13 | 2012
8. november 2012
100. årgang

Sykepleien 100 år

Kan vi screene oss til bedre helse?

Norskkurs med lønn **34**
Stigmatiserer mødre med hiv **54**
Kampen mot sprøyteskrekk **58**

MSD

- Månedlig prevensjon, ingen piller å huske
- Lavere østrogendose (etinyløstradiol) enn kombinasjons p-piller[1]
- Bedre blødningskontroll enn kombinasjons p-piller[2,3]

NUVARING®
(etonogestrel/ethinylestradiol)

Før forskrivning av Nuvaring® se preparatomtalen

Utvalgt sikkerhetsinformasjon Nuvaring®

(For fullstendig sikkerhetsinformasjon henvises til preparatomtalen)

Kontraindikasjoner: Som for hormonelle prevensjonsmetoder som inneholder etinyløstradiol eller østradiol. For fullstendig oversikt over kontraindikasjoner se preparatomtalen.

Forsiktighetsregler: Effekten av hormonelle prevensjonsmidler kan reduseres ved samtidig bruk av medikamenter som interfererer med cytokrom P450 enzym systemet i lever.Beskytter ikke mot HIV, AIDS eller andre seksuelt overførte sykdommer.

Bivirkninger: Magesmerter, kvalme, vektøkning, akne, nedsatt sexlyst.

Felles for all hormonell prevensjon: Før forskrivning bør det foretas en fullstendig medisinsk anamnese og måling av blodtrykk.

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. *Ref: Statens legemiddelverk*

C **NuvaRing** **Organon**

Antikonsepsjonsmiddel ATC-nr.: G02B B01

Kan rekvireres av helsesøster og jordmor

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 forstadium til 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). Migrene med aura i anamnesen. Diabetes mellitus med vaskulære komplikasjoner. Alvorlige eller multiple risikofaktorer for venøs eller arteriell trombose. Pankreatitt eller slik i anamnesen hvis assosiert med alvorlig hypertriglyseridemi. Nåværende eller tidligere alvorlig leversykdom så lenge leverfunksjonsverdier ikke er normalisert. Nåværende eller tidligere levertumorer (benigne eller maligne). Kjente eller mistenkte maligne tilstander i genitalia eller brystene, hvis de er påvirkelige av kjønnshormoner. Udiagnostisert vaginalblødning. Hypersensitivitet for virkestoffene eller noen av hjelpestoffene. **Forsiktighetsregler:** Før behandlingen starter, foretas en grundig medisinsk undersøkelse, inkl. familieanamnese og blodtrykksmåling. Graviditet utelukkes. Hyppighet av senere undersøkelser baseres på etablert klinisk praksis og tilpasses den enkelte kvinne. Hormonelle prevensjonsmetoder har vært assosiert med forekomst av venøse og arterielle tromboser. Bruk av kombinasjons-p-pille innebærer økt risiko for venøs tromboemboli (VTE) sammenlignet med ingen bruk. Risikoen er mindre enn den som er assosiert med graviditet og som er estimert til 60 pr. 100 000 svangerskap. VTE er fatal i 1-2% av tilfellene. Det er ukjent hvordan NuvaRing influerer på risikoen sammenlignet med andre hormonelle prevensjonsmetoder av kombinasjonstypen. Risikoen for venøs tromboemboli (VTE) øker med: Økende alder, positiv familieanamnese (venøs tromboemboli hos søsken eller foreldre i relativt ung alder), fedme (og muligens også overflatiske tromboflebitter og åreknuter), langvarig immobilisering, større operasjoner, ethvert kirurgisk inngrep i bena eller alvorlig traume. I disse situasjonene er det tilrådelig å avbryte bruk (i tilfelle av planlagt kirurgi minst 4 uker i forveien) og ikke fortsette før 2 uker etter fullstendig remobilisering. Risikoen for arterielle tromboemboliske komplikasjoner øker med: Økende alder, røyking, dyslipoproteinemi, fedme, hypertensjon, migrene, hjerteklaffefeil, hjerteflimmer, positiv familieanamnese (arteriell tromboemboli hos søsken eller foreldre i relativt ung alder). Ved mistanke om en arvelig disposisjon skal kvinnen henvises til en spesialist for rådgivning før det tas en avgjørelse vedrørende bruk av hormonell antikonsepsjon. Biokjemiske faktorer som kan indikere arvelig eller ervervet disposisjon for venøs eller arteriell trombose inkluderer aktivert protein C (APC) resistens, hyperhomocysteinemi, mangel på antitrombin-III, mangel på protein C, mangel på protein S og antifosfolipid antistoffer (antikardiolipin antistoffer, lupus antikoagulanter). Ved mistenkt eller bekreftet trombose skal bruk av preparatet avbrytes. Symptomer på venøs eller arteriell trombose kan innbefatte: Unilateral smerte og/eller hevelse i bena, plutselig kraftig smerte i brystet, enten den stråler ut i venstre arm eller ikke, plutselig tungpustethet, hosteanfall, uvanlig kraftig hodepine, plutselig synstap, dobbeltsyn, utydelig tale eller afasi, svimmelhet, kollaps med eller uten fokale anfall, svakhet eller nummenhet som påvirker en side eller en del av kroppen, motoriske forstyrrelser, akutt abdomen. 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) angioneurotisk 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 kloasma 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. **Interaksjoner:** Interaksjoner kan forekomme med legemidler som induserer mikrosomale enzymer, noe som kan resultere i økt clearance av kjønnshormoner f.eks. fenytoin, fenobarbital, primidon, karbamazepin hydantoiner, rifampicin og muligens også okskarbazepin, topiramat, felbamat, ritonavir, griseofulvin og preparater som inneholder johannesurt. Noen kliniske rapporter antyder at den enterohepatiske sirkulasjonen av østrogener kan avta når visse typer antibiotika gis, f.eks. penicilliner og tetrasykliner, 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 prevensjonshormoner lik de nivåene som er observert hos p-pillebrukere. *Overgang i morsmelk:* Østrogener kan redusere mengden og endre sammensetningen av brystmelken. Bør ikke brukes under amming. **Bivirkninger:** *Vanlige (≥1/100 til <1/10):* Gastrointestinale: Magesmerter, kvalme. Hud: Akne. Infeksiøse: Vaginale infeksjoner. Kjønnsorganer/bryst: Smerter i bekkenet, ømme bryster, genital kløe, dysmenoré, vaginal utflod. Nevrologiske: Hodepine, migrene. Psykiske: Depresjon, nedsatt libido. Undersøkelser: Vektøkning. Øvrige: Ubehag i forbindelse med ringen, utstøting. *Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):* Gastrointestinale: Diaré, oppkast, oppblåst mage, forstoppelse. Hjerte/kar: Hetetokter. Hud: Alopesi, eksem, kløe, utslett. Immunsystemet: Hypersensitivitet. Infeksiøse: Cervisitt, cystitt, urinveisinfeksjon. Kjønnsorganer/bryst: Amenoré, ubehag i brystene, forstørrede bryster, brystspreng, cervixpolypper, blødning under samleie, dyspareuni, cervix-ektopi, fibrocystisk brystsykdom, menoragi, metroragi, ubehag i bekkenet, premenstruelt syndrom, kramper i uterus, brennende følelse i skjeden, vond lukt fra skjeden, smerter i skjeden, vulvovaginalt ubehag, vulvovaginal tørrhet. Muskel-skjelettsystemet: Ryggsmerter, muskelkramper, smerter i ekstremitetene. Nevrologiske: Svimmelhet, hypoestesi. Nyre/urinveier: Dysuri, sykelig trang til vannlating, hyppig vannlating. Psykiske: Følelsesmessig labilitet, humørsvingninger. Stoffskifte/ernæring: Økt appetitt. Undersøkelser: Forhøyet blodtrykk. Øye: Synsforstyrrelse. Øvrige: Tretthet, irritabilitet, utilpasshet, ødemer, følelse av fremmedlegeme. *Svært sjeldne (<1/10 000), ukjent:* Hud: Urticaria. **Egenskaper:** *Klassifisering:* Lavdosert østrogen/gestagen monofasisk kombinasjonspreparat. Ringen frigir gjennomsnittlig 120 µg etonogestrel og 15 µg etinyløstradiol per 24 timer. *Virkningsmekanisme:* Undertrykkelse av ovulasjonen. *Absorpsjon:* Rask absorpsjon fra vaginalslimhinnen. Maks. serumkonsentrasjon: Etonogestrel ca. 1 uke, etinyløstradiol ca. 3 dager. Absolutt biotilgjengelighet: Etonogestrel ca. 100%, etinyløstradiol ca. 56%. *Fordeling:* Distribusjonsvolum: Etonogestrel ca. 2,3 liter/kg, etinyløstradiol ca. 15 liter/kg. *Halveringstid:* Etonogestrel: Ca. 29 timer, plasmaclearance ca. 3,5 liter/time. Halveringstid for metabolittutskillelsen ca. 6 dager. Etinyløstradiol: Ca. 34 timer. Plasmaclearance ca. 35 liter/time. Halveringstid for metabolittene ca. 1,5 dag. *Utskillelse:* Via urin og galle. **Oppbevaring og holdbarhet:** Grossist og apotek: Kaldt (2-8°C). Hos bruker: Romtemperatur (<30°C), ikke over 4 måneder. **Sist endret:** 08.11.2011

NuvaRing, VAGINALRING:

Styrke	Pakning	Varenr	Pris	Refusjon
120 µg/15 µg	1 stk.	007821	kr 119,90	-
	3 stk.	007852	kr 304,60	-

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

MSD

MSD (Norge) AS, Pb. 458 Brakerøya, 3002 Drammen, telefon 32 20 73 00, telefaks 32 20 73 10, www.msd.no.

Copyright © 2012 Merck Sharp & Dohme Corp., et datterselskap av Merck & Co., Inc. All rights reserved. WOMN-1017615-0009 (jun-2012)

Vi leverer et komplett sortiment av parenteral og enteral ernæring, -ingen går oss i næringen når det gjelder produktutvalg til det norske markedet!

Våre kompetente og erfarne medarbeidere tar ernæring på alvor og legger stor vekt på dokumentert informasjon, opplæring og personlig service. Riktig ernæring kan være avgjørende for raskere tilheling og forbedret livskvalitet for en rekke pasientgrupper – i og utenfor sykehus.

Kontakt oss gjerne for råd og veiledning.
markedsavdelingen@fresenius-kabi.com
www.fresenius-kabi.no

Fresenius Kabi
Fresenius Kabi er et globalt, markedsledende selskap som har spesialisert seg på klinisk ernæring, væsketerapi og medisinske tjenester. Fresenius Kabi har over 22 500 ansatte med salgsavdelinger i mer enn 60 land verden over. Et bredt produktsortiment kombinert med service og kunnskap har gitt Fresenius Kabi en sterk posisjon. Fresenius Kabi er nå markedsleder i Europa innenfor terapiområdende klinisk ernæring og væsketerapi. I Norge har Fresenius Kabi over 500 medarbeidere.
Salgs- og markedsavdelingen er lokalisert i Oslo, og produksjonsenheten ligger i Halden.

FRESENIUS KABI
caring for life

Nyhet!

C1

Jakavi «Novartis»

Antineoplastisk middel, proteinkinasehemmer.
ATC-nr.: L01X E18

TABLETTER *5 mg, 15 mg og 20 mg:* *Hver tablett inneh.:* Ruxolitinib 5 mg, resp. 15 mg og 20 mg, laktose, hjelpestoffer.

Indikasjoner: Behandling av sykdomsrelatert splenomegali eller symptomer hos voksne med primær myelofibrose (også kjent som kronisk idiopatisk myelofibrose), post polycytemi vera myelofibrose eller post essensiell trombocytemi myelofibrose.

Dosering: Igangsettes av lege med erfaring i bruk av legemidler mot kreft. Fullstendig blodcelletelling, inkl. differensialtelling av hvite blodceller, må utføres før behandling startes, og kontrolleres hver 2.-4. uke til dosering er stabilisert, og deretter etter klinisk behov. ***Voksne:*** Startdose: 15 mg 2 ganger daglig ved blodplatetall 100 000-200 000/mm^3. 20 mg 2 ganger daglig ved blodplatetall >200 000/mm^3. Høyeste anbefalte startdose er 5 mg 2 ganger daglig ved blodplatetall 50 000-<100 000/mm^3. Disse pasientene bør titreres med forsiktighet. Doseendring: Dosene kan titreres ut i fra sikkerhet og effekt. Behandlingen bør avbrytes ved blodplatetall <50 000/mm^3 eller absolutt nøytrofiltall <500/mm^3. Når blodplater og nøytrofile er gjenopprettet til over disse nivåene, kan doseringen gjenopptas med 5 mg 2 ganger daglig, og økes gradvis basert på nøye monitorering med fullstendig blodcelletelling, inkl. differensialtelling av hvite blodceller. Dosereduksjon bør vurderes dersom antallet blodplater synker til <100 000/mm^3, for å unngå doseringsavbrudd pga. trombocytopeni. Dersom effekten vurderes å være utilstrekkelig og antallet blodplater og nøytrofiler er adekvate, kan dosene økes med maks. 5 mg 2 ganger daglig. Startdosen bør ikke økes i løpet av de 4 første ukene med behandling, og deretter ikke oftere enn hver 2. uke. Maks. dose er 25 mg 2 ganger daglig. ***Barn ≤18 år:*** Sikkerhet og effekt er ikke klarlagt. Ingen tilgjengelige data. ***Eldre ≥65*** år: Ingen tilleggsjusteringer i dose er anbefalt. ***Spesielle pasientgrupper:*** *Nedsatt leverfunksjon:* Anbefalt startdose basert på antall blodplater ved enhver form for nedsatt leverfunksjon bør reduseres med ca. 50%, og administrering bør skje 2 ganger daglig. Videre endringer i dosering bør gjøres under nøye overvåkning av sikkerhet og effekt. Pasienter som diagnostiseres med nedsatt leverfunksjon under behandlingen bør få utført en fullstendig blodcelletelling, inkl. differensialtelling av hvite blodceller, kontrollert minst hver uke til annenhver uke i løpet av de 6 første ukene etter oppstart av behandling, og deretter etter klinisk behov etter at leverfunksjon og antall blodceller er stabilisert. Dosen kan titreres for å redusere risikoen for cytopeni. *Nedsatt nyrefunksjon:* Startdosen ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon bør være redusert. Startdosen ved nyresykdom i sluttfasen hos pasienter som får hemodialyse bør baseres på antallet blodplater. Påfølgende doser (enkeltadministrering) bør gis hemodialysedagen, etter dialysen. Videre endringer i dosering bør gjøres under nøye overvåkning av sikkerhet og effekt. ***Administrering:*** Kan tas med eller uten mat. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. Graviditet og amming. **Forsiktighetsregler:** Myelosuppresjon: Kan føre til hematologiske bivirkninger, inkl. trombocytopeni, anemi og nøytropeni. Pasienter med lavt blodplatetall (<200 000/mm^3) ved behandlingsoppstart er mer utsatt for trombocytopeni. Trombocytopeni er generelt reversibelt og kan vanligvis kontrolleres ved dosereduksjon eller midlertidig seponering. Transfusjon av blodplater kan være klinisk indisert. Anemi kan gi behov for blodoverføring. Doseendring kan også vurderes ved anemi. Hyppigere overvåking av hematologiparametre, kliniske symptomer og behandlingsrelaterte bivirkninger anbefales ved hemoglobinnivå <10 g/dl ved behandlingsoppstart. Nøytropeni (absolutt antall nøytrofiler <500/mm^3) er generelt reversibelt og kontrolleres ved midlertidig seponering. *Infeksjoner:* Risikoen for alvorlige bakterielle og mykobakterielle infeksjoner og sopp- og virusinfeksjoner, bør vurderes. Behandlingen bør ikke startes før aktive, alvorlige infeksjoner er behandlet. Pasienten bør følges nøye for tegn og symptomer på infeksjoner og starte opp egnet behandling straks. Legen bør informere pasienten om tidlige tegn og symptomer på herpes zoster, og gi råd om å oppsøke behandling så tidlig som mulig. *Seponeringssymptomer:* Ved behandlingsavbrudd eller seponering kan symptomer på myelofibrose komme tilbake i løpet av en periode på ca. 1 uke. Tilfeller med mer alvorlige hendelser ved seponering, spesielt ved samtidig akutt sykdom, er sett. Det er uklart om brå seponering bidro til disse hendelsene. Dersom brå seponering ikke er nødvendig, bør gradvis nedtrapping av dosen vurderes, selv om nytten av nedtrappingen ikke er påvist. *Hjelpestoffer:* Pasienter med sjeldne arvelige former for galaktoseintoleranse, lapp-laktasemangel eller glukose-galaktosemalabsorpsjon bør ikke bruke dette legemidlet. **Interaksjoner:** Interaksjonsstudier er kun utført med voksne. Ruxolitinib elimineres via CYP 3A4 og CYP 2C9, og legemidler som hemmer disse enzymene kan derfor gi økt ruxolitinibeksponering. Sterke CYP 3A4-hemmere er f.eks. boceprevir, klaritromycin, indinavir, itrakonazol, ketokonazol, lopinavir/ritonavir, ritonavir, mibefradil, nefazodon, nelfinavir, posakonazol, sakinavir, telaprevir, telitromycin, vorikonazol. Når ruxolitinib gis samtidig med en sterk CYP 3A4-hemmer, bør deldosene reduseres med ca. 50%, gitt 2 ganger daglig. Pasienten bør kontrolleres nøye (f.eks. 2 ganger i uken) for cytopenier, og dosetitreres basert på sikkerhet og effekt. På bakgrunn av in silico-modellering bør en dosereduksjon på 50% tas i betraktning ved samtidig bruk av kombinerte CYP 3A4- og CYP 2C9-hemmere (f.eks. flukonazol). Ved kombinasjon med CYP 3A4-induktorer, som f.eks. avasimib, karbamazepin, fenobarbital, fenytoin, rifabutin, rifampicin, johannesurt (Hypericum perforatum), bør pasienten følges nøye og dosetitreres basert på sikkerhet og effekt. Økt ruxolitinibdose er muligens nødvendig ved behandlingsoppstart med en sterk enzyminduktor. Ingen dosejustering er anbefalt når ruxolitinib gis samtidig med svake eller moderate CYP 3A4-hemmere, f.eks. ciprofloksacin, erytromycin, amprenavir, atazanavir, diltiazem, cimetidin. Pasienten bør imidlertid kontrolleres nøye for cytopenier når behandling med en moderat CYP 3A4-hemmer startes. Det kan ikke utelukkes at ruxolitinib hemmer CYP 3A4 i tarmen. Økt systemisk eksponering kan oppstå for substanser som metaboliserers av CYP 3A4, og spesielt de som gjennomgår betydelig tarmmetabolisering. Sikkerhetsovervåking av oralt administrerte substanser metabolisert av CYP 3A4 anbefales ved kombinasjon med ruxolitinib. Interaksjonen vil sannsynlig minimeres dersom tidsintervallet mellom administreringene holdes så langt som mulig. Ruxolitinib kan hemme P-glykoprotein (P-gp) og brystkreftresistensproteinet (BCRP) i tarmen, og kan gi økt systemisk eksponering for substrater for disse transportørene, slik som dabigatraneteksilat, ciklosporin, rosuvastatin og muligens digoksin. Terapeutisk legemiddelovervåking eller klinisk overvåking av berørt substans anbefales. Det er mulig at potensiell hemming av P-gp og BCRP i tarmen kan minimeres dersom tidsintervallet mellom administreringene holdes så langt som mulig. **Graviditet, amming og fertilitet:** *Graviditet:* Kontraindisert. Kvinner som kan bli gravide må bruke sikker prevensjon under behandlingen. Ved graviditet under behandlingen må nytte/risiko-evaluering utføres på individuell basis, med grundig rådgivning med tanke på potensiell risiko for fosteret. Amming: Skal ikke brukes. *Amming* bør avbrytes når behandling startes. **Bivirkninger:** *Svært vanlige (≥1/10):* Blod/lymfe: Anemi, trombocytopeni, nøytropeni, blåmerker og annen blødning (inkl. neseblødning, postoperativ blødning og hematuria). Infeksiøse: Urinveisinfeksjoner. Lever/galle: Forhøyet alaninaminotransferase, forhøyet aspartataminotransferase. Nevrologiske: Svimmelhet, hodepine. Stoffskifte/ernæring: Vektøkning, hyperkolesterolemi. *Vanlige (≥1/100 til <1/10):* Blod/lymfe: Intrakraniell blødning, gastrointestinal blødning. Gastrointestinale: Flatulens. Infeksiøse: Herpes zoster. **Overdosering/Forgiftning:** *Symptomer:* Enkeltdoser opptil 200 mg er gitt med akseptabel akutt toleranse. Gjentatt dosering med høyere doser enn anbefalt er forbundet med økt myelosuppresjon inkl. leukopeni, anemi og trombocytopeni. Behandling: Intet kjent antidot. Adekvat støttende behandling bør gis. Hemodialyse antas ikke å øke ruxolitinibutskillelsen. **Egenskaper:** *Klassifisering:* Antineoplastisk middel, proteinkinasehemmer. Virkningsmekanisme: Selektiv hemmer av JAK1 og JAK2 (Janus-kinaser, IC_{50}-verdier på 3,3 nM og 2,8 nM for hhv. JAK1- og JAK2-enzymene). Disse medierer signaleringen av en rekke cytokiner og vekstfaktorer, som er viktig for hematopoiese og immunfunksjon. Myelofibrose er en myeloproliferativ neoplasi assosiert med dysregulering av JAK1- og JAK2-signalering. Ruxolitinib hemmer JAK-STAT-signalering og celledeling av cytokinavhengige cellulære modeller av hematologiske kreftformer, så vel som av Ba/F3-celler som er cytokinuavhengige ved å uttrykke JAK2V617F-mutert protein, med IC_{50} i intervallet fra 80-320 nM. *Absorpsjon:* Rask, ≥95%. T_{max}: Ca. 1 time. Gjennomsnittlig C_{max} og AUC øker proporsjonalt i et enkeltdoseintervall fra 5-200 mg. *Proteinbinding:* 97%, hovedsakelig til albumin. *Fordeling:* Tilsynelatende distribusjonsvolum ved steady state er 53-65 liter hos myelofibrosepasienter. *Halveringstid:* Eliminasjonshalveringstid ca. 3 timer. *Metabolisme:* Hovedsakelig ved CYP 3A4 (>50%), og noe CYP 2C9. *Utskillelse:* Hovedsakelig ved metabolisering, ca. 74% utskilles i urinen og 22% i feces. Uforandret modersubstans <1%.

Pakninger og priser: ***5 mg:*** 60 stk. (boks) 193583, kr 20900,20. ***15 mg:*** 60 stk. (boks) 383933, kr 41765,30. ***20 mg:*** 60 stk. (boks) 576122, kr 41765,30.

Sist endret: 10.10.2012 (SPC 23.08.2012)

1. Harrison C, Kiladjian J-J, Al-Ali HK, et al. JAK inhibition with ruxolitinib versus best available therapy for myelofibrosis. N Engl J Med. 2012;366(9):787-798.
2. Verstovsek S, Mesa RA, Gotlib J, et al. A double-blind, placebo-controlled trial of ruxolitinib for myelofibrosis. N Engl J Med. 2012;366(9):799-807.

NOVARTIS ONCOLOGY

artell.no Foto: Bård Ek NO1210058935

skal jeg gi en svært syk pasient en god nyhet

Tenk deg et liv med ekstrem nattesvette, forstørret milt, skjelettsmerter og utmattelse.[1,2] Og tenk deg et liv med betydelig reduserte plager.[1,2]

Jakavi er et viktig fremskritt i behandlingen av myelofibrose. Jakavi reduserer de alvorlige symptomene og gir pasienten en mulighet til å leve videre med myelofibrose.[1,2]

JAKAVI™

En ny mulighet

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

Reportasjeansvarlig
Ann-Kristin Bloch Helmers
tlf. 22 04 33 73
aknbh@sykepleien.no

Journalist Kari Anne Dolonen
tlf. 22 04 33 69/94 37 36 11
kari.anne.dolonen@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

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

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

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

Deskjournalist Johan Alvik
tlf. 92 60 87 06
johan.alvik@sykepleien.no

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

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

Grafisk formgiver Nina Hauge
tlf. 22 04 33 56
nina.hauge@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

Produktannonser/bilag: Lise Dyrkoren
tlf. 22 04 33 72 / 99 50 40 05
lise.dyrkoren@sykepleien.no

Produktannonser: Maud P. Kaino
tlf. 97 74 21 20
maud.kaino@sykepleien.no

Stilling/kunngjøring: Silje Marie Torper
tlf. 97 09 33 54
Silje.marie.torper@sykepleien.no

Repro og trykk:
Color Print A/S

Fagpressen
OPPLAGSKONTROLLERT

Fagpressens markedspris 2009
Fagpressepris 2009

Gjesteskribenter:

Carina Strømme skriver om svikt og ansvarsfraskrivelse i tilbudet til demente. For Jorunn Marie Bukkøy førte det til at hun frøs i hjel utenfor sin egen bolig. Side 82

Anca Heyd skriver at flere gravide i fremtiden vil bli sentralisert til fødeavdelinger for å være på den sikre siden når fødselen nærmer seg. Side 84.

Per Nortvedt skriver om at etiske refleksjoner også må basere seg på aktuell og tilgjengelig forskning. Side 72.

Eli Gunhild By er opptatt av den nye rusmeldingen i sin leder, og er spesielt bekymret for rusavhengige som lever på gata. Gode, gatenære helsetjenester kan redde liv og gi bedre psykisk og fysisk helse. Side 78.

Forsidefoto: Colourbox/Illustrasjon: Sissel Vetter

Innhold

Sykepleien **AKSJONISTEN:** Det er klart jeg kunne

Hva skjer

9 Aksjonisten
10 Hva skjer – smånytt
12 Flere vil veilede om minoriteter
13 Vi bare spør Amy Sharron
14 – Glad, men ikke overrasket
16 Bekymret for sykepleierutdanningen
19 For eller mot en ny abortdebatt?
20 Mange regelbrudd ved innleie
21 – Rusmeldingen mangler konkrete tiltak

Der ute

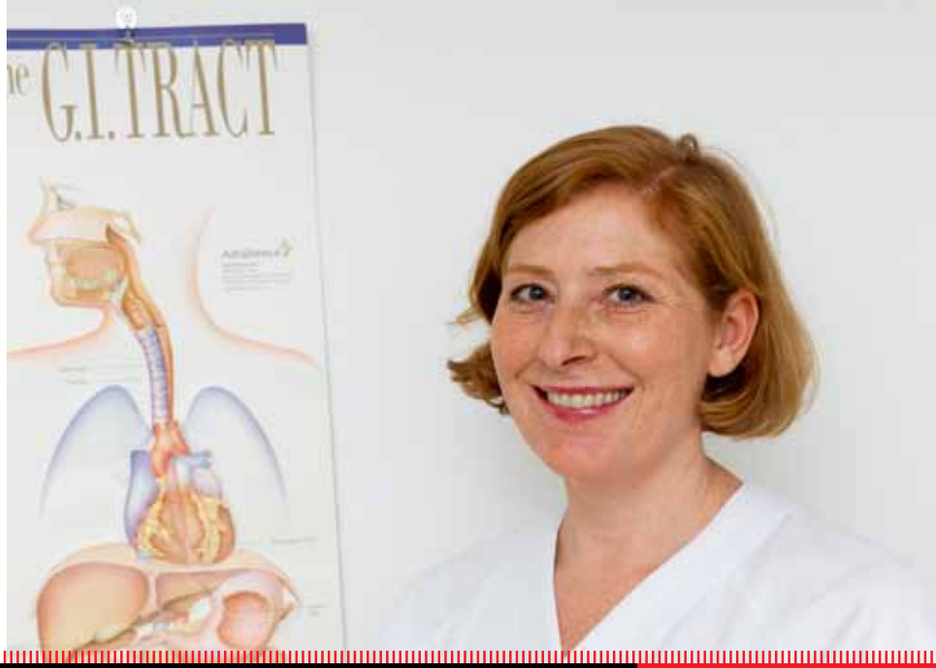
32 Smånytt fra utlandet
34 Får betalt for å lære norsk
37 Norgesmestre i helsefag
38 Slipper å true med straff
43 Skaper matlyst
46 Øyeblikket
49 Min jobb: Eva Jensen
50 Den store måledagen
52 – La forskningen bestemme

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

Tema:
Screening

24 Jakten på polypper
26 – Vanligvis ser alt fint ut
28 Ny måte å screene på
29 – Vanskelige valg
30 – Et spørsmål om verdier

24



få en utredning, hvis jeg absolutt måtte.

13 • 2012
8. november 2012 • 100. årgang

Fag og bøker

54 Norsk lov stigmatiserer mødre med hiv
57 Fagnotiser
58 Sprøyteskrekken tok henne
60 Sprøyteskrekk kan kureres
64 Forfatterintervju: Bård Nannestad
66 Bokanmeldelser
68 Språkvansker skaper stress
71 Fagnotiser
72 Sykepleieetikk må bli kunnskapsbasert
74 Papirløse på papir
76 Eldre drikker mer
76 Quiz

Mennesker og meninger

78 Eli Gunhild By om rusmeldingen
79 Meninger fra leserne
80 Siden sist
82 Kronikk: Carina Strømme
84 Innspill: Anca Heyd
86 Tett på Lars Erik F. Hanssen
90 Paragrafrytterne

91 Stillingsannonser
94 Kunngjøringer

GJESTESKRIBENTEN:

«Etikk er et fag som må studeres, læres og reflekteres over.»

Per Nortvedt 72

«Ikke prøv å kurere sprøytefobien på fem minutter»

58

86

NYCOMED

Circadin® – kan forbedre søvnkvaliteten[1]

Indikasjon: Circadin® er indisert som monoterapi til kortvarig behandling av primær insomni karakterisert ved dårlig søvnkvalitet hos pasienter som er 55 år og eldre.[1]

Circadin® er pr idag det eneste søvnmedikamentet som kan benyttes inntil 13 uker.[1)]

Circadin gir signifikant og klinisk forbedring på: [1,2)]
- innsovningstid
- søvnkvalitet
- livskvalitet

Referanser:
1. SPC
2. Aging Health 2008 4(1), 11-21

Depottablett melatonin
circadin®
Klar for en ny dag

C

Circadin «Neurim» ATC-nr.: N05C H01
Sedativum. Hypnotikum.

DEPOTTABLETTER *2 mg:* *Hver depottablett inneh.:* Melatonin 2 mg, laktosemonohydrat, hjelpestoffer.
Indikasjoner: Indisert som monoterapi til kortvarig behandling av primær insomnia 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 det er sannsynlig at tretthet 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 laktasemangel (lapp-laktasemangel) eller glukose-galaktosemalabsorpsjon. Forsiktighet bør utvises hos pasienter med nedsatt nyrefunksjon. **Interaksjoner:** Melatonin metaboliseres hovedsakelig via CYP 1A. Interaksjon mellom melatonin og andre legemidler som en følge av effekten deres på CYP 1A-enzymer, 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-metoksypsoralen, 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 melatoninekskresjonering. 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 zaleplon, zolpidem og zopiklon. Samtidig inntak av melatonin og tioridazin kan føre til en økt følelse av ullenhet 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/Amming:** *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. Hjerte/kar: Hypertensjon. Hud: Dermatitt, nattesvette, pruritus, utslett, generell pruritus, tørr hud. Kjønnsorganer/bryst: Menopausesymptomer. Lever/galle: Hyperbilirubinemi. Muskel-skjelettsystemet: Smerter i ekstremiteter. Nevrologiske: Migrene, letargi, psykomotorisk hyperaktivitet, hodepine, svimmelhet, søvnighet. Nyre/urinveier: Glykosuri, proteinuri.Psykiske: Irritabilitet, mareritt, nervøsitet, uro, søvnløshet, unormale drømmer, angst. Undersøkelser: Unormal leverfunksjonstest, vektøkning. Øvrige: Asteni, brystsmerter. *Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000):* Blod/lymfe: Leukopeni, trombocytopeni. Gastrointestinale: Gastroøsofageal reflukssykdom, gastrointestinale lidelser og ubehag, blemmer i munnens slimhinner, sårdannelse på tungen, oppkast, unormale tarmlyder, flatulens, hypersalivasjon, halitose, gastritt. Hjerte/kar: Hetetokter, angina pectoris, palpitasjoner. Hud: Eksem, erytem, dermatitt på hender, psoriasis, generelle utslett, pruritisk utslett, neglesykdommer. Kjønnsorganer/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. Stoffskifte/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. Se Giftinformasjonens anbefalinger N05C H01 side d. **Egenskaper:** *Klassifisering:* Hormon som produseres av pinealkjertelen og som strukturelt sett er relatert til serotonin. Melatonin er forbundet med kontroll av døgnrytmer 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 innsovningstiden og bedrer søvnkvaliteten, våkenheten om morgenen, funksjonsevnen om dagen og livskvaliteten. Effekten vedvarer i opptil 3 måneder med behandling og antall respondere øker med 10% etter 3 måneders behandlingstid. Søvnsammensetningen og REM-søvnvarigheten påvirkes ikke. *Absorpsjon:* 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. Absorpsjon og maks. plasmakonsentrasjon påvirkes av samtidig matinntak (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 01.08.2012: 30 stk. (blister) 202,20 (maks AUP).

Barth Tholens om screening

Stilling: Ansvarlig redaktør i Sykepleien
E-post: barth.tholens @sykepleien.no

Finn fem feil

Inntil det motsatte er bevist, er jeg frisk.
Men noen vil helst ha det hundre prosent sikkert.

Illustrasjon: Sykepleien

Jeg er en supernaiv og billig pasient. Vanligvis begrenser jeg legebesøk til såkalte oppsamlingsheat. Her konfronterer jeg min fastlege med mine siste skavanker. Det egentlige formålet med denne opplistningen er at han skal si at jeg ikke feiler noen ting. Og stakkaren har funnet en virkningsfull taktikk. Alle plagene jeg kommer med, har han hatt selv. Og mens han sitter der som levende bevis på at han har overlevd alle mine symptomer, er jeg allerede på vei ut, frisk igjen og lettet over at jeg ikke skal dø likevel.

Ikke alle tar så lett på det. Rimeligvis. De vil gjerne ha prøver og resultater svart på hvitt. Det er ikke rart. Både lesere av Dagbladet og de som får med seg annonsene til private Aleris vet at livet er fullt av uforutsette farer. «Derfor bør du sjekke føflekkene», «slik avsløres kreft i tarmen» og «dette bør du sjekke hvis hjertet løper løpsk», blir vi oppfordret til. «Derfor bør du ta en totalsjekk av helsen»! Uten kø hos Aleris, selvsagt. For de er jo private.

Du trenger altså ikke være noen pyse for å kjenne på et økende behov for å få en nærmere sjekk – for sikkerhets skyld. Og heldigvis er legevitenskapen på plass for å kunne avsløre både det ene og det andre som du ikke har lagt merke til selv. Antallet screeningsprogram i Norge er økende. Her innkalles i utgangspunktet friske mennesker for å sjekke om de muligens har symptomer som kan tyde på det motsatte. I tillegg til de statlige finansierte screeninger, av typen mammografi og livmorhalskreft, finnes også utstrakt vill-screening. Da tar gjerne legen en del prøver av deg mer eller mindre på måfå. Noe du ikke sier nei til – for hvem vil ikke gjerne vite? – men som i neste omgang kan vise funn som kan utløse en rekke nye spørsmål som du da også må få svar på.

«Det gjelder å være edruelig.»

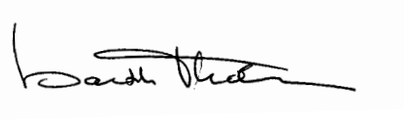
Ta risikoen for prostatakreft for eksempel. Jeg må innrømme at jeg lenge ikke ante hvor denne prostataen, som alle snakket om, egentlig befinner seg. Jeg har aldri møtt den. Ikke visste jeg heller hva jeg eventuelt skulle kjenne etter hvis prostataen ikke oppførte seg som den skulle. Men da jeg bikket over femti hadde jeg lest Dagbladet ofte nok til at jeg bestemte meg for å drøfte spørsmålet med min fastlege, i en av oppsamlingsheatene.

Han hadde selvfølgelig selv hatt prostatitt! Og forklarte villig vekk hvordan dette lignet på noe som kunne være et symptom på kreft, såkalt «murring» i den aktuelle regionen. Så om jeg ikke hadde noe i den duren, kunne jeg bare ta det helt med ro. Det er klart jeg kunne få en utredning, hvis jeg absolutt måtte. Men legen så ingen grunn til dette – og der nærmest «danset» jeg ut av legesenteret, i forvissning om at livet mitt igjen på underbart vis hadde blitt forlenget med flere år.

Mange, mindre lettlurte, ville nok blitt tilbudt og sagt ja til en såkalt PSA, en prostatakreftutredning. Bare for å utelukke det verste. Mange «velger» en slik utredning, ikke minst fordi de tilbys over en lav sko. Problemet er bare at svaret fra en PSA kan gi en rekke nye spørsmål som leger ofte bare kan få svar på gjennom operative inngrep. Er man riktig uheldig, kan prisen for å skaffe seg sikkerhet (yess! Ikke kreft), være høy: Shit, inkontinent. Eller enda verre: Krise, impotent!

Mange friske mennesker er i utgangspunkt ikke klar over hva de sier ja til når de lar seg screene for symptomer til alvorlige sykdommer, samtidig som det nærmest kjennes uansvarlig og som gambling med livet hvis man velger å la være. Det er en nøtt som den offentlige helsetjenesten må knekke når de skal designe innkallinger til slike masseundersøkelser. Og som private helseytere må reflektere etisk over når de tilbyr sine tjenester. Det gjelder å være edruelig.

Kanskje det ikke er så lurt å være smart, og lurere å være naiv? Eller som fastlegen min skrev til meg etter å ha henvist meg til en spesialist: Røntgenbildene dine viste riktignok at du har artrose. Men jeg håper du har det bra ellers.



Hva skjer

Tvungen rustest

Bodø kommune innfører tvungen rustest for alt helsepersonell i kommunen. Enkelte sykepleiere kaller det et overgrep, melder NRK Nordland.

I 2010 mistet 64 helsepersonell sin autorisasjon på grunn av rus.

Laila Wilhelmsen er fylkesleder i Norsk Sykepleierforbund i Nordland og sier til NRK at vedtaket er nødvendig, men at ikke alle er like glade for det.

– Noen mener det er et overgrep og tenker at «nå skal politiet komme og holde oss fast for å teste oss», sier Wilhelmsen til NRK Nordland.

Foto: Colourbox

Larsen utnevnt til departementsråd

NY JOBB: Direktøren i Helsedirektoratet har fått ny jobb. Foto: Stig M. Weston.

Bjørn-Inge Larsen er utnevnt til departementsråd i Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). Larsen sluttet umiddelbart i sin stilling som helsedirektør i Helsedirektoratet etter utnevnelsen. Bjørn-Inge Larsen overtar som departementsråd etter Anne Kari Lande Hasle.

Assisterende helsedirektør i Helsedirektoratet, Bjørn Guldvog, er konstituert som helsedirektør inntil videre, opplyser Helsedirektoratet.

Kreftregisteret vil kople sammen SSB-data

Kreftregisteret har søkt helsedepartementet om å få koble SSB-data om ulike befolkningsgrupper her i landet med egne data om kreft. Kreftregisteret ønsker å følge med på slike data fordi flere kreftformer har ulik hyppighet hos ulike befolkningsgrupper og grupper av innvandrere.

Kilde: forskning.no

VIL OVERVÅKE: Å sammenlikne flere data kan gi bedre oversikt over kreftformer.

Les mer om:

12 Flere vil veilede om minoriteter ›

14 – Glad, men ikke overrasket ›

16 Bekymret for sykepleierutdanningen ›

20 Mange regelbrudd ved innleie ›

21 – Rusmeldingen mangler konkrete tiltak ›

sykepleien.no

Ferske nyheter hver dag på sykepleien.no

Sykehus får skryt

SNART: SUS har kortet ned ventetiden på rekonstruksjon av bryster med over ett år. Foto: Colourbox

Stavanger universitetssykehus har kortest ventetid i landet på nye bryster og får skryt av Kreftforeningen. For ett år siden deltok Brystkreftforeningen i en arbeidsgruppe nedsatt av Helsedirektoratet. Målet var å kartlegge den reelle ventetiden rundt om i landet. SUS havnet da mitt på treet.

– Om Stavanger har 12 og 3 måneders ventetid nå, så har de kortet ned ventetiden siden i vinter med over ett år. Det er helt supert, og det viser at de er godt i gang med oppdraget de fikk fra departementet i mai 2012, sier daglig leder i Brystkreftforeningen, Marit Røyneberg, til Aftenbladet.

SØTA BROR: Göran Stiernstedt er svensk lege. Foto: Oslo universitetssykehus

Ny styreleder ved Ahus

Jonas Gahr Støre valgte å fjerne styreledere i Helse Sør-Øst. Nå har styret ved Ahus valgt ny styreleder. Han heter Göran Stiernstedt og er en gammel traver i både norske og svenske sykehusstyrer. Han er utdannet lege og har blant annet vært styreleder ved Oslo universitetssykehus.

Kilde: Ahus

Hvor mange dødsfall?

Totalt døde 41 300 personer i 2011, 21 300 kvinner og 20 000 menn. Vel 38 700 dødsfall skyldtes sykdom, mens 2 600 personer døde av voldsom årsak. Mange av dødsfallene blant unge dette året hadde sammenheng med Utøya-tragedien 22. juli.

Kilde: SSB

Dødsfall i 2011 fordelt på noen diagnosegrupper	Prosent
Voldsomme dødsfall i alt	6,3
Ondartede svulster	26,2
Sykdommer i åndedrettsorganene	9,7
Sykdommer i sirkulasjonsorganene	31,4
Andre sykdommer	26,3

Nødnett-avtalen kan være ulovlig

Nokia Siemens› overføring av kontrakten om utbyggingen av nødnettet til Motorola kan være ulovlig, melder Aftenposten. Nødnett-etaten, DNK, risikerer ifølge avisen kjempebot.

ULOVLIG? Er nødnett-avtalen ulovlig? Foto: Kari Anne Dolonen

Arbeidsforsker fikk Karl Evangs pris

Ebba Wergeland fikk årets Karl Evangs pris for sin innsats for arbeidsmiljø, kvinnerettigheter og arbeidsmedisin.

– Prisen er velfortjent fordi hun med sin kunnskap har preget debatten om arbeidshelse og arbeidsmiljø, sier lederen i Arbeidstilsynet Ingrid Finboe Svendsen til Dagens Medisin sin nettside.

Wergeland er spesialist i arbeidsmedisin og tok sin doktoravhandling om «Healthy working conditions in pregnancy» i 1999.

Prisen deles ut av Arbeidstilsynet til en person eller en organisasjon som har gjort særlig betydningsfull innsats for å fremme folkehelsen eller har styrket samfunnsdebatten om dette. Utdelingen skjer hvert år den 19. oktober på Karl Evangs fødselsdag.

Kilde: Dagens Medisin

VIL IKKE: Helseminsteren vil ikke granske bekymring rundt dødsfall. Illustrasjon: Sykepleien

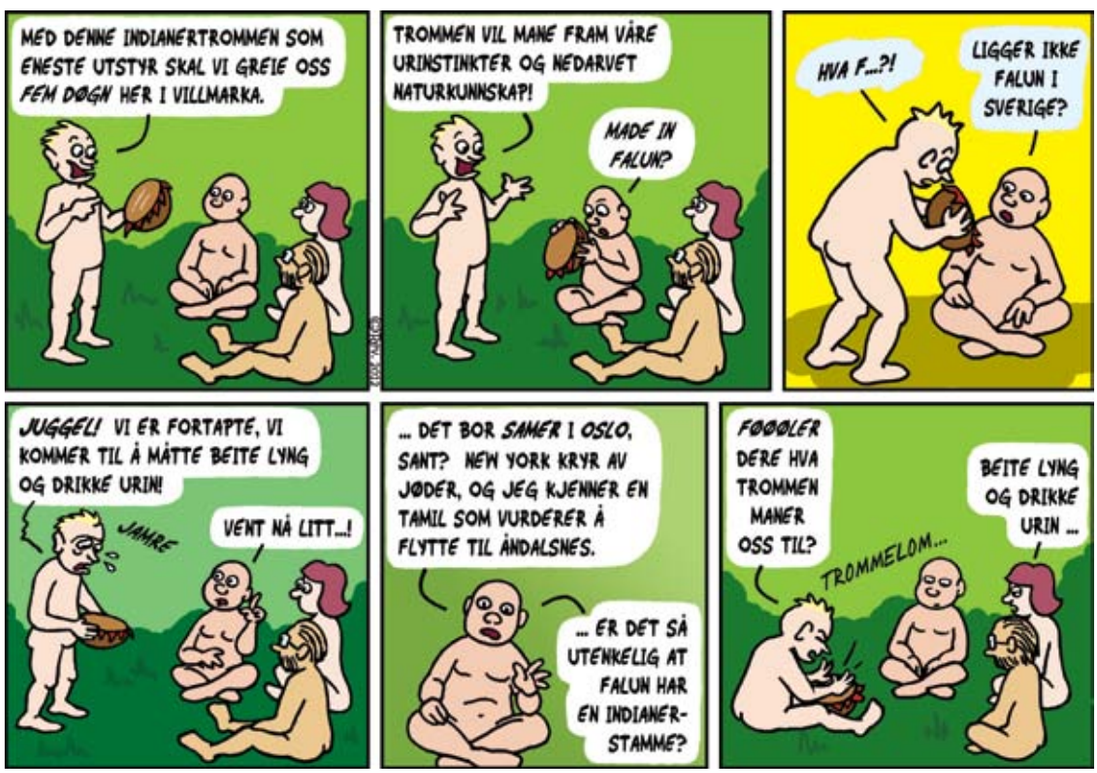
Skyldes dødsfall omorganisering?

VG skriver at ansatte ved Oslo universitetssykehus (OUS) meldte bekymring til Fylkesmannen i Oslo/Akershus etter ti dødsfall de mener skyldes omorganiseringen.

Leder av helse- og sosialkomiteen på Stortinget, Bent Høie (H), mener folket har krav på å få vite om sykehusfusjonen har kostet liv. Helseminister Jonas Gahr Støre har så langt avslått forslaget om granskning.

– Jeg vil ikke igangsette en granskningskommisjon. Krav om granskning kortslutter de rutinene vi har for faglig og politisk tilsyn, sier Støre til VG Nett.

TERAPI av Bodil Revhaug



Meninger fra www.sykepleien.no

Slipper for lett til autorisasjon?

Som en kjapp liten kommentar vil jeg si at jeg som sykepleierstudent syns det er helt latterlig at praksis kun vurderes bestått/ikke bestått, når dette faktisk er nærmere 50 % av studiet....

Arne Bøe -Sykepleierstudent

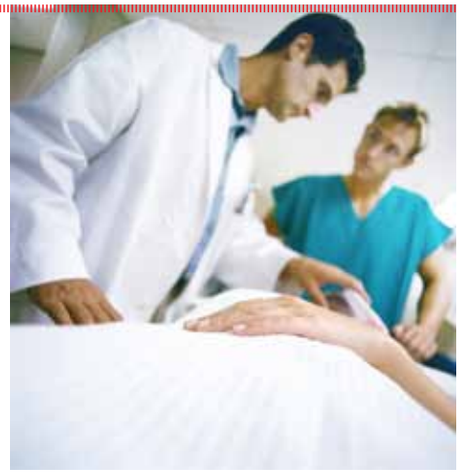
Bedre oppfølging av premature

Jeg skjønner at man ikke ønsker å holde de premature barna i sykehusmiljø for lenge, men dersom barnet sliter i sondeledningen om natten, og denne flytter seg 2,5-3cm, så kan jo melken gå ned i lungene i stedet for i magen, hvis man ikke er obs på dette, så er det jo lettere å håndheve svigers håndhygiene i sykehusmiljø enn hjemme.

Hege

Flere vil veilede om minoriteter

Interessen for kulturveilederutdanningen er stor. I høst er 45 nye studenter i gang. Tekst **Zahir Athari**



ØKER: Kulturveiledning har nå blitt en egen utdanning. Illustrasjonsfoto: Colourbox

Prosjektet «Likeverdig og integrerende helsetjeneste for minoritetsbefolkning» begynte våren 2011. I høst er det blitt til en ordinær utdanning ved Høgskolen i Oslo og Akershus.

Dobling

Utdanningen retter seg mot sykepleiere, leger, fysioterapeuter og sosionomer. Høstens kull med 45 studenter er dobbelt så stort som det forrige.

– Økt bevissthet

Sykepleier Inger Ellen Kolbjørnsen er ferdig med utdanningen. Hun er svært fornøyd med den og sier at den fører til økt bevissthet om tverrkulturell kompetanse i helsearbeid. Hun jobber som sykepleier ved avdeling for kompleks epilepsi ved Oslo universitetssykehus.

– Etter utdanningen har vi jobbet med at likeverdig helsetilbud skal få prioritet i sykehuset. Vi har undervist, hatt en fagdag og har nå fått rom for å arbeide med disse problemstillingene i et prosjekt, sier Kolbjørnsen til Oslo universitetssykehus sin nettside.

Esso

ALT PÅ ETT KORT

NYHET!

DRIVSTOFFRABATT 50 øre fra første liter

Esso MasterCard er mer enn gode rabatter på drivstoff. Det er også et fullverdig kredittkort uten årsavgift, som sparer deg for penger.

Les mer om alle fordelene på nettsiden vår.

essomastercard.no
Drivstoffrabatt og mye, mye mer

Send en SMS med **SYKEPLEIERNE** og **e-postadressen** din til **2290** så sender vi deg søknadsskjema.

Tilbudet gjelder medlemmer av Norsk Sykepleierforbund / Drivstoffrabatt er øre/liter på pumpepris drivstoff inkl. moms / Effektiv rente ved en kreditt på kr 15.000 er 32,32%

Amy B. Sharron

Aktuell som: Amerikansk «nurse practitioner» på besøk i Norge
Alder: 46 år

BAKGRUNN:

Amy B. Sharron har vært klinisk ekspertsykepleier i 20 år. Mye av rollen har hun formet selv. Hun har flyttet mye og hatt mange jobber i flere amerikanske delstater. Nå bor og jobber hun i Worchester i Massachusetts.

Litt lege, mest sykepleier

Hvorfor er du i Norge?
– For å undervise på det nye masterstudiet for avansert geriatrisk sykepleie på Universitetet i Oslo.

Du ble «nurse practitioner» – klinisk ekspertsykepleier – i geriatri som fersk sykepleier. Hvorfor?
– En lege jeg jobbet med anbefalte det, fordi jeg ofte ba ham begrunne sine valg av behandling. Som barn ville jeg bli lege selv.

Men det ble du ikke?
– Nei, på college fant jeg ut at jeg ville ha mer pasientkontakt enn det legene har. Dette er en perfekt kombinasjon av begge yrker.

Er du en minidoktor?
– Nei. Jeg har mange av de tekniske ferdighetene som legene har, men min identitet har jeg som sykepleier.

På hvilke felt har du spesialisert deg?
– Sykehjem, hjemmesykepleie, fengsel, beinmargstransplantasjon, brystkreft. Men min autorisasjon er for voksne, ikke barn.

Oj, har du utdanning i alt dette?
– Har du først lært å vurdere, diagnostisere og behandle voksne pasienter, kan du stadig tilegne deg ny medisinsk kunnskap for nye områder. For eksempel brystkreft eller ortopedi.

Sykepleiere vurderer også?
– Eksperten går dypere i å vurdere enn en vanlig sykepleier. Sykepleiere diagnostiserer ikke på samme måte.

Har du eksempler?
– Vi diagnostiserer som en lege, men bare innenfor vårt spesialområde, og behandler uten å spørre legen. Et eksempel er lungebetennelse. I min stat kan jeg forskrive vanlig antibiotika. Er sykdommen alvorlig, kontakter jeg lege.

Hva er bra med ekspertsykepleiere?
– Kommunehelsetjenesten unngår unødige sykehusinnleggelser. Pasientsikkerheten kan bli bedre. Samfunnet sparer masse penger. Eldre og demente slipper unødig forvirring fordi de kan bli behandlet der de er.

Har du møtt motstand blant legene?
– Absolutt. Også fra sykepleierne, men det har gått seg til. Pasientene er de beste støttespillerne. De elsker behandlingen vi gir.

Er det en grense for hvor mange områder du kan jobbe innenfor?
– Nei, bare at pasienten må være over 16 år.

Det kan ikke bli å gape for høyt?
– Nei. Se på allmennlegene; de behandler babyer og eldre, alle diagnoser.

Ser du forskjeller fra USA her i Norge?
– Vi blir styrt av forsikringsselskapene. Det problemet har ikke dere.

Gi et eksempel?
– Jeg kan bestille MR til en brystkreftpasient. Så sier forsikringsselskapet nei. Da må jeg forklare. Som oftest sier de da ja, men noen ganger nekter de fortsatt. Det tar mye tid å slåss for pasientene. Jeg er misunnelig på det norske systemet.

Men ikke på alt?
– Nei, jeg har hørt at kvinner har ventet i åtte år på brystrekonstruksjon. Det er veldig trist. Men det blir visst bedre nå, det er flott. Hos oss er det ingen venteliste for rekonstruksjon.

Hva gjør du nå?
– Jobber på et senter for brystsykdommer. Jeg kan ha 20 pasienter på én dag.

Sjekker du deg selv for brystkreft?
– Jeg tror fortsatt på den månedlige selvsjekken. Og vi følger offentlige anbefalinger om årlig mammografi fra du er 40 år.

Som man må betale selv?
– Ikke hvis du har forsikring.

Er det populært å bli «nurse practitioner»?
– Nå er det 200 000, og tallet øker på grunn av legemangel og vår nye helsereform. Noen blir det fordi de tror det er mindre jobb og mer penger. Mer penger er det ikke. Men mange slipper turnus.

Kan det bli for mange eksperter?
– Nei. Folk blir eldre og sykere. Men det trengs også flere vanlige sykepleiere.

Tekst og foto
Marit Fonn

– Glad, men ikke overrasket

Plagiatbeskyldningene mot rektor er grunnløse, konkluderer styret ved Høgskolen i Oslo og Akershus.

Tekst **Kari Anne Dolonen og Ann-Kristin Bloch Helmers** Arkivfoto **Erik M. Sundt**

På et møte i slutten av oktober vedtok styret ved Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA) at plagiatbeskyldningene mot rektor Kari Toverud Jensen er grunnløse. Styret støttet seg på uttalelser fra to eksterne sakkyndige og ett uavhengig utvalg. Alle kom fram til samme konklusjon.

– Jeg er glad, men ikke overrasket, sier rektor Kari Toverud Jensen til Sykepleien.

Høgskolen sier i en pressemelding at saken er avsluttet for deres del.

To år tilbake

Konflikten om forskningsprosjektet «I-care» begynte våren 2010. I oktober samme år besluttet Toverud Jensen, som da var dekan ved avdeling for sykepleieutdanning, å kaste en doktorgradsstipendiat ut av prosjektet, mot stipendiatens egen vilje. Prosjektet var finansiert av Forskningsrådet.

Det ble så utlyst en ny stipendiatstilling til et nytt prosjekt – «Renewing Health». Ifølge en klage til Nasjonalt utvalg for granskning av redelighet i forskning var de to prosjektene svært like, og de tidligere prosjektdeltakerne mener at Toverud Jensen har tilegnet seg en prosjektidé og et prosjekt som de hadde ideen til og utviklet.

Stipendiaten hevdet at hun forfattet prosjektbeskrivelsen som var grunnlaget for forskningsprosjektet, og at det derfor var et brudd på forskningsetikken å ta henne ut.

Beslutning

Granskningsutvalget sendte saken tilbake til høyskolen, hvor Toverud Jensen nå er rektor.

«Vi har alltid noe å lære og vil evaluere prosessen» *Ann Elisabeth Wedø, høyskoledirektør*

Etter en intern prosess med uenighet om hvem som egentlig kunne behandle denne saken, har Forskningsetisk utvalg på Universitetet i Oslo fungert som setteutvalg for HiOA.

– Det spiller ingen rolle hvem som har forfattet prosjektbeskrivelsen, det som spiller en rolle er hvem som står som prosjektleder og prosjektansvarlig, sier leder av setteutvalget, teologiprofessor Svein Aage Christoffersen til Universitas.

Rapport

– Kan det skje noe mer med denne saken, eller er den nå helt avsluttet?

– Vi oversender en rapport til Nasjonalt utvalg for gransking av redelighet i forskning, sier høyskoledirektør Ann Elisabeth Wedø til Sykepleien.

– Har HiOA lært noe av denne saken, og vil dere eventuelt håndtere fremtidige saker annerledes?

– Vi har alltid noe å lære og vil evaluere prosessen og gå gjennom våre rutiner for behandling av slike saker. Vi er en ung organisasjon som har eksistert i overkant av ett år og er fortsatt i prosess med å utvikle felles løsninger. Vi har fokus på å drive et kontinuerlig forbedringsarbeid, og tydeliggjøre rollefordelingen mellom avdelinger og nivå i høyskolen, sier Wedø.

Personalsak

Medisinprofessor Ole-Jan Iversen fra NTNU har fungert som settedekan. Han konkluderer ifølge Universitas at dette ikke er en konflikt om forskningsetikk, men en personalsak.

FYLKESMEDLEMSMØTE

Norsk Sykepleierforbund Sør-Trøndelag, har med dette gleden av å invitere alle medlemmer til fylkesmedlemsmøte/julemøte

TID: **Onsdag 28. november, kl. 18.00 – 21.30**
STED: **Britannia Hotel, Trondheim**

DNB, KLP og NSFs Forsikringskontor står på stand fra kl. 17.00

TEMA:

Helsesøsters rolle i forbindelse med forebyggende helsearbeid og samhandlingsreformen

v/ Jorunn Lervik, Helsesøster/Folkehelserådgiver, Fylkesmannen i Sør-Trøndelag

Utdeling av Sykepleierprisen 2012

Alle medlemmer i NSF kan foreslå kandidater. Et medlem kan foreslås flere ganger.
Prisvinneren(e) må være medlem i NSF Sør-Trøndelag
Frist for å komme med forslag er **10. november 2012**

Forslagsskjema kan lastes ned på
https://www.sykepleierforbundet.no/vis-artikkel/1022102/Årets-sykepleier-i-Sor-Trondelag

Send ferdig utfylt skjema til NSF Sør-Trøndelag, Beddingen 8, 7014 Trondheim eller sor-trondelag@sykepleierforbundet.no

Kunstnerisk innslag ved Arve Tellefsen og Jørgen Larsen

Servering
Varm juletallerken serveres i Britannia Hall

Bindende elektronisk påmelding senest 23. november 2012:
www.nosf.no > Velg fylkeskontor: Sør-Trøndelag

Trenger du assistanse for påmelding, ta kontakt med tillitsvalgte eller fylkeskontoret på e-post: sor-trondelag@sykepleierforbundet.no eller tlf. 02409

Arrangementet er gratis

Hjertelig velkommen!

Norsk Sykepleierforbund
Sør-Trøndelag
v/fylkesleder Knut Jørgen H. Rotabakk

Bekymret for sykepleierutdanningen

En ny rapport avdekker store forskjeller mellom sykepleierutdanningene. Studieleder Eli-Anne Skaug krever at det blir satt karakterkrav for å komme inn på utdanningen.

Tekst **Bjørn-Arild Østby, Kari Anne Dolonen og Ann-Kristin Bloch Helmers**

Rapporten «Opptakskrav, vurderingsformer og kvalitet i sykepleierutdanningen» har avdekket store forskjeller mellom de 28 bachelorutdanningene i sykepleie. Det er forskjeller i opptaksgrunnlag, antall studenter per tilsatt, strykprosent, karakterer, frafall og vurderingsformer.

Det er NIFU (Norsk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning) som har laget rapporten på oppdrag for NSF.

Høy strykprosent

Andelen studenter som stryker varierer fra 2,3 prosent til 14,5 prosent.

Andelen studenter per fast tilsatt ved de forskjellige lærestedene varierte fra 11,3 til 28,4.

Eksamener med gradert karakter per lærested varierte fra 6 til 14 og med et gjennomsnitt på 8 eksamener.

To læresteder tok i 2011 inn alle kvalifiserte søkere. Blant de øvrige varierte opptaksgrensen fra under 30 til godt over 50 karakterpoeng.

I gjennomsnitt hadde lærestedene 1,5 kvalifiserte førstevalgsøkere per planlagt studieplass i 2011. Søkningen til lærestedene varierte fra 0,54 til 2,71 førstevalgsøkere.

Rapporten konkluderer ikke med hvilke skoler som har høy eller lav kvalitet.

Farlig for pasientene

En nettbasert undersøkelse Sykepleien har gjennomført hos nærmere 150 sykepleierledere landet rundt, viser imidlertid at 1 av 10 vurderer nyutdannete sykepleiere ut fra hvilken skole de har gått på. For enkelte er ulikheten mellom utdanningsstedene så påfallende at de ikke engang vurderer søkere fra visse skoler.

Den høye strykprosenten i medikamentregning bekymrer studieleder Eli-Anne Skaug ved Høgskolen i Østfold. Hun vil blant annet ha karakterkrav i matematikk for søkere til sykepleierutdanningen.

– Vi ser at en del studenter sliter med å bestå testen i medikamentregning. Det er langt fra snakk om avansert matematikk, men likevel utgjør dette et alvorlig hinder for mange studenter. Konsekvensene for pasientene kan bli så fatale at det må settes karakterkrav til matematikk for å begynne på sykepleierutdanningen.

– Nå må myndighetene våkne!

– Vi er ikke overrasket. Tvert om. Tilbakemeldinger fra medlemmene tegner et mer dramatisk bilde av sykepleierutdanningen enn det som kommer fram i rapporten fra Nifu, sier studentledere.

De store forskjellene mellom høyskolene gjør at ferdigutdannete sykepleierstudenter har ulikt utgangspunkt når de går ut i yrkeslivet. Det er ingen grunn til å tvile på at det utdannes dyktige sykepleiere, men høyskolene slipper også gjennom mindre dyktige, ja dårlige studenter. Det kan vi ikke akseptere, sier Kine Bentzen og Eirik Aldrin, leder og nestleder i NSF Student.

NSF Student og sykepleierstudentene selv er bekymret over konsekvensene av de store forskjellene mellom høyskolene. Det burde også høyskolene, og ikke minst utdanningsmyndighetene være.

Utrygge

– Minstekravene for å bestå sykepleierutdanningen er flere steder altfor lave. Det gjør at mange studenter er utrygge når de skal ut i sin første jobb. De vet rett og slett ikke om de sykepleiefaglig holder mål, sier de to studentlederne.

En grunn til usikkerheten er for dårlig tilbakemelding på studieprogresjonen i løpet av utdanningen, for eksempel i form av gradert karaktersetting.

Ifølge Nifu-rapporten varierer antall eksamener med gradert karakter fra 6 til 14 ved de ulike høyskolene. Andelen eksamener med kun bestått/ikke bestått varierer fra ingen til åtte. Sett på bakgrunn av at sykepleierstudiet følger en nasjonal rammeplan er disse forskjellene i eksamensformer overraskende store, mener de to studentlederne.

Nasjonal prøve

NSF Student ønsker en nasjonal prøve for avgangsstudenter i alle teoretiske fag omtalt i forskrift til rammeplan for sykepleierutdanning.

– På den måten får studentene en unik mulighet til å få testet kunnskapen sin rett før de skal ut i yrket, og en slik felles test vil

KRAV: Kine Bentzen og Eirik Aldrin, leder og nestleder i NSF Student, mener utdanningsmyndighetene må ha bedre kontroll og oversikt over lærestedene. Arkivfoto: Marit Fonn

kunne avsløre eventuelle variasjoner mellom høyskolene. Det er ikke meningen «å ta noen», men å sikre det faglige nivået ved høyskolene og dem som blir utdannet.

Flest mulig

På grunn av stort og økende behov for sykepleiere har det vært et klart politisk ønske fra utdanningsmyndighetene å trappe opp kapasiteten ved høyskolene. I perioden 2006 til 2011 har kravet til studentopptak ved lærestedene økt med nesten 1 000 nye plasser, uten at det har vært kompensert med økning i antall lærere.

– Utdanningsmyndighetene kommer med sine bestillinger, men sjekker ikke hva som kommer ut. Det myndighetene burde være opptatt av er om høyskolene i dag har kapasitet til å ta imot det antall studenter de gjør. Hva med praksisplasser? I forbindelse med samhandlingsreformen ønsker myndighetene mer praksis i kommunehelsetjenesten. Hva med veiledningskompetansen i kommunene?

Det er spørsmål Bentzen og Aldrin mener det er på høy tid at utdanningsmyndighetene tar på alvor, og at dette følges opp med økte ressurser.

Ansetter ikke fra visse skoler

Den erfarne sykepleierlederen Mette Dønåsen legger ikke skjul på at det foregår en siling av nyutdannete søkere etter hvilket studiested de kommer fra.

Jeg har vært med på å legge bort søknader fra sykepleiere som kommer fra enkelte utdanninger, sier Mette Dønåsen.

– *Hvorfor?*

– Erfaringen er at enkelte av landets 28 sykepleierutdanninger rett og slett har hatt for lav kvalitet. Det betyr at sykepleierne som ble uteksaminert derfra hadde så grunnleggende mangler i utdanningen at de måtte ha mye opplæring før de kunne begynne å arbeide selvstendig.

Store forskjeller

Dønåsen har over 25 års klinisk erfaring fra spesialisthelsetjenesten der har hun jobbet som sykepleierleder på alle nivå. Blant annet har hun arbeidet som sjefsykepleier ved Radiumhospitalet og Ahus. Hun jobber nå ved Glittreklinikken.

Som sjefsykepleier med ansvar for å ansette sykepleiere, forteller Dønåsen at hun opplevde forskjellene i sykepleierutdanningene som store.

– Nyutdannete sykepleierne fra enkelte skoler krevde svært mye opplæring. Overgangen til den praktiske virkeligheten ble veldig stor, sier hun.

Uten sykehuspraksis

– *Hvilke mangler er det snakk om?*

– For eksempel er det sykepleiere som aldri har hatt sykehuspraksis, eller det er studenter som ikke klarer å sette teorien opp mot praksis, sier Dønåsen.

– *Gjelder dette enkeltstudenter?*

– Dette gjelder ikke enkeltsykepleiere, men er snakk om systematiske svakheter. IIII

Det er flere måter å lære på

Foto: Bjørg Hexeberg

ludensreklame.no

Derfor kombinerer vi dem

Fremtiden er ikke hva den var. Studentene tilegner seg nå kunnskap på flere måter, i ulike formater, på flere plattformer. Gyldendal Akademisk tilbyr derfor kombinasjonen av tradisjonelle lærebøker med digitale læremidler for å effektivisere læringen – og vi tilbyr foreleserne nettbaserte lærerbiblioteker som forenkler undervisningen.
Les mer på bokplussnett.gyldendal.no

GYLDENDAL

BOK+NETT
Grenseløs læring

HVA MENER DU?
Delta på avstemningen på sykepleien.no

Abort – en ny debatt for en ny tid?

Aborttallene må ned. Men hvordan? Trenger vi en ny debatt om abort?

Tekst **Bjørn Arild Østby**

I 2011 var det 15 343 aborter i Norge. Det utgjør rundt 22 prosent av alle påbegynte svangerskap. Høyest er aborttallene for aldersgruppen 20–24 år.

Det er 35 år siden abortloven ble innført, og i løpet av disse årene har antall aborter i Norge holdt seg relativt stabilt. Men regner man antall aborter per tusen kvinne, er tallet for Norge tre ganger høyere enn i India. Det kan virke som et paradoks at aborttallene fortsatt er så høye i Norge, tross mange forebyggende tiltak, god seksualopplysning og større åpenhet rundt problematikken.

I Norge er det i dag selvbestemt abort fram til 12. uke, etter det må man søke om abort hos ei abortnemnd. Abortloven fastsetter i fem punkt vilkårene for å søke seinabort. Det femte punktet åpner for seinabort dersom: «Det er stor fare for alvorlig sykdom hos barnet, som følge av arvelige anlegg, sykdom eller skadelige påvirkninger under svangerskapet.» Nå ønsker flere å fjerne dette vilkåret. Andre mener dette vil begrense kvinners frie valg og tvinge dem til å bære fram barnet.

I 20 år har det vært svært stille rundt selvbestemt abort. Nå tar flere til ordet for en ny debatt om dette vanskelige etiske dilemmaet.

Er det slik at det i dag er fosteret som trenger forsvarere og ikke kvinnens rett til abort? De aller fleste mener kvinnene fortsatt skal ta avgjørelsen, men stiller spørsmål om det bør vurderes å ha obligatorisk rådgivning for å få til en refleksjon? Andre mener dette er et forsøk på å redusere kvinners rett til å bestemme over egen kropp og seksualitet.

- Norge som bygger på et humanistisk grunnsyn og forsvarer livet, kan ikke lukke øynene for det etisk problematiske ved å ta et ufødt liv.
- Løsningen ligger ikke i flere statlige handlingsplaner, men en åpen debatt om et så vanskelig etisk spørsmål.
- Dagens debatt om selektiv abort må ikke få ta oppmerksomheten vekk fra de friske fostrene.
- Selvbestemt abort er ikke reell når de nærmeste utsetter kvinnen for press til å ta abort.

- Det vil fort bli en ny skyttergrav-diskusjon som vil medføre en ekstra belastning for dem som vurderer eller har tatt abort.
- Utspillet handler først og fremst om å ta fra kvinner rettigheter over egen kropp og helse.
- Vi trenger i stedet en debatt om hvordan storsamfunnet kan bidra med for å gjøre det lettere å bære fram fosteret.
- Debatten det legges opp til handler om Downs syndrom og følelser, ikke om realiteter.

Xwear.no
Kompresjonsstrømper gir opptil 30% bedre sirkulasjon og restitusjon i dine føtter...

Til arbeid, sport og fritid!

Mange regelbrudd ved innleie

Én av fire tillitsvalgte har kjennskap til uakseptable lønns- og arbeidsvilkår for innleid arbeidskraft. Lavere lønn og lengre arbeidstid er de mest framtredende bruddene.

Tekst **Bjørn Arild Østby**

EN AV TRE mener arbeidsgiver leier inn vikarer i stedet for å ansette folk fast, ifølge LO-undersøkelsen. Illustrasjonsfoto: Stig M. Weston.

Det kommer fram i den aller første undersøkelsen fra LOs tillitsvalgtpanel, med svar fra over 2 500 tillitsvalgte.

Uakseptable lønns- og arbeidsvilkår for innleid arbeidskraft forekommer i størst grad i virksomheter med dominans av utenlandsk innleid arbeidskraft. Det er lavere lønn og lang arbeidstid som er de viktigste problemområdene. Én av tre tillitsvalgt rapporterer også om at innleide arbeidstakere ble trukket urimelig mye i lønn for reiseutgifter, husleie, språkopplæring og annen opplæring. Dette gjelder de som har erfaring med bruk av utenlandske innleide arbeidstakere.

Samtidig er det en vesentlig andel av de tillitsvalgte som mener at arbeidsgiver leier inn i stedet for å ansette flere fast (34 prosent), for å dekke et permanent behov for grunnbemanning (30 prosent) eller for å rekruttere nye medarbeidere (17 prosent). Å bruke innleie som rekrutteringskanal er i strid med lovverket.

Regelverket

Innleie fra bemanningsforetak kan i dag brukes i de tilfeller hvor det er adgang til å bruke midlertidig ansettelse – arbeidsmiljølovens paragraf 14.12, jf. § 14–9 Midlertidig ansettelse:

(1) Arbeidstaker skal ansettes fast. Avtale om midlertidig ansettelse kan likevel inngås:

a) når arbeidets karakter tilsier det og arbeidet atskiller seg fra det som ordinært utføres i virksomheten,

b) for arbeid i stedet for en annen eller andre (vikariat),

c) for praksisarbeid,

d) deltaker i arbeidsmarkedstiltak i regi av eller i samarbeid med Arbeids- og velferdsetaten.

Nytt regelverk fra 2013

EU vedtok i 2008 et eget direktiv om ansatte i bemanningsforetak (vikarbyrådirektivet). De nye reglene skal gjelde i Norge fra 1. januar 2013 og skal sikre likebehandling av innleide arbeidstakere når det gjelder lønns- og arbeidsvilkår. I likhet med det som gjelder for allmenngjøring av tariffavtaler, får også innleiebedriften et såkalt solidaransvar for lønn, feriepenger og annen godtgjøring for de innleide arbeidstakerne. Om en arbeidsgiver setter bort arbeid til en underleverandør eller leier inn arbeidstakere, skal han ikke gjennom dette kunne fraskrive seg arbeidsgiveransvaret. Disse reglene gjelder ved innleie fra bemanningsforetak. IIII

Kommunetorget.no
- for planlegging av folkehelse- og rusarbeid i kommunene

– Rusmeldingen mangler konkrete tiltak

NSF har flere forslag til tiltak mot rus. Ett av dem er at hver skole skal ha en helsesøster på heltid.

Tekst **Zahir Athari** Arkivfoto **Marit Fonn**

Den første rusmeldingen på 15 år heter «Se meg» og ble lansert i juni i år. Målet er å fremme strategier og tiltak for å forebygge rusmiddelbruk, hjelpe de pårørende og rehabilitere de allerede rusavhengige.

«Jo før, jo bedre» heter forebyggingsstrategien. Hele tre kapitler i dokumentet beskriver hvordan rusproblemer kan forebygges. Dette dekker hele livsløpet, fra barndom i familien, barnehage og skole til arbeidsmiljø i et «inkluderende samfunn».

Trenger handling

Spesialrådgiver i Sykepleierforbundet (NSF), Svein Roald Schømer-Olsen, mener at rusmeldingen viser politisk motivasjon og ønske om å bekjempe rusrelaterte problemer.

– Men for å nå målene trenger vi handlingstiltak. Det som står i meldingen er ikke nok, sier han.

Da meldingen ble lansert, sendte NSF et høringsnotat med flere konkrete forslag til handlingstiltak. Ett av dem er at alle sykepleiere skal ha grunnleggende ruskompetanse. Den er ikke god nok i dag, mener forbundet.

– Dette kan gjøres gjennom sykepleieutdanningen og gjennom oppgraderingskurs for dem som allerede er sykepleiere. Nå kan sykepleiere litt om rus, men det er for lite, sier Schømer-Olsen.

Han påpeker at sykepleiere er i alle deler av helsetjenesten. Hvis alle har en grunnleggende ruskompetanse, kan de forebygge rusmiddelproblemer mer effektivt.

Ruslos

Prosjektet «Ruslos på sykehus» i Stavanger er et forbilde, mener Schømer-Olsen. Prosjektet består av ruskompetente sykepleiere som identifiserer rusmiddelbruk hos pasienter tidlig og hjelper dem før det blir kronisk.

– Dette har fungert bra der, og nå er det på tide å innføre dette over hele landet, mener Schømer-Olsen.

NSF vil også at sykepleiere går ut og møter de tunge rusavhengige på gata for å tilby dem helsetjenester. Det vil forebygge overdosedødsfall, sårinfeksjoner og overføring av smittsomme sykdommer.

– Trondheim har et eget overdoseteam som arbeider oppsøkende på gata med meget gode helsetjenester til brukerne, konstaterer Schømer-Olsen.

Passiv drikking

NSF foreslår en daglig tilstedeværende helsesøster i hel stilling ved hver skole. Dette gjør det mulig å observere barn og ungdom, kartlegge risikogrupper og intervenere tidlig før de sårbare havner i rusmiljøer.

Dette bidrar til å hjelpe dem som blir rammet av «passiv drikking» også, fordi ved å observere barna kan helsesøstrene fange opp familiens situasjon, mener Schømer-Olsen.

Stortingsmeldingen lanserer det nye begrepet «passiv drikking». Begrepet omtaler dem som blir rammet av rusmiddelbruk uten å drikke selv, som nær familie og krets rundt de rusavhengige. Dette viser, ifølge Schømer-Olsen, at samfunnet er mer bevisst enn før om russkaders omfang.

16. oktober deltok NSF-leder Eli Gunhild By i helse- og omsorgskomitéens høring om rusmeldingen. Der forklarte hun NSFs forslag. IIII

«Det som står i meldingen er ikke nok.» *Svein Roald Schømer-Olsen*

FORBILDE I VEST: Prosjektet «Ruslos på sykehus» i Stavanger bør innføres i hele landet, mener Svein Roald Schømer-Olsen i Norsk Sykepleierforbund. Sykepleien skrev om prosjektet i nr. 13 i 2009.

Nytt studietilbud:

Samhandling – mestring og helse

En videreutdanning i helsefremmede teorier og verktøy for deg som:

- trenger nye verktøy til å gjennomføre samhandlingsreformen
- vil lære nye tilnærmingsmåter og få nye verktøy for å styrke pasienters helse og mestring
- ønsker å jobbe helsefremmede og brukerbasert i ditt praksisfelt

Studiet går på deltid over ett år og gir 30 studiepoeng.

Oppstart våren 2013 i Arendal, Bodø, Hamar og Oslo.

For mer informasjon om studiet, send en e-post til:

Studiested Oslo:
info.ost@folkeuniversitetet.no
Studiested Arendal:
sorlandet@folkeuniversitetet.no
Studiested Hamar:
post.innlandet@folkeuniversitetet.no
Studiested Bodø:
Bodo@folkeuniversitetet.no

www.folkeuniversitetet.no

KROPPSKUNNSKAPING®
Prosess for mestring, velvære og helse

Haraldsplass Diakonale Høgskole

Folkeuniversitetet

A **TARGINIQ «mundipharma»**

Analgetikum ved sterke smerter. **ATC-nr.: N02A A55**

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

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

Dosering: Tilpasses smerteintensitet og pasientens følsomhet. ***Voksne:*** Den analgetiske effekten er ekvivalent med depotformuleringer av oksykodon. Vanlig startdose ved første gangs bruk av opioider er 10 mg/5 mg hver 12. time. Pasienter som allerede får opioider kan starte med en høyere dose, avhengig av tidligere erfaring med opioider. 5 mg/2,5 mg er tiltenkt dosetitrering ved oppstart av opioidbehandling og individuell dosejustering. Maks. døgndose er 80 mg/40 mg oksykodonhydroklorid/naloksonhydroklorid. Ved behov for høyere doser bør det i tillegg gis oksykodondepot til samme tidspunkter. Maks. døgndose er 400 mg oksykodondepot. Naloksons gunstige effekt på tarmfunksjonen kan da reduseres. Etter full seponering med påfølgende bytte til et annet opioid, kan forverring av tarmfunksjon forventes. Preparatet er ikke tiltenkt behandling av gjennombruddssmerter. Behov for analgetika med umiddelbar frisetting som akuttmedisin mot gjennombruddssmerter, kan derfor oppstå. En enkeltdose akuttmedisin bør tilsvare en sjettedel av den ekvivalente døgndosen av oksykodonhydroklorid. Behov for akuttmedisin >2 ganger daglig er vanligvis en indikasjon på at dosen bør økes. Doseøkning bør foretas hver eller annenhver dag, med 5 mg/2,5 mg, eller ved behov 10 mg/5 mg oksykodonhydroklorid/naloksonhydroklorid 2 ganger daglig, til en stabil dose nås. Målet er dosering hver 12. time som kan opprettholde adekvat analgesi, med bruk av så lite akuttmedisin som mulig. Hos enkelte pasienter kan asymmetrisk dosering tilpasset smertemønsteret være gunstig. Skal ikke brukes lengre enn absolutt nødvendig. Behov for langtids smertebehandling krever grundig og regelmessig revurdering. Når pasienten ikke lenger har behov for opioidbehandling anbefales det at dosen nedtrappes gradvis. ***Barn og ungdom <18 år:*** Preparatet anbefales ikke pga. manglende sikkerhets- og effektdata. ***Administrering:*** Kan tas med eller uten mat med tilstrekkelig væske. Tablettene skal svelges hele og ikke deles, tygges eller knuses, da dette medfører raskere frisetting av virkestoffene og absorpsjon av en potensielt dødelig oksykodondose.

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

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

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

Graviditet/Amming: *Overgang i placenta:* Oksykodon og nalokson passerer placenta. Langtidsbruk av oksykodon under graviditet kan gi abstinenssymptomer hos nyfødte. Gitt under fødsel kan oksykodon utløse respirasjonshemming hos nyfødte. Skal kun brukes under graviditet hvis nytte oppveier mulig risiko for barnet. *Overgang i morsmelk:* Oksykodon går over, nalokson ukjent. Amming bør avbrytes under behandling.

Bivirkninger: *Vanlige (≥1/100 til <1/10):* Gastrointestinale: Magesmerter, forstoppelse, diaré, munntørrhet, dyspepsi, oppkast, kvalme, flatulens. Hjerte/kar: Blodtrykksfall. Hud: Kløe, hudreaksjoner, svetting. Lever/galle: Økte leverenzymer. Nevrologiske: Svimmelhet, hodepine. Psykiske: Rastløshet. Stoffskifte/ernæring: Nedsatt/tap av appetitt. Øre: Vertigo. Øvrige: Abstinenssyndrom, kulde- og varmefølelse, frysninger, astenitilstander. *Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):* Gastrointestinale: Oppblåsthet, oppstøt. Hjerte/kar: Angina pectoris ved koronarsykdom i anamnesen, palpitasjoner, blodtrykksøkning. Immunsystemet: Overfølsomhet. Kjønnsorganer/bryst: Erektil dysfunksjon. Lever/galle: Galleveiskolikk. Luftveier: Dyspné, rhinoré, hoste. Muskel-skjelettsystemet: Muskelspasmer, muskelrykninger, myalgi. Nevrologiske: Oppmerksomhetsforstyrrelser, parestesi, søvnighet, taleforstyrrelser, tremor. Nyre/urinveier: Akutt vannlatingsbehov. Psykiske: Unormal tankegang, angst, forvirring, depresjon, euforisk humør, hallusinasjoner, søvnløshet, nervøsitet. Øye: Synsforstyrrelser. Øvrige: Brystsmerter, sykdomsfølelse, smerter, perifert ødem, vekttap, ulykkesskader. *Sjeldne (≥1/10000 til <1/1000):* Gastrointestinale: Tannsykdom. Hjerte/kar: Takykardi. Luftveier: Gjesping. Nevrologiske: Kramper (spesielt ved epileptisk sykdom eller disposisjon for kramper), sedasjon, synkope. Nyre/urinveier: Urinretensjon. Psykiske: Mareritt. Øvrige: Vektøkning. *Svært sjeldne (<1/10000), ukjent:* Luftveier: Respirasjonsdepresjon. Bivirkninger av oksykodonhydroklorid alene: *Vanlige (≥1/100 til <1/10):* Gastrointestinale: Hikke. Nyre/urinveier: Dysuri. Psykiske: Endret stemningsleie og personlighetsforandring, nedsatt aktivitet, psykomotorisk hyperaktivitet, uro. *Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):* Gastrointestinale: Munnsår, stomatitt. Hjerte/kar: Vasodilatasjon. Luftveier: Dysfoni. Nevrologiske: Svekket konsentrasjon, migrene, dysgeusi, hypertoni, ufrivillige muskelsammentrekninger, hypoestesi, koordinasjonsforstyrrelser. Psykiske: Persepsjonsforstyrrelser (f.eks. derealisasjon), nedsatt libido. Øre: Nedsatt hørsel. Øvrige: Ødem. *Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000):* Gastrointestinale: Melena, tannkjøttsblødning, dysfagi. Hud: Tørr hud. Infeksiøse: Herpes simplex. Kjønnsorganer/bryst: Amenoré. Stoffskifte/ernæring: Dehydrering, økt appetitt. Øvrige: Tørste. *Svært sjeldne (<1/10 000), ukjent:* Gastrointestinale: Ileus. Hud: Urticaria. Immunsystemet: Anafylaktisk reaksjon. Luftveier: Respirasjonsdepresjon, bronkialspasmer, undertrykket hosterefleks. Psykiske: Legemiddelavhengighet. Øye: Miose. Øvrige: Legemiddel-toleranse, spasmer i glatt muskulatur.

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

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

Pakninger og priser:
5 mg/2,5 mg: 28 stk. (endose) 130,90. 98 stk. (endose) 341,80.
10 mg/5 mg: 28 stk. (endose) 221,80. 98 stk. (endose) 636,10.
20 mg/10 mg: 28 stk. (endose) 401,00. 98 stk. (endose) 1.224,70.
40 mg/20 mg: 28 stk. (endose) 754,50. 98 stk. (endose) 2.401,90.
Refusjonsberettiget bruk: Palliativ behandling i livets sluttfase.
Refusjonskode: 90 (ICPC og ICD)
Vilkår 136: Refusjon ytes selv om legemidlet skal brukes i mindre enn tre måneder.
Vilkår 194: Refusjon ytes kun til pasienter som først har benyttet langtidsvirkende opioid med tilstrekkelige mengder av forebyggende laksantia, og som fortsatt har opioidindusert forstoppelse.
Sist endret: 12.01.2012
Referanse: 1. Simpson et al. Curr Med Res Opin 2008;24(12):3503-3512

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

V5 29.10.2012 THAU

TARGINIQ®
oksykodon/nalokson

EFFEKTIV MOT STERKE SMERTER[1]

motvirker opioidindusert obstipasjon[1]

www.targiniq.no

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

26 – Vanligvis ser alt fint ut ›
28 Ny måte å screene på ›
29 Vanskelige valg ›
30 – Et spørsmål om verdier ›

Jakter på poly

KLAR FOR UNDERSØKELSE: Ved hjelp av dette skopet går leger og sykepleiere på polyppjakt i Østfold-befolkningens tarmer. Omtrent halvparten av dem som blir innkalt møter opp.

pper

Stadig flere sykdommer kan oppdages tidlig gjennom organiserte screeningprogrammer. Befolkningen i Østfold screenes for tarmkreft. Blir de friskere av det?

«Vanligvis ser alt fint ut.

Sykepleier Nina Fladeby må ofte berolige screeningdeltakere før tarmundersøkelse. Men det må likevel sies: Det de leter etter er kreft.

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

Dette, sier den erfarne sykepleieren og holder frem et par meter med svarte slanger inne på undersøkelsesrommet, – er vårt viktigste verktøy. Det Nina Fladeby viser fram er et skop. Akkurat nå stikker det ut en millimeter stor knipetang av skopet. Tanga kan raskt og effektivt knipe av en polypp som har vokst ut inne i en endetarm eller tykktarm. På hennes avdeling er både skop og tang i bruk flere ganger hver dag. Nina Fladeby er leder for sykepleierne som jobber ved screeningprogrammet mot tarmkreft i Moss i Østfold. Screeningen er et pilotprosjekt.

Gevinst

I andre etasje i sykehuset har de fått en egen fløy, utstyrt med topp moderne og kostbart utstyr. Tre utdanningsstillinger for leger i spesialisering er opprettet, og det er ansatt fem sykepleiere i prosjektet. Bare skopet som holder tanga koster et sekssifret beløp.

Screening koster, svaret på om det er verdt den økonomiske innsatsen i form av en friskere – og tryggere – befolkning, får vi ikke på en god stund ennå.

Oppdages for sent

Tarmkreft er en av de vanligste formene for kreft i Norge. Rundt 60 prosent av dem som får diagnosen, lever etter fem år. Norge har ifølge Kreftregisteret en av verdens høyeste forekomster av tarmkreft.

Symptomene kommer ofte på et sent stadium. Siden det ikke finnes noen enkeltårsaker som har vesentlig betydning for utvikling av tarmkreft, er sykdommen vanskelig å forebygge.

Hensikten med tarmscreening er derfor å oppdage sykdommen på et tidlig stadium. Som med mange andre kreftsykdommer er prognosen bedre jo tidligere sykdommen oppdages.

20 innom hver dag

Befolkningen i Østfold, Asker og Bærum og noen kommuner i Buskerud screenes på to ulike måter. 140 000 tilfeldig utvalgte menn og kvinner mellom 50 og 74 år får et brev i posten med invitasjon til å delta. Halvparten blir bedt om å ta en avføringsprøve hjemme og så sende den inn til en lab i Oslo som sjekker den for blod.

Den andre halvparten får en time til sigmoidoskopi, det vil si en undersøkelse av tarmen. Hensikten er å se hvilken av de to undersøkelsesmetodene som i virkeligheten er best.

I Moss er de drevne på «sigmo», som de kaller det seg imellom. Rundt 20 deltakere er innom hver dag. Det tar en time fra de kommer inn, til de er ferdig undersøkt.

– Når deltakeren kommer, møter sykepleieren ham eller henne i en innkomstsamtale. Det er blant annet viktig å få bekreftet at det er frivillig og informert samtykke til undersøkelsen. Vi må vite at informasjonen er mottatt, sier Fladeby.

Deretter får deltakeren klyx, og så må de ta seg en tur på toalettet. Etter at tarmen er tømt så godt det lar seg gjøre, er de klar for undersøkelsen.

Polypper

Nina Fladeby har et godt grep om skopet mens hun viser og forklarer hvordan sigmoidoskopi foregår. Legen er den som holder skopet under en reell undersøkelse, mens sykepleieren assisterer.

Skopet føres 60–70 centimeter opp i tarmen, til det som kalles venstre fleksur. Det er der tykktarmen tar en brå sving på vei mot andre siden av magen.

– Vanligvis ser alt fint ut. Hos noen er det polyppper, sier Fladeby.

Men om den sylskarpe HD-skjermen viser bilder av blomkållignende utvekster, er det verre.

Flaue

De ansatte i pilotprosjektet merker at denne typen undersøkelse ikke har det beste ryktet blant folk. Mellom 50 og 60 prosent møter opp til screeningen. Av dem som møter har en del nokså høye skuldre.

– Mange er en mellomting mellom flaue og redde, forteller Fladeby.

For det er ikke bare-bare å få skopet opp og inn der bak. Selv om det ikke er noen nervetråder som fører til smerte, kan det gjøre vondt. Årsaken er at det kan bli drag på tarmen.

Legen skal i henhold til prosedyrene stoppe når det gjør vondt. De skal ikke presse på ytterligere. Undersøkelsen blir bare forsøkt gjennomført en gang, og skjer det noe underveis, som for eksempel at det kommer avføring på kameraet som sitter ytterst på skopet, avsluttes undersøkelsen.

REDDE: Folk er som regel redde og flaue når de venter på å få skopet 60–70 centimeter opp i tarmen, foteller Nina Fladeby.

FANGST: Denne polyppen skal undersøkes nærmere ved et laboratorium.

TØMMING: Ulempen med sigmoidoskopi er at deltakeren må rense tarmen.

I POSTEN: Halvparten av deltakerne kan sende avføringsprøve med postbudet. Resten må møte opp på sykehuset.

Polypper blir fjernet der og da, mens deltakeren ligger på undersøkelsesbenken. Deltakeren kan selv følge med på skjermen, og blir forklart hva som dukker opp underveis.

– Polyppjakten er det viktigste vi driver med. Polypper kan utvikle seg til kreft, sier Fladeby.

Ventetid

Dersom det blir påvist blod i avføringen til dem som har sendt inn prøver, eller det blir oppdaget polypper under «sigmoen» til dem som kommer til sykehuset, endres statusen fra deltaker til pasient. Da kommer deltakeren inn i et behandlings- og oppfølgingsløp. Det kan gå fort fra man tror man er frisk til å kanskje være syk.

Ifølge Kreftregisteret avdekker avføringsprøver rundt seks av ti tilfeller av tarmkreft. Undersøkelse med sigmoidoskopi avdekker syv av ti krefttilfeller.

Hittil denne dagen har de funnet fem polypper som skal sendes inn til videre analyse. En var så bitteliten at den forsvant i suget, og kan aldri sendes inn til videre undersøkelse. Mens de andre må vente på prøvesvar slipper denne deltakeren det.

Unødig

I prosjektet regner de med positive funn hos 5 prosent av deltakerne, både i gruppa som avgir avføringsprøver og de som møter opp til sigmoidoskopi. En ulempe er at blod i avføringen ikke er så uvanlig. Det har vist seg at hele åtte av ti avføringsprøver med spor av blod er falsk alarm – det er ikke kreft.

– Det er likevel ikke helt korrekt å si at de positive avføringsprøvene uten kreftfunn er falsk alarm, fordi vi kan ha andre relevante funn, for eksempel Chrons sykdom, ulcerøs kolitt eller polypper som blør, forklarer hun.

– Det er vanskelig å si hvor stor andel av dem som har polypper som vil kunne få kreft, sier Fladeby.

Dersom deltakeren har mer enn to av det de definerer som «ekte polypper», også kalt adenom, samt såkalte villøse komponenter eller høygradig dysplasi – altså celleforandringer – ønsker legene å gjøre ytterligere undersøkelser. Det samme gjelder om polypper er over 1 centimeter store.

Er det funnet blod eller mistenkelige polypper, kalles man inn til koloskopi. Det betyr full tarmundersøkelse. Skopet føres lengre inn i tarmsystemet. Dette er en mer omfattende prosedyre enn sigmoidoskopi.

I boken «Skapar vården ohelsa» stiller artikkelforfatterne spørsmål om tarmscreening er noe å satse på. Forfatterne peker blant annet på at koloskopi i seg selv ikke er helt ufarlig:

«Det finnes svært begrenset kunnskap om de mulige psykososiale konsekvensene av screening for tarmkreft, særlig for dem som får falsk alarm og som skal gjennomgå en unødig koloskopi. Her er det helt åpenbart at friske individer som får komplikasjoner av koloskopien med påfølgende økt sykelighet, kommer til å oppleve betydelig negative psykososiale konsekvenser. For ikke å snakke om de familiene som opplever at en frisk person dør som en komplikasjon til koloskopi», står det i boken.

I innkallingsbrevet til deltakerne i prosjektet er det understreket at fjerning av særlig store polypper i svært sjeldne tilfeller kan føre til blødning, eller at det kan gå hull på tarmen. Kreftregisteret opplyser at det ved koloskopi blir hull på tarmen i ca 1 av 500 tilfeller.

> «Polyppjakten er det viktigste vi driver med.
>
> *Nina Fladeby*

Deltakerne får også beskjed om at screeningen ikke kan gi noen garanti mot tarmkreft, men at forskerne i prosjektet tror det reduserer risikoen betraktelig.

Redsel

I Moss skal de nå sette i gang en livskvalitetsundersøkelse. Hva skjer med det generelle angstnivået hos dem som deltar i screeningen? Blir man tryggere av å vite? Eller reddere?

– Vi ser at de som må møte til koloskopi er mer redde for resultatet av undersøkelsen enn de som er her for første gang, sier Nina Fladeby.

Legen har ansvaret for å videreformidle eventuell kreftfunn eller mistanke om dette til pasienten. Da er det et poeng ikke å skape unødig engstelse – men samtidig understreke alvoret.

I brevet som sendes ut til de mange som får påvist blod i avføringen, heter det: Det ble påvist usynlig blod i den avføringsprøven du sendte til oss. Dette betyr vanligvis ikke at du har noen alvorlig sykdom i tykktarmen, men det bør undersøkes nærmere med en «tarmkikkert» – et koloskop.

– Men deltakerne vet jo at det er kreft vi ser etter, sier Fladeby.

Ny måte å screene på

Hvilken metode som er best for å avsløre tarmkreft, vet ingen. Tekst **Nina Hernæs**

– I helsevesenet har vi vært vant med å sammenlikne nye metoder med placebo, sier Michael Bretthauer, gastroenterolog og professor ved Universitetet i Oslo. Sammen med Geir Hoff har han designet tarmscreeningen som nå er i gang i Østfold og Akershus.

– Det gjelder legemidler og det gjelder screening. Det vanlige har vært å sammenlikne én screeningmetode med ingen screeningmetode. Men nå sammenlikner vi avføringsprøver med sigmoidoskopi, som er to ulike screeningmetoder. Det er helt nytt.

Tankegangen kommer fra president Barack Obama, som i 2009 sprøytet en milliard dollar inn i det amerikanske helsevesenet. Bestillingen var klar: Sammenlign ulike metoder som brukes i helsevesenet og finn ut hvilke som er best.

Bretthauer mener dette er en logisk innstilling til tarmkreftscreening.

– Vi vet ikke hvilken metode som er best til å avdekke tarmkreft tidlig. Derfor må vi undersøke det. To metoder har vist seg å være godt egnet i vitenskapelige studier. Nå undersøker vi hvordan de fungerer i praksis. Det vil sikkert komme andre metoder som også er egnet, og da kan vi innlemme dem i screeningen, sier han.

– Det er en type fleksibel screening?

– Ja, en fleksibel screening med stadige utprøvinger av nye metoder, der målet er til enhver tid å finne den metoden som er best for befolkningen. Vi kaller det sammenlignbare effektstudier.

I pilotprosjektet er det også rom for å kutte ut en av

– Vanskelige valg

Det er et massivt press for å få myndighetene til å innføre stadig flere screeningprogrammer. Det bekrefter prosjektleder i Helsedirektoratet, Hans Petter Aarseth.

Tekst **Nina Hernæs og Ann-Kristin Bloch Helmers** Arkivfoto **Marit Fonn**

Kommersielle aktører, pasientforeninger, og ikke minst befolkningen utøver et stort press. Det er vanskelig å bestemme hvilke sykdommer det skal screenes for, sier Aarseth.

– I Norge er vi restriktive, og har en grundig saksbehandling før nye programmer settes i gang. Det er jeg glad for, sier han.

Kritikk

Helsemyndighetene har fått kritikk for mammografiprogrammet.

Forskning har vist at mange kvinner som får diagnosen brystkreft har svulster som ville gått over av seg selv. Det er anslått at 800 norske kvinner blir unødvendig behandlet hvert år.

– Bondefanget

Hans Petter Aarseth er kjent med kritikken.

– Spørsmålet er om mammografi fører til så stor ulempe for så mange at det er et problem. Dette er en argumentasjon som vi ikke kan se bort ifra.

– *Vurderer dere å avvikle mammografiprogrammet?*

– Nei, det er så å si umulig. Selv om det viser seg at ulempene er uforholdsmessige store, har mammografi så stor oppslutning i befolkningen at det ville vært svært upopulært å avslutte screeningen. Jeg vil gjerne se den helseministeren som tør å ta en så upopulær avgjørelse.

– *Om det viser seg at mammografi ikke er til det beste for befolkningen, så vil helsemyndighetene likevel opprettholde tilbudet, fordi kvinnene selv ønsker det?*

– Ja, i realiteten er det slik. Vi er nesten bondefanget når et screeningprogram først er satt i gang. Det er en god grunn til å

– BONDEFANGET: Mammografi-programmet er i praksis umulig å avslutte, mener Hans Petter Aarseth i Helsedirektoratet.

være forsiktig med å sette i gang screening, og i alle fall ha gode pilotprosjekter først, sier han.

Aarseth understreker at det er stor faglig uenighet om mammografiprogrammet er nyttig eller ikke.

– De lærde strides, sier han og forteller at myndighetene venter på en evaluering av det norske programmet.

metodene, om det skulle vise seg at den ikke fungerer godt i praksis.

– Dersom ulempene blir for store, kan vi også avvikle hele screeningen, sier Bretthauer.

– Vi tror jo ikke at det vil skje, men er åpne for at screeningen kan oppføre seg annerledes i praksis enn på papiret. Det er lagt opp til at man kan gjøre endringer relativt raskt.

Han sier at det har vært en utfordring å få myndigheter og screeningmiljøer med på tankegangen.

– Den krever vilje til å granske seg selv. Tradisjonelt har man valgt en metode, satt i gang og kjørt på. Vi sammenlikner det med en supertanker, som når den først har begynt å gå, har vanskelig for å endre retning..

– Tror du dette er framtiden?

– Jeg tror samfunnet er på vei bort fra en patriarkalsk struktur, der man gjør som man får beskjed om, til en kultur der man stiller spørsmål ved om det man gjør er riktig.

– *Er det ulemper ved denne måten å drive screening på?*

– Ja. Det kan virke forvirrende når vi inviterer befolkningen til ulike undersøkelser. Det er mye enklere å si «nå tilbyr vi en screeningmetode, det er bra og alle må komme». Ved å bruke to metoder må vi forklare mer. Det å være åpen om alt vi ikke vet, krever også mer av pasientene. Det er ikke lenger sånn at legen sier «Olsen, jeg er helt sikker på at dette er det eneste riktige for deg».

– Komplikasjoner

Klok av skade innføres tarmkreftscreeningen gradvis og med forskning i alle ledd. Dersom piloten viser at screeningen ikke gir de ønskede effektene, kan den avvikles.

Mammografiprogrammet ble innført over en periode på åtte år. Årsaken til at det tok tid, var ikke at man ventet på vitenskapelige resultater, men at det tok tid å etablere tilbudet rundt om i landet. I ettertid ser Aarseth at det kunne vært hensiktsmessig å forsikre seg om at programmet var godt nok vitenskapelig fundert.

– Det bekymrer oss selvfølgelig når vi får høre at helsevesenet kan ha påført pasienter store komplikasjoner uten at det har bidratt til å redde liv, sier han.

Pris

Den største utfordringen i screening er å sikre at fordelene er betydelig større enn ulempene. Aarseth mener det er klare bevis på at screening mot både tarmkreft og livmorhalskreft har store fordeler. Screening mot prostatakreft har det ikke. Det er mulig å lete etter tegn på prostatakreft ved å teste for psa (prostataspesifikt antigen). Men denne testen skiller for dårlig mellom friske og syke menn, og altfor mange må gjennom et unødvendig inngrep som kan føre til impotens og inkontinens. Anslag etter 12 års oppfølging viser at man må operere 47 menn for å redde 1. Det mener Aarseth er en for høy pris.

– *Hva er akseptabel pris?*

– Vanskelig å si. I screening mot livmorhalskreft tror vi at man

– Et spørsmål om verdier

– For noen kan det være riktig å takke nei til å delta i screening, sier professor Ivar Sønbø Kristiansen. Tekst **Ann-Kristin Bloch Helmers og Nina Hernæs** Foto **Ann-Kristin Bloch Helmers**

Øker blant unge under 40

- Flere får livmorhalskreft i Norge, og øker mest blant unge kvinner under 40. Det viser tall fra Kreftregisteret.
- Det er usikkert om økningen skyldes naturlige variasjoner, men Kreftregisteret frykter en økning blant unge kvinner. Det er også de som oftest unnlater å ta celleprøve som anbefalt.

Han mener ja eller nei til screening handler om hvilke verdier man har.

– Jeg pleier å spørre folk om de har kjørt over fartsgrensen, sier han og smiler skjevt.

– Mange svarer ja. De har altså valgt å ta en risiko, til og med en dødsrisiko, for å oppnå noe de verdsetter og som de mener det er verdt å risikere noe for. For eksempel å spare tid ved å bryte fartsgrensen. Dette mener jeg kan overføres til screening.

Forebygger

Kristiansen er lege og professor i helseøkonomi ved Universitetet i Oslo. Det siste året har han flere ganger uttalt seg om screening mot livmorhalskreft. Denne screeningen leter etter forstadier til kreft, slik at de kan fjernes og kreft forhindres. Hans anslag er at screeningen forebygger mellom 200 og 450 tilfeller av livmorhalskreft hvert år. Kreftregisteret anslår 1 000.

INFORMASJON: Ivar Sønbø Kristiansen mener kvinner må informeres bedre om mulige bivirkninger .

Bivirkninger

Men det å fjerne forstadier til slik kreft kan ha bivirkninger.

De fleste som får fjernet forstadier, ville aldri fått kreft. 3 000 kvinner opereres hvert år. Inngrepet er lite, men gir økt risiko for seinabort og prematur fødsel i seinere svangerskap.

I et intervju med NRK i april påpekte Kristiansen at kvinner ikke blir informert om at screeningen kan ha alvorlige bivirkninger.

Kreftregisteret, som står bak screeningen, avviste kritikken. Men i september oppdaterte de sin nettside med informasjon om fordeler og ulemper med screening. Blant annet at inngrepet kan påvirke utfallet av seinere svangerskap.

Det mener Kristiansen er et stort framskritt.

– Informasjonen er blitt mer balansert, sier han.

Valg

Kristiansen understreker at han ikke er mot screeningen mot livmorhalskreft. Det han stiller spørsmål ved er informasjonen som gis til kvinnene. Hans poeng er at kvinner har ulike verdier. Og at mulige bivirkninger er noe de må informeres om og tenke gjennom før de lar seg screene.

– Går man inn for screening, må man vite at man kommer til å behandle noen unødig, sier han.

– Og det synes jeg det er rimelig å informere om. Kvinner vil verdsette mulige utfall ulikt. For de fleste vil det være rasjonelt å takke ja til screening, men for noen vil det være rasjonelt å takke nei, mener han.

– Livmorhalskreft er en sjelden sykdom, og for noen kan det være riktig å ta risikoen ved ikke å screene seg fordi det aller viktigste for dem er å få barn. Jeg synes ikke det er opp til leger, eksperter eller

må operere 3 for å unngå 1 krefttilfelle. Det har høy nytteverdi. Må man operere 10 for å unngå 1 tilfelle har det også nytteverdi, men da er det enda viktigere med god informasjon om fordeler og ulemper til de som bør behandles.

Bekymret over villscreening

Det vil ikke bli organisert psa-screening i Norge, ifølge Aarseth. Likevel tas disse prøvene i stor skala i såkalt villscreening. Det vil si at prøvene tas, men ikke systematisk.

– Bekymringsfullt, sier han, og mener informasjon må til.

– De fleste ønsker en bekreftelse på at de er friske, og har ikke reflektert godt nok over at testen kan vise mulig sykdom. De må forstå at alle prøver har to mulige svar.

helsemyndigheter å mene at det er gode eller dårlige valg.

Uhørt

Han legger ikke skjul på at mange er uenige med ham.

– Noen mener det er helt uhørt å informere før forstadiene er oppdaget og kvinnene har fått tilbud om behandling. Argumentet er at man ved å informere vil skremme kvinner fra å screene seg. Mens jeg altså mener kvinnene har rett til informasjon. Det er også en rettighet de har etter Pasientrettighetsloven.

– *Hvorfor tror du kvinnene får mer informasjon nå?*

– I gode stunder tenker jeg at det er på grunn av kritikken jeg har reist, sier han og smiler.

– Men medbestemmelse er veldig i tiden. Et av kriteriene for pasientkvalitet er at pasienten får være med å ta beslutningen.

Liten interesse

Kristiansen er overrasket over at hans syn har vakt motbør.

– Det jeg sier om verdisyn er gammelt nytt. Jeg er forundret over hvor liten oppmerksomhet det er rundt problemene ved å bruke uspesifikke tester på en sjelden sykdom. Men dette kan kanskje overføres til hele medisinen. Vi har en veldig tro på det vi driver med, og underkommuniserer når det er sviktende evidens og uønskete bivirkninger.

– *Vet vi nok om hvordan kvinner opplever screeningen?*

– Nei, og jeg opplever heller ikke at det er mye interesse for det. Jeg var nylig på en kongress som handlet om spørsmål knyttet til blant annet livmorhalskreft. Jeg telte opp abstraktene. Det var rundt 1 000. Maksimum ti dreide seg om noe annet enn reint biologiske og kjemiske spørsmål, sier Ivar Sønbø Kristiansen.

«Man må vite at man kommer til å behandle noen unødig.

sykepleien.no

Følg diskusjonene på sykepleien.no

4 om screening

Tekst **Nina Hernæs og Ann-Kristin B. Helmers**

Er det riktig bruk av helsekroner å screene antatt friske mennesker?

Lars-Petter Jelsness-Jørgensen, leder av NSFs faggruppe av sykepleiere i gastroenterologi:
– Ja. Noen ganger gir ikke sykdom symptomer før den er langt framskreden. Det gjelder for eksempel tarmkreft. Derfor er det viktig å undersøke om det er mulig å oppdage sykdom tidligere ved å screene systematisk, slik at pasienter kan få behandling tidligere og dermed økt sjanse for å overleve.

Karen Bjørgo, nestleder Norsk Sykepleierforbund:
Ja, jeg synes det. Det er riktig at vi har et aktivt screeningprogram for folkesykdommer som forekommer hyppig, og der vi kan tilby et effektivt behandlingstilbud om sykdommen oppdages tidlig. Vi vet jo ikke om de antatt friske for eksempel kan ha en kreftsykdom.

Astrid Grydeland Ersvik, leder av landsgruppen for helsesøstre:
– I noen tilfeller kan det være riktig. Men generelt er jeg skeptisk til screening, fordi jeg tror ikke nødvendigvis det gir bedre helse. Vi er allerede overopptatt av egen sykdom og helse, og det tror jeg screening kan være med å forsterke.

Britt Ingunn Wee Sævig, leder i faggruppen Forum for kreftsykepleie:
Ja. I den målestokk det drives nå, er det riktig. Jeg tror det fanges opp en del som får behandling tidligere, slik at flere blir friske.

Screening mot livmorhalskreft

- Livmorhalskreft utvikler seg via forstadier, som kan oppdages og fjernes.
- Alle norske kvinner mellom 25 og 69 år inviteres til screening for livmorhalskreft hvert tredje år.
- Screeningen går ut på å ta celleprøve fra livmorhalsen ved en gynekologisk undersøkelse. Dersom det blir funnet celleforandringer blir kvinnene utredet og eventuelt behandlet.
- Behandlingen er å fjerne celleforandringene i et lite kirurgisk inngrep, kalt konisering. Konisering gir økt risiko for seinabort og prematur fødsel i seinere svangerskap.
- Hvert år blir 3 000 norske kvinner konisert. Kreftregisteret anslår at 1 000 kvinner hvert år slipper å få livmorhalskreft. Ivar Sønbø Kristiansens anslag er mellom 200 og 450.
- Screeningen har også redusert dødeligheten, fordi flere får påvist kreft tidligere. Når livmorhalskreft oppdages i tidlig fase, overlever nesten alle.

Der ute

Les mer om:

34 Betalt norskkurs i Bærum ›

38 Hiv og amming ›

43 Skaper matlyst på Haukeland ›

50 Den store måledagen ›

Tekst **Eivor Hofstad, Zahir Athari**

Sykepleiere slutter tidlig i **GÖTEBORG**

I 2001 ble det lov å jobbe til man ble 67 år i Sverige. Tidligere måtte man gå av ved 65 års alder. Det viser seg at viljen til å jobbe etter 65 års alder er høyere hos de høyt utdannete og menn enn hos lavere utdannete og kvinner. Det viser en undersøkelse gjort i Gøteborg-området. Andelen leger som fortsetter å jobbe etter 65 år er for eksempel over tredobbelt så høy som for sykepleiere. Øverst på lista troner tannleger, hvor 3,5 prosent er mellom 65 og 67 år. Nederst på lista ligger sykepleiere og jordmødre hvor bare 0,7 prosent er i denne aldersgruppen. Kjøkken- og renholdspersonal ligger hakket høyere med 0,9 prosent. Hjelpepleiere/omsorgsarbeidere ligger på 1,3 prosent, knapt dobbelt så høy andel som for sykepleiere.

Kilde: Du & jobbet

JOBBER LENGST: Fem ganger så høy andel tannleger som sykepleiere jobber mellom 65 og 67 års alder i Gøteborg. Foto: Colourbox.

MENN VERST: Bare 32 prosent av mennene og 64 prosent av kvinnene i Storbritannia vasker hendene etter dobesøk. Foto: Colourbox.

Skitne **BRITISKE** hender

Avføringsbakterier finnes på hendene til mer enn hver fjerde brite, viser en ny undersøkelse fra Queen Mary, University of London og London School of Hygiene & Tropical Medicine. Forskerne sier et av de største sjokkfunnene er de høye nivåene med mikrober. 11 prosent av hendene er like forurenset som innsiden av en skitten toalettskål.

Da svineinfluensaen herjet i 2009, kom Storbritannia dårligst ut av fem land, ifølge en Harvard-studie. Bare 53 prosent av britene vasket hendene sine oftere enn før pandemien.

Det er særlig før spising og etter toalettbesøk at det er viktig med en real håndvask. Og den skal innbefatte såpe og vare like lenge som det tar å synge Happy Birthday to ganger, sier ekspertene. Også klapping av kjæledyr, håndtering av telefon, pengesedler og kredittkort er slikt som setter sine helsefarlige mikrobiologiske spor på fingrene våre.

I en annen britisk undersøkelse svarte 99 prosent av dem som kom ut av toalettene på bensinstasjoner at de hadde vasket hendene sine. Elektronisk opptaksutstyr viste at bare 32 prosent av mennene og 64 prosent av kvinnene faktisk hadde gjort det.

Den eneste taktikken som har vist seg å få britene til å endre sine håndvaskvaner til det bedre, er å spille på at det er flaut å ikke vaske seg. I den samme studien fra bensinstasjonene vasket flere personer hendene sine når det ble hengt opp skilt inne på toalettene hvor det stod: «Vasker personen ved siden av deg hendene?».

Kilde: BBC

Foto: Colourbox

Færre spesialiserte **SVENSKE** sykepleiere

Svenske universitet og høyskoler har advart om at de varslete nedskjæringene i budsjettet for lærerstillingene vil føre til færre studieplasser. Samtidig øker mangelen på videreutdannete sykepleiere. I løpet av de siste 20 år har andelen spesialsykepleiere minsket fra 67 til 48 prosent. Nå har Svensk sjuksköterskeförenings landsmøte uttalt at det trengs et nasjonalt samarbeidsorgan for å garantere kvaliteten på innhold, progresjon og nasjonal dimensjonering av sykepleieres videreutdanninger. I eldreomsorgen har kun 1,6 prosent av sykepleierne spesialisert seg. Foreningen synes derfor det er et paradoks at regjeringen sier den satser på de sykeste eldre.

Kilde: swenurse.se

Mosjon demper matlysten i **UTAH**

Fysisk aktivitet øker ikke nødvendigvis lysten på mat, viser en liten studie utført ved Brigham Young University i Utah, USA. Forskerne lot 35 kvinner gå raskt på en tredemølle i 45 minutter om morgenen, og målte hjerneaktiviteten innen en time etterpå, mens de så på 240 bilder av henholdsvis mat og blomster (blomster var for å kontrollere). Samme øvelse ble gjentatt etter en uke, men uten den fysiske aktiviteten først. Det viste seg at forsøkspersonene både fikk mindre lyst på mat etter å ha trent i 45 minutter først, og at de økte den totale mengden med fysisk aktivitet den dagen de startet med trening.

Kilde: American Nurse Today

MÅLER MATLYST: EEG-målinger viser hjernens elektriske aktivitet da forsøkspersonen ble presentert bilder av mat. Foto: BYU.

DANSK tv-dokumentar kostet 500 donorer

Dansk tv sendte nylig dokumentaren «Pigen der ikke ville dø», om 19 år gamle Carina som ble så hardt skadet i en trafikkulykke at legene sa hun kom til å dø. I stedet våknet hun av koma etter at legene hadde avsluttet behandlingen hennes og familien hadde sagt ja til organdonasjon. Meningen var å lage en dokumentar om organdonasjon. I stedet ble det en film om hvordan helsepersonellet kunne ta så grundig feil.

Fem dager etter sendingen hadde 500 dansker meldt seg ut av donorregisteret hvor totalt 800 000 donorer er registrert. Statistikken viser at 2 500 andre dansker har vært inne på registerets nettsider og endret på sine donorinnstillinger, men det kan ennå ikke vises hvor mange av dem som eventuelt er nye donorer. Kanskje kan det ha kommet flere donorer til enn dem man mistet etter tv-programmet.

Kilde: Ugeskrift for læger, DR1

POLIO: Afghanistan, Pakistan og Nigeria er de landene hvor flest barn fortsatt får polio. I 2012 ble 23 tilfeller registrert i Afghanistan. Foto: Colourbox.

Kampanje mot polio i **AFGHANISTAN**

En tredje nasjonal anti-polio-kampanje ble gjennomført i september i Afghanistan. 8,2 millioner barn under fem år fikk to dråper polio-vaksine. I tillegg ble «D-worming»-tabletter delt ut til 4,98 millioner barn mellom to og ti år.

47 000 frivillige ble trent opp for å utføre vaksinasjonen. Til sammen var rundt 57 000 helsearbeidere og frivillige med for å eliminere polio i landet.

Unicef, Verdens helseorganisasjon og Verdensbanken var blant de internasjonale organisasjoner som støttet kampanjen.

Kilde: Det afghanske helsedepartementet

AUSTRALIERE dropper dyr medisin

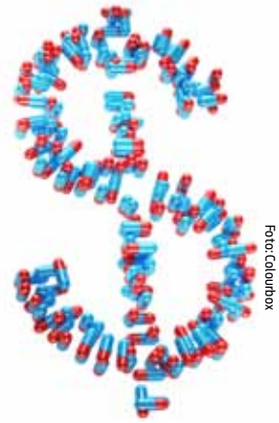


Foto: Colourbox

Hver femte australier mellom 50 og 65 år med stram økonomi hopper over medisindoser for å spare penger. Det kommer fram i en nasjonal undersøkelse hvor 3 188 mennesker over 55 år har svart. Hver tredje australier i denne aldersgruppen sier de har opplevd stram økonomi på grunn av høye legemiddelutgifter i de fem siste årene. Over halvparten av alle i undersøkelsen sier høyere medisinkostnader vil påvirke hvilket parti de vil stemme på til valget.

Undersøkelsen er utført av forskere ved National Seniors Productive Ageing Centre.

Kilde: Australian Nursing Federation

Foto: Colourbox

PALESTINERE nektes helsetjenester

En undersøkelse gjennomført av verdens helseorganisasjon (WHO) viser at palestinerne blir nektet eller får forsinket tilgang til helsetjenester.

I 2011 fikk ikke 19 prosent av pasientene fra Vestbredden og 10 prosent fra Gazastripen medisinsk behandling. Det samme året ble totalt 33 760 pasienter eller deres ledsagere nektet tilgang til helsetjenester av israelske myndigheter.

Bare 5 prosent av palestinske Røde Halvmånes ambulanser hadde direkte tilgang gjennom «chekpoints» i 2011.

Kilde: Verdens helseorganisasjon

De må gjennom mange tester før de kan få norsk autorisasjon. Norskprøven er verst.

Får betalt for å lære norsk

Norsktester

- Det er norsktester på fire ulike nivå: A1, A2, B1 og B2. A1 er laveste nivå.
- Norskprøve 3 er testen for nivå B1.
- For nivå B2 gjelder «Test i norsk på høyere nivå», også kalt «Bergenstesten».
- Alle testene består både av skriftlige og muntlige prøver.

Nickjohn Tabudlong, Spomenka Stosic og Snjezana Rakanovic er sykepleiere. Men her i Norge jobber de som hjelpepleiere. Nå får de hjelp av sin arbeidsgiver for å nå målet om norsk autorisasjon.

For Bærum kommune trenger flere sykepleiere. Cirka 60 av de fast ansatte helsefagarbeiderne har sykepleierutdanning fra land utenfor EU-området, men mangler norsk autorisasjon. For å bli autorisert i Norge, må de ta kurs i nasjonale fag for sykepleiere. De trenger også ulike typer praksis. Hvor mye avhenger av hvilken praksis de har hatt i utdanningen i hjemlandet.

Får permisjon med lønn

For å kunne ta nasjonale fag, må de først ha bestått Bergenstesten, en krevende språkprøve.

Nå tilbyr kommunen hjelp til dem som vil nå målet om å bli norsk sykepleier. Prosjektet «Fra helsefagarbeider til autorisert sykepleier» startet våren 2012. Norskelevene blir plassert i to ulike klasser, avhengig av språklig nivå. De får dekket kurskostnader og permisjon med lønn. Deltakerne får bindingstid, maks to år.

De valgte Norge

Nordraaksvei bo- og behandlingssenter i Bærum har flere ansatte som har takket ja til kommunens språktilbud. Sykepleien møter tre av dem. De jobber i hver sin etasje på senteret som bare er fire år gammelt. Her er de aller fleste minoritetsspråklige.

Snjezana Rakanovic (32) er fra Bosnia. Hun har fireårig sykepleierutdanning på videregående nivå fra hjemlandet. Utdanningen består av teori, praksis fra ulike avdelinger og nasjonale fag, forteller hun på flytende norsk.

Etter hun ble ferdig, har hun dels studert og dels jobbet som sykepleier.

– Men situasjonen i Bosnia var ikke enkel. Det var vanskelig å finne jobb, spesielt fast. Flere venner hadde reist til Norge, og jeg fikk positive tilbakemeldinger. De sa det var lett å finne jobb i Norge.

Hun dro i desember 2008. I februar fikk hun fast jobb som hjelpepleier her i Nordraaksvei.

– Jeg tok Norskprøve 3 ved å lese selv, sier Rakanovic, som ikke synes det har vært så vanskelig å lære et nytt språk.

Hun har lært gradvis. For ti dager siden tok hun Bergenstesten. Består hun den, venter nasjonale fag og praksis i kirurgi, psykiatri og geriatri i seks måneder.

Hun trenger også et kurs i vitenskapsteori. Rakanovic håper hun kan bli autorisert neste sommer.

Spomenka Stosic (53) er fra Serbia. Hun har samme skolebakgrunn som Rakanovic.

– Fra gamle Jugoslavia, forklarer hun på godt norsk.

Hun utdannet seg altså til sykepleier fra hun var 15 til 19 år. Hun studerte videre og har jobbet på indremedisinsk avdeling og i hjemmesykepleien.

– Og så har jeg jobbet med handikappete barn i 14 år. Jeg jobbet også frivillig i en organisasjon for barn og voksne med cerebral parese.

Hun kom til Norge i 2009 og tok et treukers intensivkurs i norsk.

– Jeg forsto mye norsk, men snakket bare engelsk og det var vanskelig å få jobb i Oslo. Jeg søkte på 178 jobber og kom på ett intervju.

Hun endret strategi og kastet blikket mot vest: Hun søkte fem jobber i Stavanger. Og ble innkalt til fem intervjuer. Hun fikk jobb i en bolig for barn. Men barna hadde ikke språk, så det var ikke lett å utvikle norsken.

«Jeg søkte på 178 jobber og kom på ett intervju.» *Spomenka Stosic*

LÆRER NORSK: Spomenka Stosic (t.v.), Snjezana Rakanovi og Nickjohn Tabudlong har norsk autorisasjon i sikte. Til glede for seg selv og arbeidsgiveren.

Så hun tok et nettkurs i grammatikk. Etter en stund fikk hun en ny jobb i hjemmetjenesten.

– Jeg kjente bare én i Norge, og hun var i Oslo. I ett år var jeg alene. Det var bare jobb-norsk, jobb-norsk.

I 2010 kom mannen og yngste sønn på 23 år til Norge. Eldste sønn studerer psykologi i Serbia.

– Jeg håper han kommer også. Nå er vi tre elever hjemme, vi snakker norsk med hverandre, ler hun.

Også hun har nettopp tatt Bergenstesten og venter på resultatet.

Nickjohn Tabudlong (27) er fra Filippinene. I likhet med de to fra Balkan har han fireårig sykepleierutdanning fra hjemlandet, og ble ferdig i 2007. Han jobbet en kort stund på medisinsk avdeling.

Søsteren hans ble sykepleier i 2005. Hun reiste til Norge som au pair.

– Hun meldte til meg: «Hvis du kommer, skal jeg hjelpe deg.»

Oktober 2007 begynte han som au pair i Norge. Etter et år fikk han ulønnet språkpraksis på Solbakken sykehjem i Bærum.

«Situasjonen i Bosnia var ikke enkel.» *Snjezana Rakanovi*

– Jeg var heldig, sier han på fint norsk.

I september 2009 fikk han 75 prosent stilling som hjelpepleier. Etter seks måneder fikk han fast jobb. Da han fikk tilbud om å lære mer norsk her, slo han til. Han går nå på kurs og forbereder seg til å ta norskprøve 3. Det er i år blitt et krav for å kunne få jobb som helsearbeider i Bærum kommune.

Også han kan klare å bli autorisert neste år. Han trenger ikke like mye praksis som de fra eks-Jugoslavia, for utdanningen på Filippinene har mer praksis enn deres.

– Vi blir her!

Alle tre fikk midlertidig lisens som hjelpepleier i Norge før de kom hit.

Nasjonale fag

- Høgskolen i Oslo og Akershus og Høgskolen i Bergen har kurs i nasjonale fag for sykepleiere som er utdannet i land utenfor EU/EØS.
- Kurset er om plikter og rettigheter for sykepleiere i Norge.
- Krever norskkunnskap på høyere nivå, det vil si Bergenstesten.

For å beholde lisensen, måtte de skaffe seg jobb som hjelpepleier i minst 80 prosent stilling.

– *Vil dere bli i Norge?*

Alle tre bekrefter det.

– Jeg er 53 år, og har ikke lyst på flere forandringer, sier Stosic.

– Før likte jeg meg ikke i Norge. Det gjør jeg nå. På Filippinene er det umulig å finne jobb. Og så har jeg kone her, sier Tabudlong.

Kona, som også er filippinsk, traff han her i Norge.

– *Er språkkravene strenge, synes dere?*

De er usikre.

«Jeg var heldig som fikk språkpraksis.» *Nickjohn Tabudlong*

– Jeg skjønner vi må lære norsk, men Norskprøve 3 er et stort krav. Norsk er ikke så populært språk, sier Rakanovic.

– *Føler dere dere velkomne her?*

– Ja, i hvert fall på arbeidsplassen, sier Stosic.

– Også i Norge. Vi viser jo at vi vil jobbe, sier Rakanovic.

– *Snakker dere norsk når dere er sammen med deres landsmenn?*

– Ærlig talt, er jeg med mine landsmenn, må vi få snakke serbisk, mener Rakanovic.

Tekst og foto **Marit Fonn**

– Må ha indre drivkraft

Leder Hanne Larson støtter strengere språkkrav. Og liker at de ansatte får språkhjelp. Tekst **Marit Fonn**

Norskkurs i Bærum

- 15 har tatt/skal ta Bergenstesten i høst.
- 12 forbereder seg til Norskprøve 3, flere starter i januar.
- Kursene og testene arrangeres av Folkeuniversitetet.

Tjenesteleder Hanne Larson på Nordraaksvei bo- og behandlingssenter mener norskopplæringen er et unikt tilbud.

– De ansatte kan virkelig komme seg videre.

Hun vet hvor krevende det er både å jobbe og videreutdanne seg. Selv brukte hun kvelder og helger på lederutdanningen sin, uten bidrag fra arbeidsgiver.

Larson understreker at tilbudet krever egeninnsats:

– Prosjektet er avhengig av de enkeltes indre drivkraft. Ikke alle har den. Flere sier nei til tilbudet.

«Vi betaler i dyre dommer til vikarbyråene.»

Prosjektleder Wenche Borge

Kravet om Norskprøve 3 for helsearbeidere hever terskelen for å få jobb som utlending.

– Kravet kan oppleves som firkantet, men det gir også trygghet. Ansatte skal kunne forstå både beboere og kolleger, og de må uttrykke seg både skriftlig og muntlig. Språkkravet gir en tryggere arbeidshverdag og styrker fagligheten.

– Lønner seg

Wenche Borge leder prosjektet for å få flere autoriserte sykepleiere. Hun mener Nav burde ta ansvar for at utenlandske faglærte arbeidssøkere får norskkurs og språkpraksis i Norge, slik at de blir bedre rustet til søke jobb.

– Den ene kommunen etter den andre stiller strengere krav til norskkunnskaper. Arbeidssøkerne som kommer til Norge fra Europa, må betale norskkursene selv. Kursene er dyre, og de har derfor ofte ikke råd til å gå på norskkurs, sier Borge.

– Jeg skjønner at det ikke blir delt ut penger ukritisk. Men vi har skole fra hjemlandet som ikke har kostet Norge noe. Og Norge trenger vår arbeidskraft, påpeker Snjezana Rakanovic fra Bosnia som er med på Bærums norskprosjekt.

Selv om prosjektet koster, tror Borge det likevel lønner seg:

– Vi betaler i dag i dyre dommer til vikarbyråene fordi vi ikke alltid har nok sykepleiere selv. Det kan være dyrt å ansette sykepleiere ellers også. Annonsen koster, feilansettelser skjer, opplæring er dyrt. De vi allerede har ansatt med sykepleierutdanning fra hjemlandet, er en uutnyttet ressurs. De kan mye, men de får ikke brukt det. Det er utilfredsstillende for dem, og vi ønsker at de skal bli.

– *Er det vanskelig å få tak i sykepleiere?*

– Vi hadde en annonse nylig. Vi fikk to søkere, begge var minoritetsspråklige. Den ene oppfylte ikke kravet, sier Larson.

Strengere språkkrav

65 prosent av de ansatte i Nordraaksvei er minoritetsspråklige.

– Vi får mange søknader fra utlandet også. Å ha faglig kompetente sykepleiere er vi helt avhengige av. Å formulere seg på norsk er en del av det.

Larson tror sykehjem vil bli mer attraktivt for norske sykepleiere på grunn av samhandlingsreformen:

– Vi har fått respiratorbrukere. Vi får mange faglige utfordringer framover. Pasientene pushes ut av sykehusene fortere enn svint.

– Mitt inntrykk er at mange klager handler om språklige misforståelser. Og vi ser at dokumentasjonen blir mangelfull på grunn av norsknivået. Også på dette området blir kravene stadig strengere, sier Wenche Borge.

Norgesmestere i helsefag

Mye energi gikk med da helsefagarbeidere slåss om å bli best.

Tekst og foto **Zahir Athari**

BEST: Stine Kipperberg (19) og Amalie Henriksen (19) fra Møre og Romsdal ble Norgesmestere i helsefag.

Fire dommere med penn og papir går rundt og kikker på scenen fra alle kanter. De noterer seriøst og fort. Ivrige tilskuere står rundt scenen.

Astrid (50) har brystkreft, hun er nettopp innlagt på sykehus og venter på behandling for tredje gang. Hun er svimmel, kvalm og har dårlig matlyst. Tunge tanker gjør det vanskelig å slappe av. To helsefagarbeidere kommer inn og håndhilser varmt på henne, smilende og med oppmerksomme blikk. Et lite smil fra Astrids munnviker sprer seg over hele ansiktet. Helsefagarbeiderne heiser senga opp og sjekker blodtrykk og temperatur mens de snakker rolig med henne.

Norgesmesterskap i yrkesfag ble avviklet på Lillestrøm i begynnelsen av november. 32 helsefagarbeidere på 16 lag konkurerte.

Tema og situasjon er en brystkreftpasient på sykehus. Oppgaven er å måle blodtrykk, puls og temperatur, tilberede frokost, rydde opp, skape velvære og kommunikasjon. Lagene har ti minutter på å planlegge, 20 minutter på å gjennomføre og 15 minutter på teoretisk evaluering med dommere.

Når Stine Kipperberg (19) og Amalie Henriksen (19) kommer ut av dommeres rom, er de svette, men fornøyde.

– Deeeilig å bli ferdig. Amalie puster ut, hun slapper av i en hvilestol på presserommet.

– Forferdelig vanskelig oppgave, i hvert fall for meg. Stine kaster seg ned på hvilestolen ved siden av Amalie og tørker svettedråper fra pannen.

– Vi forberedte oss en gang i uken i åtte uker med hjelp fra dyktige trenere. Men den siste uken jobbet vi hver dag hele uka, forteller Stine.

Helsefagarbeiderfaget oppsto i 2006 og er et relativt ungt yrke. Derfor kjemper det fortsatt for å finne sin plass i helsesektoren. Målet er ganske ambisiøst; 57000 helsefagarbeider i 2025. Det er langt fram. For å nå målet må det rekrutteres 4500 nye helsefagarbeidere, står det på nettsiden til arbeidsgiverorganisasjonen KS.

– Selv om det foreløpig bare utdannes 2000 nye helsefagarbeider per år, kan vi klare å øke antallet i framtida, sier Eli Sogn optimistisk. Hun leder kampanjen «Bli helsefagarbeider». Kampanjen bruker forskjellige rekrutteringsmetoder. «Rekrutteringspatruljer» hvor ungdommer går rundt og oppmuntrer andre til å ta faget, er en av dem.

Dette er Solveig Kopperstad Bratseth, nestleder i sykepleieforbundet (NSF), helt enig i. NSF har også deltatt i kampen for å styrke yrkets status og attraksjonsverdi.

– Faget trenger støtte og NSF har lyst til å være en pådriver for å styrke fagets status og rekruttere mer folk til yrket, forklarer Bratseth. IIII

– Helt strålende, sier jordmor Kristin Næss-Andresen om Aslak Syses avkriminalisering av hiv-positive som ammer.

Tekst **Nina Hernæs** Foto **Stig Weston**

SKILTER DØREN: Jordmor Kristin Næss-Andresen opplever at barselkvinner med hiv er redde for spørsmål om smitteskiltet på døren.

Slipper å true med straff

Utenfor føde A på Ullevål henger bilder av små, fornøyde babyer. Men ikke alle blivende og nybakte mødre opplever pur lykke her inne. Kristin Næss-Andresen er opptatt av de hivpositive kvinnenes situasjon, som hun beskriver som svært vanskelig. Hvert år føder rundt 20 hiv-positive kvinner her. De risikerer straff dersom de ammer barna sine.

Barnas beste

Med hjemmel i den omstridte paragraf 155, kan de fengsles i inntil seks år dersom de utsetter barna sine for smittefare. Nå har jusprofessor Aslak Syse foreslått å myke opp loven.

– Han velger å la hensynet til barnet telle mest, sier Næss-Andresen fornøyd.

– Å true mor med fengsel bidrar til stigmatisering. Jeg er utrolig glad for at Syse tar det innover seg.

Hun får støtte av jordmor og høyskolelektor Ann-Kristin Bjørnnes. Sammen har de skrevet en artikkel om stigmatisering og kriminalisering av hiv-positive gravide (se side 54). De spør i artikkelen om det er hensiktsmessig å true dem med fengsel. På det har Syse altså svart nei.

Skal ikke amme

Men avkriminalisering endrer ikke på ammerådene.

– Hiv kan smitte gjennom morsmelk, og derfor skal de ikke amme, sier Næss-Andresen.

Det diskuteres hvor stor smitterisikoen er når mor får behandling mot sykdommen, men det er ikke dokumentert at amming er risikofritt. Om behandlingen etter hvert vil bli så effektiv at risikoen blir borte, er umulig å si.

«Han velger å la hensynet til barnet telle mest.» *Kristin Næss-Andersen*

– Det kan bli en mulighet i framtiden, tror Næss-Andresen.

– Men vi er ikke der i dag.

Tabu

Mange kvinner synes det er vanskelig at de ikke får amme. Både fordi amming anses å være det beste for barnet, men også fordi det å ikke amme kan vekke mistenksomhet. De fleste hiv-positive kvinnene som føder på Ullevål, har minoritetsbakgrunn. Mange lever i miljøer der hiv er tabu og er livredde for at noen skal få vite om sykdommen.

– De færreste er åpne, forteller Næss-Andresen.

– Noen er så redde for at slekt og venner vil skjønne at de er hiv-positive, at de vurderer å amme likevel.

Lite oppmerksomhet

Ann-Kristin Bjørnnes har erfaring med hiv-positive gravide fra Sørlandet. Hun kjenner seg igjen i det Næss-Andresen beskriver, men sier det kanskje er enda tøffere på små steder.

– Det kan være enda vanskeligere å være åpen, og miljøene er kanskje mer gjennomsiktige enn i Oslo, sier hun.

Både hun og Næss-Andresen synes det er for lite oppmerksomhet om hiv-positives kvinners behov i forhold til reproduktiv helse.

Ivaretar

På Ullevål har Kristin Næss-Andresen vært pådriver for å ivareta hiv-positive gravide bedre. De får tilbud om samtaler i svangerskapet, der de blir forberedt på at de ikke får amme og at det blir iverksatt synlige smitteverntiltak rundt dem. For eksempel blir det hengt opp et skilt med smitte på døren inn til rommet.

– Det kan føre til spørsmål de ikke ønsker å svare på, sier Næss-Andresen.

– Nå informerer vi om dette på forhånd, slik at de kan ta forholdsregler som å ta imot besøk ute i foajeen.

Smittefrykt

Kompetansen om hivpositive gravide er også samlet. Alle hiv-positive som skal føde på Oslo universitetssykehus, kommer hit til Ullevål. Næss-Andresen legger ikke skjul på at hiv-positive gravide tidligere har hatt dårlige erfaringer med fødeavdelingene i Oslo.

– Det kan være unødvendig bruk av hansker og andre smitteverntiltak.

– Men vi får tilbakemelding om at dette er i klar bedring.

Både hun og Bjørnnes har erfart at smittefrykt kan gjøre helsepersonell irrasjonelle.

– Mange mangler også kunnskap, sier Næss-Andresen.

– Og det kan føre til misforståelser.

Epidural

Hun nevner stikking som eksempel.

– Vi unngår å stikke hivpositive, men ikke alle forstår sammenhengen. For eksempel lar vi være å feste en probe til barnets hode mens det ennå ligger i magen. Proben brukes til å overvåke pulsen, og vi må perforere huden til barnet når vi fester den. Om blodet til barnet kommer i kontakt med blodet til mor, utsettes barnet for smittefare, og det er grunnen til at vi ikke gjør det, forklarer hun.

– Men noen misforstår dette og tror vi skal unngå all stikking fordi mor er hiv-positiv, og at hun derfor ikke kan få for eksempel epidural.

PRAKSIS MØTER HØYSKOLE: Kristin Næss-Andresen og Ann-Kristin Bjørnnes fant hverandre i engasjementet for hiv-positive kvinner.

LEDER: Professor Aslak Syse. Foto: Berit Roald/NTB scanpix.

– Smitteverntiltak bør

Det som hele tiden har vært et poeng for oss, er å sikre at er forbeholdt folk som opptrer uansvarlig, sier Aslak Syse.

Tekst **Kari Anne Dolonen**

Han har ledet Syseutvalgets offentlige utredning om straffe-rettslige spørsmål ved alvorlige smittsomme sykdommer, som i slutten av september ble overlevert helseminister Jonas Gahr Støre. Støre takket utvalget for et godt stykke arbeid.

– Dette arbeidet gir også et godt grunnlag for vår egen samfunnsdebatt. Her er det nok mange som vil ha meninger, sa Støre.

Avkriminaliserer

– Dette er vel det beste vi kunne håpe på, var den umiddelbare reaksjonen fra Skeiv ungdom og Aksept etter pressekonferansen.

I dag kan hiv-positive som har ubeskyttet sex, eller hiv-positive som ammer sine barn, bli politianmeldt og risikere fengselsstraff. Det foreslår utvalget å endre.

Dersom forsvarlige smitteverntiltak er gjort, forslår utvalget å frita for straffereaksjoner. Når det gjelder ubeskyttet sex, forutsetter fritaket at helsepersonell har deltatt i smittevernveiledning med begge parter.

Nå skal utredningen på høring og Aslak Syse sier til Sykepleien at en lovendring tidligst vil tre i kraft i løpet av 2014.

– Klarer politikerne det, vil jeg si det er usedvanlig raskt jobbet, sier han.

Amming

I utredningen omtales også mødre med hiv. Utvalget mener påtalemyndigheten bør være sterkt tilbakeholden med å ta ut tiltale der det har skjedd en smitteoverføring fra mor til barn under svangerskap, fødsel eller amming. Hensynet til barnet

Forventer lovendring

Flere organisasjoner hadde håpet Syseutvalget gikk lengre i å avkriminalisere hiv-smittete.

Tekst **Kari Anne Dolonen og Nina Hernæs**

Jeg forventet i hvert fall at lovverket ble endret slik at det må ha skjedd en smitte, og at den må ha skjedd med overlegg, for at hivpositive skal kunne straffes, sier Ina Herrestad.

Hun er institusjonssjef i Aksept, et psykososialt støttesenter for alle som er berørt av hiv, og drives av Kirkens Bymisjon.

Herrestad kjenner til mange eksempler på at hiv-positive blir diskriminert av helsepersonell ved at de blir nektet behandling. Bakgrunnen er ofte redsel for smitte.

Mangler kunnskap

Hun mener slike historier vitner om manglende kunnskap og forståelse av hiv og risikoen for smitte.

– Hygiene ved alle helseinstitusjoner skal være så god at det ikke er smittefare, enten det dreier seg om hiv eller for eksempel hepatitt, påpeker Herrestad.

Paradoks

Paradokset er at alle når som helst kan få en hiv-positiv person inn på kontoret sitt uten å vite om det. Det er ikke sikkert den hiv-positive vet det selv engang. Og det er langt høyere smittefare hvis man går med en ubehandlet infeksjon, påpeker hun.

Skal bekjempes med kunnskap

Landsforeningen for lesbiske, homofile, bifile og transpersoner (LLH) er heller ikke fornøyd med Syseutvalget. De ønsker full avkriminalisering, fordi de ikke ser hvordan trusler om straff kan hindre nysmitte.

– Vi mener straffeloven bidrar til økt stigmatisering, diskriminering og svekker livsgleden til mennesker som lever med hiv. Dette er de samme inntrykkene UNAIDS, WHO og en rekke andre organisasjoner deler med oss. Hiv skal bekjempes med kunnskap og ikke straff, sier leder av LLH Oslo og Akershus, Hans Heen Sikkeland til Blikk.

Kim Fangen, et av Syseutvalgets medlemmer, tok dissens fordi han ikke støtter straff for å overføre smittsom sykdom. Han satt i utvalget som representant for Pasientrådet for hiv-positive.

frita for straff

straffereaksjoner

er det avgjørende, og utvalget mener det ikke er hensiktsmessig med straffeforfølging, fordi mor-barn-relasjonen har en helt annen karakter enn de tilfeller loven i hovedsak er ment å ramme.

«Dette er vel det beste vi kunne håpe på.» *Skeiv ungdom og Aksept*

– I utgangspunktet vil en mor gjøre det hun kan for å unngå at barnet blir smittet. Om smitte likevel skulle bli overført, vil dette i seg selv være en stor påkjenning for foreldrene, står det i utredningen.

Utvalget bemerker at helsetjenesten i slike situasjoner må gjøre det som er mulig for å bidra til å legge til rette for at kvinnen velger å følge den aktuelle behandlingen.

Sykepleien er 100 år

Valborg Sweeney er en av 25 sykepleiere som tok utfordringen da Sykepleien ba sine lesere om å lage tidsskriftet selv.

Jubileums-utgaven kommer 6. desember, på dagen 100 år siden Sykepleien kom ut første gang!

Her tar ikke sykepleierne et nei for et nei når måltidene skal serveres.

Skaper matlyst

Ernæringsscreening

Haukeland universitetssjukehus begynte med ernæringsscreening i 2007. På nevrokirurgisk sengepost startet de året etter. Det vil si at de veier alle pasienter over 18 år som kan veies ved innleggelse og deretter en gang i uka, i tillegg til at de gjennomgår et skjema med punkter som skal kunne avdekke både risiko for, og faktisk underernæring.

Det er lunsjtid på nevrokirurgisk sengepost på Haukeland universitetssjukehus. Elona Zakariassen balanserer matbrettet inn til pasient Berit Flesjå. Det er blomkålsuppe med rundstykke, en ernæringstett «solskinnsdrikk» (se oppskrift ved bildet) og saft. Flesjå har ikke så god matlyst, men velger å spise litt likevel.

Zakariassen informerer alltid pasientene om at kroppen har et særskilt behov for mat når man er syk.

– Jeg spør aldri en pasient «vil du ha?», men derimot «hva vil du ha?». Og sier de nei, gir jeg meg ikke med det første. Da finner jeg alternativer, sier hun.

Noen motvillige kolleger

Etter at Zakariassen tok videreutdanning i nevrosykepleie og skrev oppgave om ernæring til pasienter med store hodetraumer i 2007, har ernæringsinteressen hennes bare vokst. I 2008 ble hun koordinator for ernæringsarbeidet ved avdelingen og fikk to andre til å hjelpe seg med ansvaret. I fire år har hun hatt jevnlig undervisning for kollegene, og vil nok fortsette med det. De er en stor avdeling med 50 sykepleiere og kontinuerlige utskiftninger.

LUNSJ: Sykepleier Elona Zakariassen ser det som sitt ansvar å servere en matmengde som er overkommelig for pasient Berit Flesjå og heller ernæringstette den mengden mat hun klarer å spise.

«Bevisstheten om ernæring har blitt en selvfølgelig del av behandlingen» *Elona Zakariassen*

TIPS FOR SMÅSPISTE: Den lille frokosten med en halv brødskive til venstre inneholder mer kalorier enn den store med to skiver fordi den er mer næringstett: 460 kcal versus 400 kcal. Den halve brødskiva har fått både smør, baconost, hvitost og skinke pyntet med drue og reker.

– Jeg satt meg ned med kollegene én og én, og viste dem screeningverktøyet på dataen slik at de fikk se hvordan jeg gjorde det. Noen har strittet imot lenge og tenkt at dette får noen andre gjøre, men de har kommet i etterkant. Det har ikke vært noen vei utenom.

8 serveringstips

1. Måltidet blir påvirket av omgivelsene. La det være ryddig og innbydende rundt pasienten ved måltidene. Frisk luft, ryddig nattbord, unngå stell i nabosengen under måltidet.

2. Planlegg pasientens måltidsrytme for hele dagen i starten av dagen/vakten. Legg inn måltider regelmessig innimellom de andre aktivitetene som pasienten skal ha.

3. Begynn gjerne med frokost før morgenstellet for å få plass til flere måltider i løpet av dagen.

4. Bruk litt skive, mye pålegg og garnityr til småspiste. Tenk at det skal se ut som et lekkert, men overkommelig måltid.

5. Server mellommåltider som: ernæringstett smoothie, ernæringstett yoghurt, nøtter og rosiner og næringsdrikker. Det er lurt å ha dette lett tilgjengelig.

6. Avslutt dagen med et lite måltid før tannpuss og medisiner.

7. Hvor mye tror du din pasient kommer til å spise dette måltidet? Hva har pasienten spist de andre dagene? Server mat etter det du antar pasienten klarer, slik at det ser overkommelig ut. Ha dialog om mat og måltider med pasienten eller ev. pårørende.

8. Et nei betyr ikke at du kan være fornøyd med at du forsøkte. Tilby alternativer!

Utarbeidet av Elona Zakariassen og Kari Sygnestveit

Selve screeningen tar ikke lang tid. Det er veiingen som kan være bøygen. Med en sengeliggende traumepasient kan det ta en time og kreve to-tre personer.

– De dårligste må vi veie to ganger i uken. Når mye annet er viktig for den pasienten, kan veiingen lett bli utsatt, forteller Zakariassen.

Mer kreative

Ved siden av å veie og ernæringsscreene alle pasientene så godt det lar seg gjøre, har sykepleierne også blitt mer kreative og pågående rundt matserveringen.

– Vi må være i forkant av matserveringen og spørre hva de ønsker å spise. Da kan pasienten få omelett i stedet for suppe, for eksempel. Og er det en pasient med dårlig matlyst, lager jeg heller en halv brødskive med mye og fristende pålegg, enn en hel brødskive med standardpålegg, sier Zakariassen.

Sykepleierne observerer hva og hvor mye pasienten spiser. Det er viktig både for å kunne kostregistrere det pasienten har spist, og å kunne justere mengden og ernæringstettheten til neste måltid. De passer også på at rommet som maten skal spises i, er lyst, luftig og hyggelig. De som er friske nok, går til spisestuen. Den er ny og innbydende.

– Rommet ligner ikke et sykehusrom, så pasientene kan føle seg friske der. Da får de økt matlyst, mener Zakariassen.

På pasientlistene markeres de som ikke har blitt veid med en liten stjerne i margen.

– Den stjerna er veldig effektiv. Alle vet hva den betyr.

De har også utviklet punktlister med helt konkrete råd for sykepleierne. (Se side 45).

– Punktene er basert på vår prøving og feiling i avdelingen. Det tar tid å endre rutiner, og det har vist seg å være veldig viktig med slike håndfaste råd som letter gjennomføringen.

Ny måltidskultur

Før 2008 avdekket avdelingen ingen med underernæring. Men det betyr ikke at problemet ikke var der.

– Jeg har vært her siden 2004 og så jo at de tunge traumepasientene falt grusomt i vekt. Dette er gjerne unge mennesker som i utgangspunktet er

OPPSKRIFT PÅ SOLSKINNSDRIKK: Flytende mat er lettere å få i seg for pasienter med nedsatt matlyst. Denne smoothien er ekstra næringstett. Ingredienser: 1 egg, 1 dl appelisinjuice, ½ dl kremfløte, 2 ss sukker. Mikses sammen i blender.

muskuløse og velernærte. Før visste jeg ikke hva jeg skulle gjøre med det. At de mistet vekt var liksom bare slik det var, sier Zakariassen.

Nå vet de bedre. Haukeland gjør rutinemessige ernæringsregistreringer tre til fire ganger i året. Tallene fra disse prevalensundersøkelsene viser at hver tredje av alle inneliggende somatiske pasienter er underernært, og to av tre er velernærte.

– Nå er ikke vekttapet så markant lenger, sier Zakariassen.

Man kan undre seg over hvordan det kan ha seg, fordi tallene fra prevalensundersøkelsene viser at siden Haukeland innførte retningslinjer for ernæring, er det ikke flere som får ernæringsmessig behandling. Av de 34 prosentene som har ernæringsmessig risiko, er det bare litt over halvparten som får behandling og bare 5 prosent som blir vurdert av en klinisk ernæringsfysiolog. Antakelig er svaret at sykepleierne setter inn støtet tidlig og har fått en helt ny kultur rundt måltidsserveringene.

– Nå er vi hele tiden oppmerksomme på ernæringstilstanden til pasienten. Bevisstheten om ernæring har blitt en selvfølgelig del av behandlingen, sier Zakariassen.

Sykepleierne oppdaterer legene ved visitten på hver enkelt pasient. Er pasientene underernært, vil de respondere dårlig på annen behandling og kan lett få elektrolyttforstyrrelser eller andre skjeve blodverdier.

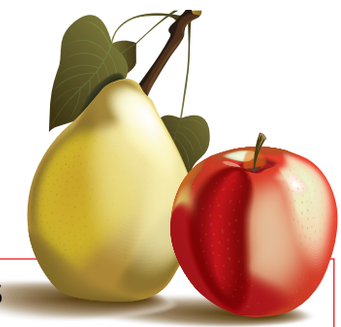
Legenes interesse våkner

Da avdelingen skulle endre rutinene rundt ernæring, valgte de å begynne på bunnen med sykepleierne, så kommer legene etter hvert. Fra i år har de også fått en ernæringsansvarlig lege på avdelingen.

– Legene er i utgangspunktet ikke så interessert i annet enn det som har direkte med kirurgien å gjøre, men begynner å fatte litt interesse for ernæring nå. De ser at pasientene ikke mister så mye vekt lenger og dessuten har vi vært litt strenge med dem.

Sykepleierne har krevd at legene skriver diagnosekode for underernæring og får det med i epikrisen, slik at det følger med pasienten til neste sted, enten ved en annen avdeling eller i kommunehelsetjenesten. På den måten vil all registrering ved avdelingen komme til nytte for pasienten videre i forløpet.

Tekst **Eivor Hofstad** Foto **Bjørn Erik Larsen**



6 praktiske ernæringstips

1. Når pasienten skal mobiliseres for eksempel i forbindelse med stell, kan du ta vekten samtidig. Ha en sittevekt eller gulvvekt klar ved sengen, eller du kan legge treningsturen til et rom der det finnes vekt og høydemål. Involver gjerne fysioterapeut i denne planen.

2. Informer pasient og pårørende om fokuset på ernæringsbehandling. Da kan samarbeidet gå lettere.

3. Lag en markering på pasientlisten for de pasientene som mangler screening (for eksempel *). Det vil gjøre screeningen tydeligere for alle som bruker pasientlisten.

4. Tenk individuelt for hver pasient. Hva trenger denne pasienten for å nå målet om god ernæringsstatus?

5. Screene pasientene for å finne ut hvem som har behov for spesiell ernæringsoppfølging og hvem du skal gjøre en ekstra innsats for.

6. Oppnevn en koordinator for ernæring på avdelingen som kan sette seg inn i ernæringsstrategien og holde seg og sine kolleger oppdatert, samt sørge for at næringsrike ingredienser er lett tilgjengelige for å gjøre «vanlig» mat mer næringstett.

Utarbeidet av Elona Zakariassen og Kari Sygnestveit

HOS KONGEN: Torsdag 18. oktober møtte Ann-Elin Winsnes Slettahjell, sammen med sin mann, opp på slottet for å takke for Kongens fortjenstmedalje i sølv, som hun har mottatt.

Sykepleieren fra Bosberg i Sør-Trøndelag fikk medaljen for sin innsats i Estland. Winsnes Slettahjell er lærer og diakon. Hun har i mange år kombinert diakonal og sykepleiefaglig praksis med undervisning.

De siste årene har hun vært prosjektleder for Stiftelsen Diakonovas engasjement ved diakonisykehuset i Tallin og Narva, hvor hun har jobbet med lederutdanning. Hun har også vært med på å bygge opp hospiceomsorgen i hjemmetjenesten i Estland.

Kongens fortjenstmedalje blir delt ut som belønning for innsats av samfunnsgavnlig natur utover det normale, og arbeid i privat og offentlig tjeneste i lang tid med innsats betydelig over det normale.

Tekst **Barth Tholens**
Foto **Berit Roald/NTB Scanpix**

Anbefales av
Nasjonalforeningen
for folkehelsen

Så enkelt senker du kolesterolet

Norske studier har dokumentert at Pro·aktiv reduserer kolesterolet med 10 % på fire uker. Den inneholder plantesteroler som hindrer kolesterol å tas opp i blodet ditt. Det finnes mange måter å senke kolesterolet på, men den enkleste må være å smøre Pro·aktiv på brødskiven. La Pro·aktiv bli en naturlig del av ditt daglige kosthold året rundt! Les mer på vitahjertego.no/proaktiv

Utviklet av Vita hjertego' i samarbeid med norske forskningsmiljøer

vita hjertego Pro·aktiv

Eva Jensen

Alder: 37 år
Stilling: Gastrosykepleier
Arbeidssted: Gastroenterologisk avdeling, Stavanger universitetssjukehus

Ingen «drittjobb»

Mange av pasientene gruer seg veldig til undersøkelsene vi skal gjøre.

Det er imponerende hva vi kan få til på vår avdeling med det tekniske utstyret vi har. Pasienter som tidligere måtte opereres kan nå få utført behandlingen med endoskopi. Noe annet jeg liker godt med jobben er det brede spekteret av pasienter som kommer inn. Alt fra akutte til ikke så akutte blødninger, leversvikt, utredningspasienter, kronikere og pasienter med diagnoser som ikke har mage–tarm-relasjon.

Min jobb er delt mellom sengeposten og poliklinikken, jeg jobber 50 prosent begge steder. Arbeidsoppgavene er forskjellige, selv om mange av pasientene er de samme. På sengeposten begynner dagen med rapport og fordeling av pasienter. Deretter følger faste gjøremål som for eksempel previsitt og visitt, oppfølging av pasienter og medisinutdeling. En av mine oppgaver er knyttet til behandlingen av IBD-pasienter, som er pasienter med Crohns sykdom og ulcerøs kolitt. Disse pasientene får intravenøs behandling cirka hver åttende uke på en dagstue på avdelingen. I tillegg til å gi dem behandling er det min oppgave å følge dem opp.

Poliklinikken har helt andre rutiner enn sengeposten. Her begynner vi hver dag med å dekke opp på behandlingsrommene. Deretter har vi samling hvor vi går gjennom dagens program og fordeler oppgavene. En del av undersøkelsene vi utfører på poliklinikken kan oppleves ubehagelige for pasienten. Noen av de vanligste prosedyrene er kolonskopi, gastroskopi, leverbiopsi, peg-innlegging og ercp-er. Det hender pasientene gir uttrykk for at de synes synd på oss som jobber her. «Uff, for en drittjobb», er det noen som bemerker. Men slik opplever ikke jeg det. Jeg synes jeg har en veldig utfordrende og spennende jobb. På poliklinikken tar jeg imot pasientene og forbereder dem på undersøkelsen. Noen av pasientene er ofte slitne og utmattete når de kommer inn fordi de har fastet og tømt tarmen. Mange av dem gruer seg veldig. Under behandlingen assisterer jeg legen, tar vare på pasienten og rydder opp etterpå. Vi tar også imot pasienter til rene sykepleiekonsultasjoner.

Jeg gir mye av meg selv i denne jobben. Og det er mange ting å passe på hele veien. I tillegg er jeg ganske ny på polikinikken og har derfor mye å lære. Da er det godt å ha dyktige og fleksible kolleger. Det er gøy å gå hjem fra jobb og vite at jeg lærte noe nytt i dag også!

På sengeposten er det alltid fullt, og som oftest ligger det noen pasienter på gangen, en uverdig situasjon for dem – og vanskelig for oss. Det gjør at jeg ofte føler jeg ikke får snakket nok med alle pasientene mine. Det er veldig travelt, men stemningen på jobb er positiv, og det betyr mye!

Fortalt til **Susanne Dietrichson** Foto **Jan Inge Haga**

I jakten på risikopasienter kartlegges fall, liggesår, smerte og ernæringsstatus.

Den store måledagen

Det er 10. oktober og den første store «måledagen» ved Lovisenberg Diakonale Sykehus i Oslo. Pasienter ved kirurgisk og medisinsk avdeling blir i dag en del av et større forskningsprosjekt.

– Det vil si, de pasientene som har gitt samtykke, sier avdelingssykepleier Tove Irene Granheim.

På kirurgen

På kirurgisk sengepost ligger nyopererte Mimi Hermansen. Sykepleier Reidun Grimsbø og sykepleierstudent Kristin Vigdisdatter Berg forklarer henne hva som skal skje.

Sykepleieren trekker frem smerteskjemaet og starter på spørsmålene.

– På en skala fra en til ti, hvor vondt har du, spør Grimsbø og utdyper betydningen av skalaen for Mimi Hermansen.

Hun svarer etter beste evne.

Risiko for trykksår sjekkes og vurderes etter at annet skjema. Det hele er gjennomført i løpet av 5–10 minutter.

«Alle» er med

– I dag kartlegger vi risiko for trykksår, fall, underernæring, og måler smerteforekomst. Årsaken til at vi gjør dette, er blant annet for å kunne identifisere risikopasienter, sier Granheim.

Forskningsprosjektet er et samarbeid mellom sykehuset og Lovisenberg Diakonale Høgskole. Prosjektet har mange støttespillere innen ulike avdelinger og ulike faggrupper på sykehuset.

– Både sykepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeut, klinisk ernæringsfysiologer og lærere fra sykepleierhøyskolen er med. I tillegg har vi fått hjelp av kvalitetsenheten ved kirurgisk klinikk. De har bidratt i utformingen av spørreskjemaene, sier Granheim.

Ville utvikle indikatorer

Ideen om et slikt forskningsprosjekt startet med et ønske om å utvikle kvalitetsindikatorer for sykepleietjenesten i kirurgisk klinikk.

NYOPERERT: Mimi Hermansen blir forklart hva som skal skje av sykepleier Reidun Grimsbø og sykepleierstudent Kristin Vigdisdatter Berg.

MÅLES: Pasient Johnny Teppen sjekkes for fallrisiko. Sykepleierstudent Helene Tellesgård observerer.

– Vi begynte med å utvikle indikatorer innen smerte, men så fort at vi også trengte å vite noe om den faktisk forekomsten eller risiko for trykksår, fall og svikt i ernæringsstatus hos pasientene som er innlagt på somatiske avdelinger, sier Granheim.

Forskningsdelen av prosjektet er å finne ut om det er en sammenheng mellom risiko, risikoklustre og pasientenes symptomer. Det er laget skjemaer og gitt undervisning til alle som deltar i prosjektet.

– I løpet av praksisperioden har alle studentene fått undervisning og opplæring. Det er andreårsstudenter som deltar i prosjektet. Inntrykket mitt er at studentene synes det er lærerikt og interessant. Studien er klinisk og viktig for hvordan våre pasienter har det og får det. Forskningsstudien går rett inn i hverdagen, sier hun og legger til:

– Samtidig lærer studentene mye om forskning, sier hun.

I dag gjøres første måling. Totalt skal det gjøres fire målinger: To hver vår – og høstsemesteret for sykepleiestudentene i som går andre året på sykepleierutdanningen.

– Men vi har nok en del resultater allerede før sommeren 2013, sier hun.

Faller han?

På medisinsk avdeling er pasient Johnny Teppen klar til å bli observert av sykepleiestudent Helene Tellesgård. Det er fallrisiko som skal sjekkes.

– Er du klar, spør Tellesgård som står sammen med Johnny Teppen i avdelingens korridor.

– Ja, lyder svaret.

Johnny Teppen gjør som Tellesgård sier, og forflytter seg nedover korridoren. Tellesgård observerer.

Forskning

Etter hvert som resultatene kommer inn, skal data bearbeides og analyseres. Både sykepleiere fra klinikken og ansatte ved høyskolen har ambisjoner klare om at dette skal ende opp i flere fag- og forskningsartikler.

– Det originale kunnskapsbidraget ved denne studien er knyttet til utforskning av risikoklustre og deres samvariasjon med symptomer. Vi kjenner ikke til studier som har undersøkt risikoklustre tidligere. Hvis vi identifiser risikoklustre med tilhørende egenskaper/prediktorer hos pasientene, vil studiens funn kunne danne kunnskapsgrunnlag for utvikling av screeningsinstrumenter for flere risikoområder samtidig (grupper/klustre av risikoområder) i motsetning til å bruke flere ulike screeningverktøy parallelt, sier hun.

«Studien er klinisk og viktig for hvordan våre pasienter har det og får det.»

Tove Irene Granheim, avdelingssykepleier

Tekst og foto **Kari Anne Dolonen**

Hvor strenge skal minstekravene til utdanningen være?

– La forskningen bestemme

Direktiv 36/2005

- Et EU-direktiv som regulerer 145 yrkesutdanninger. 7 av dem har en automatisk godkjenning, blant dem sykepleiere og leger.
- Bygger på EUs fire friheter, som tilstreber fri flyt av varer og tjenester. Dermed også muligheten for sykepleiere til å jobbe i EU-området.
- EU-kommisjonens forslag går videre til EU-parlamentet og blir trolig vedtatt der i løpet av vinteren. Landene, også Norge, vil da ha tre år på seg til å implementere direktivet.
- Det er cirka 6 millioner sykepleiere i Europa.

Høy kompetanse hos sykepleieren redder pasienters liv, viser forskning. Unni Hembre ber politikere og sykepleierkolleger i Europa huske det når nye krav til utdanningen vedtas.

På en høring i EU-parlamentet i Brussel 16. oktober luftet politikere, helseledere og sykepleierorganisasjoner fra hele Europa sine synspunkter på direktiv 2005/36 om profesjonsutdanninger. Direktivet vil inneholde minimumskrav til blant andre sykepleierutdanningene.

Hensikten er å harmonisere utdanningene i Europa, slik at sykepleiere kan jobbe i alle landene.

Kravene som skal inn i direktivet, og dermed bli en «lov» EU-landene må rette seg etter, har blitt diskutert i mange år. Selve direktivet er gammelt, og det er moderniseringen av kravene som nå formes. Det endelige forslaget fra kommisjonen kan bli vedtatt i EU-parlamentet før jul.

10 eller 12 år

I forslaget er det blant annet et krav om at sykepleierutdanningen skal bestå av minst 4600 timers undervisning, minimum 50 prosent praksis og 30 prosent teori, og at studenten må ha 12 års grunnutdanning før sykepleierstudiet.

Det siste punktet er det dyp uenighet om. Tyskland, Nederland og Ungarn mener ti år holder.

– Best for pasientene

Unni Hembre var en av dem som holdt innlegg på møtet i parlamentet. Hun er president i den europeiske sammenslutningen for sykepleieres organisasjoner, EFN.

Hembres innlegg handlet om forskningsresultater fra den omfattende undersøkelsen RN4cast, om sykepleiernes betydning. Her er blant annet pasientdødeligheten på 486 sykehus i Europa undersøk.

– Faktum er at jo bedre utdannete sykepleiere er, jo lavere er pasientdødeligheten. For hver 10 prosent økning av sykepleiere med utdanning på bachelornivå, synker pasientdødeligheten med 7 prosent. Dette er det beste argumentet for å gå inn for kravet om 12 års grunnutdanning, sa Hembre.

– Vi er gode nok

I Tyskland har over halvparten av sykepleierne en utdanning som ikke er på bachelornivå. Tyskerne selv mener dette er en fullgod utdanning.

– 4000 av våre sykepleiere reiser ut for å jobbe i andre land, og de gjøre en like god jobb som kollegene der de er. Skal vi utelukke tusenvis av ungdom fra utdanningen og la dem være arbeidsledige i stedet? Vi kan ikke det med den vanskelige rekrutteringssituasjonen som er i Tyskland, påpekte en av de tyske deltakerne på møtet.

Nederlandske Gerline Holweg mente deres system med to nivåer av sykepleiere, de med og uten bachelor, fungerer helt greit.

– Vi ser at vårt helsesystem trenger begge nivåene. Og hvem skal definere hva som er en fullgod grunnutdanning, spurte hun.

– Det viktigste må vel være kompetansen man har som resultatet av opplæringen, ikke hva man kan ved begynnelsen, påpekte flere debattanter.

Ungarske Eszter Orgovan forklarte det ungarske utdanningssystemet, med en slags trinnvis utdanning der studentene kan velge å fullføre alle årene eller gå ut i arbeidslivet tidligere. Man kan også ta bachelor. Dette resulterer i flere nivåer sykepleiere.

– Vi ønsker ikke å endre dette systemet. Kommisjonens forslag passer ikke for oss.

Har forandret systemet

Unni Hembre minnet om at flere land faktisk har gjort drastiske forandringer i sitt utdanningssystem. Det gjelder særlig de ferskeste EU-landene, der forandringene har vært en av betingelsene for å bli tatt opp som medlem.

– Ikke underminer disse landenes innsats for å innføre 12-årig grunnutdanning og utdanning på bachelornivå, ba Hembre.

Det er knyttet stor spenning til hva den endelige teksten i direktivet vil bli. For at prosessen skal gå videre, må arbeidsgruppen finne en formulering som alle landene kan gå med på.

Norsk Sykepleierforbund mener i likhet med de fleste andre sykepleierorganisasjonene i Europa at grunnlaget for sykepleierstudiet skal være 12 år, altså videregående skole med påfølgende bachelor.

– Hva mangler en sykepleier som ikke har bachelor, men en mer yrkesrettet utdanning som den i Tyskland?

– Evnen til å jobbe evidensbasert. Skal du klare å ha en kunnskapsbasert praksis, må du kunne lese, anvende og forstå forskning. Det krever sykepleierutdannelse på bachelornivå. Alternativet er en yrkesrettet utdanning som ledes av andre. Autonomien i faget blir borte, sa Hembre til Sykepleien. IIII

«Jo bedre utdannete sykepleiere er, jo lavere er pasientdødeligheten.» *Unni Hembre*

Tekst og foto **Ellen Morland**

FAGARTIKKEL:
Mødre med hiv stigmatiseres. Side 54

FAGARTIKKEL:
Fremmedspråklige sykepleiere sliter. Side 68

ETIKK:
Framtidens sykepleieetikk. Side 72

Helligdet og helse.
Se bokanmeldelser
side 66

Sykepleien

Fag bøker & kultur

FORFATTERINTERVJU:
– Han klarer ikke å reise fra fortiden sin.
Side 64

SLAPP SPRØYTESKREKKEN: Wenche Lesja led av alvorlig sprøyteskrekk, men fikk hjelp til å takle problemet ved kognitiv terapi. Foto: Stig M. Weston

Side 58

Side 74

«Sykepleiere er ofte det helsepersonellet som møter papirløse først.» **IDA MARIE BREGÅRD**

Kristin Næss-Andresen, jordmor med mastergrad i reproduktiv helse, føde og barselavdelingen ved OUS, Ullevål.

Ann Kristin Bjørnnes, jordmor med mastergrad i helse og sosialfag, høyskolelektor ved Høgskolen i Oslo og Akershus.

Norsk lov stigmatiserer mødre med hiv

I Norge er det straffbart for mødre med hiv å amme. Dette rammer oftest kvinner med minoritetsbakgrunn og kan gjøre disse mødrene ytterligere isolerte og stigmatiserte.

I denne artikkelen vil vi belyse om det er hensiktsmessig at hiv-positive kvinner som ammer sine barn kan bli straffet med fengsel. Artikkelen er basert på våre egne erfaringer med å følge opp hiv-positive kvinner ved Oslo universitetssykehus og på nyere forskning innen området.

Bakgrunn

I Norge er cirka 1500 kvinner diagnostisert med hiv (1). Dette er et relativt lavt antall sett i et globalt perspektiv. De fleste av kvinnene har minoritetsbakgrunn og kommer fra land hvor helsemyndigheter anbefaler hiv-positive å amme sine barn. Denne gruppen hiv-positive har fått lite oppmerksomhet i Norge, til tross for de store utfordringene de møter med stigmatisering og diskriminering. Smittevernloven er en av faktorene som kan bidra til å gjøre livssituasjonen ytterligere besværlig for disse hiv-positive kvinnene.

Straffelovens paragraf 155 handler om overføring av allmennfarlig smitte, altså straff for å smitte et annet menneske med en sykdom staten anser som ekstremt farlig. Loven er ment å beskytte befolkningen i landet mot enten ekstremt smittsomme sykdommer, sykdommer som har ekstra alvorlige konsekvenser eller begge deler (2). Hvis en hiv-positiv kvinne velger å amme sitt barn i Norge, vil hun bli berørt av denne paragrafen ettersom hun i henhold til loven utsetter sitt barn for smitte. Man kan straffes med fengsel i inntil seks år ved forsettlig overtredelse og med fengsel i inntil tre år ved uaktsom overtredelse (2). Med bakgrunn i straffelovens paragraf 155 kan en hiv-positiv kvinne som ammer sitt barn risikere å bli dømt til fengsel i inntil seks år.

Over 33 millioner mennesker lever med hiv/aids, hittil er 25 millioner døde som følge av sykdommen (3). I et globalt perspektiv er spørsmål knyttet til reproduktiv helse særlig aktuelt fordi hiv-overføringen fra mor til barn og generasjonsoverskridende smittespredning fra menn til yngre kvinner gjør det vanskelig å stoppe pandemien (4).

Hiv-positive kvinner

Flertallet av gruppen nysmittede i Norge finnes blant flyktninger og asylsøkere, og mange av dem er kvinner (5). Ved ankomst til Norge tilbys denne gruppen hiv-testing. De fleste som blir diagnostisert som hiv-positive gjennom denne screeningen var selv ukjente med sin hiv-status før de kom til Norge. Gruppen representerer kvinner og menn i fertil alder, som allerede er i en vanskelig livssituasjon før de får diagnosen. Mange av dem bor trangt på asylmottak, og de fleste har ikke avklart oppholdstillatelse i Norge. Når de blir diagnostisert med hiv, trenger de mye hjelp og støtte, samtidig som oppfølgingen er begrenset (5).

Det er et dilemma at hiv-debatten i Norge ofte har dreiet seg om seksualitet, og i hovedsak knyttet til gruppen menn som har sex med menn. Reproduktiv helse har fått en relativt liten plass i den norske hiv-debatten. Dette er betenkelig da de fleste nysmittede, som nevnt ovenfor, er asylsøkere og flyktninger.

Hiv-positive kvinner er en utsatt gruppe, svært få eller ingen av dem vil være åpne om sin hiv-status, og muligheten for sosial støtte og rådgivning er derfor begrenset (6). Kvinnene opplever et dilemma når de føder barn dersom de ikke våger å være åpne om at de lever med hiv. I Norge eksisterer en sterk ammekultur, men hiv-positive kvinner kan ikke amme sine barn på grunn av muligheten for å smitte dem. Dette er vanskelig for mange av kvinnene, særlig de som kommer fra en kultur hvor man anbefales å amme sine barn, uavhengig av deres hiv-status.

I Norge får hiv-positive gravide tilbud om ekstra oppfølging i svangerskap, fødsel og barseltid. Denne oppfølgingen er iverksatt for å forebygge hiv-smitte fra mor til barn. De fleste hiv-positive kvinner har de samme ønsker om barn som befolkningen for øvrig, men barneønsket hos hiv-positive avhenger av flere faktorer som fysiske helse, respons på behandling, kultur, tradisjon, og antall barn de har før de ble kjent med sin diagnose som hiv-positive (7)

Morsrollen

Å være hiv-positiv og vente barn, kanskje for første gang, er en svært vanskelig livssituasjon

Hovedbudskap

Med denne artikkelen ønsker vi å løfte fram om det er hensiktsmessig å ha en smittevernlov som truer hiv-positive kvinner med fengsel dersom de velger å amme barnet sitt. I Norge har oppmerksomheten rundt hiv-debatten ofte dreiet seg om seksualitet, og i hovedsak om menn som har sex med menn. Reproduktiv helse har fått en relativt liten plass i den norske hiv-debatten. Vår erfaring tilsier at hiv-positive kvinner lever under ekstreme belastninger og at både kvinnene, barnet og helsepersonell er mer tjent med andre virkemidler for å forebygge spredning enn dagens smittevernlov.

Søkeord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

› Amming › Fødsel › Kronisk sykdom
› Smitte › Jus

Fagutviklingsartikkel
Artikkelen bygger på:
Teori: 50 %
Praksis: 50 %
DOI-nummer:
10.4220/sykepleiens.2012.0135

GRAVIDITET OG HIV: De fleste kvinner med hiv-diagnose i Norge har minoritesbakgrunn. For disse representerer svangerskap, fødsel og livet med et nyfødt barn ekstra utfordinger. Kvinnen på bildet har ingen tilknytning til artikkelen. Illustrasjonsfoto: Michel Borges/NTBscanpix.

for mange av familiene det angår. Forskning anerkjenner overgangen til foreldrerollen som en av de store hendelsene i livet (8). Utviklingskrise er ofte brukt som en beskrivelse på nybakte foreldres erfaringer (9). Overgangen til morsrollen er en viktig og progressiv læreprosess for kvinner som venter barn. Prosessen starter allerede i svangerskapet og fortsetter etter fødselen, hvor samspillet med det nyfødte barnet spiller en stor rolle (10).

Fødselen er det første møtet mellom det nye barnet og foreldrene, og en avgjørende hendelse i både kvinnens og mannens liv. Fødselen kan ha stor betydning, fordi den markerer innledningen til nye roller, men også til nye relasjoner som skal etableres (11). Barn fødes inn i en sammenheng hvor kvaliteten på relasjonen mellom foreldrene og deres forutsetninger for omsorg for barnet vil påvirke det nyfødte barnets livskvalitet og helse (12). Hivpositive mødre lever i en stressituasjon som kan påvirke barnets oppvekstvilkår negativt. Tilknytningsteori tillegger barnets omgivelser avgjørende betydning for dets utvikling. Omsorgspersonenes samspill med barnet kan støtte eller hemme den psykiske modningen (8, 13).

Kvinnens alder, egen historie og forhold til egne foreldre, sivilstatus og grad av sosial støtte både fra partner og andre, påvirker overgangen til morsrollen. Grad av sosial støtte har vist seg å være den mest betydningsfulle påvirkningsfaktoren for den gravide kvinnen (10). I mange kulturer finnes det et unikt kvinnefellesskap som blir særlig betydningsfullt når man befinner seg i et fremmed land.

Redselen for at hiv-statusen skal bli kjent kan føre til at mange kvinner

mister dette viktige kvinnefellesskapet. I en levekårsundersøkelse utført av FAFO ble det framhevet at manglende åpenhet om hiv-diagnosen er en stor utfordring for hiv-positive (6). Nærmeste familie og nettverk er ofte ikke informert om diagnosen. De fleste hiv-positive ønsker at det skal forbli slik på grunn av smittefrykt, risikoen for stigmatisering og fordommer (5).

Erfaringer fra OUS

Ved Oslo universitetssykehus, avdeling Ullevål jobber en gruppe jordmødre og gynekologer med oppfølging av hiv-positive gravide. Kvinneklinikken har den største konsentrasjonen av hiv-positive gravide i Norge, og det forløses cirka 20 hiv-positive kvinner hvert år, enten ved keisersnitt eller vaginal forløsning.

Våre erfaringer viser at det er en glede for de fleste hiv-positive å bli gravide, men mange er redde for å smitte fosteret, til tross for at smitterisikoen er relativ lav fordi de fleste hiv-positive gravide har god respons på antiviral behandling. Nærmest alle gir uttrykk for at de er engstelig for at personalet ved sykehuset ikke skal overholde taushetsplikten, og de er redde for at familie eller venner skal få kjennskap til hiv-statusen deres. Flere har gitt uttrykk for at de føler seg stigmatiserte av personalet og rutinene på avdelingene. Ved Oslo universitetssykehus, så vel som ved andre norske sykehus, vil pasienter som lever med hiv bli behandlet i tråd med et blodsmitteregime. Dette regimet innebærer skilting av dører, og ekstrautstyr vil være tilgjengelig på pasientrommet for å forebygge smitte.

Mange av de hiv-positive kvinnene uttrykker redsel for at familie og venner skal forstå at de er hiv-smittet som følge av disse tiltakene. Mange hiv-positive gravide blir forløst med keisersnitt for å forebygge smitte fra mor til barn gjennom fødselskanalen. Dette tilsier et lengre sykehusopphold. Pårørende ønsker å besøke mor og barn under sykehusinnleggelsen. Dette kan øke sjansen for at kvinnens hiv-status blir kjent.

Føler seg annerledes

Ved norske barselavdelinger er det mye fokus på amming og utfordringer knyttet til dette, noe som igjen kan bidra til at hiv-positive kvinner kan føle seg annerledes og føre til isolasjon og ensomhetsfølelse. Amming er forbundet med sterke normative føringer. En kvinne som ikke ammer barnet sitt kan føle at hun ikke tilfredsstiller kravet om å være en «god mor». Man gir sjelden morsmelkerstatning til friske nyfødte i Norge, og helsegevinsten ved amming er allment kjent. Hiv-positive kvinner pålegges imidlertid å flaskeernære sine nyfødte. Familien vil få opplæring i å flaskeernære barnet med hensyn til blandingsforhold og hygieniske aspekter. Fordi familien er engstelig for å overføre hiv-smitte til barnet, opprettholdes dette alternativet, men det innebærer store utfordringer. Noen hiv-smittete kvinner vi har møtt har opplevd det som så vanskelig ikke å amme at de har diskutert muligheten for likevel å amme sine barn på tross av smittefaren. Hvis de hadde vært i sitt hjemland, ville de antakeligvis blitt anbefalt å amme, til tross for at smitterisikoen er mye høyere i disse landene fordi man ikke har tilgang til optimal behandling; Highly Active Anti Retroviral Treatment (HAART) (14). Noen av kvinnene har uttrykt at flaskeernæring av barnet kan gjøre at andre forstår at de er smittet med viruset fordi de kommer fra høyendemiske land. Denne redselen for at deres hiv-status skal bli kjent gjennom at de ikke ammer, er svært problematisk og vitner om den generelle stigmatiseringen hiv-positive utsettes for.

> «Hiv-positive mødre lever i en stressituasjon som kan påvirke barnets oppvekstvilkår negativt.»

Lav risiko

Er det riktig, på bakgrunn av de momentene vi her har trukket fram, at hiv-positive kvinner som ønsker å amme skal straffes med fengsel i inntil seks år, slik den nåværende smittevernloven tilsier? Forskning, blant annet publisert i Lancet Infectious Diseases, The Kesho Bora Study (14), viser at det er tryggere for hiv-positive å amme nå enn før hvis hun bruker en kombinasjonsbehandling med tre antiretrovirale medikamenter gjennom svangerskap, fødsel og ammeperiode. Dette behandlingsregimet kan redusere overføringen av hiv til barnet med opp til 54 prosent i ammeperioden. Mødre som er fullt virussupprimert ved fødsel har lav risiko for å smitte barna sine (2,7 prosent etter 12 måneder) når de får trippelbehandling med antiretrovirale midler (14). Dette nye behandlingsregimet er svært gunstig for kvinner som lever med hiv, og som ikke trygt kan gi sine barn morsmelkerstatning. Behandlingsmetoden vil øke sjansene for at barnet holder seg friskt og ikke smittes av hiv-infeksjon. Av den grunn anbefales hiv-positive kvinner i Afrika å amme ettersom morsmelk er den beste ernæring for barnet (15) samt at amming vil beskytte mot dødelige barnesykdommer som lungebetennelse og diaré. Smitterisikoen ved amming vurderes til å være relativt begrenset (14).

Global innsats

UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV and AIDS) er FNs viktigste organ for en forsterket, helhetlig og global innsats mot hiv-epidemien. UNAIDS mener den norske lovgivningen kriminaliserer hiv-positive og bidrar til å redusere mulighetene for å begrense hiv-epidemien. De hevder at lovgivningen medfører mindre åpenhet omkring hiv, noe som igjen kan bidra til økt smittespredning (3). Loven kan bidra til å opprettholde stigmatiseringen av hiv-positive og medføre at de fortsetter å leve i taushet om sin hiv-status. Det hiv-positive kvinner trenger er mer oppmerksomhet og oppfølging slik at disse i større grad kan ta valg om svangerskap, fødsel og ernæring av barnet på et realistisk grunnlag og ikke ut fra frykt om straff.

Behov for kunnskap

To FAFO-rapporter framhever at det er behov for økt kunnskap om hiv blant helsepersonell og i befolkningen generelt. I tillegg etterlyses en mer helhetlig tilnærming til hiv-positive med særlig fokus på informasjon om til seksualitet, samliv og reproduktiv helse (5, 6). Myndighetene bør vie disse områdene større oppmerksomhet gjennom forskning og utvikling av ny kunnskap om denne gruppens behov. For framtiden ønsker man at hiv-behandlingen skal bli så effektiv at hiv-positive kvinner kan amme sine barn uten fare for smitteoverføring, og at deres barn kan nyte fordelene ved å bli ammet. Det er positivt at regjeringen nylig har satt ned et utvalg som skal vurdere hvor hensiktsmessig straffelovens paragraf 155 er. Ulike aspekter ved loven skal vurderes i lys av ny kunnskap og internasjonale anbefalinger. Utvalget, også kalt Syseutvalget, ledes av professor Aslak Syse og skal levere sin innstilling oktober 2012. Anbefalingene som

Syseutvalget kommer til å legge fram høsten 2012 blir betydningsfulle, og vi håper at lovverket kan utformes til det beste både for hiv-positive kvinners reproduktive helse. Loven bør endres slik at Norges lovgivning er i tråd med FNs anbefalinger om å ikke kriminalisere hiv-positive.

Avslutning

Vi vil avslutte denne artikkelen med å understreke betydningen av økt oppmerksomhet på kunnskap og informasjon om hiv i samfunnet, slik at det blir lettere for hiv-positive å være åpne om sin hiv-status. Kvinnene vi har omtalt her lever under ekstreme belastninger. Vi mener at disse kvinnene, barna deres og helsepersonell er mer tjent med andre virkemidler enn smittevernloven for å forebygge spredning av hiv-epidemien i Norge. NOU Kvinners helse i Norge (1999:13) pekte på nødvendigheten av at kvinnene selv tar aktivt del i utformingen av helseomsorgen. Det betyr at for å fremme kvinners helse generelt og kvinners reproduktive helse spesielt, må deres egen innsikt og erfaringer anerkjennes som en viktig kunnskapskilde, også i utformingen av den nye smittevernloven. Vi venter spent på anbefalingene fra Syseutvalget! IIII

LITTERATUR

1. Blystad H. Smittevernboka. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt; 2009. 359 s. p.
2. Norge. Smittevernloven Oslo: lovdata.no; 2012.
3. AIDS epidemic update: December 2009. Geneva, Switzerland: UNAIDS; 2009. 99 s. p.
4. Kallings LO. Intergenerational transmission gives HIV eternal life. Läkartidningen JF – Läkartidningen. 2011;108 (12): 661–3.
5. Fangen K. Levekår og livskvalitet blant hiv-positive. Oslo: Fafo; 2002. 254 s. p.
6. Grønningsæter AB, Haug H, Mandal R, Nuland BR. Fra holdninger til levekår: liv med hiv i Norge i 2009. Oslo: Forskningsstiftelsen FAFO; 2009. 166 s. p.
7. Andresen KN-. Family planning for women infected with HIV in sub – Saharan Africa: A review of the evidence [Masterdegree]: London 2008.
8. Hart S, Schwartz R. Fra interaksjon til relasjon: tilknytning hos Winnicott, Bowlby, Stern, Schore og Fonagy. Oslo: Gyldendal akademisk; 2009. 278 s. p.
9. Brudal LF. Psykiske reaksjoner ved svangerskap, fødsel og barseltid. Bergen: Fagbokforl.; 2000. 195 s. p.
10. Emmanuel E, Creedy DK, St John W, Gamble J, Brown C. Maternal role development following childbirth among Australian women. Journal of Advanced Nursing. 2008;64(1): 18–26.
11. Fägerskiöld A. A change in life as experienced by first-time fathers. Scandinavian Journal of Caring Sciences. 2008;22(1): 64–71.
12. Nystrom K, Ohrling K. Parenthood experiences during the child›s first year: literature review. Journal of Advanced Nursing. 2004;46(3): 319–30.
13. Söderström K. «Ensomt spedbarn søker kompetent omsorgsperson». Barn og unges kompetanseutvikling. Oslo: Universitetsforl.; 2008. p. S. 221–30.
14. The Kesho Bora Study G. Safety and effectiveness of antiretroviral drugs during pregnancy, delivery and breastfeeding for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1: The Kesho Bora Multicentre Collaborative Study rationale, design, and implementation challenges. Contemporary Clinical Trials. 2011;32(1): 12p.
15. Baerug A, Holmsen ST, Löland BF, Nylander G. Health effects of breast feeding – a myth? UtpostenJF – Utposten. 2011;40(5): 10–3.
16. Cullberg J. Krise og utvikling. København: Hans Reitzel; 2007. 227 s. p.

Tekst **Zahir Athari** Foto **Colourbox**

Smartere med trening

Kanadiske forskere fant ut at trening kan gjøre en smartere. Seks overvektige sofaslitere deltok i en undersøkelse ved universitet i Montreal. I løpet av fire måneder trente de to ganger per uke.

Resultatet er at de nå har bedre kognitive evner. De husker, tenker og tar beslutninger bedre og raskere enn før, i tillegg til at de har redusert vekt og friskere kropp.

Ifølge Beth Abramson fra Heart and Stroke Foundation gjør 150 minutter intervalltrening per uke en enorm forskjell både fysisk og mentalt.

Kilde: forskning.no

Kampanje for arbeidstøy

I høst kjører Helse Nord en kampanje for at grønt arbeidstøy skal brukes riktig. Grønt arbeidstøy brukes i avdelinger med spesielt høye krav til hygiene.

Undersøkelser viser at en hånd med ring bærer med seg mer bakterier enn en hånd uten ring. Det er også bevist at bakterier overlever på arbeidsverktøy. Ifølge Regionalt kompetansesenter for smittevern viser arbeidstøy også faglighet som får pasienter til å føle seg tryggere i møte med helsearbeidere.

Helse Nord vedtok i fjor regionale retningslinjer for bruk av arbeidstøy.

Kilde: Helse Nord

Beklager, tranebærjuice hjelper ikke

En dårlig nyhet for dem som liker tranebærjuice og har urinveisinfeksjon: En ny analyse fra The Cochrane Library viser at juicen ikke har noe særlig positiv forebyggende effekt på slik infeksjon.

Den nye oppsummeringen er resultat av 24 studier med 4473 deltaker.

Forsker Ruth Jepsen ved University of Stirling anser at det ikke lenger er noe behov for flere studier på feltet, fordi resultatene er så klare.

Lenge har folk håpet, og enkelte studier har også vist, at tranebærjuice kan hindre urinveisinfeksjon.

Dette kan også være en god nyhet for dem som ikke liker tranebærjuice, men som likevel har drukket den på grunn av urinveisinfeksjon.

Kilde: forskning.no

Sprøyteskrekken tok henne

Wenche Helene Lesja har hatt sprøytefobi siden hun var liten. – Det har vært et rent helvete.

Tekst **Marit Fonn** Foto **Stig M. Weston**

GÅR GREIT: Nå bruker Wenche Helene Lesja teknikkene hun har lært når sprøytespissen nærmer seg.

Da Wenche Helene Lesja var tre-fire år, skulle hun ta blodprøve. Hun grudde seg ikke. Hun hadde tatt sprøyter før uten problem. Mor og farmor var med.

To eldre sykepleiere skulle ta prøven.

– Da jeg kom dit, ville de holde meg fast. Mor sa at det ikke var nødvendig. Jo, mente de, det er så mange barn som reagerer.

Så de holdt. Etterpå hadde lille Wenche blåmerker på armene.

– Jeg ble veldig redd. Det satte dype spor.

Skumle vaksiner

Siden har hun flere ganger svimt av bare ved tanken på en sprøyte.

– *Du må jo ha tatt noen sprøyter i årenes løp?*

– Ja, og det ble ikke bedre da jeg skulle ta vaksiner på skolen.

Vaksineringen foregikk i et rom på bakkenivå. Utenfor vinduet sto de andre elvene og fulgte med. Der kunne de se Wenche besvime, med beina i været.

– Så det ble en del erting.

– *Hva sa helsesøstrene?*

– Jeg husker ikke at de sa noe spesielt.

– *Var det smerten du var redd?*

– Nei. Ikke for blod heller.

På ungdomsskolen ventet den beryktede vaksinen. BCG-en.

– Da ble jeg kjempeglad for det var en jente til som var redd. Hun var mye mer hysterisk enn jeg.

– *Du var mer stille?*

– Ja. Men for henne rant det over. «Fint», tenkte jeg, «nå kan de bry seg om henne, så får jeg være i fred.»

– *Hva skjedde da du tok BCG-vaksinene?*

– Jeg husker ikke engang.

Ut av kroppen-opplevelse

Ofte tenkte hun: «Håper jeg aldri får diabetes.» Hun fikk ikke diabetes. Men hun fikk Bechterews sykdom. Som også krever selvmedisinering med sprøyter. Hun var 21 år da hun fikk diagnosen.

Ti år senere fikk hun hjelp for sin sprøytefobi. I fagartikkelen på de neste sidene forteller psykologspesialistene Torkil Berge og Elin Fjerstad hvordan de gikk til verks med kognitiv terapi.

Tilbake til BCG-en: Merket på armen er der, men Wenche Helen Lesja erindrer ikke at hun ble vaksinert.

– Det var en «ut av kroppen-opplevelse». Jeg stengte fullstendig av. Det var en forsvarsmekanisme. Terapien har vært å lære å være til stede.

– *Har du liknende reaksjoner på andre områder også?*

– Nei, det er bare den sprøyteskrekken.

Det var legespesialisten på Diakonhjemmets sykehus, der hun var for sin revmatisme, som henviste henne til psykologene.

– Jeg visste ikke at det fantes et sånt tilbud. Jeg er heldig som fikk den muligheten.

Mor satte sprøyten

Sykdommen krever medisinering for å unngå regnbuehinnebetennelse. I begynnelsen fikk hun tabletter. Så fikk hun sprøyter hun skulle sette selv. Den første varianten sprøyte krevde at hun måtte blande medisinen. Hun prøvde å sette sprøytene selv. Det gikk ikke.

– Mamma måtte gjøre det. Det var halvannen times reise til henne. Hver 14. dag dro jeg dit.

Da hun traff ham som hun nå er gift med, overtok han. I to graviditeter hadde hun opphold i medisineringen. Da den eldste datteren ble født i januar 2007, fikk hun penn i stedet for den gamle sprøyten.

– Det hjalp. Jeg trengte ikke lenger å blande medisinen og slapp den eksponeringen. Likevel har dette vært et rent helvete for meg. Jeg grudde meg i 14 dager.

– *Og hvordan er det nå?*

– Kjempebra. Sprøyten blir aldri min bestevenn. Men nå gjør jeg det selv, tenker nesten ikke på det. Bare noen timer før begynner jeg å forberede meg mentalt. Mannen min har ikke satt en eneste en etter at behandlingen var ferdig. Litt følsom er jeg fortsatt, men det er en ny verden.

– Frykten må bearbeides

– *Det er ikke bare revmatismen som krever sprøytestikk?*

– Jeg har hatt to keisersnitt. Det ble en del medisinering av et. Og jeg tar blodprøver en gang i måneden for å sjekke betennelsesnivået. Sprøyter er ikke mulig å unngå i min situasjon.

– *Er det ikke bare å bli stukket og bli ferdig med det?*

– Den mentaliteten er vanlig. Men i stedet for å knipe øynene sammen og la det stå til, må man bearbeide frykten, så det ikke blir frykt mer. Det var det som fungerte for meg.

Lesja påpeker at det er stor forskjell på dem som ikke liker å ta sprøyte og dem som faktisk er redde.

– For de første snakker vi om ubehag, men de som er redde føler de er utenfor sin egen kropp. Jeg er opptatt av at helsepersonell skal ha innsikt i hvordan det er.

For Lesja har det vært vanskelig å velge strategi: Skal hun si at hun har sprøytefobi, slik at helsepersonellet tar hensyn? Eller er det bedre å la være, for å unngå at de blir så usikre at de ikke tør å sette sprøyten?

De verste episodene har hun hatt på sykehus.

– På laboratoriene driver de med stikking hele døgnet. Usikkerheten er mye større blant personalet på sykehus. Der er de mer presset på tid også. Det kan bli ganske utrivelig.

– Mange tåler ikke blod

– *Hva er hovedbudskapet ditt til sykepleierne?*

– Ikke prøv å kurere fobien i løpet av to minutter. Det blir bare verre av det.

– *Hva skal de gjøre?*

– De beste opplevelsene har vært når jeg har sagt fra og de sier: «Ok, har du lyst å legge deg ned?» Det skal ikke så mye til før jeg føler imøtekommenhet. Jeg tror jo ikke de vil skremme vettet av folk. Det er jo ikke hyggelig at pasientene besvimer.

– *Fins det fortsatt sånne sykepleiere som du traff den gangen?*

– De var godt voksne med grått hår og stive uniformer. Det er 30 år siden. Hendelsen hører fortiden til. I dag ville det blitt kalt overgrep. Bevisstheten er blitt større.

«Sykepleierne holdt meg fast.»

– *Er det ulike former for sprøyteskrekk?*

– Ja, mange tåler ikke blod, og noen er redd smerter. «Tenk om det skjer noe galt», har vært min greie. Krisetanker. Tenk om noe faller i hodet på meg. Jeg har tenkt det aller verste, det er ingen grenser.

– *Men ikke nå lenger?*

– Jeg tar blodprøver på legesenteret. Det er uproblematisk. Men det er alltid spennende hvis det er nye folk der. Jeg sier ikke noe om at jeg har hatt sprøyteskrekk. Jeg bruker teknikkene.

Lesja har også prøvd akupunktur.

– Det gikk ikke så bra. Så jeg er ikke helt i mål. Men jeg eksponerer meg mer og mer. Bruker det jeg har lært.

(Les hvordan Wenghe Helen Lesja fikk hjelp neste side.)

Torkil Berge, psykologspesialist, Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen, Diakonhjemmet Sykehus.

Elin Fjerstad, psykologspesialist, Prosjekt klinisk helsepsykologi, revmatologisk avd., Diakonhjemmet Sykehus.

Sprøyteskrekk kan kureres

Angst for sprøyter har mange uheldige konsekvenser, men kognitiv atferdsterapi kan hjelpe.

Biologiske medisiner brukes i dag i behandling av revmatiske inflammatoriske sykdommer. Det er medisiner som pasientene setter selv i form av injeksjoner eller som de får intravenøst. Også pasienter med multippel sklerose og diabetes har behov for å ta sprøyter regelmessig. Noen vegrer seg for å ta imot slik behandling fordi de er redde for sprøyter. Andre tar imot selv om det innebærer en stor psykisk påkjenning, og får dermed en vedvarende stressbelastning som pasienter med kroniske sykdommer strengt tatt ikke har helse til (1). Når sykdomsaktivitet ikke behandles, fører det til skade på ledd og indre organer. Angst for sprøyter og for å se blod fører generelt til at mange personer lar være å oppsøke lege, tannlege og sykehus, selv ved akutte behov. De kan også unnlate å ta nødvendige vaksiner, for eksempel i forbindelse med utenlandsreiser, noe som fører til økt risiko for spredning av smitte. Angst for å ta sprøyter har altså mange uheldige helsemessige konsekvenser. Vi vil beskrive bruk av en kognitiv atferdsterapeutisk behandling av blod-, skade- og injeksjonsfobi, i det følgende kalt sprøytefobi, hos en kvinne med Bechterews sykdom, og gi råd om tilrettelegging ved sprøytetaking.

Spesifikk fobi

Fobi er en ekstrem frykt som ikke står i forhold til situasjonen, og som er forbundet med et sterkt ønske om å unngå eller flykte fra den. Spesifikke fobier er begrenset til bestemte objekter eller situasjoner, for eksempel insekter, hunder, høyder og lukkete rom, og altså også sprøyter og det å se blod. I tillegg frykter mange selve panikken de vet de vil oppleve, ettersom sterk angst i seg selv er svært opprivende og ubehagelig. Dessuten kan de være redde for å besvime, miste kontrollen eller gjøre noe som er pinlig og flaut når de rammes av redsel. Ved sprøytefobi er mange engstelige for at de skal føle sterk avsky eller frykter at de skal kaste opp.

Det mest effektive for å redusere fobisk angst er å utsette seg for den på en planlagt og systematisk måte. Dette kalles eksponeringstrening. Målet er å venne seg til situasjonen og til kroppsreaksjoner man frykter fordi man forbinder dem med panikk. Det er i dag konsensus om at eksponering er den beste behandlingstilnærmingen for spesifikke fobier, og at resultatene er meget gode for et overveiende flertall av dem som fullfører slik behandling (2). En metaanalyse dokumenterer gode resultater også ved angsttrening som selvhjelp, gjerne med utgangspunkt i skriftlig selvhjelpsmateriell (3). Berge og Repål (4) og Mohr (5) beskriver opplegg for veiledet selvhjelp.

Utbredt problem

Om lag 10 prosent av pasienter i medisinsk behandling rapporterer om angst og bekymring for å ta sprøyter. For noen blir angsten så sterk at den kan betegnes som en fobi; i en amerikansk befolkningsstudie gjaldt det 3,5 prosent (6). I en studie av 1385 attenårige elever ved videregående skoler i Hordaland, rapporterte 17 prosent og 15 prosent om angst for sprøyter ved henholdsvis tannlege- og legekonsultasjon (7). I alt 6,7 prosent fortalte at de unnlot å gå til tannlege og 5,2 prosent til lege på grunn av dette. Ifølge Mohr et al. (8) er det data som tyder på at angst for sprøyter er enda mer hyppig ved selvinjeksjon, som er aktuelt ved revmatisk sykdom, diabetes og multippel sklerose. Mange vegrer seg derfor for å foreta injeksjoner selv.

Traumer

En rekke personer med sprøytefobi forteller at de har hatt traumatiske opplevelser knyttet til sprøyter tidligere i livet (9). Man kan også ha lært slik frykt på en indirekte måte ved å se at andre får panikk i situasjonen eller ved at man har blitt fortalt at det er farlig og smertefullt: Pass deg for sprøyten! Dessuten er det en større arvelighet ved sprøyte- og blodfobi enn for andre fobier (10). Uansett hvordan man har utviklet fobien, vil to forhold bidra til at problemene opprettholdes: Det ene er å unngå eller flykte fra det man er redd for, det andre er tenkemåter som bidrar til økt angst i situasjonen. Unngåelse kan være å unnvike de fobiske situasjonene eller å unngå dem mentalt, for eksempel ved å forestille seg at man er et annet sted. Trygghetssøkende strategier eller sikringsatferd er en form for unngåelse som bidrar til å holde oppmerksomheten rettet mot det man frykter vil skje, og dermed opprettholde fobisk angst. Eksempler er å holde konstant øye med sprøyten, puste på bestemte måter og utføre langsomme bevegelser. Den andre faktoren som opprettholder fobier er katastrofetanker som: «Sprøytespissen vil treffe et bein og brekke inne i armen min», «nå besvimer jeg» eller «jeg kommer til å bli skadet». Slike negative tanker vil ofte være automatiserte, det vil si selvdrevne og ikke bevisste. I kognitiv

Hovedbudskap

Mange pasienter med kronisk sykdom vegrer seg for injeksjoner på grunn av sprøytefobi. Gjennom systematisk angsttrening kan pasienten lære å foreta selvinjeksjoner. Det er viktig at helsepersonell har kunnskap om og kan tilby slik behandling.

Søkeord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

› Angst › Psykologi › Veiledning › Terapi

Fagutviklingsartikkel
Artikkelen bygger på:
Teori: 50 %
Praksis: 50 %
DOI-nummer: 10.4220/sykepleiens.2012.0136

ANGST FOR SPRØYTER: Mange mennesker med kroniske sykdommer som gjør at de må sette sprøyter på seg selv, sliter med alvorlig sprøyteskrekk. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

terapi vil man under eksponeringen søke å få dem opp i lyset gjennom sokratiske spørsmål, slik at de kan bli vurdert og testet ut (11).

Svimmelhet

I motsetning til alle andre fobier er fobi for injeksjoner og blod forbundet med svimmelhet og økt risiko for å besvime. Over 75 prosent kan oppleve en paradoksal fysiologisk reaksjon ved synet av sprøyter og blod. Personen får da først den vanlige reaksjonen ved angst: sterk aktivering i det sympatiske nervesystemet, med økt hjertefrekvens og blodtrykk, men opplever så en deaktivering med raskt fall i hjertefrekvens og lavt blodtrykk. For dem som har erfart å besvime, kan frykten for å gjenoppleve dette forsterke sprøytefobien. Risikoen for å besvime øker hos dem som i tillegg til angst reagerer med sterk avsky for sprøyter og blod, der nettopp kombinasjonen av frykt og avsky gir mer svimmelhet (12). Svimmelheten forsterkes ytterligere fordi mange hyperventilerer i den fobiske situasjonen; de puster mer enn det kroppen har bruk for (13). For å redusere svimmelhet under angsttreningen, lærer pasienten en egen kroppsspenningsteknikk, slik pasienten Wenche gjorde i følgende kliniske eksempel.

Wenches historie

Behandlingen vi vil beskrive går over åtte sesjoner à halvannen time. Wenche har treningsoppgaver mellom hver time, som blir fulgt opp gjennom kortvarige telefonsamtaler. Slik forteller Wenche om bakgrunnen for sin sterke angst: «Det hele startet da jeg var fire år gammel og skulle ta blodprøver: Mamma er med meg inn på legekontoret. Så kommer to hvitkledde personer, store som monstre. Den ene holder meg fast og den andre stikker. Det er alt jeg husker. Siden har jeg hatt panikk for sprøyter. Etter at jeg fikk Bechterews sykdom og må ta Humira annenhver uke, og blodprøver helst hver måned, har sprøyteskrekken blitt en enorm belastning for meg. Jeg gruer meg i dagevis og utsetter sprøyten så lenge som mulig. Konsekvensene er at jeg blir mer stiv og får mer vondt. Jeg makter ikke å ta sprøyter selv, mannen min må gjøre det, og blodprøver som jeg bør ta hver måned, tar jeg kanskje hver tredje måned. Det er risikabelt fordi blodverdiene bør følges oftere. Jeg skammer meg over ikke å kunne håndtere dette bedre. Jeg er ellers ganske tøff av meg. Det er et problem som svekker selvfølelsen min, og som jeg nødig snakker med andre om.»

Katastrofetanker

I første time stiller vi Wenche en rekke spørsmål for å kartlegge tanker, følelser, kroppsreaksjoner og handlingsmønstre i den fobiske situasjonen. Katastrofetanker som kan dukke opp, handler om at hun ikke har kontroll og mulighet til å påvirke det som skjer, at hun vil miste kontrollen over seg selv, og at hun vil bli skadet. Et skremmende mentalt bilde som ofte melder seg, er at hun får sprøytespissen inn i øyet. Bare det å snakke om dette vekker sterk angst. Likevel får vi tillatelse til å utforske Wenches opplevelse ved å stille systematiske spørsmål om hva det aller verste som kan skje, er – ut fra hennes tenkning i selve situasjonen. Det viser seg at uavhengig av om hun ellers kan ha tillit til den som setter sprøyten, vil hun der og da ha en intens opplevelse av fare og av at personen plutselig kan komme til å hugge løs på henne med sprøyten. Selv om hun vet at risikoen for at personen stikker feil eller glipper taket i sprøyten er lav, sier angsten det motsatte. Wenche får også katastrofetanker om at hun selv kan gjøre noe ukontrollert som forsterker risikoen. Dessuten blir hun fort blek og svimmel, med en følelse av å kunne besvime hvert øyeblikk. Det å miste bevisstheten er intenst skremmende, fordi det vil gjøre henne totalt forsvarsløs. I tillegg kommer en sterk følelse av å være liten, svak og dum og en rekke tanker preget av selvforakt og skam.

Angsttrening

Wenche får informasjon om de vanligste kroppslige endringene under angst, og den fysiologiske bakgrunnen disse har. Det viktigste budskapet

er at selv om sterk angst er ubehagelig, er den ikke farlig. Kroppsreaksjonene er tvert om rettet mot å beskytte mot farer. De skal gjøre oss raskere og sterkere når vi flykter eller forsvarer oss. Mye av kroppens alarmsystem styres av amygdala, et slags angstsenter som har betydning for følelsesmessige reaksjoner og som ligger i det limbiske systemet i den gamle pattedyrhjernen (14). En viktig oppgave for dette senteret er lynraskt å gripe fatt i sanseinformasjon som varsler en trussel, for eksempel en plutselig, brå bevegelse av en spiss gjenstand, før synsinntrykket har nådd fram til delene av hjernen som har med den bevisste opplevelsen å gjøre. Derfor reagerer man ofte følelsesmessig med hjertebank og økt blodtrykk før man helt oppfatter hva som skjer. Denne innledende fryktreaksjonen kan ofte ikke kontrolleres. Alle som har fobisk angst, og dermed en «skvetten» amygdala i slike situasjoner, kan ikke la være å reagere med frykt. Men hvis Wenche overvinner sin angst for frykten, ikke flykter fra den og blir værende i den fobiske situasjonen, kan hun gjenvinne kontroll over bremsene. Slik kan hun også, gjennom erfaringsbasert læring, nå fram til amygdala og angstsenteret i hjernen med budskapet om at situasjonen ikke er farlig. Vi understreker at Wenche vil ha regi på hvordan treningen gjennomføres, og avtaler et stoppsignal som gir Wenche full kontroll. Vi kommer aldri til å foreta noe som hun ikke er varslet om på forhånd. Angst handler om en følelse av ikke å ha kontroll og av ikke å kunne forutsi hva som skjer. Derfor skal Wenche sikres opplevelse av kontroll og forutsigbarhet: «I dette arbeidet er det du som er sjefen. Vi skal sitte her helt rolig, og vi skal snakke sammen mens du trener.» Angsttrening krever motivasjon, viljekraft og mot. Vi legger ikke skjul på at treningen vil bli ubehagelig for Wenche. Den innebærer jo at hun skal oppsøke situasjoner som hun er redd for. Nøkkelen til suksess ligger i en systematisk framgangsmåte.

«Fobi for injeksjoner og blod er forbundet med svimmelhet og økt risiko for å besvime.»

Gradering av angst

Wenche lærer å gradere angsten under treningen på en skala fra 0 til 100, hvor 0 er fravær av angst og hvor 100 er full panikk, mens 25 er mild angst og 75 er alvorlig angst. Så går vi igjennom hvordan ulike faktorer kan føre til økt angst, som avstanden til sprøyten, hvor nært vi sitter henne, hvor på sprøyten hun tar og hvor på kroppen den injiseres. Vi lager en foreløpig framdriftsplan for treningen, der de første skrittene er at hun skal holde i sprøyten, og gradvis lære å håndtere den, for så å fjerne plasthetten. Hun skal også trene på å la en av oss sitte innenfor en armlengdes avstand til sprøyten, samtidig som vi etter hvert gjør bevegelser, som å løfte armen mot henne eller reise oss opp, noe som er intenst skremmende for Wenche. Ektefellen assisterer som medhjelper under enkelte hjemmeoppgaver. Han er med i tre timer for å få kunnskap om hva han skal gjøre, som at det er Wenche som må ha regien, betydningen av forutsigbarhet under treningen, samt å bidra med oppmuntring og gi belønning etter treningsøktene (4, s. 237–241 for en «stillingsinstruks» for medhjelpere).

Eksponeringen utformes som atferdseksperimenter der Wenche får undersøkt gyldigheten av sine negative forestillinger. Før hver oppgave spør vi om hva hun tror vil skje, og så testes dette ut: «Hvordan tror du at du vil reagere dersom du løfter sprøyten inn mot hånden din, men uten å berøre den?» Wenche gjennomfører hver oppgave til angsten er redusert til minimum det halve på hennes subjektive angstskala fra 0 til 100. Dette er en «veien blir til mens man går»-strategi, der erfaringene med én oppgave danner utgangspunkt for valg av neste oppgave.

Ekko fra fortiden

Vi formidler til Wenche at noe av angsten hun opplever under treningen synes å være forbundet med den intense skrekken hun følte da hun fire år gammel ble holdt fast av to voksne som tok blodprøve. Overveldende opplevelser kan lagres permanent i hjernen, frosset i tid, og dukke opp som ekko fra fortiden i tilsvarende situasjoner. Dette er en normal del av menneskets naturlige varslingssystem. Vi sier at når Wenche føler seg liten, er det kanskje nettopp når hun kommer i kontakt med disse minnene. Det positive her er at dette gir «store Wenche» en god mulighet til å formidle trøst og omsorg til «lille Wenche». Vi spør henne om hva ektefellen ville ha sagt og gjort i en tenkt situasjon der han var til stede da det skjedde, og også hva hun selv som mor ville formidlet til sine egne barn i en slik situasjon. Wenche får her mer kontakt med sin egenomsorg og selvmedfølelse, og skamfølelsen svekkes gradvis.

Trening

«Fobi er som en brannvarsler», formidler vi til Wenche. «Alarmen går når det blir varmt, selv om det ikke brenner. Kroppen oppfatter at det er fare på ferde. Du handler først og tenker etterpå, det dreier seg om instinkter. Du er altså ikke pysete. Du har bare instinktene i behold.» Wenche blir stiv av skrekk når hun som i dagens øvelse til slutt får lagt fingeren på sprøyten, i den bakerste enden, så langt bort fra nålen hun kan komme. Poenget er å holde hånden der og ikke trekke den til seg. «Hvor mye angst har du nå på en skala fra 0 til 100?» «Omtrent 85», stotrer Wenche fram. «Det er bra, dette er god trening», svarer vi. Gradvis avtar angsten, fra 85 til 30. Da er det tid for neste oppgave: Å bevege fingeren lenger oppover mot lokket over nålen. Hjertet hamrer. Wenche prøver å puste dypt, men luften vil bare ned i øverste del av lungene: «Tenk om jeg besvimer!» Igjen stiger angsten kraftig, før den stabiliserer seg på et toppunkt og går gradvis nedover. Wenche liker seg ikke, men sitter rolig, og pulsen går nesten normalt. Det hadde hun ikke trodd var mulig.

Underveis i treningen er Wenche ofte redd for å besvime. En måte å forebygge besvimelse på er en metode som øker blodtrykket (9). Vi instruerer Wenche i å oppføre seg som en kroppsbygger som viser fram muskelmassen sin ved å spenne de store muskelgruppene i bryst, overarmer og bein så mye som hun kan i 15–20 sekunder, og så sitte som normalt, men uten å slappe av i 30 sekunder, før hun starter med nye perioder med muskelspenning. Dette trener hun på flere ganger daglig, samtidig som hun lærer seg å kjenne de første tegnene på redusert blodtrykk. Denne øvelsen gir Wenche et hjelpemiddel mot svimmelheten og en økt opplevelse av kontroll.

Hele tiden kartlegger vi Wenches trygghetssøkende strategier, for eksempel når hun føler at hun må holde blikket på sprøyten eller lene seg framover. Vi ber henne om å legge disse strategiene til side ved å flytte blikket opp mot bildene på veggen foran henne og å sette seg i en mer tilbakelent stilling. Slik unngår hun at sikringsstrategiene holder oppmerksomheten rettet mot det hun frykter skal skje. Ved å gjøre det motsatte av det angsten tilsier, kan hun dessuten kommunisere inn en beskjed til amygdala i den gamle pattedyrhjernen om at situasjonen ikke er farlig. Ord når ikke helt inn til angstsenteret, men

handling sier mer enn tusen ord – prinsippet er: Show me, don't tell me.

«Prøv å se litt rundt deg. Du har fri vilje til å flytte blikket dit du vil,» instruerer vi. «Ta den tiden du trenger, og tenk på at du har kontroll, og så kan du prøve å løsne grepet litt på sprøyten, hold bare lett på den, uten å klemme hardt.» Nølende gjør Wenche dette, og vi spør igjen hvor sterk angsten er nå. Den stiger kraftig, Wenche kjenner at hun blir svimmel. Hun foretar muskelspenning, og etter hvert er hun nede i 25, pulsen er roligere. Vi tar en pause og diskuterer erfaringene. Wenche sier at hun begynner å bli sliten. Kroppen mobiliserer alt den har av konsentrasjon og krefter, og det er en stor påkjenning. Derfor passer det å slutte dagens økt nå, og vi bruker resten av tiden til å planlegge ukens hjemmeoppgaver.

Akseptere angsten

Vi begrunner angsttreningen på følgende måte overfor Wenche: Det er en fysiologisk lov som sier at kroppen etter en stund vil venne seg til angsten – det kalles «habituering». Kroppen kan lære seg til å reagere med alarm i bestemte situasjoner, men den kan også lære seg til å slutte å reagere så sterkt. Dette kalles henholdsvis «betinging» og «avbetinging». Wenche vil også gjennom egen erfaring lære seg hvordan hun kan håndtere situasjonene på en bedre måte, og hennes tenkning omkring dem endrer seg. Hun vil danne et nytt bilde av seg selv som en som kan ta på sprøyter, mestre ubehaget og kontrollere situasjonen. Dessuten får hun testet ut gyldigheten av katastrofetankene. Grunnen til at angsttrening har gode resultater, er nettopp at den virker inn på mange ulike nivåer samtidig, fra automatiske, kroppslige betingingsprosesser til endret tenkning og tro på egen mestring.

Under treningen oppfordrer vi Wenche til å åpne seg for angsten, det vil si ikke å tenke på andre ting eller late som om hun er et annet sted. Når angsten kommer, er det viktig at hun går med kroppsreaksjonene, uten å kjempe mot dem eller forsvare seg. Jo mer hun kjemper imot, desto mer aktivert blir kroppen. Dette blir en selvforsterkende, ond sirkel. Hun oppfordres derfor til å prøve å flyte med og akseptere angsten, og så rette oppmerksomheten mot det som skjer. Mottoet er «aksept innover, fokus utover». En øvelse er at Wenche beskriver hva hun gjør etter hvert som hun tar på sprøyten eller snakker om de ulike sprøytedelenes funksjon.

Det er ikke uvanlig at pasienten føler at angsten og ubehaget stiger i begynnelsen av treningen. Det kan da komme en strøm av katastrofetanker og skremmende mentale bilder, noe Wenche også opplever. Dette må ikke ta motet verken fra pasient eller terapeut. Tvert om kan den sterke angsten forstås som et tegn på at treningen begynner å virke. Wenche blir konfrontert med følelser som hun i lang tid har søkt å holde unna, og ved å møte disse på en aksepterende og normaliserende måte vil hun oppnå kontroll over dem.

Målet er nådd

Etter flere timers trening sier Wenche at hun nå føler seg klar for å sette sprøyten selv. Som en forberedelse ber vi henne om å gå igjennom de konkrete skrittene hun må ta mentalt, som å finne fram sprøyten, ta av plasthetten, finne stikkstedet, sprite det, og så videre. Fire dager senere kommer tekstmeldingen fra Wenche: «Har satt sprøyten selv!!» Hun forteller: «Jeg hadde i bakhodet det dere sa om ikke å la det gå for lang tid. Fredag var tiden inne, det var stille og rolig i huset. Jeg kjente at angsten var innenfor rammene, men hadde den vært 70–80 hadde det vært annerledes. Da jeg tok spissen inn mot huden, tenkte jeg at dette er farlig, men jeg gjorde som dere sa, aksepterte og behandlet angsten i stedet for å benekte den – og sa til meg selv at dette har jeg kontroll over. Etterpå ble jeg sittende og tenke over hva jeg hadde gjort, og så kom jubelbruset i hodet!» En tid senere gjennomfører Wenche blodprøvetaking på laboratoriet på sykehuset. Hun opplever nå å ha realisert de to målene hun har satt seg, både kunne gjøre selvinjeksjon og slik mestre denne delen av det å ha en kronisk revmatisk sykdom, og å kunne ta blodprøver uten sterk angst og uten å grue seg dager på forhånd.

Avslutning

Forskning viser at resultatene av fobitrening slik vi har beskrevet den, holder seg i mange år (2). Det er imidlertid en forutsetning at Wenche fortsetter å eksponere seg og ikke utvikler nye unngåelsesstrategier. Råd om forebygging av tilbakefall er beskrevet i Berge (11) og Berge og Repål (4). Spesifikk fobi er trolig den psykiske lidelsen som det finnes mest kunnskap om, og som det er mest effektiv og dokumentert behandling for. Det er viktig at helsepersonell både i allmennhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten kan tilby slik behandling eller gi råd om hvordan man kan gjennomføre et selvhjelpsopplegg. IIII

Stor takk til Wenche for verdifulle bidrag til denne artikkelen.

Wenches råd til helsepersonell:

- Ta meg på alvor og respekter angsten min
- Ikke prøv å kurere meg for sprøyteskrekken der og da på fem minutter
- Vis aksept for at jeg ikke klarer å sette sprøyten selv
- Ikke reager med en kjekk og grei holdning om at: Å, pytt, dette skal gå så bra, det er ikke farlig; en slik holdning gjør meg reddere og får meg til å føle meg umyndiggjort og enda mer avmektig
- Ved å gjøre enkle ting, for eksempel spørre om du skal si ifra i det du stikker, føler jeg at du har hørt på meg uten at det blir for mye styr rundt det
- Prøv å etablere mest mulig ro i situasjonen
- Det er godt å få være i et skjermet rom, fordi jeg bekymrer meg for at andre, for eksempel barn, vil bli skremt hvis jeg roper eller besvimer

Wenches råd til andre som har sprøyteskrekk:

- Du er ikke noe dårligere menneske eller pysete fordi du er redd sprøyter
- Ikke undertrykk angsten, men aksepter at den er der
- Ikke unngå å ta medisin, skaff deg heller behandling for angsten
- Fortell om problemet til noen du har tillit til; du trenger støtte og en heiagjeng
- Bruk gradvis angsttrening, planmessig og systematisk, og med små steg i starten

LITTERATUR

1. Fjerstad E. Frisk og kronisk syk – et psykologisk perspektiv på kronisk sykdom. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2010.
2. Barlow DH. Anxiety and its disorders. The nature and treatment of anxiety and panic. New York: Guilford Press, 2002.
3. Hirai M, Clum GA. A meta-analytic study of self-help interventions for anxiety problems. Behavior Therapy 2006; 37: 99–111.
4. Berge T, Repål A. Trange rom og åpne plasser. Hjelp til mestring av angst, panikk og fobier. Oslo: Aschehoug, 2012.
5. Mohr DC, Cox D, Merluzzi N. Self-injection anxiety training: a treatment for patients unable to self-inject injectable medications. Multiple Sclerosis 2005; 11: 182–185.
6. Bienvenu OJ, Eaton WW. The epidemiology of blood-injection-injury phobia. Psychological Medicine 1998; 28: 1129–1136.
7. Vika M, Raadal M, Skaret E, Kvale G. Dental and medical injections: prevalence of self-reported problems among 18-yr-old subjects in Norway. European Journal of Oral Sciences 2006; 114: 122–127.
8. Mohr DC, Boudewyn AC, Likosky W, Levine E, Goodkin DE. Injectable medications for the treatment of multiple sclerosis: The influence of expectations and injection anxiety on adherence and ability to self-inject. Annals of Behavioral Medicine 2001; 23: 125–132.
9. Öst LG, Hellström K. Blood-injury-infection phobia. I: Davey GCL, red. Phobias. A handbok of theory, research and treatment. Chichester: John Wiley, 1997: 63–79.
10. Kendler KS, Karkowski LM, Prescott CA. Fears and phobias: reliability and heritability. Psychological Medicine 1999; 29: 539–553.
11. Berge T. Spesifikke fobier. I: Berge T, Repål A, red. Håndbok i kognitiv terapi. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2008: 132–157.
12. Olatunji BO, Williams NL, Sawchuk CN, Lohr JM. Disgust, anxiety and fainting symptoms associated with blood-injection-injury fears: a structural model. Anxiety Disorders 2006; 20: 23–41.
13. Ayala ES, Meuret AE, Ritz T. Confrontation with blood and disgust stimuli precipitates respiratory dysregulation in bloood-injection-injury phobia. Biological Psychology 2010; 84: 88–97.
14. LeDoux J. The emotional brain. The mysterious underpinnings of emotional life. New York: Simon & Schuster, 1996.

Katalogboken

Jeg elsker bokkataloger. Katalogen *Årets bøker* var et av årets litterære høydepunkt for meg. Sist gang den kom ut var i 2005. Den ga publikum en god oversikt over et stort utvalg av årets utgivelser, både innen skjønnlitteratur, sakprosa og lyrikk. Den ble fulldistribuert til norske husstander gjennom posten og var å finne i de fleste bokhandlere i november. Målet var å få folk til å kjøpe bøker som julepresanger.

Det var før internett og digitale bøker erobret verden.

At det var endring på gang ble godt synliggjort da den amerikanske katalogen over produkter til bærekraftig livsstil, The Whole Earth Catalog, kom ut i 1968. Det skulle bli flere. Jeg er selv så heldig å ha The Next Whole Catalog Access to tools fra 1980.

Preget av ungdomsopprør og teknologisk og økologisk bevisstløshet, formidler katalogene innsikt og kunnskap som er nødvendig for å skape en bedre klode. Forsidebildet på de fleste er ulike varianter av jordkloden sett fra verdensrommet. Et syn som motiverte mange til å se jorden – dens mennesker, dyr og natur som et hele.

The Whole Earth Catalog og *Årets bøker* fins ikke lenger. Det er skuffende. Men jeg gleder meg over å bla i *The Next Whole Earth Catalog* fra 1980. Den er forbausende aktuell 32 år etter at den kom ut. Den gir meg en følelse av å være tilbake til det året da jeg var 26 år og full av ungdommelig pågangsmot og vilje til å forbedre verden. I katalogen fant jeg tips om hvordan.

Kataloger er også litteratur. De to nevnt her har betydd mye for meg.

KH Nygaard

Henrik Hustens hjem

Bård Nannestad har skrevet en roman om menn, skjebner og valg.

Tekst **Nina Hernæs** Foto **Tom Sandvid**

At Henrik Husten kom hjem, endrer livet til Frank Berg. De to barndomsvennene har ikke sett hverandre på 40 år, og ved gjensynet kjenner Frank Berg fortiden puste ham i nakken.

Historien om de to tilårskomne og dels isolerte norske mennene er Bård Nannestads første roman. Ti år har han brukt på historien, som er skrevet ved siden av jobben som psykiatrisk sykepleier på Sykehuset Sørlandet.

– Historien utviklet seg etter hvert, forteller han på telefon fra Arendal.

– Jeg ville undersøke forholdet mellom de to mennene.

Da Henrik Husten kom hjem heter boken. Den kom ut i september, og andre opplag er allerede på vei.

Henrik Husten og Frank Berg er begge vokst opp i Nittedal, med to fedre som var voldelige på hvert sitt vis. Frank Bergs far var religiøs fanatiker med sterk trang til tukt, Henrik Hustens far en alkoholiker med liten respekt i lokalmiljøet.

Mens Henrik velger å reise fra alt, blir Frank igjen. Sekstiår gammel bor han i foreldrenes gamle hus, alene, og har knapt vært utenfor landsdelen. Henrik Husten kommer på besøk fra København. I fin dress og med professor i tittelen.

Bård Nannestad er opptatt av kontrasten mellom han som reiste og han som ble igjen.

– Henrik Husten reiser ut og gjør en klassereise, sier han.

– Men han klarer ikke reise fra fortiden sin.

Denne fortiden preger også Frank Berg.

– Spørsmålet er om han klarer å hanskes med den, sier Nannestad.

– Det er nøkkelen til romanen.

I fortiden ligger både blodige overgrep, mobbing og en gammel øks. Nannestad har brukt av kunnskapen sin om både tatere og vikinger. I boken rulles det opp grufulle handlinger begått mot tatere.

– Jeg skriver om den siste taterjakten, som foregikk rundt 1906.

I boken beskrives en hendelse, der tatere blir beskyldt for å ha kidnappet en liten jente. Dette fører til nedslakting av tatere i Nittedal. Det som skjer i Nittedal er oppdiktet. Men historien om den lille jenta som forsvant og den påfølgende jakten på taterne skal være sann.

Historien fikk Nannestad da han jobbet med tatere i Oslo og ble interessert i deres historie.

Det var før han ble sykepleier. Det ble han etter jobb i rusmiddeletaten.

– Som assistent var jeg nederst på rangstigen og skjønte jeg måtte utdanne meg, sier han.

– Og så likte jeg faget.

Han har også drevet butikk i mange år.

– *Ingen selvfølge å gå fra butikk til pleie?*

– Det er overraskende mange kunder som får et forhold til den som står bak disken. Jeg har fått mange betroelser og drevet med mye sosial rådgivning i butikkene mine, sier han.

Det var unge jenter som lurte på om de skulle ha sex med kjæresten sin, eldre mennesker som ikke hadde kontakt med barna sine, folk som hadde mistet ektefellen. Mange gråtende kunder.

– Og flotte historier. Veien til å bli sykepleier var ikke så veldig lang.

Han har vært sykepleier i ti år, psykiatrisk sykepleier i seks.

– *Har du brukt erfaringer fra jobben når du skriver?*

– Jeg har ikke tatt noe fra pasienter, det ville være uetisk. Jeg «knauser» ikke. Mine etiske verdier er langt sterkere enn mine litterære ambisjoner. Men på grunn av jobben har jeg kanskje mer aksept for mennesker som er annerledes og skildrer dem derfor med respekt. Både Henrik Husten og Frank Berg er annerledes, men de er ikke karikaturer.

Jeg «knauser» ikke.

Det gjenspeiler grunnsynet mitt, som jeg også har på jobb.

Når Henrik Husten kommer hjem, takker han Frank Berg. Det er han som har fått Henrik dit han er. Det var Franks idé å reise, men Henrik som dro. Og han beklager sviket ved at han reiste alene. Det får Frank Berg til å tenke.

– *Hvem av dem har klart seg best?*

– Jeg vet ikke om noen av dem har klart seg så bra. De oppnår forskjellige ting. Man kan spørre om hvem som valgte den riktige veien.

– *Navnet Henrik Husten glemmer man ikke?*

– Nei, og det har en morsom historie. Da nevøen min var liten, sa han en dag at han het Henrik Husten. Han laget en fantasifigur, som ingen vet hvor kom fra. Jeg har sjekket med navneregisteret, men det er ingen

komst

i Norge som heter det. Nevøen min husker ikke dette selv, men han har gitt meg navnet til romanen. Det har jeg takket for.

– *Frank Berg er vanligere?*

– Ja. Berg er stødig, urokkelig.

Nittedal er sentral i både Frank og Henriks historie. Nannestad er selv vokst opp i bygda, som ikke akkurat blir skjønnmalt i romanen. Henrik Husten kommer i hvert fall hjem med en voldsom aggresjon mot Nittedal. Den deler ikke Nannestad.

– Den er bare eksempel på en norsk bygd, jeg sparte meg for masse arbeid ved å skrive om et sted jeg kjente, sier han.

– *Det er ikke et oppgjør med Nittedal?*

– Nei. Men det var gøy å forestille seg hvordan ting kunne ha vært.

Ved å legge historien hit, kunne han også flette inn vikinger. I Henrik og Franks historie er det også et økseblad, kan hende fra vikingtiden. Guttene fantaserte om at det stammet fra Harald Hårfagres slag mot kong Hake i disse traktene for over tusen år siden.

Nannestad leste hele Snorre da han var ni-ti år.

– Ved å legge romanen til Nittedal, kunne jeg bruke det historiske materialet, så det var også en grunn, sier han.

Om det blir flere romaner, vet han ikke. Han drømmer ikke om å slutte i jobben og bli forfatter på heltid.

– Det er urealistisk, sier han.

– Og så liker jeg jobben min så godt.

Bård Nannestad

Aktuell med: Da Henrik Husten kom hjem

Det hellige som kilde til helse
Av Eivind Meland
138 sider
Eide forlag, 2012
ISBN: 978-82-514-0775-5
Anmelder: Liv Wergeland Sørbye, professor

Omfattende om det hellige

ANMELDELSE: Tittelen på denne boken, *Det hellige som kilde til helse*, fascinerer meg. Begrepene hellig og helse har felles opprinnelse. Forfatteren Eivind Meland er allmennmedisiner og engasjert i forebyggende helsearbeid hvor etiske verdier og personlig ansvar står sentralt.

I denne boken vektlegger han praktisk livsfilosofi. Meland formidler at en allmennreligiøs forståelse av begrepet hellig kan være livsbejaende. I oppveksten i Stavanger ble han kjent med en radikal arbeiderbevegelse, blandet med en fredselskende kvekerisme og avholdsbevegelsen. I hans nærmiljø var Jesus en kjærlig og god person på de fattiges side.

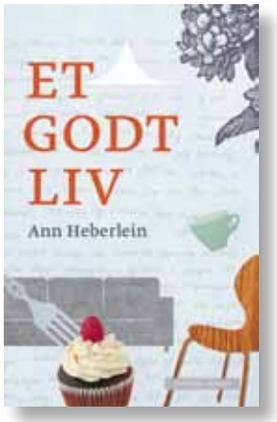
Meland mener at religiøse begreper har blitt fremmede i vår liberale og verdslige samtid. Samtidig mener han at ord som omvendelse, nåde, Gud, Satan, synd, det hellige, selvkjærlighet og nestekjærlighet er aktuelle begreper som ikke krever en gudstro.

Det kan være vanskelig å følge Melands tankesprang. Boken spenner vidt i forsøk på å kombinere filosofi, sosiologi, psykologi, religion og medisin med allmennreligiøsitet. Referanselista er omfattende og gjenspeiler hans ønske om å favne mye.

Meland kombinerer asiatisk tankegods som egenutvikling gjennom oppmerksomhetstrening (mindfulness) og kristentroens nestekjærlighet og ansvar for medmenneske. Han er opptatt av menneskesinnet og peker på at uansett bakgrunn er noe hellig for den enkelte. Dette hellige kan gi styrke og håp i vanskelige situasjoner.

Rent teologisk har Meland sympati for teolog Helge Hognestads idé om at det guddommelige er en del av skaperverket, og at mennesket har en indre erfart Gud, som er i mennesket. Løgstrups filosofi er sentral i boken, med vekt på at det skapte er der for oss ubetinget, uavhengig av vår erkjennelsesinnsats.

Per Fugelli har skrevet et samlende forord. Han mener at Meland formidler hvor viktig det er å stille seg følgende spørsmål: Hvorfor tenke? Hva er det å tenke? Hvilke tankeoverføringer trenger medisinen? Spørsmålene er aktuelle for sykepleiere. Melands bok gir ikke leseren svar på hvordan det hellige kan være en kilde til helse. Men den utfordrer den som leser til å tenke på hva som er viktig i ens eget liv og hvordan en stimulerer den enkelte pasient til å se seg selv i en større sammenheng. En sammenheng hvor det er mange gode krefter som kan være med å skape mening og håp. IIII



Et godt liv
Av Ann Heberlein
208 sider
Cappelen Damm, 2012
ISBN 978-82-02-35621-7
Anmelder: Inger Frogg Jørgensen, psykiatrisk sykepleier

Bok som gir håp

ANMELDELSE: Ann Heberlein har doktorgrad i teologi med etikk som felt. Hun har en bipolar lidelse, og i Sverige fikk hun sitt store gjennombrudd med den selvbiografiske boken *Jeg vil ikke dø, jeg vil bare ikke leve*. Et godt liv er en forlengelse av denne.

Nå er Heberlein frisk, men til tross for den tilforlatelige tittelen er dette ikke bare lystig lesning. Den forrige boken gjorde ikke tilfriskningsprosessen enklere, snarere tvert imot. I TV-programmer og intervjuer opplevde hun at publikum forventet å møte en syk, ja, et misfoster. For å bli frisk måtte hun slutte å opptre i det hun kaller frakshow. Hun måtte slå fast at hun ikke var noen sirkusartist eller vanskapning.

Heberlein kommer meg litt i forkjøpet ved å hevde at «man kan ikke anmelde livet til noen». Nei. Men selvbiografiske bøker av forfattere som har alvorlige psykiske lidelser er en egen sjanger. Det er absolutt mulig å forholde seg til, å omtale stoffet og å kjenne hva det gjør med meg, både menneskelig og faglig. Vi blir også minnet om hvor risikofylt det er å legge sin historie i hendene på en forlegger som skal tjene penger når man selv er i en sårbar situasjon.

Leseren får følge prosessen det har vært å komme fram til et liv som kan leves, og refleksjonene rundt spørsmålet om hva som er det gode, eventuelt friske liv. Tekstene er iblant korte og essayliknende.

Boken er filosoferende, med en til tider intellektuell vinkling. Den omhandler omstridte filosofiske begreper som kjærlighet, sannhet, ondskap og godhet med referanser til mange store klassikere.

Teksten er til tider ganske introvert, men omtrent halvveis i boken åpner Heberlein opp, og blir mer selvutleverende. For øvrig en betegnelse hun ikke setter pris på. Hun er i det hele tatt litt streng mot både seg selv og leseren.

Psykofarmaka har hun hatt stor nytte av, både under og i etterkant av sykdomsforløpet. Selv slår hun lakonisk fast at hun ble frisk fordi ingen hadde noe å tjene på at hun var syk.

Jeg føler stor lettelse over at Heberlein i dag lever godt med mann og tre (store) barn. Nå tør jeg å lese «selvmordsboken» hennes også.

«Det er først når man har tilgitt seg selv og sin ufullkommenhet og godtatt sine mangler, at man er fri, fri til å leve. Men erkjennelsesprosessen er smertefull. Det er vanskelig å venne seg til å bli frisk, for det innebærer også at man forstår, virkelig forstår, hvor syk man har vært», avslutter hun. Det er en leseverdig bok av høy kvalitet jeg nå legger til side. IIII

«En dårlig anmeldelse er som å bake en kake med alle de beste ingrediensene, og la noen sitte på den.» *Danielle Steel*

En kilo dannelse

ANMELDELSE: Er den pågående debatten om dannelse et tegn på at vi er mindre dannet enn før? Eller er dette noe som er drevet fram av en akademisk elite som er redd for å miste sine privilegier? Har dannelse kun med akademia å gjøre? Er det sånn at de yrker og fag som ikke springer ut fra akademia ikke faller inn under begrepet dannelse? Det er vel ingen som vil ha hengende på seg at de er udannete. Dette er spørsmål jeg bærer med meg når leser denne boken på mer enn 840 sider og som veier 1,1 kilo.

Filosofen Per Ariansen gir innledningsvis en god innføring i dannelsesbegrepets ulike aspekter, etymologi og historie. Skillet han gjør mellom ferdighetsdannelse, høflighet, hjertets dannelse og åndens dannelse er interessant. For meg er et dannet menneske først og fremst en person som søker kunnskap, har en iboende tvil og som er bevisst sin egen inkompetanse og anerkjenner andre for det de er som mennesker uten å stille krav til boklig lærdom. Hvor ofte har vi ikke sett de såkalte dannete møte andre med hovmod og nedlatenhet, og har vært pådrivere i et meritokrati der byråkrati og elitevelde har vunnet fram. Historien er full av «Erasmus montanuser» som med nesen i sky har briljert og triumfert overfor de «udannete». Jeg har tatt meg selv i dette. Jeg har vært preget av ungdommelig overmot og arroganse, men håper at livet har dannet meg til å være mest mulig fri fra denne type unoter.

Hovedfokuset i boken er hvordan man fremmer dannelse innen akademia og hvilke fag studentene bør gjennom for å være åpen for ny kunnskap. Bokens redaktører har begge gitt mange viktige bidrag til denne debatten. Noe som kommer godt fram både i forord og etterord.

Inga Bostad som ledet det såkalt Dannelsesutvalget fra 2009, må også nevnes. Utvalget definerte dannelse som evnen til å se seg selv som et medlem av et større fellesskap, lokalt, nasjonalt og globalt, og erkjennelsen av at ens egne krefter og talenter står i tjeneste for et større, felles gode.

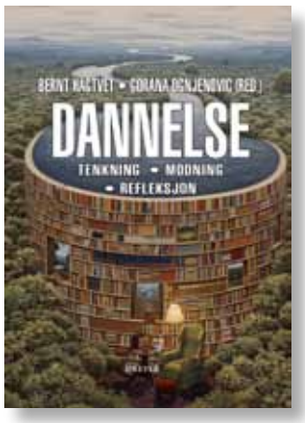
Viktig i debatten er også Bernt Hagtvet, som har hentet ideer til en ny type forberedende prøver fra USA. Han argumenterer godt for dette. Det samme gjelder hans kritikk av et norsk universitetssystem som blir mer og mer markedsorientert, resultatstyrt og tilpasset næringslivets ulike behov.

Boken er et viktig debattbidrag i forhold til hvilken form og funksjon utdannelse på universitetsnivå skal ha i Norge. Viktigere er kanskje den omfattende tilnærmingen til hva dannelse er. De praktisk orienterte profesjonsfagene blir også diskutert. Det gjelder blant annet sykepleiefaget. Her handler det om læring i praksis. Jeg merker meg spesielt Bodil Tveit sin artikkel om dannelsesutfordringer i sykepleieutdanningen, der hun diskuterer sykepleiestudenters motivasjon og fagidentitet i møte med en tradisjonell utdanning.

Dette er en krevende bok som ikke leses fra perm til perm. Den er fylt med kompakt kunnskap om viktige emner fra det meste av høyere utdannelse i Norge. Den er egnet som oppslagsverk og innføring i akademisk lesning og forståelse. Språket i boken er godt. Det gjør den tilgjengelig også for oss som står utenfor universitetene, men som nyter den kunnskap og diskusjon som ales fram der. Dannelse kan ikke måles i studiepoeng. Det handler om livslange prosesser der ulike aspekter av kunnskap og det å være et åpent og kritisk menneske står sentralt. Denne boken er viktig i en sånn prosess. Den er mer enn et debattskrift. Den synliggjør godt hva dannelse kan være.

Dannelse er imidlertid for viktig til å overlates til akademia alene. Dannete mennesker fins også utenfor akademia. Her hører begreper som kjærlighet, omsorg og solidaritet hjemme. Enkle mennesker uten boklig lærdom kan gjennom sin omsorgsfulle væremåte og nestekjærlighet representere en dannelse som er verdt å etterstrebe. Det må ikke glemmes. Heller ikke må det glemmes at noen av de verste SS-bødlene i Nazi-Tyskland var høyt akademisk skolerte og, etter tidens ånd, dannete mennesker. Flere kan føyes til. De manglet respekt for det svake og naive mennesket.

Alle artiklene i boken har gode referanser. Det gir inspirasjon til ytterligere lesning. Når forlaget først satser på en så bredt anlagt og grundig debattbok, med potensial til å få en bred leserkrets blant nye studenter, burde de ha gitt plass til et fyldig stikkordregister. IIII



Dannelse
Nordiske perspektiver på allmenndannelsens nødvendighet i høyre utdanning og forskning
Av Bernt Hagtvet og Gorane Ognjenovic (red.)
Dreyers Forlag, 2011
840 sider – 1,1 kg.
ISBN: 978-82-8265-027-4
Anmelder: Karl-Henrik Nygaard, rådgiver

Hva leser du nå?

Bisarr lesning

– Jeg leser *Hundreåringen som klatret ut gjennom et vindu og forsvant* av Jonas Jonasson, sier Marit S. Severinsen, nyvalgt leder i Jordmorforbundet NSF.

– Den er utrolig morsom og bisarr. Det er så mye som skjer, men som blir satt i sammenheng. En rar sammenheng. Jeg sitter og humrer.

Før denne boken, leste Severinsen Jo Nesbøs *Gjenferd*.

– Jeg er fra Oslo, og ser at han viser ytterkanten av virkeligheten. Eller, jeg håper det er mer fiksjon enn ekte virkelighet. Boken handler om narkotika.

Yndlingsbøkene leste hun på tidlig 1990-tall.

– *Beatles* og *Bly* av Lars Saabye Christensen.

I det daglige blir det ikke så mye lesing.

– Jeg har bok på nattbordet, men mannen min er flinkere til å lese enn meg. Jeg jobber på føden, hvor det kan være både hektisk og dramatisk. Derfor trenger jeg noe lett å lese. Bøkene må fange meg med en gang, ellers slutter jeg, sier hun.

– Jeg er nok litt utålmodig.

Tekst **Nina Hernæs** Foto **Ellen Morland**

Grete Mehus, høyskolelektor, Avdeling for helsefag, Høgskolen i Finnmark.

Johanna Raatiniemi, sykepleier.

Språkvansker skaper stress på jobb

Informasjon, opplæring og inkludering kan forebygge stress og utbrenthet hos fremmedspråklige sykepleiere.

Bakgrunnen for artikkelen er førsteforfatters bacheloroppgave om helsepersonells utfordringer når de reiser utenlands for å jobbe. Funnene representerer etter vår mening viktig kunnskap for ledere som skal introdusere nyansatte, og for sykepleiekollegiet som jobber sammen med fremmedspråklige kollegaer i turnus. Med denne artikkelen vil vi formidle resultatet til sykepleiere i Norge.

Litteratursøk

Dette er en litteraturstudie (1) som omhandler fremmedspråklig helsepersonells utfordringer og problemer når de skal jobbe i et land og snakke et annet språk enn morsmålet sitt. Vi har søkt i ulike baser med termene: acculturation, nurse, communication barriers, foreign professional personnel, emigration and imigration og overseas nurses. Vi har og gjort håndsøk i referanselistene. Både originalartikler, metasynteser, doktorgradsarbeid, rapporter og fagartikler er tatt med. Studier som er direkte knyttet til sykepleieres erfaringer og til emosjonelle utfordringer er vektlagt.

Vanlige frustrasjoner

De fleste artiklene diskuterte ulike negative følelser fremmedspråklige sykepleiere har opplevd i forbindelse med å jobbe i utlandet. En artikkel peker på at det kan være positivt å være fremmedspråklig sykepleier (2). Flere av artiklene nevnte språk- og kommunikasjonsproblemer, lokal aksent og hurtigheten i språket som de største utfordringene og som et kritisk aspekt når fremmedspråklige sykepleiere begynner å arbeide i et nytt land (3,4,5,6).

Fremmedspråklige sykepleiere opplevde å bli stigmatisert på grunn av aksenten sin (2,7). Andre studier beskrev vansker med å forstå hverdagsspråk (3,5,6). Fremmedspråklige sykepleiere måtte lære seg både hverdagsspråket og fagspråket i det landet hvor de begynte å jobbe (8). Uttrykkene som brukes i helsevesenet gjør det vanskelig for fremmedspråklige sykepleiere å forstå hva som blir sagt og krever at man gjentar beskjeder eller informasjon ofte (9). Forkortelser, sjargong, forskjellige faguttrykk og navn på medisiner eller navn på vanlige ting kan skape store begrensninger for fremmedspråklige sykepleiere (4,10). Magnusdottir fant at sykepleiere som hadde morsmål som likner på islandsk ikke nødvendigvis klarte å forstå mer enn andre fremmedspråklige. Nyanser forsvinner og misforståelser kan oppstå, noe som medfører redsel for feilbehandling. God flyt i språket kan også føre til at kollegiet overvurderer fremmedspråklige sykepleieres forståelse av språket (8,9).

Yrkesidentitet

Flere studer viste at språkbarrieren påvirket selvbildet, selvtilliten og den fremmedspråklige sykepleierens følelse av profesjonalitet (5,6,8). Sykepleiere opplevde tap av yrkesidentitet når de kom til et land der de var fremmedspråklige, fordi de ikke klarte å gi uttrykk for kompetansen de hadde på grunn av språkbarrieren (8). I noen av studiene kom det fram at fremmedspråklige sykepleiere kunne la være å si fra at de ikke forsto oppgaven eller informasjon i redsel for å miste posisjon eller anseelse (7,11). Flere fremmedspråklige sykepleiere formidlet at de ikke alltid klarte å beskrive hva de mente rent faglig til pasienter og kollegaer (8). Enkelte artikler viste at dårlige kommunikasjonsevner hindret fremmedspråklige sykepleiere i å oppnå den respekten og profesjonaliteten de hadde i hjemlandet (4,11). Dette påvirket andres oppfatning av sykepleieren som fagperson, og det ble vanskeligere å oppnå aksept og få ansvar som profesjonell sykepleier (10). Tre studier viste at kommunikasjon via telefon skapte stress, redsel og usikkerhet, noe som førte til ulike strategier for å slippe å snakke i telefonen (7,8,12). Xu (7) beskrev at informantene hadde problemer med å forstå rapporter som var diktert, og som krevde at man lyttet istedenfor å lese selv, og at de kunne ha problemer med å lese legens håndskrift. Fremmedspråklige sykepleiere hadde ofte problemer med å skrive ned det som ble sagt, og de slet generelt med å skrive på majoritetsspråket (11).

Skaper stress

Sykepleiernes redsel for misforståelser og i verste fall fare for pasientsikkerheten, gjorde dem engstelige og usikre (8,10). Mange misforståelser kunne føre til nedstemthet, sorg, skam, isolasjon, engstelse, ensomhet, negativitet, fremmedgjøring, marginalisering, sosial ekskludering og oppgitthet hos sykepleieren

Hovedbudskap

Det er gjort en del studier på hvordan det oppleves å være fremmedspråklig sykepleier i utlandet. De kan oppleve silencing, kognitiv fatigue og ekskludering. Dette må kollegiet vite om for å kunne møte sine nye kollegaer med forståelse i introduksjonen til arbeidsplassen.

Søkeord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

› Innvandrer › Sykepleier › Diskriminering › Språk

Litteraturstudie
Artikkelen bygger på:
Teori: 100 %
Praksis: 0 %
DOI-nummer: 10.4220/sykepleiens.2012.0137

FRYKTER MISFORSTÅELSER: Språkproblemer kan medføre usikkerhet, stress og redsel for feilbehandling hos fremmedspråklig helsepersonell. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

(9,11,12). Stress og psykisk utbrenthet som følge av kommunikasjonsproblemer forhindret at fremmedspråklige sykepleiere gjorde sitt beste i forhold til å gi omsorg (7). Å ikke forstå, bli misforstått eller å måtte gjenta det samme flere ganger ble rapporter som stressskapende, og det forsinket arbeidet til sykepleierne. Dette kan føre til kognitiv fatigue, fordi man kontinuerlig må være forsiktig og oppmerksom (7,9).

Undervurderes

Fremmedspråklige sykepleieres omsorgskompetanse ble undervurdert som en følge av misforståelser. De opplevde også at deres faglige verdi ikke ble verdsatt på arbeidsplassen, noe som ga negative opplevelser i forholdet til kollegaer (11,12). Fremmedspråklige sykepleiere opplevde å bli stigmatiserte av arbeidskolleger på grunn av språkproblemer (5). Xu (7) beskrev en situasjon der den fremmedspråklige måtte henvise til menneskerettighetene for å kunne snakke på sitt eget språk i pauserommet under pausene. Å snakke på morsmålet sitt i pausene

Fremmedspråklige sykepleiere

gir et pusterom fra det stresset det medfører å snakke på et fremmed språk, og kan være med på å forebygge kognitiv fatique (9). Å bli brakt til taushet («silencing») er et annet fenomen som blir beskrevet (11). Det innebærer at en fremmedspråklig person ikke vil snakke fordi de føler de har for dårlig språkbeherskelse. Det å ikke forstå eller ikke kunne gjøre seg forstått kan påvirke det sosiale livet i og utenfor arbeidsplassen (11).

Nyanser forsvinner og misforståelser kan oppstå, noe som medfører redsel for feilbehandling.

Emerson (4) fant at noen sykepleiere unngikk å snakke av redsel for å bli latterliggjort.

Inkludering

Styrke, selvkontroll, bruk av humor som avledningsmanøver, god selvfølelse, lang sykepleieerfaring og alder nevnes som faktorer som gir styrke til å takle de utfordringene fremmedspråklig sykepleiere møter (3,5,9). Lokale og fremmedspråklige sykepleiere bør jobbe sammen for å klare å takle utfordringene som oppstår ved fremmedspråklighet (5). Fremmedspråklige sykepleiere må selv jobbe med å utvikle språket via kurs, følge med på radio og TV og be folk om å snakke litt saktere og tydeligere.

Tiltak

Allan & Larsen (5) rekommanderte følgende tiltak for å forbedre mottak, integrering og oppfølging av nyansatte, fremmedspråklige sykepleiere: 1) Bedre informasjon om kultur, lokale dialekter og arbeidsmuligheter allerede før sykepleieren ankommer. 2) Bedre samsvar mellom arbeidsgiverens behov og sykepleiernes kvalifikasjoner og forventninger. 3) Bedre introduksjon, adapsjon, hjelp og support fra erfaren fremmedspråklig sykepleier. 4) Introduksjon og arbeid for holdningsendring hos majoritetsspråklige sykepleiere som kommer til å jobbe med fremmedspråklige sykepleiere. 5) Fremme sykepleiers muligheter til å gjøre karriere og bli forfremmet. 6) Forebygge utnytting av fremmedspråklige sykepleiere. 7) Takle diskriminering. 8) Oppmuntre til å bygge supportgrupper for fremmedspråklige sykepleiere.

Diskusjon

Utfordringene gjenspeiler seg i ulike stressforhold knyttet til å utføre sykepleie med god faglig kvalitet til pasientene. I diskusjonen vil vi fokusere på forhold sykepleieledelsen og kollegiet bør være oppmerksomme på ved introduksjon, mottakelse og oppfølging av fremmedspråklige sykepleiere på arbeidsplassen. Sykepleieledelse har et særskilt ansvar for pasienter, ansatte og driften av avdelingen. En viktig faktor ved ledelse er å skape gode rammer for at den sykepleien som utøves, bygger på faglig kompetanse. En annen faktor er et inkluderende arbeidsmiljø og gode arbeidsvilkår i avdelingen. Disse faktorene er viktige for å få det beste ut av alle ansatte (13). Sykepleieledelsen bør bidra aktivt med å skape toleranse for at fremmedspråklige sykepleiere trenger ekstra hjelp og støtte, samt informere kollegaer om de utfordringer det innebærer å komme inn på en arbeidsarena der man ikke behersker språket fullt ut. For eksempel bør rapportene være disiplinerte, på et klart og tydelig språk, i et passelig tempo og uten at flere bryter inn og snakker samtidig. Veldig mange fremmedspråklige sykepleiere i Norge kommer fra nordiske land der språket ikke er så ulikt norsk. Man må likevel ta høyde for at også de opplever det psykiske stresset med å komme til en ny avdeling med nye prosedyrer i tillegg til språkbarrieren. Man bør tilstrebe at det alltid er en som kan majoritetsspråket på hvert skift, slik at man kan få hjelp til å oppklare språklige uklarheter.

Inkludering

Lederne må ta høyde for flere ting i introduksjonsprogrammet for fremmedspråklige sykepleiere, enn for andre. De kan forbedre mottakelsen gjennom opplæring og gi tid til å komme inn i språk og kultur i det pasientrettede arbeidet. Det er viktig å bidra til hjelp med fortolkning av lokal kultur, arbeidskultur, koder og forventninger når man introduserer den nyansatte. Å få en fast kontaktsykepleier kan trygge introduksjonstiden og forenkle opplæringen i prosedyrer. Opplæringen bør skje på eget morsmål hvis det er mulig. Da kan man minske følelsen av eksklusjon, marginalisering og unngå misforståelser. Anerkjennelse av flerspråklighet som en ressurs og forståelse fra kollegaer kan være med på å dempe stresset og slitenheten fremmedspråklige sykepleiere kan oppleve. Hvis det er flere sykepleiere med samme minoritetsspråk må man akseptere at disse snakker på sitt eget språk med hverandre. Det kan bidra til at arbeidsdagene blir bedre og til at de får avklart faglige forhold på morsmålet sitt, og slik forvisse seg om at de har forstått ting riktig. Integrering på arbeidsplassen og inkludering i sosialt liv er viktig for alle nyansatte, ikke bare for sykepleiere med minoritetsspråk. Å delta på ulike typer sosiale arenaer er positivt for språkutviklingen og for integrering og samhold i lokalmiljøet. Derfor bør kollegaer være spesielt opptatt av å invitere med seg den nyansatte på ulike ting som skjer, også utenom arbeidstiden.

Konklusjon

Det er viktig at hele kollegiet kjenner til hvilke utfordringer fremmedspråklige kollegaer kan oppleve når de kommer til arbeidsplassen. Det er et lederansvar å være bevisst og handlekraftig i forhold til disse utfordringene. Målet må være å forebygge kognitiv fatigue og legge til rette for at den nyansatte skal føle seg velkommen og ivaretatt på tross av at hun eller han kanskje ikke behersker språket optimalt. Slik unngår man også at det sykepleiefaglige og pasientbehandlingen svekkes.

LITTERATUR

1. Axelsson Å. Litteraturstudie. In: Granskär MH-N, Birgitta, editor. Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård. Lund: Författerna och Studentlitteratur; 2008.
2. Winkelmann-Gleed A, Seeley J. Strangers in a British World? Integration of international nurses. British Journal of Nursing. 2005;14 (18): 7.
3. Buchan J. Here to stay? International nurses in the UK. 2003. http://www.rcn.org.uk/_data/asset/pdf_file/001178563/001982.pdf. [Available from: 11.02.2010]
4. Emerson E. Facilitating Acculturation of Foreign -Educated Nurses. The Online Journal of Issues in Nursing. 2008 (13) 1;8. http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/vol132008/No1Jan08/ArticlePreviousTopic/ForeignEducatedNurses.html [Available from11.02.2010]
5. Allan H, Larsen J.A. «We need respect»: Experiences of internationally recruited nurses in the UK. 2003. http://www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0008/78587/002061.pdf. [Available from: 11.02.2010]
6. Matiti M.R, Taylor D. The cultural lived experience of internationally recruited nurses: a phenomenological study. Diversity in Health & Social Care. 2005;2(1): 8.
7. Xu Y. Strangers in Strange Lands: A Metasynthesis of Lived Experiences of Immigrant Asian Nurses Working in Western Countries. Advances in Nursing Science. [review 14 articles]. 2007;30(3): 20.
8. Magnusdottir H. Overcoming strangeness and communication barriers: a phenomenological study of becoming a foreign nurse. International Nursing Review. [intervju av 14 sykepleiere]. 2005;52(4): 6.
9. Tregunno D, Peters S, Campell H, Gordon S. International nurse migration: U-turn for safe workplace transiton. Nursing Inquery. 2009;16(3): 9.
10. Bola T, Driggers K, Dunlap C, Ebersole M. Foreign-educated nurses: Strangers in a strange land? Nursing management. [review 16 articles]. 2003;34(7): 3.
11. Omeri A., Atkins K. Lived experiences of immigrant nurses in New South Wales, Australia: searching for meaning. International Journal of Nursing studies. 2002;39(5): 11.
12. Konno R. Lived Experience of Overseas-Qualified Nurses from Non-English-Speaking Background in Australia; 2008. http://hdl.handle.net/2440/41889 [Available from: 11.02.2012].
13. Høst T. Ledelse i helse- og sosialsektoren. Oslo: Universitetsforlaget; 2005.

Prises for innsatsen 22. juli

Børre Lekang er årets sykepleier i Nordland, blant annet på grunn av sin innsats etter 22. juli. Lekang, som er psykiatrisk sykepleier, var tilgjengelig døgnet etter terroren, og reiste sammen med pårørende til Sundvolden hotell. Han har også bistått før, under og etter rettssaken.

Ifølge Avisa Nordland synes Lekang det er rart å motta en pris som et resultat av andres ulykke. Samtidig sier han at det er en stor ære. Han håper prisen vil skape litt blest om hva som skjer i psykiatrien i regionen.

Kilde: Avisa Nordland

Bedre hygiene i Vestfold

De to siste målingene som er gjort ved Sykehuset i Vestfold viser færre sykehusinfeksjoner og postoperative komplikasjoner.

På sykehuset er det tatt tak i håndvask og smykkebruk for å redusere infeksjonsrisiko. Det er blant annet innført et generelt forbud mot smykker. Tiltakene er del av den nasjonale kampanjen for pasientsikkerhet, som heter «I trygge hender».

Kilde: Sykehuset i Vestfold

Illustrasjonsfoto: Colourbox

NorskeSerier alltid ekte leseglede

Påfuglhuset

– En intens og dramatisk serie om en tapper kvinnes kamp for frihet og kjærlighet

Bli med til slutten av 1800-tallet og lev deg inn i det frodige og lunefulle teatermiljøet i Christiania.

Gikk du glipp av første bok?
Bestill den HELT GRATIS !
Ring kundeservice, **tlf. 815 59 202** (kl. 09:00– 15:00),
eller bestill på **www.norskeserier.no**
Ingen porto – ingen forpliktelser!

Bok 2
i salg nå!
kr 84,50

CAPPELEN DAMM

Per Nortvedt,
Professor ved seksjon for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo.

Sykepleieetikk må bli kunnskapsbasert

Sykepleieetikkens største problem i Norge er at den ikke i tilstrekkelig grad forholder seg til kunnskap og forskning på aktuelle områder som er relevant for klinisk sykepleie.

Å sette søkelys på holdninger, kommunikasjons og empatiske evner i omsorgen for pasient og pårørende er ikke tilstrekkelig. En sykepleier må selvsagt kunne trøste, vise gode holdninger, være varsom i stell, omtenksom og vennlig i formidling av informasjon. Men sykepleiens etikk må være et redskap som sykepleieren kan bruke til å finne de beste løsninger for pasienten eller pårørende i vanskelige situasjoner. Da må kompetanseheving i etikk blant sykepleiere i størst mulig grad være kunnskapsbasert.

Framtidens sykepleieetikk må legge større vekt på forskningsbasert kunnskap. Hvis ikke sykepleiens etikk er kunnskapsbasert og resultatorientert, reduseres den til de enkelte utøveres kommunikasjonsevner og personlige preferanser. Etikken er et fag som på linje med andre fag må studeres, læres og reflekteres over.

> «Etisk refleksjon må baserere seg på aktuell og tilgjengelig forskning.»

Slik er etisk refleksjon kunnskapsbasert:

- Etisk refleksjon må basere seg på relevante fakta i situasjonen, medisinske så vel som sykepleiefaglige – eller andre fakta som har betydning for saken. Har man ikke tilgang til den mest oppdaterte medisinsk-diagnostiske, prognostiske og pleiefaglige kunnskapen som er relevant for den enkelte pasientsituasjon, kan man heller ikke få en presis forståelse/presisering av det etiske problem som skal løses.
- Etisk refleksjon må baserere seg på aktuell og tilgjengelig forskning. Forskning på klinisketiske problemstillinger er i enorm vekst og det finnes et uttall av tidskrift, master og doktorgrader på ulike områder av klinisk sykepleieetikk og medisinsk etikk. Men også de berørte parters syn på saken er av betydning. Etisk refleksjon må tilstrebe en bredest mulig forståelse av og oppmerksomhet rundt de verdier som står under press – og da er berørte parters syn på saken av betydning. Pasient og pårørende kan for eksempel verdsette andre verdier enn det pleiepersonalet gjør.
- Etisk refleksjon må ha sitt grunnlag i kunnskap om etiske teorier og prinsipper og jus, samt de yrkestiske retningslinjer for det enkelte fag eller profesjon. Etiske teorier og prinsipper gir retning for hva man skal vektlegge som grunnlag for refleksjon og handlingsvalg i de ulike pasientsituasjoner. Om det er konsekvenser, plikter eller dyder man vektlegger er ikke uviktig får å finne den beste løsning på et problem. I tillegg er teorier og prinsipper viktige for hva man observerer og velger å vektlegge i fortolkning av det etiske problemet.
- Etisk refleksjon må ha sitt grunnlag i relasjonelle ferdigheter, empati, kritisk refleksjonsevne, evne til god situasjonsforståelse og kommunikasjonsferdigheter.

Særlig de to første områdene for refleksjon, det som baserer seg på relevant klinisk faktakunnskap og på aktuell etikkforskning, er underfokusert i norsk sykepleieetikk.

Følgende eksempel illustrerer mitt poeng

Pasienten/beboeren er aldersdement og 90 år gammel. Allmenntilstanden er svekket og pasienten er noe dehydrert. Hun kniper igjen munnen og yter aktivt motstand mot å spise og drikke. Hun blir også veldig urolig og yter fysisk motstand når hun skal stelles. Pleiere har prøvet alle tiltak av tillitsskapende karakter fra omsorgsfull kommunikasjon og overbevisningsvene, samt å friste med hva hun liker. Men pasienten nekter.

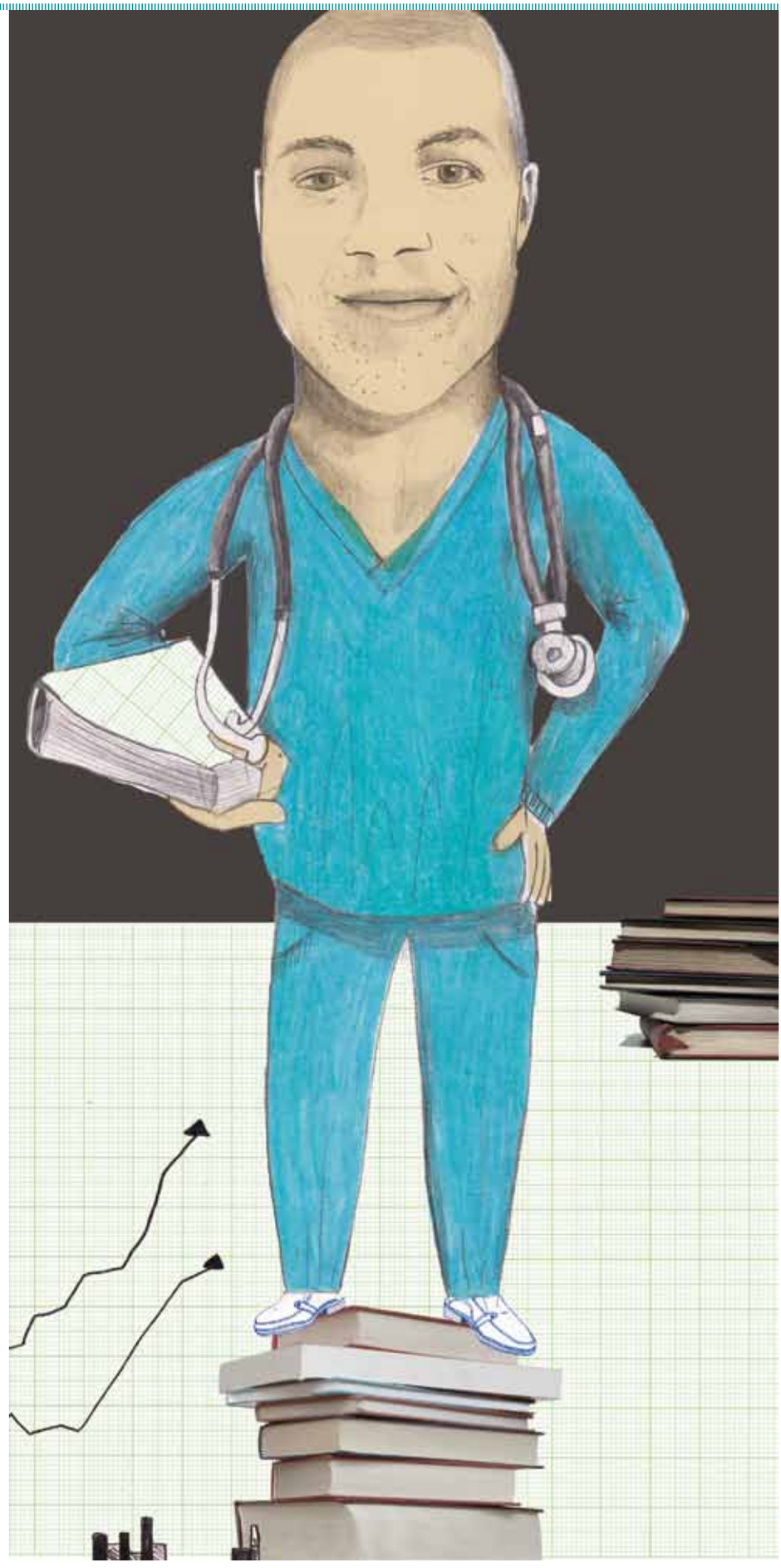
Vurderingen må være kunnskaps- og forskningsbasert

Grunnlaget for å komme fram til en løsning som er akseptabel i en slik situasjon er for det første å avklare hva som er det egentlige etiske problemet. Er problemet av etisk eller av faglig karakter? Er problemet at pasienten av ulike grunner ikke vil ta til seg ernæring eller er det at hun ikke kan (på grunn av svelgparese, sår i munnslimhinner osv.) Og hvordan kan ulike fysiologiske omstendigheter virke inn på hennes motivasjon for å spise?

Kort og godt; hvordan virker fakta inn på vår forståelse av det etiske problemet? En slik kartlegging av fakta må ha utgangspunkt i kunnskaper om demens, væske og ernæringsbalanse, kunnskaper om svelganatomi og fysiologi og en helhetlige vurdering av pasientens allmenntilstand. Også den kjennskap en har til pasienten fra før er viktig. Har dette skjedd tidligere? Hvordan løste situasjonen seg da? Hva vet vi om pasientens forhold til mat og drikke? Ikke minst er det viktig å kartlegge pasientens beslutningsevne, da dette vil være avgjørende for a avgjøre hvilke handlingsvalg som er etisk relevante og til pasientens beste. En slik klargjøring av faktagrunnlaget for problemet er kunnskaps- og forskningsbasert, og den må ta høyde for den konkrete situasjonen. Den må også være basert på god klinisk observasjonsevne.

Hvem er de berørte parter?

Videre må man avklare hvem som er berørte parter, og på hvilken måte og hvor mye partene er berørt. Pasienten vil som oftest (men ikke alltid), være den viktigste berørte part, men både pårø-



Illustrasjon: Kathrine Kristiansen

rendes og helsepersonells rolle vil kunne reise store utfordringer i forhold til beslutningsansvar, og danne grunnlag for ulike beslutningsmodeller (gjensidige beslutningsprosser, avklaring av forhåndsønsker, livstestamente, beslutningsmyndighet). I tillegg er hensynet til andre beboere og pasienter ofte et relevant hensyn når disse er direkte eller indirekte berørt av pasientens sykdomstilstand og sykdomsatferd .

Mange hensyn

På etikkens område vil etiske teorier, prinsipper og yrkesetisk kunnskap være viktig for hvilke verdier som står på spill. Skal man ta hensyn til selvbestemmelse her, og er pasienten beslutningskompetent? Eller hva påfører pasienten minst ubehag og skade? Hva sier lovverket om slike situasjoner? Ikke minst vil forskningsbasert kunnskap på den kliniske etikkens område være viktig, som aktuell forskning på bruk av tvang i somatiske helsetjenester og på sykehjem? Hva er status for forskning om beslutningskompetanse og på etiske beslutningsprosesser?

Ved Senter for medisinsk etikk har vi etter hvert en omfattende forskning på noen av disse områdene gjennom EIK-prosjektet (Etikk i kommunehelsetjenesten) http://www.med.uio.no/helsam/tjenester/kunnskap/etikk-helsetjenesten/kommunehelsetjenesten/index.html

Etisk problemsløsning og bruk av refleksjonsmodeller krever kunnskap fra mange fagfelt og forskningsområder. Relasjonelle ferdigheter og holdningskompetanse er bare et av disse områdene. Det er viktig, men ikke nok.

Børslett EJA, et al. La etikken blomstre i praksis. Oslo: Senter for medisinsk etikk, UiO, 2011.
Nortvedt P. Omtanke – en innføring i sykepleiens etikk, Oslo: Gyldendal Akademisk forlag, 2012.

Papirløse på papir

For første gang i historien er det dokumentert hvilke helseproblemer papirløse migranter har i Norge. Det har sykepleier Ida Marie Bregård sørget for, med sin masteroppgave.

Tekst og foto **Eivor Hofstad**

Fakta

Papirløse migranter er personer som har kommet fra utlandet og oppholder seg ulovlig i Norge. Statistisk sentralbyrå estimerte i 2006 at vi har rundt 18 000 papirløse migranter i landet. 5000 av disse har fått endelig avslag på søknad om opphold, og bor på asylmottak til de blir sendt ut av landet. De fleste av dem er uten sosialt nettverk, mange er enslige menn fra krigsområder. Resten av de 18 000 bor utenfor mottak. Noen av dem har ikke vært i kontakt med myndighetene, og er kanskje mennesker som kommer for kortere opphold.

Da Ida Marie Bregård jobbet som sykepleier ved ulike asylmottak, erfarte hun alt fra svært god til helt elendig helsehjelp for de papirløse migrantene. Hun så også restriktive holdninger til å yte helsehjelp og generell mangel på kunnskap hos enkelte sykepleiere og leger.

– Det var lite fagetikk involvert. Da bestemte jeg meg for å skrive en masteroppgave om hvilke helseplager denne pasientgruppen faktisk lider av.

Det har hun gjort mens hun har vært vitenskapelig assistent ved Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse (NAKMI). Samtidig har hun jobbet frivillig med å registrere pasientene som kommer til Helsesenteret for papirløse migranter i Oslo. Masteroppgaven blir etter planen ferdig i desember.

Helsepersonell skvises

Juridisk sett har papirløse migranter begrenset rett til helsehjelp i Norge. Men sykepleiere har en yrkesetikk som følger menneskerettighetene. Det krever at de plikter å yte generell helsehjelp til alle som oppholder seg i landet. Bregård ser at det ikke er lett, og at helsepersonell ofte blir skvist mellom begrensede juridiske rettigheter på den ene siden og ubegrenset etikk på den andre siden.

– Det er faglig utfordrende for helsepersonell å jobbe under det regelverket som finnes i dag. Sykepleiere er ofte det helsepersonellet som møter papirløse migranter først. Derfor håper jeg de kan lære seg hvilke kroniske helselidelser denne gruppen oftest lider av, slik at de kan se etter det når slike pasienter kommer på grunn av noe mer akutt, sier hun.

Helsesenteret for papirløse migranter har tilbudt helsetjenester i tre år til denne gruppen og har totalt hjulpet 1500 pasienter. Bregård har tatt for seg tallene fra de første 18 månedene helsesenteret var i drift. Da var det 593 pasienter innom, 547 av dem fikk 1148 diagnoser. 330 av diagnosene var ulike og personene kom opprinnelig fra 62 ulike land.

– Det blir over to diagnoser per person i løpet av et og et halvt år?

– Nei, noen er dobbelt registrert. Jeg har derfor bare grunnlag for å si at mange har mer enn én diagnose.

Mest tannproblemer

Mange av problemene er av en kronisk karakter som kan utvikle seg til å bli akutte, behandlingstrengende tilstander. De vanligste helseproblemene er knyttet til fordøyelsessystemet. 237 pasienter tilhører denne gruppa.

– Tannhelseproblemer hører inn her. Over halvparten har vondt i tennene. Ellers er det en del vondt i magen.

Den nest hyppigste diagnosegruppen er psykiske symptomer og sykdommer, med 157 pasienter. Fra før er det kjent at det er vanskelig å henvise disse pasientene videre i psykiatrien. Mange får henvisningene i retur fordi helsetjenesten ønsker en avklart livssituasjon før det settes i gang behandling. Bregård kjenner til flere eksempler der foreldre med psykiske problemer ikke har fått hjelp, slik at barna har lidd under omsorgssvikt. Disse barna får nå tett oppfølging fra barnevernet.

Får ikke fastlege

– Noen har mer alvorlige depresjonslidelser og posttraumatisk stresslidelse, men de fleste av de 157 pasientene i materialet har milde symptomdiagnoser som angst- og depresjonsfølelse som kan følges opp på fastlegenivå.

– Men papirløse har vel ikke krav på fastlege?

– Nei, og det er her dilemmaet ofte er. Hvis pasienten får hjelp på et tidlig tidspunkt, kan man kanskje unngå at pasientens symptomer utvikler seg til mer alvorlige sykdommer.

Den tredje vanligste diagnosegruppen i Bregårds materiale er svangerskap, fødsel, familieplanlegging og

BLIR SYKERE ENN NØDVENDIG: Ida Marie Bregård tror mange papirløse migranter kunne sluppet å få akutte lidelser hvis de ble hjulpet på et tidligere tidspunkt.

kvinnelige kjønnsorganer, inklusive bryster, med 145 pasienter.

– Det er en del graviditeter. Noen uønskede. Flere oppsøker ikke helsetjenesten før langt ut i svangerskapet.

På fjerdeplass kommer muskel- og skjelettlidelser.

– Flere av disse menneskene jobber svart, så noe av dette kan være arbeidsrelaterte skader.

Overraskelse

– Hva overrasket mest ved funnene dine?

– 135 av de 593 pasientene har ikke vært i kontakt med myndighetene. Det vil si at de ikke har søkt asyl og ikke er registrert noe sted. Det viste seg at ingen av dem har psykiske diagnoser, noe som er en stor kontrast til noen av de tidligere asylsøkerne som kommer fra land med krig og sliter med til dels svært alvorlige psykiske lidelser.

Bregård tenker at det kan ha å gjøre med livssituasjonen til denne gruppen som primært kommer fra land som ikke er i krig.

– Disse har heller ikke vært gjennom den obligatoriske tuberkulosetestingen asylsøkerne må gjennom. Men statistikken viser at ingen av dem har tuberkulose.

Da Bregård skulle skrive masteroppgaven sin, fikk hun et problem med å finne litteratur på området. Det viste seg at det manglet forskning på denne gruppen mennesker i Norge.

– Vi har en lang liste over hva vi ikke vet, men det har så smått begynt å komme flere studier nå etter at helsesenteret for papirløse åpnet.

Bregårds deskriptive analyse av helseproblemene følges opp av flere kvalitative studier av andre studenter og forskere. Med økt kunnskap tror Bregård at sykepleiere vil stå på tryggere grunn.

– Mange av disse pasientene har helt vanlige helseproblemer. Det handler om diagnoser vi kjenner godt til fra før, vi trenger ikke finne opp kruttet. Vi vet at ved å tilby hjelp på et tidlig tidspunkt kan man forebygge mer alvorlige plager. Og det er ikke tvil om at disse har behov for hjelp. Når de ikke får behandling før det er akutt, lider pasientene unødvendig og behandlingsresultatet blir mer usikkert. IIII

«Det er faglig utfordrende for helsepersonell å jobbe under det regelverket som finnes i dag.» *Ida Marie Bregård*

Quiz

Tekst **Eivor Hofstad og Nina Hernæs**

Er du en kompetent sykepleier?

Test kunnskapene med vår aktuelle og nådeløse quiz!

1 Hvem utgir Felleskatalogen?
A Statens legemiddelverk
B Legemiddelindustriforeningen
C Helsebiblioteket

2 Hva betyr pedografi?
A Fotavtrykk
B Bilde av barn
C Seksuell opphisselse av foto

3 Hvilken form har basiller?
A Stavformede
B Runde
C Spiralformede

4 Hva er "dens invaginatus"?
A Tenner i vagina
B Press i vaginalstaten
C En tann inni tannen

5 Hva betyr pelvis?
A Pelskledd bekkenparti
B P-formede hoftebevegelser oppkalt etter Elvis
C Hofteskål

6 Hvor produseres galle?
A Magesekken
B Leveren
C Galleblæren

7 Hva er nevrodermatitt?
A Kløe som skyldes at man har klødd seg
B Nerver i huden som slår krøll på seg
C Hud som er spesielt sårbar for smerte

8 Hvordan smitter tuberkulose?
A Kontaktsmitte
B Dråpesmitte
C Blodsmitte

9 Hva er polio det folkelige navnet for?
A Poliomyelitt
B Polynevritt
C Poliografi

10 Når var den første epidemien med polio i Norge?
A 1907
B 1950
C 1960

EN FOT: Men har denne noe med pedografi å gjøre? Illustrasjon: Colourbox.

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

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

3-5 POENG: Bra. Men kanskje på tide med den videreutdanningen du har tenkt på så lenge?

0-2 POENG: Ikke bra. Hold deg mest mulig på vaktrommet og lat som du dokumenterer. (Sjekk at du virkelig er autorisert.)

SVAR: 1B Legemiddelindustriforeningen, 2 A Fotavtrykk, 3 A Stavformede, 4 C En tann inni tannen, 5 C Hofteskål, 6B Leveren, 7 A Kløe som skyldes at man har klødd seg, 8B Dråpesmitte, 9A Poliomyelitt, 10A 1907

Eldre drikker mer

Og det kan by på utfordringer for helsevesenet.

Tekst **Nina Hernæs**

Finske forskere kaller dem «den våte generasjonen», de store barnekullene som ble født rett etter andre verdenskrig. De har et annet levesett og et mer positivt syn på alkohol enn sine foreldre. Det kan skape utfordringer for helsevesenet.

EGET BLAD: Denne saken er hentet fra bladet Psykisk helse og rus, som sendes til alle medlemmer av NSFs faggruppe for sykepleiere innen psykisk helse og rus.

Sårbare

I en artikkel i bladet Psykisk helse og rus, skriver Runa Frydenlund at eldres bruk av alkohol er underrapportert og lite utforsket tema både i Norden og Europa, men at alkoholrelaterte dødsfall stiger og ulike faktorer relatert til alder øker deres sårbarhet for alkohol. Runa Frydenlund er spesialkonsulent ved Kompetansesenter rus i Oslo. Hun koordinerer prosjektet Eldre, alkohol og legemiddelbruk.

Legemidler

Ifølge Frydenlund er ikke alle klar over at kroppens evne til å håndtere alkohol endres med alderen. Eldre har en betydelig lavere toleranse for alkohol. I Norge drikkes det dobbelt så mye i dag som i 1969. Særlig øker bruken av vin. Det gjelder også hos eldre. I tillegg er det eldre over 65 år som har høyest forbruk av legemidler. Runa Frydenlund viser til at blant eldre som blir lagt inn på sykehus, er det høy forekomst av både alkohol og legemidler.

Skjult problem

Runa Frydenlund spør hvilken rolle alkohol får hos eldre i framtiden. Hun skriver at problematisk alkoholbruk ofte omtales som et skjult eller ikke-eksisterende problem. Symptomer på problemer med alkohol skjules av symptomer på andre sykdommer.

Hun lurer på hvilken strategi helsevesenet skal bruke i framtiden for å fange opp eldre som drikker for mye. Hun vil ha problemet opp på den politiske agendaen. IIII

Færre vil føde på fødestuene i fremtiden. Side 84

Får jeg erstattet fridag som faller på helligdag? Side 90

NSF er bekymret for rusmisbrukerne. Side 78

Mennesker & meninger

Sterke synspunkter? Skriv til oss!

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 LARS ERIK FOLKVORD HANSSEN

Jeg rakk heldigvis å gjøre mine egne feil før jeg ble tilsynsdirektør.

86

KRONIKK **CARINA STRØMME**

Demensomsorg er en mangelvare. En etterspurt mangelvare, vel å merke.

82

Forbundsleder Eli Gunhild By

Stilling: Forbundsleder i NSF
E-post: eli.gunhild.by@sykepleierforbundet.no

Politikerne må tørre å tenke nytt!

Stortinget behandler i disse dager meldingen for rusfeltet. Jeg synes den gir et godt bilde av dagens situasjon i rusomsorgen, men dessverre ikke så mange svar på utfordringene.

Arbeid med psykisk helse og rus krever ofte langvarig og koordinerte tjenester på tvers av etater og tjenestenivå. Helsetilsynet, ansatte, brukere og pårørende har gjentatte ganger fremmet behovet for individuelle koordinerte tjenester overfor denne gruppen. Etter å ha lest stortingsmeldingen «En helhetlig rusmiddelpolitikk» er jeg usikker på hvorvidt helsetjenesten vil være i stand til på en verdig måte å imøtekomme rusavhengige og deres familiers behov for hjelp.

Jeg er spesielt bekymret på vegne av rusavhengige som lever på gata. Disse menneskene har ofte alvorlig fysisk og psykisk helsesvikt. Mange dør i ung alder. Men gode gatenære helsetjenester kan redde liv og bidra til en bedre fysisk og psykisk helse. En bedret helsetilstand kan gjøre mestring av dagliglivet enklere og kan motivere til endring. Dette forutsetter gode og tilgjengelige tjenester på brukernes premisser. Gruppen for oppsøkende helse- og overdose i Trondheim er et godt eksempel på dette. Her tilbys gatenære helsetjenester av høy kvalitet og på brukernes premisser. Sykepleiere med avansert spesialkompetanse yter livreddende helsehjelp, forebygger helseskader og koordinerer hjelpetiltak i samarbeid med brukeren.

Et annet felt som bør prioriteres er helsestasjon og skolehelsetjenesten. Mens barn og unge i dag etterlyser mer tid med helsesøster, brukes denne budsjettpotten som saldering i stramme kommunebudsjetter. Politikere har ikke tatt inn over seg at en god skolehelsetjeneste er et sentralt virkemiddel for å fange opp barn i risikosonen og unngå at disse dukker opp på en annen post på budsjettet noen år seinere. Og da med en langt høyere kostnad.

Jeg er spesielt bekymret på vegne av rusavhengige som lever på gata.

FORTATT BEKYMRET: Eli Gunhild By er ikke beroliget av rusmeldingen, men fortsatt bekymret på vegne av dagens rusavhengige, og unge i faresonen. Illustrasjonsfoto: Colourbox

Helsestasjon og skolehelsetjenesten når alle barn og representerer derfor en av hovedpilarene i arbeidet blant barn og unge. For helsesøstrene har psykisk helsearbeid og rusforebyggende arbeid utgjort en vesentlig og stadig økende del av arbeidsoppgavene de siste årene. Nærhet og tillitsfulle mellommenneskelige voksenrelasjoner kan ikke erstattes av sosiale medier og elektronisk samhandling. Det vil derfor være viktig å styrke og videreutvikle en god og tilgjengelig helsestasjon og skolehelsetjeneste som når alle, hvor oppsøkende arbeid i barnehage er en del av tilbudet. Barn skal ha rett til å få den hjelpen de trenger når de trenger den.

Jeg håper at våre politikere gjennom arbeidet med stortingsmeldingen om rusfeltet vil vise at de tør å tenke nytt. Dersom Stortinget våger å satse på en helsetjeneste som i større grad enn i dag innrettes mot å forebygge skadelig rusbruk og utvikling av avhengighet, vil jeg føle meg mindre bekymret. En slik strategi kan forhindre avhengighet – noe som er bra for familieliv, folks helse og samfunnets økonomi.

Eli Gunhild By

Noe på hjertet? Send din mening på e-post til: redaksjonen@sykepleien.no
eller som brev til: Sykepleien, p.b. 456 Sentrum, 0104 Oslo

Støres etiske ansvar

Jeg leste Ann Kristin S. Austarheims kronikk i Sykepleien 12/2012 om utdanningen med stor interesse. Refleksjon over utdanning og praksis slik hun gjør kan føre til forbedring. Hennes synspunkter om å stille krav til studenter i praksis ser jeg som viktig. God kompetanse ved blant annet å kunne utføre prosedyrer og kjenne til intensjonen bak samt være handlekraftig kan være avgjørende for pasienters helse. Studenter bør også få konstruktiv veiledning i praksis. At sykepleiere ikke tør stille spørsmål i frykt for å ikke kunne svare på spørsmålene selv er foruroligende. Sertifiseringstester høres ut som en god kvalitetssikring.

At studenter begynner på sykepleierutdanningen for å jobbe praktisk kan være riktig, men kanskje ikke den eneste årsaken. I den anledning vil jeg fortelle om min motivasjon for å bli sykepleier og om etiske refleksjoner. Jeg jobbet som pleieassistent på et sykehjem før jeg begynte å studere sykepleie. På sykehjemmet var det rutiner for når pasienter skulle stå opp og legge seg. Jeg var pliktoppfyllende og gjorde som jeg fikk beskjed om. Jeg syntes imidlertid det var vanskelig å følge rutinene når det ikke sammenfalt med pasientenes ønsker. Jeg husker godt jeg skulle hjelpe en pasient i seng som ikke hadde verbalt språk. Han holdt seg fast i dørkarmen og signaliserte på den måten at han ikke ville legge seg. Jeg tok dette opp med avdelingssykepleier og lurte på om det var riktig å legge han mot sin vilje. Jeg fikk til svar at jeg neste gang skulle trille rullestolen litt raskt baklengs slik at han ikke fikk holdt seg igjen i dørkarmen. Jeg tenkte allerede den gang at dette ikke kunne være riktig og bestemte meg for å bli sykepleier med ønske om å påvirke en slik praksis.

Min motivasjon for å bli sykepleier handlet nettopp om idealisme, etikk og teori i det praktiske arbeidet. Jeg mener som vår filosof Syse sa på 100-årsjubileet, at faglighet og etikk må trekke i samme retning. Etikk kan ikke løsrives fra fagligheten, de må gå hånd i hånd. Med bakgrunn i denne forståelsen vil jeg kaste ballen tilbake til praksisfeltet og stille spørsmål om ikke også praksis burde nærme seg utdanningens tenkesett. Jeg tror en praksis blir tom og meningsløs hvis vi ikke har teorien som et fundament og etikken som en rettesnor. Hvis det instrumentelle blir det viktigste i vår hverdag, står sykepleien for fall.

Selv etter 28 års klinisk praksis som sykepleier og helsesøster stiller jeg meg fortsatt spørsmål om hva som er god praksis, da vi ofte står overfor etiske dilemmaer i vår hverdag. Det har ført til at jeg startet på et klinisk masterstudie i sykepleie. Å kunne forske i egen praksis er et privilegium og en utfordring. Bekjentskap med nye teorier, forskning og etikk har bidratt til økt refleksjon og ny kunnskap. Ved å være kritisk til egen praksis og ha en etisk bevissthet i våre tanker og handlinger kan praksis forbedres.

Når det er sagt vil jeg imidlertid rope et varsko: Arbeidspresset kan hindre oss i å ivareta det etiske aspektet. Vi må som sykepleiere aldri bli lei av å fremme et viktig budskap, men gjenta budskapet til det kjedsommelige og forvente at vi til slutt blir hørt. Jeg vil derfor benytte anledningen til å minne vår nyutnevnte helseminister Jonas Gahr Støre, som jeg regner med vil bli en fast leser av Sykepleien, om sitt etiske ansvar. Så langt er jeg ikke imponert over regjeringens satsing på det forebyggende og helsefremmende arbeid. I statsbudsjettet er det ikke bevilget en krone ekstra til helsestasjonstjenesten. Dette på tross av at kommende retningslinjer i barselomsorgen fremmet av regjeringen selv, etterlyser en bedret og utvidet barselomsorg fra helsestasjonens side. I min studie fremkom det at mødre ønsker seg økt individuell og helhetlig tilnærming. Skal helsesøstre som allerede har vanskeligheter med å innfri dagens veileder, få flere oppgaver og oppfylle mødres opplagte behov, kan det oppstå et økt etisk krysspress. Med ny kunnskap og forfrisket idealisme ønsker jeg at det er mulig å gjennomføre forskningsbasert kunnskap. Den normerte standard med 60 fødsler per 100 prosent helsesøsterstilling overholdes ikke i praksis, og det bekymrer mange med meg hvordan vi skal innfri nye krav uten ekstra bevilgninger. Når vår nyutnevnte helseminister nå frir til oss som sykepleiere og helsesøstre vil jeg foreløpig avvente og spørre slik de gjør i visen når friaren står uti garden; Kor mange pengar heve han du mi dotter …? Selv om det er et besnærende frieri hvor mange føler seg sjarmert, må vi ta ansvar og stille krav slik at praksis har et etisk og faglig høyt nivå. Om vår frier er en sjarmør eller mener alvor og er tilstrekkelig interessert, vil vise seg. Er han seg sitt ansvar bevisst og som oss sykepleiere viser handlekraft, vil et «Ja» være mulig og vi vil forbli trofaste.

Ingjerd Hvatum, helsesøster i bydel Frogner, Oslo

Bra om sykepleierutdanningen

Takk til Ann Kristin S. Austarheim for hennes gode kronikk i Sykepleien nr 12. Håper hun tar saken videre slik at de som er ansvarlige for kontroll av utdanningen får innsikt i dette. Vektleggingen av s.k sykepleieteorier i utdanningen er kanskje noe av årsaken til at det kan se ut som vi utdanner stadig mindre kompetente sykepleiere. Antallet feil som gjøres i pasientbehandlingen tyder på at noe er galt.

Håper noen på litt overordnet nivå kan foreta en kritisk gjennomgang av hvilken plass disse teorierene bør ha i utdanningen og hvilke konsekvenser vektleggingen har. Slik jeg ser det var mange av teoriene som ble presentert på skolen det rene svada.

Birgitte Ødegaard

Fra Sykepleiens Facebook-side

Sykepleie til alvorlig syke og døende muslimer

Line Veronica Høynes: endelig! :) flott at det er satt fokus på tema som tolketjeneste, minoritetspasienter. Har nå jobbet tre år i asylmottak og har erfart hvor lite kunnskap man har med seg fra studiet på disse områdene..

Døden er en del av livet: Palliasjon

Marit Julie Bergh: Synes dere kan fokusere på viktigheten av dette temaet slik dere gjør, men å sette det i et historisk perspektiv krever mer grundig undersøkelser!

www.sykepleien.no

Du kan si din mening om aktuelle saker på sykepleien.no

Noe på hjertet? Send din mening på e-post til: redaksjonen@sykepleien.no
eller som brev til: Sykepleien, p.b. 456 Sentrum, 0104 Oslo

OUS bør legges ned!

Rangering av de 17 beste sykehus blant 5000 sykehus i USA for 2012–2013 er nylig publisert («Best Hospitals Honor Roll»). Massachusetts General Hospital i Boston ligger på topp. Rangeringen går på overlevelse, pasientsikkerhet i form av alvorlige hendelser som sykehusinfeksjoner og død, sykehusets omdømme og andre pleierelaterte indikatorer som sykepleierbemanning, teknologi og andre definerte målinger relatert til pleie (BM Andersen, Dagens Medisin 4.5.2012).

Fremdeles er bare ett sykehus; New York – Presbytarian University Hospital i New York (8,4 millioner innbyggere), større enn OUS med sine 1562 senger (0,5 mill innbyggere) i 2011. To andre sykehus på USAs liste tangerer sengetallet ved OUS. Ti av de 17 sykehusene har færre enn 1000 sengeplasser. De beste sykehus i USA har bedre tid til sine pasienter-.

Det er i snitt 1000 sengeplasser per sykehus og 48 innleggelser per seng per år ved de best rangerte sykehus i USA. OUS er til sammenlikning sterkt presset for sengekapasiteten med 74 pasienter per seng i 2010 og 69 i 2011 (tabell 1). I gjennomsnitt fikk hver pasient oppholde seg i en somatisk seng i 7,6 døgn ved de beste sykehusene i USA, mot bare 5,3 døgn ved OUS.

De tidligere oslosykehusene Aker, Rikshospitalet, Radiumhospitalet og Ullevål hadde til sammen 2380 somatiske senger i 2004 for å betjene Oslo, regionen og nasjonen. De hadde bedre tid til sine pasienter og gikk mindre i underskudd enn det OUS gjør i dag, selv om 160 000 innbyggere er overflyttet til et overfylt Akershus sykehus.

Det beste amerikanske sykehuset har flere ansatte i forhold til aktiviteten enn OUS. Antall sysselsatte ved Massachusetts General Hospital i Boston er oppgitt til 23 000, mot 15 729 ved OUS. Tall for utskrivninger, dagkirurgi og poliklinikk-»emergency» viser et betydelig mindre antall pasienter per sysselsatt ved Massachusetts enn ved OUS.

De mange dårlige pasienter som har behov for sykehusbehandling i uker, inngår i den gjennomsnittlige liggetiden på 5,3 døgn ved OUS. Dette fører til at de fleste andre pasientene bare er på «lynvisitt» ved sykehuset. Hva med tid til diagnostikk, behandling og pleie? Hva med samtale, informasjon, journalskriving, renhold og smittevern? Er det kvalitet i den raske pasientbehandlingen? Hva med operasjoner som strykes? Får de ansatte ro til å gjennomføre et godt arbeid med pasienten? Hva med kunnskap og sikkerhet for pasienten når journaler forsvinner ved OUS? Er det økende «svingdørsproblematikk»? Eller blir det stort etterarbeid ute i primær- eller spesialisthelsetjeneste utenfor sykehuset for å samle trådene?

Tåler alle pasienter å bli sendt mellom polikliniske røntgeninstitutter, blodprøvetaking og i ekspressfart med helseekspressen mellom hjem og diverse sykehus i stedet for å bli hjulpet til undersøkelser og behandling som inneliggende pasient? Er det blitt en større påkjenning å være pasient i dag ved OUS? Og er man sikker på å få riktig behandling for sine sykdommer i dette sektoriserte og geografisk oppdelte systemet? Jeg er redd denne utviklingen kan senke kvalitetsnivået, pasientsikkerheten og økonomien ved OUS til bunns!

Helsepolitikere som vil pine mer penger ut av OUS sitt underskudd på 10 milliarder kroner, bør spørre hvor pengene brukes. Når amerikanske sykehus lever økonomisk bra med mer tid og flere ansatte til sine inneliggende pasienter og andre aktiviteter, er det et problem at den nesten 30 prosent større aktiviteten («effektiviteten») ved OUS bare fører til enda mer underskudd! Kaos, informasjonsmangel, mange dører inn, dublert arbeid med pasientene, uhygieniske forhold og inkompetanse koster penger og liv. OUS bør nedlegges, og de mindre, mer effektive og oversiktlige oslosykehusene bør frigjøres fra sine kunstige og medisinsk-økonomiske uforsvarlige bånd.

Bjørg Marit Andersen, professor i hygiene og smittevern ved Oslo universitetssykehus

SIDEN SIST

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

Skryt

Jeg vil bare skryte litt ... Sitter her med siste utgave av magasinet Sykepleien og er veldig fornøyd med at dere har funnet plass til spalten *Der ute* som gir oss litt info om sykepleiefaget i våre naboland/Europa. Spennende! Fortsett med det!

Cathrine Klouman

For liten skrift

Jeg har vært medlem av NSF i mange år, og er det fremdeles. De siste årene har jeg ikke lest Sykepleien, fordi jeg synes skriften er for liten. Synet kan bli dårligere med årene, en basiskunnskap, som alle sykepleiere bør vite om, også de i redaksjonen.

For 3-4 år siden avbestilte jeg bladutgaven da jeg ikke klarte å lese den små skriften, men den dumper fortsatt ned i postkassa. Deretter havner den dessverre i papirinnsamlingen. Sorry!

I dag fikk jeg en konvoluttpakke med en liten, liten sak, det var visstnok en annual/kalender. Ærlig talt! Og dette er selvfølgelig kun min mening. Men det må da være mulig å få til noe bedre!

Større fonter/skrift i bladet Sykepleien og en annual som man kan bruke uten å benytte micro-penn og lupe!Utviklingen har etter min mening gått litt av sporet. Det må jo være i NSFs interesse at bladet blir lest, også av veteraner i NSF, og at kalenderboken er praktisk anvendbar!

Medlem nr. 409284.

SVAR: Dette er ikke noe vi får mange klager på, men jeg forstår selvfølgelig at det kan føles som et handikap. Om du har mulighet for det, går det fint an å lese Sykepleien også på nett.

Her kan du laste ned en PDF av bladet (øverst til høyre på nettsiden,»last ned»). Så kan du selv regulere visningsgrad, slik at du kan stille inn på store bokstaver. På denne måten kan du lese hele Sykepleien – noe vi selvfølgelig håper på at du gjør framover. På nettet finner du også hele bladarkivet («Arkiv» øverst til høyre).

Red.

Naken

Den tegneserien dere har begynt med, Terapi, er ikke til å holde ut! Den er for det første stygg med de nakne figurene, og for det andre dårlig. Jeg skulle ønske dere kunne droppe den og heller ta en annen. Nå har det irritert meg så lenge at det er på tide å si fra.

Medlem nr 1048453.

Mer enn tillit står på spill

Professor Berit Støre Brinchmann reiser et viktig tema i Sykepleien 12/2012 når hun tar opp etiske problemstillinger som kan oppstå når helsepersonell blir bekymret for barns omsorgssituasjon. Som jurist i barnevernsfeltet føler jeg imidlertid et behov for å komme med enkelte innspill og korrigeringer til Brinchmanns innlegg.

Brinchmann skriver at «helsearbeidere har plikt til å bryte taushetsplikten og melde fra i tilfeller der barns liv og helse står på spill.» Formuleringen er uheldig på to måter. For det første er det ikke slik at opplysningsplikten er forbeholdt de tilfellene hvor barnets liv og helse står på spill. I henhold til helsepersonelloven inntrer opplysningsplikten når det er grunn til å tro at barnet mishandles i hjemmet, eller at det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt. Er det eksempelvis grunn til å tro at det er alvorlige mangler ved den daglige omsorg barnet får, har helsearbeideren plikt til å varsle barneverntjenesten. Det er ikke nødvendig å konstatere noen konkret helserisiko. Plikten utløses også dersom barnet utviser vedvarende og alvorlige atferdsproblemer. Terskelen ligger altså noe lavere enn hva man kan få inntrykk av gjennom Brinchmanns innlegg.

For det andre er dette ingen «plikt til å bryte taushetsplikten». Taushetsplikten strekker seg ikke lenger enn til der opplysningsplikten begynner, og videreformidling av opplysninger i slike tilfeller er intet taushetspliktsbrudd. Riktignok er denne innvendingen mest på det språklige planet, men det hjelper neppe den etiske refleksjonen hvis utgangspunktet er en holdning om at melding til barnevernet er et pliktbrudd.

Brinchmann fokuserer på at det å gi opplysninger til barnevernet kan oppleves som et tillitsbrudd, og avslutter innlegget med å vise til hvor grunnleggende det er å ta vare på tilliten for å hjelpe mennesker som sliter med rus og psykiatri. Det er vanskelig å få tak på hva Brinchmann egentlig mener med dette, men essensen synes å være at å gi opplysninger til barneverntjenesten kan være både etisk betenkelig og skadelig for den videre behandlingen. Man kan formelig høre lyden av potensielle meldere som rygger sakte bort fra telefonen, og trøster seg med at det er til pasientens beste å holde bekymringen for seg selv. Helsepersonells oppgaver er lovregulerte, og gjennom loven er de også pålagt å være særlig oppmerksomme på forhold som kan gi grunn for barneverntiltak. Helsearbeideren som holder tilbake i steden for å melde om alvorlig omsorgssvikt, gjør seg dermed skyldig i et annet tillitsbrudd. Et brudd på den tilliten som samfunnet, på vegne av de utsatte barna, har gitt til de som får innblikk i disse ungenes liv.

En annen sak er at det i mange tilfeller er fullt mulig å melde til barneverntjenesten uten at dette utgjør noe tillitsbrudd overfor pasienten. Opplysningsplikten er forbeholdt de alvorlige tilfellene. Men i mange tilfeller kan og bør helsepersonellet ta opp sin gryende bekymring med pasienten, også før terskelen for opplysningsplikten er nådd. En målsetting kan da være å få samtykke til å informere barnevernet, og be om hjelpetiltak. Barneverntjenesten er også en del av hjelpeapparatet, og dersom man kommer inn tidlig kan kanskje tvangstiltak unngås. Vi må bort fra fordommen om at barnevernet først og fremst er et onde for foreldrene. Det er ikke alle meldinger til barnevernet som medfører tvangsmessig omsorgsovertakelse.

Det er helt avgjørende at etiske refleksjoner på dette feltet ikke medfører økt beslutningsvegring. I Brinchmanns innlegg savner jeg derfor de etiske momentene som tilsier at helsepersonell bør melde til barneverntjenesten. Ungene har bare én barndom, og uopprettelig skade kan bli resultatet hvis barna ikke får hjelp til rett tid. Etter min mening har helsepersonell en etisk, så vel som juridisk, forpliktelse til å melde omsorgssvikt til barneverntjenesten.

Etikken er ikke til for høyttenkningen alene, men bør være et verktøy som sammen med lovgivningen hjelper oss å ta de riktige beslutningene. Da blir det for enkelt å sammenlikne opplysningsplikten med utroskap, for så å sette punktum.

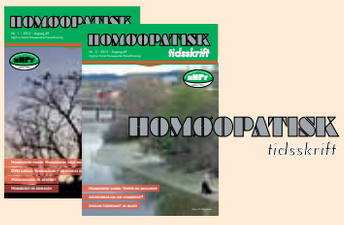
Snorre Ottemo Nordby, juridisk rådgiver, barneverntjenesten i Bodø kommune.

Vital 61-åring!

Søker nye abonnenter.

Siden du gløder for alternativ medisin får du fire nummer av Homøopatisk Tidsskrift - HT,
og fullt medlemskap for bare 200 kroner det første året. Vanlig pris fra 2013 kr 300. Ingen forpliktelser.

Interesserte kan ta kontakt med Norges eldste og eneste pasientforening innen alternativ medisin,
Norsk Homøopatisk Pasientforening, **NHPF** på:
post@nhpf.no, Postboks 412, 7404 Trondheim
eller Telefon 48369219.



Ved innmelding før 1. desember i år,
får du gratis HT, nummer 4 for i år.

HT har interessante og aktuelle artikler
om homøopati, kosthold, vaksine,
alternativ medisin og helse generelt.

Norsk Homøopatisk Pasientforening
NHPF
Stiftet 1951

Carina Strømme, sykepleier,
Bærum kommune.

KRONIKK
Demensomsorg

Vi skal ikke glemme!

Med langtkommen demens frøs Jorunn Marie Bukkøy i hjel utenfor sitt eget hjem en vinternatt i 2010.

Ettertid har vi fått vite at dårlig kommunikasjon og uavklarte ansvarsforhold var årsak til at omsorgssvikt overfor Jorunn Marie Bukkøy kunne skje. Som sykepleier med erfaring fra og arbeid innen demens og geriatri, opplever jeg ofte at demensomsorg er fraværende. Dette har flere årsaker:

- Primærhelsetjenesten bevilges for lite ressurser, og de forvaltes ofte på en lite konstruktiv måte.
- Kompetansen innen fagfeltet er ofte minimal, og ressurser i form av tid og helsepersonell mangler.
- Enkelte fastleger tar ikke forvirring og endring i atferd på alvor, og dermed får pasienten verken diagnose eller behandling.
- I tillegg er samarbeidet mellom de ulike helseinstansene ofte ikke-eksisterende, og kommunikasjonen mellom de ulike aktører innad i en bydel eller kommune svikter.

Mangelvare

Demensomsorg er en mangelvare. En etterspurt mangelvare, vel å merke. I Norge i dag finnes cirka 70 000 demente, og rundt 60 prosent av disse bor hjemme. Tallet er trolig høyere, mørketall eksisterer. Men uten spesialkompetanse kan ingen bistå med kartlegging og rådgivning i konkrete pasientsituasjoner.

Utredning og diagnostisering er viktig for denne pasientgruppen. For demens er en sykdom, en sykdom som affiserer hjernen. På lik linje med andre sykdomsrammete har demenspasienter rett til behandling og oppfølging. Sykdommen er progredierende. Den som rammes, svekkes gradvis psykisk og fysisk. Likevel, om demens oppdages tidlig, vil tilrettelagt behandling kunne gi pasienten en bedre alderdom.

«Må flere eldre demente lide en lignende skjebne før vi åpner øynene og handler?»

Jorunn Marie Bukkøys alderdom ble langt fra verdig. I hennes tragiske tilfelle var det svikt og ansvarsfraskrivelse i flere ledd. Jorunn Marie Bukkøys rop om hjelp fra snøskavlen ved rosebedet like utenfor sin egen inngangsdør, ble hennes siste. Må flere eldre demente lide en lignende skjebne før vi åpner øynene og handler?

Tryggest hjemme

Hjemmeboende eldre med demens er en stilltiende pasientgruppe. De er ikke lenger i stand til å målbære egne rettigheter. Derfor glemmes og tilsidesettes de også så lett. De er prisgitt ressurssterke pårørende og kompetent og handlekraftig helsepersonell for å få hjelpen eller behandlingen de har krav på.

Skal det være sånn? I Norge? Et av verdens aller rikeste land? For eldre som Jorunn Marie Bukkøy, med langtkommen demens, ville en plass på sykehjem være det mest forsvarlige, da pasienter som henne er avhengige av døgnkontinuerlig tilsyn. Likevel er min erfaring at mange eldre med mild og moderat demens kan, og vil, fungere hjemme ganske lenge. En forutsetning for dette er hjelp og tilrettelegging fra en kompetent primærhelsetjeneste. Mange eldre med demens ytrer ønske om å bo i eget hjem så lenge som mulig. Selv om dagene blir lange og hverdagen ensom og kaotisk, vil eget hjem assosieres med forutsigbarhet og trygghet. Her befinner den enkelte seg i vante omgivelser, og autonomi og selvstendighet ivaretas lenger, og i større grad enn på en institusjon.

Eldre med demenssykdom har mange og sammensatte behov. Derfor må det bevilges særskilt støtte til helsetjenester på sykehjem og til hjemmetjenesten som arbeider med nettopp denne pasientgruppen. Som sykepleier innen geriatri, erfarer jeg iblant at enkelte med demens motsetter seg hjelp. «Jeg klarer meg selv, det har jeg alltid gjort» hører jeg ofte fra en svært forvirret dame eller mann i døråpningen når jeg kommer på besøk. Å motta hjelp oppleves som nedverdigende for mange. Det er fullt forståelig.

Kjenner ikke tegnene

Samtidig vet jeg som sykepleier at de som lider av demens ofte har manglende dømmekraft og innsikt i eget sykdomsbilde. Uten hjelp fra oss vil de forkomme og visne hen. Som Jorunn Marie Bukkøy. Om pasienten motsetter seg hjelp, er det ikke dermed sagt at hun eller han bør gis opp. Tvert imot. Ulike tilnærmingsmåter må tas i bruk i håp om å skape en relasjon, for igjen å få innpass til å hjelpe. I dagens hjemmetjenester jobber mange ufaglærte pleieassistenter. De har ingen forutsetning for å vite dette.

Ofte vet de heller ikke hvilke tegn de skal se etter. Ukritisk atferd og mistenksomhet kan være ett av flere symptomer hos enkelte med demens. En pleieassistent har som regel ingen kunnskap om hvordan denne atferden skal imøtekommes samtidig

som pasientens verdighet ivaretas. Ofte vet de heller ikke hvilke tegn det er viktig å observere. Dette gjør at viktig observasjon ikke dokumenteres. At det ikke stilles større krav til formell kompetanse når det gjelder arbeid innen pleie- og omsorgstjenester til eldre er rett og slett uforsvarlig, og det kan få fatale følger.

For at demensrammete eldre skal fungere hjemme så lenge som mulig, må primærhelsetjenesten få ressurser som øremerkes demensomsorg. Nye styringssystemer er nødvendig, og demensteam bør etableres i alle landets kommuner.

Demensteam

Jeg jobber som sykepleier i et relativt nyopprettet demensteam i Bærum kommune. Teamet er tverrfaglig sammensatt, og inkluderer også pasientens fastlege. I en ideell verden skulle teamet bestått av flere sykepleiere, og vi skulle hatt enda bedre tid til samhandling med hver enkelt pasient. Men dagens helsetilbud til eldre er ikke ideelt. Dessuten fungerer teamet enn så lenge tilfredsstillende da de fleste fanges opp, og pasientene får kartlagt sine individuelle hjelpebehov, ofte på et tidlig stadium.

Kriteriet for å få hjelp fra oss i demensteamet er at en demensdiagnose skal foreligge. I tilfeller der det er mistanke om kognitiv svikt, utredes den enkelte i eget hjem av oss sykepleiere med spesialkompetanse innen geriatri. Legen stiller i etterkant en eventuell diagnose på bakgrunn av utredning og andre supplerende undersøkelser. Først når en demensdiagnose foreligger, vil pasienten kunne få riktig behandling, det være seg medikamentell eller ikke-medikamentell. Et tverrfaglig nettverk etableres gradvis rundt den enkelte pasient. Aktørene har jevnlig kontakt, og samarbeidet innad bidrar til at oppmerksomheten rettes mot pasienten.

Den enkelte vil oppleve en viss kontinuitet og forutsigbarhet, da tjenesten drives etter primærsykepleier-prinsippet. Dette for at pasientene skal ha færrest mulig personer å forholde seg til. Prinsippet vil også bidra til tett og regelmessig oppfølging av den enkelte. Internundervisning og diverse kurs hever kompetansenivået til ansatte i demensteamet.

I møte med demente hjemmeboende pasienter oppstår mange etiske dilemmaer, eksempelvis når en forvirret pasient med manglende innsikt i egen situasjon motsetter seg all form for hjelp fra ivaretakelse av personlig hygiene til inntak av mat og drikke. Vi er opptatt av etikk i praksis og gjennomfører derfor ukentlige «etikksamlinger». Dette bidrar til bevisstgjøring av egne handlinger og tilnærmingsmetoder.

FROSSET I HJEL: Jorunn Marie Bukkøy sin slektning, nevø Per Roald Hansen, utenfor blokken der Bukkøy ble funnet en morgen i mars 2010. Foto: VG/Magnar Kirknes.

Må forbedres

At dagens mangelfulle tilbud til denne pasientgruppen belyses er vel og bra, men det er på tide at ord blir til handling. Demensomsorgen og eldreomsorgen for øvrig har behov for et realt løft.

Bedre samarbeid mellom ulike helsetjenester og aktører innad i bydeler og kommuner kombinert med generell kompetanseheving er nødvendig. Slik vil hjemmeboende eldre med demens kunne leve de siste årene av sine liv på en forsvarlig og verdig måte. I dag, i morgen og også om tjueåtte år. For vi skal heller ikke glemme at i år 2040 vil mer enn 120 000 personer i Norge lide av en form for demens.

Statistisk sett vil antakelig flere av dagens politikere være en del av disse 120 000. Det håper jeg de ikke glemmer når de bretter opp ermene og spisser albuene foran valget i 2013. IIII

Anca Heyd, medisinsk rådgiver,
Helse Nord RHF.

«Kor e du barnefødt?»

Svaret kan bli mindre spennende i fremtiden ved at flere gravide blir sentralisert til fødeavdeling og kvinneklinikk.

Hvor man er født og hvem man tilhører har gjennom alle tider vært et tema som interesserer. I riktig gamle tider var kvaliteten på fødselsomsorgen dårlig, og en av hovedårsakene til kort forventet levealder hos kvinner. Slik er det heldigvis ikke lengre hos oss. Død i forbindelse med svangerskap og fødsel er imidlertid fortsatt en viktig dødsårsak i andre deler av verden.

Omkring år 1900 var barnedødeligheten så høy at en av ti fødte var død før ett års alder. I det tyvende århundre skjedde det betydelige forbedringer. Bedre levestandard og mange medisinske fremskritt medførte bedre kontroll over infeksjonssykdommene. Dødeligheten for både mor og barn ble sterkt redusert. I dag er dødfødselsraten kun 3/1000 fødte og dødsfall blant fødende er meget sjeldent (omkring 9/100 000 fødende per år). Seleksjonskriterier som avgjør hvor de ulike gravide skal føde, avhengig av risiko, har vært viktig for forbedringen. Det samme gjelder gode faglig nettverk som sikrer kompetanse.

Fødselsomsorg i Nord-Nord

Helse Nord har i dag seks fødestuer (Mosjøen, Brønnøysund, Lofoten, Lenvik, Nordreisa, Alta), syv fødeavdelinger (Mo i Rana, Sandnessjøen, Vesterålen, Harstad, Narvik, Hammerfest, Kirkenes) og to kvinneklinikker (Bodø og Tromsø). De siste tre årene har det vært omkring 5 200 fødsler årlig i Nord-Norge. Antallet fødsler varierer fra 25 ved Sonjatun, som er minst, til 1 450 fødsler ved UNN Tromsø, som den største.

Norsk medisinsk fødselsregister (MFR) gir helseforetakene mulighet til å overvåke kvaliteten på tjenesten. Kvalitetstall for perioden 2009–11 viser at fødselsomsorgen i Nord-Norge er lik resten av landet. Antall dødfødsler var likt (3,4/1000 fødsler per år), vår region hadde lavere andel keisersnitt (16,4 prosent mot 16,7 prosent), barn med fødselsvekt under 2,5 kg (4,7 prosent mot 5,0 prosent) og kompliserte fødselsrifter (1,5 prosent mot 2,5 prosent). Andel nyfødte med noe eller mer alvorlig surstoffmangel (Apgar score < 7) ved fødsel var litt høyere i nord (2,1 prosent mot 1,8 prosent). Selv om det er mindre variasjoner mellom fødeinstitusjonene bekrefter tallene at Helse Nord med våre mange fødeinstitusjoner har klart å sikre en meget god tjeneste.

> «Færre vil i fremtiden bli født på fødestuer.»

Ytterligere forbedringer

En god fødselsomsorg kan likevel bedres, ikke minst på systemnivå. Det er lagt planer fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) for ytterligere forbedringstiltak. Rapporten «En gledelig begivenhet» skisserer hvordan en styrket helhetlig omsorg kan oppnås. Forsterkete nasjonale seleksjonskriterier, en forbedret følgetjeneste, økt kunnskap og en styrket bemanning er blant tiltakene. Helse Nord innførte i vår oppgraderte seleksjonskriterier med enkelte regionale tilpasninger, etter anbefaling fra våre fagfolk, der de nasjonale kriteriene åpnet for dette. De nye kriteriene gir trygghet for at kvinner med lav risiko kan føde i fødestue, de med middels risiko i fødeavdeling og de med høyere risiko i kvinneklinikk. De som har en kvinneklinikk som sitt lokalsykehus kan som før føde her uansett risiko.

Risiko gir sentralisering

Ny kunnskap om risiko under fødsel har ført til at omkring 10 prosent av de gravide nå føder på et høyere nivå i behandlingskjeden. Det blir færre fødsler på fødestuene. Det er særlig risikofaktorer knyttet til overvekt og tidligere keisersnitt som medfører endret fødested. Få gravide må reise til nærmeste fødeavdeling i forkant av fødselen og bo hos venner eller kjente eller på sykehotell eller hotell. Denne kostnaden vil Helse Nord dekke. Dette gjøres for at kvinnene skal være nært et fødested som har kapasitet og kompetanse til å håndtere risiko og for å unngå transportfødsel. Der hvor avstandene er lange (over 1,5 times reisetid) vurderes om det er behov for følge av jordmor eller lege. Det er inngått avtaler om beredskap for slik følgetjeneste. I kommuner med lang avstand til fødested, men få gravide (lavt folketall) vil det planlegges opphold ved fødested i forkant av fødsel.

Færre barnefødt nært bosted

Færre vil i fremtiden bli født på fødestuer. Det vil bli gjort kontinuerlig oppfølging av kvaliteten i tjenesten og de endrete pasientstrømmer vil bli analysert. Fremtidige vurderinger av dagens struktur kan bli nødvendig. Svaret på spørsmålet «kor e du barnefødt» kan bli mindre spennende i fremtiden ved at flere gravide blir sentralisert til fødeavdeling og kvinneklinikk for å være sikker på at alle har en likeverdig sjanse til et godt resultat av livets lykkeligste begivenhet for mange. IIII

Reis med hjerte, hjerne og holdning

Albatros travel

SPESIAL-PRIS kr. 13.990,-

Sør-India

Kultur og solferie i fantastiske Kerala

Kolonihistorie, safari, tur med husbåt ved Indias Venezia, Kerala Backwaters, og 4 dagers badeferie
– med norsk reiseleder, 11 dager

Bli med og opplev et annerledes India – i delstaten Kerala, en fortryllende mosaikk av historisk kolonitid, pulserende byliv, risplantasjer, fossefall i frodig regnskog og palmesus på tropiske strender.
Reisen inkluderer et besøk på et moderne indisk sykehus og en tur til et palliativt senter som forsøker å øke kjennskapen til smertelindring i det indiske helsevesenet. Vi tar deg også med på en reise fra Cochins smale gater til den vakre Periyasjøen der vi med litt hell kan se elefanter ta seg en avkjølende dukkert. Vi overnatter på en husbåt og nyter livet på Keralas kanaler, opplever den tradisjonelle kathakalidansen og avslutter eventyret med fire uendelig avslappende dager på strandhotell i Kovalam. Her kan du slappe av til i palmesus og bølgebrus, unne deg en ayurvedabehandling eller kose deg med skalldyrsrestaurantenes overflod av hummer, reker og fersk fisk. Bli med til det fantastiske Kerala.

Informasjon og påmelding
Les mere på www.albatros-travel.no/sykepleien
Albatros Travel, tlf. 800 58 106, info@albatros-travel.no
Vennligst opplys reisekode LR-SYK

DAGSPROGRAM

Dag 1	Avreise fra Norge
Dag 2	Ankomst til Cochin. Byvandring i den gamle bydelen
Dag 3	Cochin. Mattancherry-palasset, sykehusbesøk og kathakali-dans
Dag 4	Cochin – Periyar Nasjonalpark
Dag 5	Periyar Nasjonalpark. Morgensafari, krydderplantasje og båttur på Periyar-sjøen
Dag 6	Periyar Nasjonalpark – Kumarakom. Kerala Backwaters og innkvartering på husbåt
Dag 7	Alleppey – Kovalam. Innkvartering på kysthotell
Dag 8–10	Kovalam. Besøk på palliativt senter. Avslapning og strandliv
Dag 11	Trivandrum – Oslo

AVREISE 31. MARS 2013

KR. 13.990,-

Prisen inkluderer

- Norsk reiseleder.
- Fly Oslo – Cochin og Trivandrum – Oslo.
- Utflukter jf. program
- 8 netter på gode hoteller i delt dobbeltrom
- 1 natt på 3-stjerners husbåt
- Helpensjon dag 1-5 og frokost daglig i Kovalam
- Skatter og avgifter

Reis med oss – Albatros

Rundreiser med reiseleder. Mer enn 25 års erfaring!
Besøk oss på www.albatros-travel.no

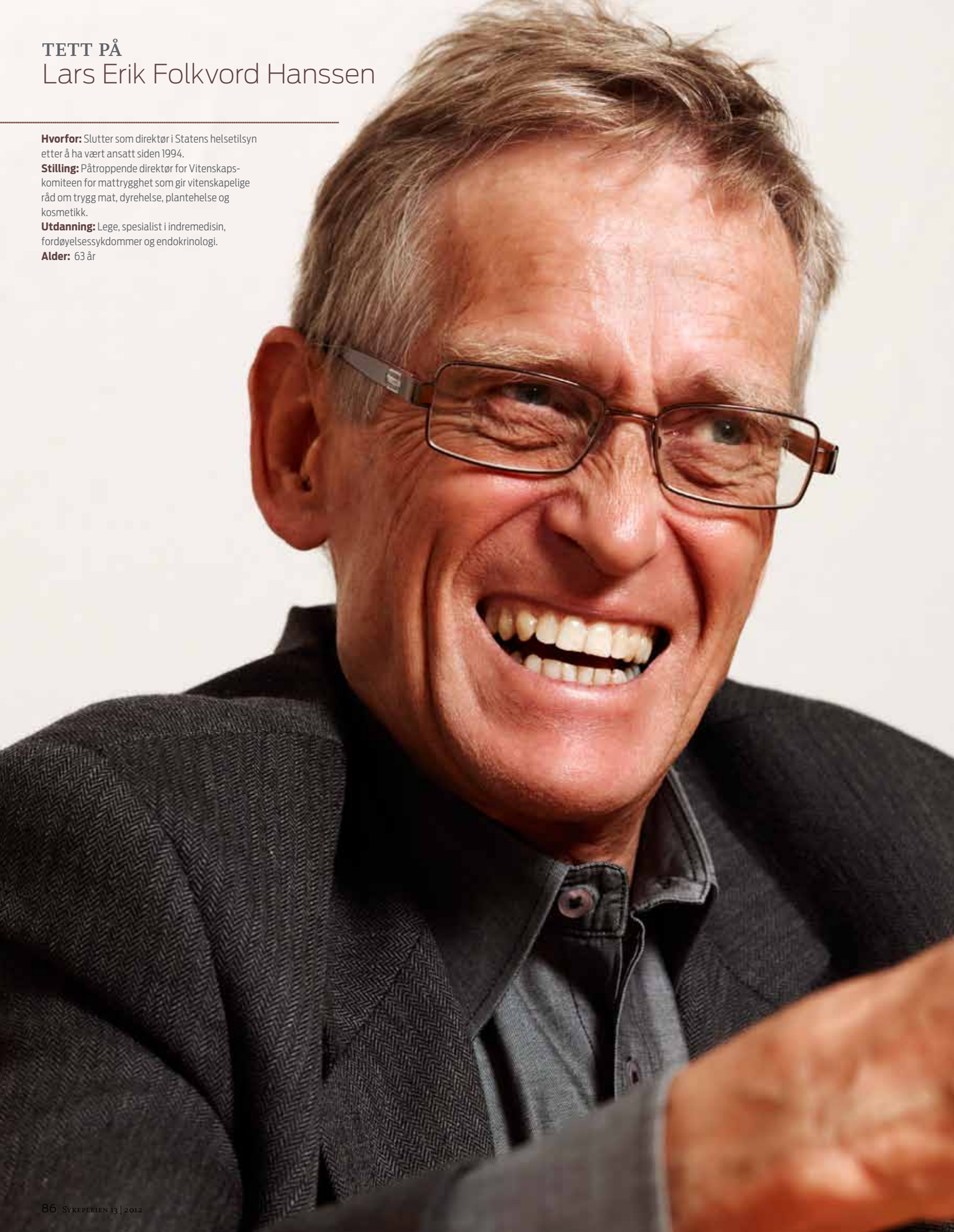
ÅPENT I HELGENE: Telefonene er åpne også lør-søn kl. 10-15. Ring på tlf.: 800 58 106

Albatros travel

Medl. DK RGF

TETT PÅ
Lars Erik Folkvord Hanssen

Hvorfor: Slutter som direktør i Statens helsetilsyn etter å ha vært ansatt siden 1994.
Stilling: Påtroppende direktør for Vitenskapskomiteen for mattrygghet som gir vitenskapelige råd om trygg mat, dyrehelse, plantehelse og kosmetikk.
Utdanning: Lege, spesialist i indremedisin, fordøyelsessykdommer og endokrinologi.
Alder: 63 år



Vaktbikkja abdiserer

Lars E. Hanssen, nylig avgått direktør i Statens helsetilsyn, deler gjerne to yndlingsparagrafer og ett favorittsitat med landets sykepleiere.

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

Flere tusen sykepleierstudenter har hørt ham gjengi sitt favorittsitat.

Nå sier han det igjen, hva som alltid – ALLTID – skal være i sentrum.

Pekefingeren kommer denne gangen ikke fra en talerstol til landets sykepleierstudenter i egenskap av å være direktør i Statens helsetilsyn. Det var han ferdig som i august, etter 19 år som vaktbikkje for Helse-Norge. I dag er han direktør ved Vitenskapskomiteen for mattrygghet (VKM), og det er fra det nye kontoret formaningen kommer.

Han er ennå ikke helt varm i trøya i sin nye jobb. Åremålet i Statens helsetilsyn går egentlig ikke ut før til nyttår, men denne jobben dukket opp, og han slo til. Så det er kanskje ikke så rart at han – nesten umerkelig – glir over fra preteritum til presens når han snakker om sin tidligere jobb.

Han er solbrun og energisk, etter en uke på Mallorca med kone og sønn. Nå har han åpnet vinduene på kontoret på vidt gap for å få luften i sirkulasjon. Inneklimaet på hans nye arbeidssted i Lovisenberggata i Oslo er ikke det beste. De ansatte kan berette om sår hals og vondt i hodet etter endt arbeidsdag.

– Blekket på den nye leieavtalen tørker ikke før vi tar opp behovet for ventilasjonsanlegg, bedyrer Hanssen.

Over til det Hanssen fremdeles kan mest om: Pasientsikkerhet. Risikoanalyser. Feilmeldinger.

Og – de siste årene: Endringer.

Helsetilsynet har nemlig vært gjennom flere endringer. 1. januar 2012 ble fylkeslegen, tidligere underlagt Helsetilsynet, plassert under Fylkesmannen. Siden i fjor må alvorlige hendelser meldes anonymt til Kunnskapssenteret for helsetjenesten i stedet for til Helsetilsynet. En utrykningsgruppe fra Statens helsetilsyn skal være på pletten innen 48 timer dersom hendelsen er alvorlig nok.

«Jeg rakk heldigvis å gjøre mine egne feil før jeg ble tilsynsdirektør.»

Statens helsetilsyn er et frittstående kontrollorgan. Hanssen har hatt mulighet til å gi tvangsmulkt til opptil flere helseministre i sin karriere, men har aldri gjort det.

– Men jeg har pleid å minne om det – litt spøkefullt – sånn omtrent en gang hvert halvår, sier han.

– Hvordan har det vært å gi fra seg meldeordningen til Kunnskapssenteret?

– Vi var imot det. Meldingene var viktige for Helsetilsynet, for å vite hva som sviktet hvor. Argumentet for å legge deler av meldeordningen til Kunnskapssenteret i stedet, var at helsepersonell skulle lære av sine feil. Men akkurat det har vi jobbet mye med. Nå ønsker vi dem lykke til med oppgaven, sier han.

– Har omleggingen av meldeordningen skjedd i fred og fordragelighet?

– Vi har svart gjennom høringsrunden. Jeg synes det er riktig å si fra gjennom de formelle kanalene.

– Har du fått sagt godt nok fra om hva du synes om å flytte deler av meldeordningen?

– Jeg brenner ikke inne med noe i den saken. Jeg er veldig glad for det fokus pasientsikkerhet nå har fått fra regjeringen.

DE SISTE ÅRENE har det ikke vært mangel på skandaler i helsevesenet. Den såkalte ventelistesaken ved Sykehuset Asker og Bærum (nå Vestre Viken) er en av flere saker som har blitt politianmeldt. Statens helsetilsyn må politianmelde 7–8 saker hvert år.

I 2011 konkluderte Helsetilsynet med at kreftomsorgen bygger på for høyt risikonivå.

Hanssen har mer enn en gang vært takknemlig for at han selv har lang fartstid som sykehuslege – forståelsen for hvorfor noe kan gå så langt at det havner på hans bord som en tilsynssak har han fremdeles.

– Jeg rakk heldigvis å gjøre mine egne feil før jeg ble tilsynsdirektør, sier han.

SÅ GNIR HANSSEN SEG I HENDENE. Han har kommet til sine yndlingsparagrafer, og skal få lov til å dele dem med Sykepleiens lesere. Det ser ut som han gleder seg, idet han tar sats og sier:

– Helsepersonellovens paragraf 16. Og 17. Dette er hemmelige våpen. Hvis landets sykepleiere begynner å ta disse i bruk, har de nemlig et meget potent virkemiddel for å kunne gjøre jobben sin på en bedre måte. Arbeidsgivere som kniper på ressursene så det blir helsefarlige tilstander, kan møtes med paragraf 16. Den sier at arbeidsgiver plikter å legge til rette for at arbeidstakerne kan oppfylle sine lovpålagte plikter, og må dermed sørge for nok ressurser til å drive forsvarlig.

Paragraf 17 understreker den enkeltes ansvar for å si ifra når noe ikke er som det skal være. Helsepersonell som vet om hendelser som kan være skadelig for pasienten, men ikke sier fra, kan nemlig bli medansvarlig dersom samme feil oppstår på nytt.

Én problemstilling berører ham mer enn noen annen, selv nå etter at han har gått av som tilsynsdirektør.

Kinnene blir en anelse rødere når Hanssen snakker om helsesøstrene. Eller, det vil si mangelen på dem. En hjertesak for Hanssen er barna. Sviket mot barna, kaller han det.

– De kommunene som har få helsesøstre og liten skolehelsetjeneste, har flere barnevernssaker enn de kommunene som har god helsesøsterdekning.

Han er glad for at han, ikke uten kamp, fikk barne- og sosialtjenesten inn under sine direktørvinger i Statens helsetilsyn.

– Vi kan føre tilsyn med at eldre og syke får de helsetjenestene de har krav på. Men det er enda viktigere å fange opp de barna som kjemper. De som har problemer hjemme, med foreldre som ruser seg eller er psykisk syke, og de barna som blir mobbet, som ikke klarer å konsentrere seg på skolen. Mange voksne, det kan være lærere, helsesøstre eller andre, vet i løpet av den første uka hvilke barn dette er. Men de gjør ikke noe med det. De varsler ikke fra til noen, og barnet kan gå gjennom hele oppveksten uten å bli fanget opp, selv om «alle» har visst at noe var galt.

– Mange av disse barna ser vi igjen i de negative statistik-

kene: De dropper ut av skolen, de begynner tidlig med rus, de havner i trøbbel med politiet, de er overrepresentert i fengslene.

Kona til Hanssen er sykepleier. De har vært gift i 30 år. Kona, Karin Solfeldt, har sittet i forskjellige styrer som tillitsvalgt sykepleier. Nå er hun konserntillitsvalgt for Unio i Helse Sør-Øst.

– Det har vært noen som har ment at jeg var inhabil fordi jeg har en tillitsvalgt sykepleier som kone. Både Helse Sør-Øst og Helsedepartementet er informert om alliansen der hjemme.

Hanssen har som helsedirektør blitt habilitetsvurdert av departementets jurister – dokumentet var på over 10 sider, anslår Hanssen. Ingen inhabilitet ble funnet.

– *Snakker dere om alt hjemme?*

– Nei, vi fører hverandre bak lyset hele tiden, humrer han, før han blir alvorlig:

– Både min og hennes rolle er avhengig av troverdighet. Det kan jo ikke være yrkesforbud selv om man er gift – men det skal gjøres en konkret vurdering.

UT FRA CV-EN Å DØMME, må Hanssen ha jobbet mye i sitt 63-årige liv. Han er godkjent spesialist i indremedisin (1986), fordøyelsessykdommer (1986) og endokrinologi (1989). Han har publisert et par hundre vitenskapelige arbeider. Før han begynte i Statens helsetilsyn, hadde han rukket å være både sjeflege og professor ved Rikshospitalet.

– *Hvordan har du kombinert familie og karriere?*

– Jeg har hatt mye hjemmekontor. Og så har jeg jobbet mye på kveldstid. Men kona har nok jobbet enda mer enn meg, sier han.

Hanssen har en sønn på 18, som ifølge Hanssen «skuffet sine foreldre med å møte opp til hotellfrokosten opp til flere ganger» på Mallorca-turen. Hanssen ler godslig.

– Han er en god gutt. Han har vært gjenstand for sykepleiefaglig veiledning akkurat som meg, vet du. Jeg pleier å si det om bikkja, den er så snill fordi den har vært gjenstand for sykepleiefaglig veiledning.

– *Hvordan foregår dette?*

– Nei altså, sier han og forklarer:

– Litt rettledning når den biter i listverket og sånt noe.

Og med det er han over i sitt absolutte yndlingstema: Å lære av sine feil. For på samme måten som bikkja må oppdras, så må også helsepersonell oppdras? Eller?

– Vel, nei, altså, sier han, og trekker liknelsen halvveis tilbake. Kanskje ikke direkte sammenlignbart, men han mener at det er viktig å skape en kultur hvor feilmelding er noe positivt, noe man lærer av.

– Det er ikke straff når vi reagerer eller fratar noen autorisasjonen.

– *Men den enkelte oppfatter det vel som straff?*

– Da misforstår du. Vi straffer ikke. Det er det politiet som gjør.

– *Men noen kan vel…*

– Det er feil. Vi hjelper, både den som har gjort feil og pasientene.

Han vedgår at det kan være tøft å skrive brev til sykepleiere og leger som har gjort noe uforsvarlig i yrkesutøvelsen, og som fratas autorisasjonen. Det skjer mest på grunn av rus og atferdssaker, svært sjelden på grunn av faglige feil.

– Dersom mottakeren ikke forstår at dette kan brukes til læring, kan det være tungt.

Men straff. Hanssen er ikke engang interessert i å forfølge

«Det kan jo ikke være yrkesforbud selv om man er gift.»

den tanken. I årevis har han jobbet med å snu nettopp en slik mentalitet.

For hva var det igjen? Dette som alltid skal være i sentrum? Lars E. Hanssen gjentar, for n'te gang i sitt liv, fremdeles med overbevisning:

– Pasienten skal være i sentrum. Og helsepersonell klarer ikke å sette pasienten i sentrum, om de har satt seg der selv.

ETTER Å HA snakket halvannen time, sier han så:

– Du har ikke spurt noe om min nye jobb.

– *Hvordan er din nye jobb?*

Han kremter.

– Det har vært veldig stimulerende med et jobbskifte.

– Mattrygghet er ikke så langt unna helsefaget. IIII