør jo å si fra. Jeg gikk inn i det ganske blåøyd, og læringskurven ble bratt. Det er en utrolig tung byrde.

Det har blitt mange søvnløse netter. Særlig funksjonsfordelingen har floket det til. Den har ført til intern splittelse i hennes eget forbund, NSF.

– Sykepleierne i styret har tatt standpunkt ut fra lokal forankring.

Det ble så betent at de sluttet å ha felles møter.

– Fylkesledelsen i NSF har forsøkt å mekle, uten særlig hell. Jeg vet ikke om vi greier å sy det sammen igjen.

Hun opplever at fylkesledelsen støtter Molde-synet. Det er hun ikke alene om. Ti sykepleiere på medisinsk avdeling meldte seg nettopp ut av NSF og inn i Fagforbundet.

– *Hva med deg?*

– Tanken har streifet meg. Men utmelding er ingen løsning. Det er bedre å melde seg inn for å få folk i posisjon.

Sevaldsen ønsker at NSF tar stilling:

– NSF tør ikke ta debatten om hva et lokalsykehus er. Legeforeningen er klar. Fagforbundet det samme. NSF er helt taus.

Hun har 85 prosent stilling på barneavdelingen. Tillitsvalgt-

om hva et lokalsykehus er.»

arbeidet gjør hun på fritiden. Det blir mye kveldsjobbing. De andre representantene for ansatte er frikjøpt.

– Hva motiverer deg?

– Troen på at pasientene på Nordmøre er like mye verdt som dem i Romsdal.

HENNES ALLER VERSTE DAG var i juli i 2000. Da druknet broren hennes i en dykkerulykke, knapt 23 år gammel. Fra vinduet ser vi barndomshjemmet deres, et gult treetasjes hus, badet i lav høstsol. Der bodde tre generasjoner, og bestefar drev verksted i kjelleren. Nå er bare mor og far igjen. Underetasjen leies ut til turnuskandidater på sykehuset.

Om dette sykehuset vil være attraktivt for dem å jobbe på, tviler hun på. Fra et degradert Kristiansund-sykehus vil legene flykte først. Mange av dem er fra Trøndelag og Østlandet.

– Sykepleierne er mer lokalt forankret. For oss er det verre. Dette er den største kvinnearbeidsplassen på Nordmøre. Jeg føler at dette er en prøvekanin. Rart at NSF sentralt ikke tar mer del i debatten som raser i Helse-Norge. Det berører jo så mange medlemmer.

– Ser du noen fordeler med nytt sykehus i Molde?

– Jaaaa ...

Hun nøler før hun ramser opp:

– Flott for folk i Romsdal. En fantastisk tomt. De får større fagmiljø. Mer robuste vaktordninger for legene. Men de samme argumentene kan man bruke for et felles sykehus. Det ville blitt en fantastisk faglig arena.

Sevaldsen ønsker et felles sykehus mellom de to byene. Romsdølene vil bygge nytt i Molde.

– Klarer du å sette deg i helseministerens sted, med ansvar for hele landet?

– Tror jeg ville sett på et kart, jeg. Kart lyver ikke. Hvis hun ser på geografien, er det ganske innlysende.

Strøm-Erichsen vil se fjorder. Øyer. Fjell.

– Likeverdige helsetilbud. Det er noe av det beste i Norge. Du skal ha den samme retten i Sogn som i Oslo-gryta. Det er et sosialdemokratisk prinsipp.

– Ap-dame, du også?

– Litt mer blå. Lilla. Det er ikke lett å velge parti. I hvert fall ikke her.

– Kvinneaktivist er du vel?

– Ikke i det hele tatt.

Men kvinnekamp blir det:

– Å flytte føden er kvinnefiendtlig. De fra ytre Nordmøre – Smøla, Aure, Halså – får uforsvarlig lang vei.

– Ikke mer enn to timer, står det i styredokumentene?

Nå hisser Sevaldsen seg opp:

– Da glemmer de at folk ikke bor i sentrum i utkantkommunene. At de må vente på fergen. At jordmor må ha en viss tid på å rykke ut. Jeg blir paranoid. Tall er til for å trikkes med.

Nei, å sprike underveis i bil eller båt med rier i tre timer er ingen ønskedrøm.

– Å sette dette opp mot penger, er ikke artig. Mine barn ville blitt født midt i tunnelen.

Hun har ett på seks, ett på sju og et bonusbarn på 18.



SEVALDSEN FORSTÅR IKKE at det går an å legge ned fødetilbudet uten først å sjekke følgene. I månedsvis har hun etterlyst en konsekvensanalyse.

– De vil analysere etterpå. Det er som å gå med ræva baklengs i mål. Det sa jeg på styremøtet i mars.

Hun lar poenget synke inn.

– Tenk om de ser at det ikke går an! Tenk hva det har gjort med de ansatte her.

– Hvilke rykter er det egentlig som går om barneavdelingen?

– Når døgnerberedskapen samles på færre steder, får det følger for vår lille avdeling. Den er jo forsøkt lagt ned mange ganger før. Det vekker noe emosjonelt når de begynner å røre tilbud for barn.

– Forstår du dem i Molde?

– Har ingen problemer med det. Jeg skjønner at de ønsker et bedre sykehus. Dagens er uverdigg for både pasienter og ansatte. Men blir det nytt og flott i Molde, vil ingen satse på Kristiansund. Settes spaden i jorda på Eikrem, vil ikke Kristiansund ha et levedyktig sykehus. Det kan bli et distriktsmedisinsk senter, ja, men kall det ikke et sykehus!

Hun blir oppgitt ved tanken.

– Fredrikstad klarte de å bli enige om ett sykehus utenom bykjernen. Men de har jo E6-en.

Her er det broer, tunneler og ferger.

– Hovedargumentet i Molde er at de er dobbelt så mange som oss. De vil ikke ha lengre reisevei.

– Et godt poeng?

– Folk søker jobb der jobbene er. Et felles sykehus er en sjanse

«Jeg blir paranoid. Tall er til for å trikkes med.»

til å bygge bro mellom byene. Da ville vi ha sluppet all krangel om ressurser,

Klokken er snart halv tre. Hun går i garderoben og kommer tilbake i hvitt.

To dager senere går Helse Midt-Norge inn for å bygge nytt sykehus i Molde. Og utrede akutt- og fødetilbudet. Sevaldsen er litt overrasket.

– Folk er lettet, rapporterer hun.

Kamplysten står ved like. Hun spår at regjeringen ikke tør å ta akuttfunksjonene fra dem nå. Men hun håper at noen andre enn Helse Midt skal utrede.

– Får du støtte?

– Veldig! ■■■



Det må være nasjonale minstekrav til tilbudet i lokalsykehus

Torunn Janbu, president i Den norske legeforening

Fortell hva et lok

Striden raser om lokalsykehusenes fremtid og hvilke funksjoner som skal være hvor. Regjeringen har erklært at ingen sykehus skal legges ned, men at innholdet i det enkelte sykehus skal kunne endres. Dette følges opp i grunnlagsdokumentet til ny nasjonal helse- og omsorgsplan, som ble lagt fram i oktober.

– Hva må til av helsetjenester for å kunne bli de finert som lokalsykehus?

Robin Martin Kåss: Det er ingen definisjon i helselovgivningen av hvilke tilbud og hvilke personellgrupper et lokalsykehus skal ha. Og slik må det være. Norge er et svært langstrakt land med varierende geografi og alderssammensetning, som gjør at behovene for helsetjenester vil være forskjellige. Departementet er ikke opptatt av snevre definisjoner, men hvordan vi kan få til en best mulig arbeidsdeling mellom kommuner, kommuner og sykehus og mellom sykehus, som sammen dekker de helsetjenester befolkningen i det aktuelle område trenger. En klar forutsetning er at befolkningen skal være sikret samme kvalitet på tilbudet, uavhengig av hvor de bor.

Torunn Janbu: Tilbudet på lokalsykehuset skal være forutsigbart og gi trygghet. Når fastlege eller legevakt henviser deg videre, akutt eller planlagt, må lokalsykehuset være førstelinjen i spesialisthelsetjenesten. Den må kunne ta seg av de vanligste sykdommer og skader og kunne stabilisere pasienter som må videresendes. Lokalsykehuspasientene utgjør 60–75 prosent av pasientene i sykehus.

Det må være nasjonale minstekrav til tilbu-

det i lokalsykehus: akuttberedskap i indremedisin, generell kirurgi og anestesi og tilgang til klinisk-kjemiske og radiologiske tjenester. Lokalsykehus uten akutt kirurgi, gir ikke pasientene nødvendig breddekompetanse – over halvparten har ingen sikker diagnose. Vondt i magen hos en gammel kvinne kan være forstoppelse, blodpropp eller tarmslyng som må opereres. Det krever ofte vurdering av både kirurg og indremedisinere over tid.

Mistanke om mer kompliserte indremedisinske tilstander blir «kjørt forbi» sykehus uten akutt kirurgi – det har vi erfart. Det indremedisinske fagmiljøet blir da etter hvert mindre kompetent og stadig flere pasienter «kjøres forbi». Det skaper rekrutteringsproblemer også innen anestesi og røntgen, fordi man ikke får opprettholdt sin kompetanse.

Det må tas geografiske, befolkningsmessige og faglige hensyn ved vurdering av akuttfunksjoner ut over minstetilbudet. Akuttkjeden krever tilgang på et kvalitetssikret fødetilbud. Lokalsykehus av en viss størrelse bør ha tilgang til radiolog for intervensjonsdiagnostikk. Lokalsykehus med et betydelig volum ortopedi må ha ortopedisk akuttberedskap.

Forskning og utdanning krever stabile fagmiljøer og langsiktig planlegging. Dagens usikkerhet river ned fagmiljøer som det vil ta lang tid å bygge opp igjen.

– Er det behov for en nasjonal sykehusplan som beskriver hva lokalsykehus skal utføre av tjenester og hvor de skal være?

Robin Martin Kåss: Det har skjedd enorme endringer når det gjelder sykehusstilbudet siden

Departementet er ikke opptatt av snevre definisjoner.

Robin Martin Kåss, statssekretær i Helse- og omsorgsdepartementet

alsykehus er!

1970-tallet. Antall sykehussenger er redusert fra 20 000 til 13 000, samtidig som antall behandlede pasienter har steget fra 500 000 til 900 000. Dagens spesialisthelsetjeneste vil i framtida utvikles i en enda tydeligere spesialisert retning. Det betyr at enkelte sykehus vil gjøre andre oppgaver enn i dag.

Det finnes ikke noe fasitsvar på hva lokalsykehus skal utføre i morgen. Heller ikke hvor disse tilbudene skal gis. Igjen er det de lokale forhold som vil være avgjørende.

Torunn Janbu: Vi trenger en nasjonal sykehusplan. Den må beskrive minstekravet til lokalsykehus, antall og hvor de skal ligge. Folk må få vite hva et sykehus er – det vet de ikke i dag. Tilbudet må være mest mulig likt over hele landet.

Regjeringens mantra om at «ingen lokalsykehus skal legges ned» skaper forvirring. Folk opplever jo at sykehus legges ned. I iveren etter å vise at lokalsykehus ikke legges ned, går regjeringen i en retorisk spagat. Enkelte små sykehus sier de heller vil ha klar beskjed om nedleggelse, enn vedvarende usikkerhet. Lokalsykehus med definerede oppgaver sikrer at kommunehelsetjenesten, med fastleger, vet hva de kan forvente fra lokalsykehuset. Godt samarbeid krever at kommunene vet hva sykehusene kan tilby og omvendt.

– Vil lokalmedisinske sentre være en alternativ måte å organisere lokalsykehus på i framtida?

Robin Martin Kåss: Lokalmedisinske sentre skal ikke erstatte tilbud som i dag gis i kommunehelsetjenesten eller i spesialisthelsetjenesten. Dette er et tilbud som kommer i til-

legg. Lokalmedisinske sentra vil være en ny arena for samarbeid mellom ulike profesjoner i kommunen, mellom kommuner og mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten. En ny samarbeidsarena hvor kommuner og sykehus sammen skal gi befolkningen et best mulig helsetilbud i nærmiljøet.

Kommunene og sykehusene vil også få en plikt til å inngå avtaler om å vurdere nye behandlingstilbud i kommunene. Disse avtalene vil bli forskjellige ut fra varierende lokale forhold.

Torunn Janbu: Hva lokalmedisinske sentra skal inneholde, er uavklart. De kan ikke erstatte lokalsykehuset.

Et nytt helsetjenestenivå vil skape flere samhandlingsflater. Vi har noen gode sentre i dag, bygget opp på grunn av lang avstand til sykehus. Det er ikke et argument for å lage et nytt helsetjenestenivå over hele landet. Men vi trenger noen kommunale institusjonssenger, for eksempel på et sykehjem, for dem som trenger en seng, men ikke på sykehus. Men det må ikke bli et mål i seg selv å holde gamle mennesker ute av sykehuset. De har ofte mer diffuse sykdomsbilder og trenger innleggelse for diagnostisering og behandling.

En god ansvar- og oppgavefordeling mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste tror jeg vil vise at det ikke er behov for et formalisert mellomnivå. Det er også problematisk å lage et nivå hvor både kommunen og sykehuset er ansvarlige. Det utydeliggjør ansvaret for den enkelte pasient. ■■■

Tekst **Bjørn Arild Østby**

Foto **Erik M. Sundt og Pål Terje Støtvig/Scanpix**





REFLEKS

Gjesteskribent Cathrine Sandnes

Navn: Cathrine Sandnes

Yrke: Redaktør av tidsskriftet Samtiden

E-post: cathrine.sandnes@samtiden.no

Verdens beste tjukkaser

Det er en del overskrifter man leser om og om igjen, så ofte at man til slutt begynner å lure på hva de egentlig betyr.

Den vanligste, tror jeg, er overskriften som forteller oss at «Norge er verdens beste land å bo i». En annen, som jeg har begynt å legge merke til, er den som forteller oss at «Nordmenn blir stadig tjukkere».

Ser man nøyere på overskriftene blir det fort tydelig at det kan være et «men» mellom de to overskriftene. «Verdens beste land», men «vi blir stadig tjukkere». Nå kan man selvsagt innvende at de to sakene ikke har noe med hverandre å gjøre, at sammenfallet er tilfeldig. Og man kan innvende, med rette, at nordmenn følger det samme mønsteret i vektutvikling som alle andre vestlige land. Vi har visstnok passert USA allerede. Og man kan, med like stor rett, påpeke at det ikke er de rike i de rikeste landene som blir fete, det er de fattigste av de rike som legger på seg aller mest.

I Norge er vi i ferd med å nærme oss et punkt hvor man ikke trenger å sjekke ligningen til folk for å finne ut hvor de befinner seg i det sosiale hierarkiet. Man kan like gjerne sjekke BMI. Er du

Før man tilkaller barnevernet, kan man alltid forsøke politikk.

tjukk, er sjansen stor for at du også er blakk. Er du normalt slank, er sjansen stor for at du har høyere utdanning. Løper du langt og har dyr sykkel, er det overveiende sannsynlig at du tjener godt over snittet.

Tallenes tale er klar, likevel er det vanskelig å tro det er sant. I mitt hode er nordmenn fortsatt et folk av turgåere med matpakke. Møter jeg en litt rund jente som sier at hun er tjukk, er impulsen min øyeblikkelig å benekte det, av redsel for at hun skal utvikle anoreksi. Følgelig snøftet jeg første gang forslaget om å gjeninnføre skolemåltider ble lansert: I sin tid avskaffet man skolemåltidet fordi det ikke lenger var barn som sultet. Nå vil man gjeninnføre det fordi barna er så mette at de ikke gidder å spise matpakken sin. Jeg har himlet med øynene over salgstallene til alskens bøker som skal hjelpe folk å gå ned i vekt, enten det er ved hjelp av blodtyper, steinalderen eller rent fett. Og nå sist orket jeg nesten ikke å lese forslaget om at overvektige barn bør

tas hånd om av barnevernet. Som om barnevernet ikke har mer enn nok å henge fingrene i, og knappe nok ressurser som det er.

Den primitive delen av meg, den som mener at folk må slutte å syte og heller ta grep selv, er tilbøyelig til å si at folk må finne ut om de liker sin egen vekt eller ikke. Hvis svaret er «ikke», så må de oppsøke hjelp. Den greie delen av meg er i ferd med å innse at fedme er den nye røykingen, med en lang rekke sykdommer i kjølvannet av livsstilen. Spørsmålet er hvordan man skal håndtere grensen mellom det offentlige, som betaler regningen som følger i kjølvannet av usunn livsstil, og retten til å spise hva man vil.

Jeg kjenner snerpa i meg hver gang vi stopper ved en veikro. Det rykker i ryggmargen ved synet av alle som sitter bøyd over kombinasjonen pommes frites, cola og dessert. «Hvis jeg hadde sagt ja til dette, så ville jeg vært like uansvarlig som om jeg hadde latt dere få røyke og drikke øl», forklarer jeg barna mine. De er veldig små, og skjønner selvsagt ikke hva jeg mener, bortsett fra at de ikke får lov til å forsyne seg med det samme som de andre barna. Det er i sånne øyeblikk, jeg skulle ønske at brus var tre ganger så dyrt, at pommes frites var forbudt og at dessert måtte serveres med rå hvitløk. Kort sagt: Jeg kunne godt tenke meg litt hjelp utenfra til å stå i mot følelsen av å være kjip når jeg egentlig er grei. Man kan forsøke politikk: En kombinasjon av holdningskampanjer, avgiftspolitik og lovendringer. Men kanskje aller viktigst: Man må også endre forestillingen om hva helsesektoren kan bidra med.

I rekken av overskrifter ser man også stadig nye oppslag om «fedmegenet». Det er forlokkende oppslag om at man nå er snublende nære å finne den genetiske løsningen på hvorfor folk er fete. Det høres for godt ut til å være sant, og for de aller fleste av oss er det nettopp det. Bare et fåtall er genetisk fete. For folk flest er det fortsatt regnestykket kalorier inn, minus forbrenning, som er lik antall kilo på kroppen. Hvilket skulle tilsi at resept på personlig trener, treningsgrupper og tett oppfølging over lang tid, både er mer realistisk og effektivt. Selvsagt krevende, men det vil gjøre Norge til et enda bedre land å bo – også for tjukke.

Øvrige gjesteskribenter 2010:



Martine Aurdal
Leder av samfunns-
avdelingen i Dagbladet



Jon Hustad
Journalist i Dag og Tid



Trude Aarnes
Jordmor og privat-
praktiserende sexolog



Anders Folkestad
Leder i Unio



EN VERDIG OBSTIPASJONS- BEHANDLING BEGYNNER MED **MOVICOL®**

Mange personer i eldreomsorgen er i obstipasjonsbehandling. Personalet må ofte bruke mange ressurser - og likevel er oppgaven vanskelig! Administrerer du flere forskjellige avføringsmidler uten at de virker godt nok? Og kan rektale midler derfor ende med å bli rutinebehandlingen i stedet for en nødløsning?

MOVICOL® er et laksativ som normaliserer avføringen ved å tilføre vann til forstoppelsen.¹

MOVICOL® kan derfor ofte skåne pasienten for:

- ubehaget ved invasiv behandling
- rektale midler, som siver og medfører ekstra rengjøring
- diarévæske som irriterer lukkemuskelen

Hva ville du selv foretrekke?

1. Gruss HJ, Teucher T. Der Allgemeinarzt 1999;21(16):1342-1350.



Movicol® er et osmotisk virkende avføringsmiddel inneholdende makrogol 3350, natriumklorid, natriumhydrogenkarbonat og kaliumklorid. **Indikasjon:** Korttidsbehandling ved obstipasjon. Avføringsstopp hvor rektum og/eller colon er fylt med fast fekalie. **Spesielle advarsler og forsiktighetsregler:** Om pasienter utvikler symptomer som tyder på forstyrrelser i elektrolytt- eller væskebalansen (f.eks. ødem, kortpustethet, økende slapphet, dehydrering eller hjertesvikt) skal behandlingen med Movicol® avbrytes umiddelbart og elektrolyttstatus skal kontrolleres. Eventuelle forstyrrelser i elektrolyttstatus behandles. Les pakningsvedlegget nøye før bruk. For mer informasjon, kontakt Norgine på tlf.: 22 42 28 00.



Kemetyl

Våtservietter til alle oppgaver.

Antibac desinfiserende våtservietter dekker helsevesenets mange behov for bakteriebekjempelse og de virker raskt og effektivt mot vegetative bakterier, mykobakterier, sopp og ulike virus.



Antibac Våtservietter for Hånddesinfeksjon

får du både som enkeltpakkede servietter, som små lommebokser og i større bokser for plassering i fellesområder. Våtservietter er meget effektivt og enkelt å bruke for både pasientene og pårørende.



Antibac Våtservietter for Overflatedesinfeksjon

finnes også i forskjellige størrelse. Mindre servietter for mindre overflater og store kluter for store overflater. Boksene fås med borddispenser for festing til underlag. Det er en praktisk løsning når det er mange brukere.