8 2011
16. juni 2011
99. årgang
Sykepleien

Hva gjør det med menneskers verdighet når kroppen ikke lenger er hel?

Tap og verdighet

Forsikringer skal gi deg trygghet, **men;** kan de også gi deg litt bedre økonomi?

Alle som har offentlig tjenestepensjon i KLP har ikke bare en solid og trygg pensjonsordning, de har også muligheten til å benytte seg av spesielt gunstige forsikringsordninger. Vi vet at våre medlemmer er fornuftige og ansvarlige, derfor kan vi tilby svært konkurransedyktige betingelser. Lave forsikringspremier og markedets raskeste bonusopptjening kan gi deg som medlem noen kroner til overs. Hva du bruker disse pengene til skal ikke vi bry oss med, men husk at vi også har bank med svært gode betingelser både på sparing og fond.

Gå inn på **klp.no** og les mer om hva vi kan tilby alle som har offentlig tjenestepensjon i KLP.

KLP
for dagene som kommer

Uten parfyme. Uten farve. Uten smak. Uten konserveringsmidler. Uten tørre lepper.

Johnson & Johnson Tel. 6698 1030

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

E-post:
redaksjonen@sykepleien.no
interaktivt@sykepleien.no

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

Medarbeidere:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Deskjournalist 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

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

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

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

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

Repro og trykk
Stibo Graphic AS

Gjesteskribenter:

Sykepleie er både livsviktig og livsfarlig, avhengig av den enkeltes dømmekraft i praksis, skriver **Marie Aakre**. Å ha etiske refleksjoner over inntrykk fra praksis er noe som ikke bør være frivillig. Dilemma side 88.

Dag Seierstad går i forsvar for ILO-konvensjonen 94, der blant annet retten til tariffl ønn for ansatte i oppdrag for det offentlige sikres tariffl ønn. Men dette kan bryte med EØS-reglene. Kronikk side 86.

Finn Nortvedt beskriver smerte i kroppsdeler som ikke lenger er der. Han går til filosofien og psykologien for å forklare fantomsmerter og fantomopplevelser. Side 74.

Cathrine Sandnes er opptatt av kravet til et verdig liv og en verdig død. Et brev fra en 80 år gammel dødssyk mann har fått henne til å tenke nytt. Side 90.

Fagpressen
OPPLAGSKONTROLLERT

SYKEPLEIENS FORMÅLSPARAGRAF:
Sykepleien skal utøve saklig, uavhengig og kritisk journalistikk forankret i Norsk Sykepleierforbundsformå lsparagraf,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.

Forsidefoto: Scanpix og Tom Kristensen
Illustrasjon: Hilde Rebård Evensen

Innhold

Sykepleien **AKSJONISTEN:** «I år blir den store

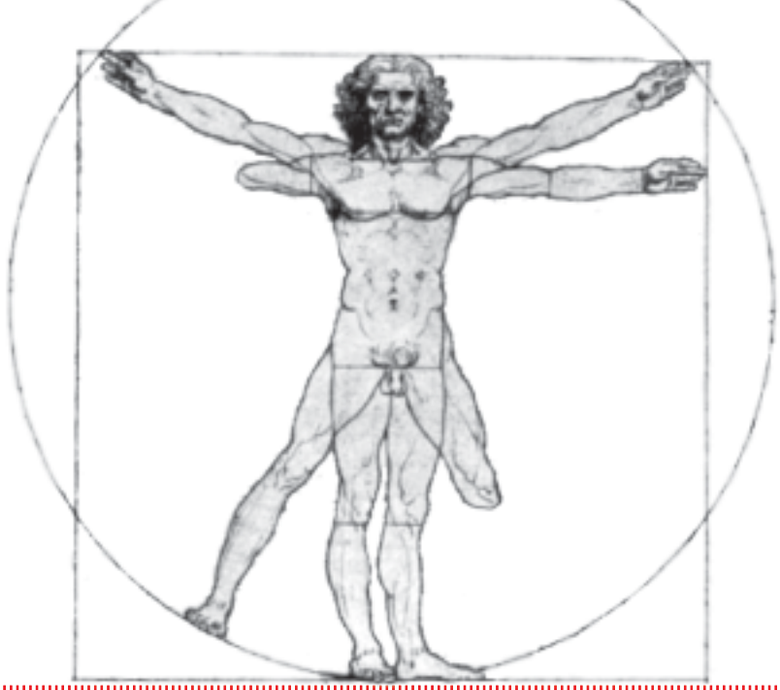
Hva skjer

47 Aksjonisten
48 Hva skjer–småstoff
50 Klarer ikke skaffe sommervikarer
52 450 000 barn har foreldre som «sliter»
53 15 DRG igjen
54 Hatlens avgang skaper mer uro
56 Bedre enn fryktet
57 Golf mot kreft
58 Fant nettpasientene
60 Danske kutt ga lavere sykefravær
61 Vi bare spør Liv Tønnes
62 Dør for tidlig

Tema:
Tap og verdighet

8 Manndom for fall
12 Mette før, Mette etter
18 Opp igjen
24 Blokk 215
30 54 år med kontroll
34 Tilbake til start
37 Skodd for anledningen
42 Stridsdyktig

6



sommerkabalen ekstra innfløkt.»

8 • 2011
16. juni 2011 • 99. årgang

Fag og bøker

64 Danmark satser på rehabilitering
68 Trives på sykehjem
72 Spiser flere måltider
74 Finn Nortvedt om fantomsmerter
76 Bokanmeldelser
78 Quiz
78 Samarbeid gir aktiv omsorg

Mennesker og meninger

80 Lisbeth Normann om viktig fagkunnskap
81 Meninger og Riskhospitalet
82 Siden sist
86 Dag Seierstad om EU tarifflønn
88 Dilemma: Marie Aakre
90 Refleks: Cathrine Sandnes

91 Stillingsannonser
98 Kunngjøringer

GJESTESKRIBENTEN:

«Etisk refleksjon må ikke være frivillig!»

Gjesteskribent Marie Aakre 88

54

50

«Helse-Norge mangler 150 000 vikarer.»

TEMA TAP OG VERDIGHET

8 Manndom for fall ›
12 Mette før, Mette etter ›
18 Opp igjen ›
24 Blokk 215 ›
30 54 år med kontroll ›
34 Tilbake til start ›
37 Skodd for anledningen ›
42 Stridsdyktig ›

Livet er ikke perfekt

Tekst **Barth Tholens** Foto **Scanpix**

Knut Lundstrøm ble overkjørt av en 220 tonn tung kran på jobben. Kjetil Bragstad våknet opp på Ullevål etter å ha kjørt på en veibombe i Afghanistan. Halvor har ikke lenger penis, mens Mette Grøholdt fikk utlagt tarm som følge av kreft.

Hva skjer med menneskers selvfølelse og verdighet når de mister en synlig kroppsdel? Eller en ikke fullt så synlig kroppsfunksjon? Når de ikke lenger er det «fullendte» mennesket, men en person med en skavank som ikke alle liker å tenke på?

Vår kultur dyrker lykken og kroppen. I reklamen framstilles vi helst som perfekte, vellykkede mennesker. Men hvert år skader mange tusen mennesker seg på jobben. Over 25 000 personer får kreft hvert år. 200 000 personer i Norge har diabetes. 300 000 går på uføretrygd. Alle må de leve med den kroppen de har.

Sykepleiens journalister har snakket med mennesker som bor i en kropp som skiller seg fra det normale. Noen har hatt behov for helsehjelp, men klarer seg nå fint alene. Andre blir gradvis sykere. Lever de et liv i savn? Eller går de bare videre?

Ti menn må amputere penis hvert år.

Manndom for fall

Tekst **Ann-Kristin Bloch Helmers** Foto **Colourbox og Eirik M. Sundt**

I slutten av februar i år mistet Halvor penis. Han reagerte med lettelse.

Penisamputasjon er noe vi nødig snakker om. Det fremkaller lett et grøss. Eller et beskjemmet fnis. Man vet ikke helt hvordan man skal te seg.

Det er som om man kan kjenne smerten. Fysisk og eksistensielt.

Dobbelt hemmelig

Hvert år får rundt 50 menn i Norge beskjed om at de har kreft i penis, og at de må på sykehus for behandling. Noen trenger kun stråling, eller bare å få fjernet en liten flekk. De fleste må fjerne glansen, altså penishodet.

Men ti menn må hvert år amputere hele penis. Rubb og stubb. Ingen av disse har forventet sykdommen. Ingen er forberedt på å bære diagnosen – det dobbelt hemmelige: Kreft. Amputert.

Dette er peniskreft

- Peniskreft er en multifokal sykdom i huden på glans og innerste del av forhuden. Ved organbevarende kirurgi hvor deler av glans med forhud bevares, må pasienten få nitid oppfølging over mange år. Hvis dette ikke er mulig anbefales det amputasjon med fjerning av hele glans.
- Ved lokalisert peniskreft tilstreber man organbevarende behandling, særlig på yngre seksuelt aktive menn. Men ingen behandling skal velges som går på akkord med høyest dokumentert kurasjonsrate.

Kilde: Oncolex

Liten, viktig gruppe

Urolog Bjørn Brennhovd på Radiumhospitalet er den av de mest erfarne legene i landet på denne typen amputasjon. Hovedbudskapet er at få rammes, og av de som rammes, trenger ikke alle å fullamputere. Han betegner mennene med peniskreft som en sjelden, men viktig gruppe, som trenger et koordinert og tverrfaglig team rundt seg for å ha best mulig prognose.

Regelen for peniskreft er den samme som for kreft ellers: Jo tidligere pasienten kommer, jo bedre prognose. Og jo bedre prognose, jo mindre trenger kirurgen å skjære.

Noen pasienter bryr seg ikke om hvor mye kirurgen skjærer, de vil bare ha kreftcellene vekk.

Andre menn vil heller dø med sykdommen enn å amputere.

Våken under operasjonen

Halvor ville ikke dø. For ham har livet mange andre verdier enn det seksuelle. På grunn av diabetes hadde forhuden allerede forvoldt ham en god del plager, i form av verking som ikke forsvant.

Via fastlegen ble det i januar 2010 sendt en anmodning om undersøkelse ved Sørlandet sykehus. I oktober kom han inn til vurdering, i november ble det tatt prøver. Det ble funnet kreftceller, og han ble etter hvert sendt videre til Radiumhospitalet.

Halvor forteller at han har hatt god støtte hos fastlegen. Han opplevde både varme og faglig dyktighet på Radiumhospitalet. Møtet med sykehuset har bare vært en fornøyelse, sier han.

På Radiumhospitalet fikk han beskjeden: Penis måtte vekk, helt eller delvis.

– Dette vet du best. Dette er ingen bilmotor, så det er ikke mitt fag, var svaret bilmekanikeren, og nå pasienten, ga.

Halvor var våken og bevisst under hele amputasjonen. Som storvokst diabetiker var det ikke tilrådelig med full narkose. Med en gang han kjente noe, fikk han mer smertelindring. Han lå på ryggen og så ikke hva som skjedde. Snakket med anestesipersonalet underveis. Halvor husker samtalen:

– Nå syr han, sa sykepleieren som hjalp legen.

– Jeg fikk tatt bort alt, sa kirurgen til Halvor.

Halvor beskriver det som en nydelig følelse. En lettelse.

Psykiske plager

En studie utført ved Ullevål sykehus i 1994 (Opjordsmoen og Fosså), fulgte opp 30 pasienter flere år etter at de hadde blitt behandlet for peniskreft. Studien viser at pasientene som hadde blitt behandlet med hel eller delvis amputasjon, rapporterte om at de seksuelt fungerte dårligere enn de som hadde fått annen type behandling, hvor penis ble bevart. Men – det var ingen forskjell på hvor fornøyd de var på andre områder som målte livskvalitet.

Halvparten av pasientene hadde psykiske plager ved oppfølging, og disse pasientene var mindre fornøyd og var mindre sosiale.

Truet maskulinitet

Sett fra en rent biologisk vinkel vil en amputasjon føre til at evnen til penetrasjon, til å gjennomføre et samleie, forsvinner. Ved å se på penis i en utvidet, kulturell ramme »

Verdighet: Bli tatt på alvor.

Halvor

– som et symbol på manndom – er det lett å tenke seg at hele den maskuline kjønnsidentiteten kan bli truet ved å fjerne penis.

Fallos er ifølge den leksikalske definisjonen den greske betegnelsen på en erigert penis. Men fallosen er i mange kulturer også selve den patriarkalske målbærer: Den symboliserer styrke, makt, tapperhet, krigerskhet, maskulinitet og fruktbarhet.

En fallisk person er i psykologiens termer en som har maskuline trekk og egenskaper – og har tendenser til dominans og maktutøvelse.

Geografiske forskjeller

I Norge er bare 1 prosent av alle nye krefttilfeller hos menn i penis. Urolog Brennhovds inntrykk er imidlertid at stadig yngre menn rammes. Det seksuelt overførbare HPV-viruset kan ha skylden for det.

Også i Europa og USA er bare 1 prosent av alle nye krefttilfeller hos menn, peniskreft. I Sør-Amerika, Asia og Afrika utgjør peniskreft i enkelte områder 10–20 prosent av alle kreftformer hos menn.

Dette er penis:

- Penis er det mannlige kjønnslem.
- Penis består av penisskaftet og penishodet. Urinrøret går gjennom penis og munner ut i en spalteformet overflateåpning i spissen av penishodet.
- Urinrøret er omgitt av et svamplegeme (corpus spongiosum) som på oversiden er forbundet med et annet, dobbelt svamplegeme (corpus cavernosum), som går ut fra hver side av underlivsbenet.
- Begge svamplegemene kan fylles med blod, slik at den ellers myke og nedhengende penis blir hard og oppreist ved seksuell stimulering.
- Penishodet (glans) er en fortsettelse av det underste svamplegemet.
- Forhuden (preputium) beskytter penishodet og er en reservefold for forlengelsen av kjønnslemmet ved ereksjon. Den går på undersiden over i en slimhinne, festet til den bakre delen av penishodet via en hudbro, (frenulum preputii). I folden her er det en rekke talgkjertler som kan utskille et hvitaktig belegg (smegma) med karakteristisk lukt.

(Kilde: Store Norske Leksikon)

Sykdommen er ifølge Oncolex sjelden i kulturer hvor rituell omskjæring blir gjort i barneårene.

Peniskreft har også andre årsaker enn HPV-viruset. En risikofaktor er at smegma samles under forhuden. Dette kan komme av infeksjoner som følge av for eksempel diabetes, trang forhud eller mangel på hygiene. Fimose, røyking og mange seksualpartnere er også risikofaktorer.

Deformert som mann

I ukene som har gått siden operasjonen har det kommet nye tanker til for Halvor. Han erkjenner at det er en del av kroppen han nødig ville miste. Han føler seg til tider deformert og redusert som mann.

Om opplevelsen av verdighet og egenverd gjennom sykdommen, sier han at jo, den har blitt rammet. Det er ikke hvilken som helst kroppsdel – og det er heller ikke hvilken som helst funksjon han har mistet. Toppen av kosen har forsvunnet. Det hender han savner den toppen.

På grunn av diabetesen var evnen til seksuell prestasjon allerede redusert før han fikk kreftdiagnosen. Sorgreaksjonen ved «ikke å strekke til som mannfolk», som han beskriver det, hadde han vært igjennom. Han syntes det var ille å miste potensen, men beskriver en fantastisk støtte i kona.

Halvor nekter å la tunge tanker få overtaket. Han og kona har fremdeles et godt samliv. Begge er snart pensjonerte, og de har fått barna de skal ha. Han har tro på å beholde humøret, ikke dvele for mye ved det som har skjedd, eller det som kan komme til å skje.

Når det til tider blir tungt, så synger han en liten visestubb. Da forsvinner mørke tanker.

Ny penis

Ifølge ordbokdefinisjonen har begrepet rehabilitering to betydninger: å gjeninnsette «i tidligere verdighet og stilling», eller å sette i «funksjonsdyktig stand igjen».

Ifølge urolog Bjørn Brennhovd gjør spesielt de italienske plastikk-kirurgene en heroisk innsats for å rekonstruere et funksjonelt lem, blant annet med innsetting av bøyler som skal beholde stivhet.

Men Brennhovd vet at det å *lage* en penis på nytt, og «sette den i funksjonsdyktig stand» kan være vanskelig, i de fleste tilfeller umulig. Rekonstruksjon er imidlertid et tilbud til pasientene. Det nye lemmet kan ligne penis i slapp tilstand, men får bare en kosmetisk funksjon. Det er ikke mulig å oppnå ereksjon eller orgasme med de metodene som brukes i Norge i dag. Det er likevel viktig for mange at de fremdeles kan dusje eller ta badstu sammen med andre uten å bli beglodd.

Ikke fantomsmerter

Når det gjelder den andre siden av rehabilitering: tap – og den leksikalske definisjonen «gjeninnsettelse» – av verdighet, blir urolog Brennhovd ofte overrasket. Han ser pasienter som nettopp fått beskjed om at de har kreft – der.

Det går ifølge ham bedre enn man skulle tro når man står utenfor. Den mannlige identiteten kan få seg en knekk, og mange blir redde for at partneren skal forlate dem. Men likevel, Brennhovds erfaring etter ti år med denne pasientgruppen er at det stort sett går bra. På Radiumhospitalet er det en psykiater som sitter stand by dersom det skulle være behov for å snakke mer enn det kirurgene og sykepleierne på sengepost og poliklinikken har tid til.

Fantomsmerter er ikke et tema etter penisamputasjoner, ifølge Brennhovd. Noen pasienter som ikke har fjernet alt, får smerter av de første, nattlige ereksjonene. Men da er det stingene som gjør vondt, og de forsvinner etter hvert.

Flaut å tisse

Toalettbesøkene ble med ett et problem for Halvor. Strålen gikk alle veier, opp i klærne og oppover veggen, det var ingen kontroll. Det var rett og slett flaut, og han kviet seg for å dra på besøk hos folk.

I slike tilfeller kan kirurgene legge inn et rør mellom testiklene og endetarmen, så han kan sitte og tisse. Men det er heller ikke uproblematisk i forhold til hygiene, for eksempel. Halvor fant råd selv. Han skar av et stykke plast fra en flaske skyllemiddel.

Plastbiten er perfekt skjold mot en tøylesløs urinstråle. Liten og diskret er den også, går i lomma uten problemer.

Prognose

- Prognosen for peniskreft er avhengig av tumortype, utbredelse ved diagnosetidspunktet, behandling og oppfølging. Ved lokalisert kreft uten metastaser er 5 års overlevelse cirka 80 prosent.
- Ved metastaser til lysken, men ikke til bekkenglandler, kan radikal kirurgi på lymfekjertlene gi varig kurasjon – 5 års overlevelse er 40–50 prosent.
- Dersom bekkenglandlene er involvert, har god kirurgi fortsatt en kurativ målsetning. 5 års overlevelse er da 20 prosent.

Kilde: Oncolex

Viktig potens

Sju menn i Ullevål-studien fortalte at hvis de fikk valget igjen, ville de valgt en behandling som ga lavere langsiktig overlevelse, for fortsatt å være seksuelt potent.

De fleste prioriterte likevel høyere langsiktig overlevelse.

Kreftsykepleier Rosalind Celia Andrews påpeker i en fagartikkel at pasienter som har amputert penis trenger mye omsorg knyttet til følelser og deres eget selvbilde. Hun understreker at mange vil føle det svært vanskelig å være naken uten penis og vil kunne oppleve selvmordstanker.

Det kan ifølge Andrews også være vanskelig for sykepleieren å se en pasient uten penis.

Mye skam er ifølge forfatteren knyttet til penisamputasjon. Noen menn kan tro at det er Guds måte å straffe vedkommende for umoralsk oppførsel eller en eller annen form for høy seksuell aktivitet.

Penis er en privat del av kroppen, og mange pasienter føler ifølge Andrews ikke at de lenger er «hele» mennesker.

Får svar

Hva var det så Halvor mistet mens han småpratet med sykepleieren under lokalbedøvelsen i februar? Var det manndommen?

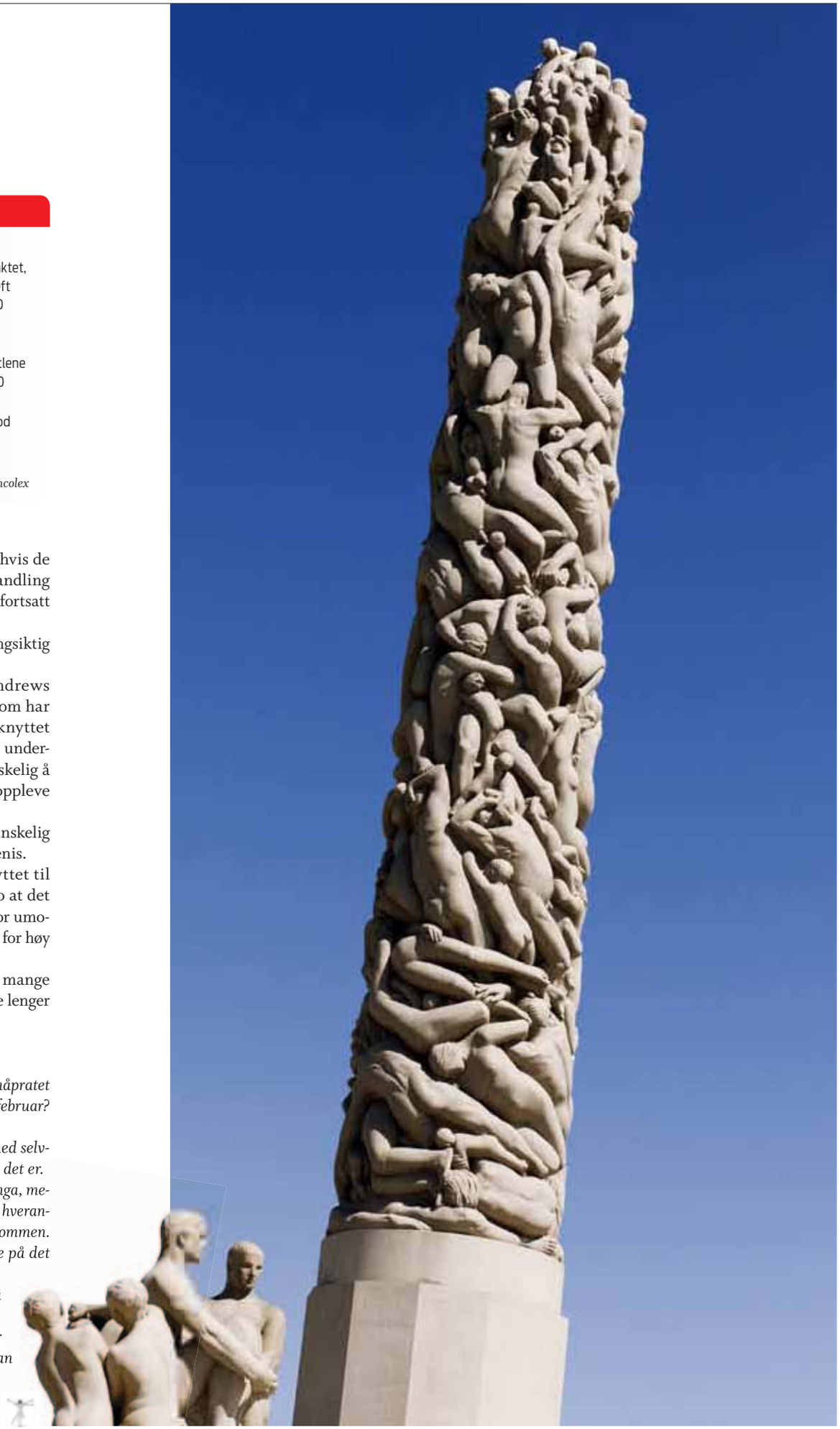
Det er klart, sier han, at det gjør noe med selvbildet. Men hva skal en gjøre? Det er som det er.

Livet er mye mer enn de minuttene i senga, mener han. Man kan være kjærlig og god med hverandre, selv om man ikke avslutter som i ungdommen.

Halvor lever. Så kan han velge å gnure på det vonde eller ikke.

Om noen spør, får de et klart svar på hva som har skjedd – joda, de kappa han rett av. Reaksjonen kan være «oi, oi, var det så ille?». Slike svar er av de tingene han ikke lar gå inn på seg.

Halvor har funnet sin vei gjennom. Legen tok alt – han tar det som en mann.



Planen var å bli glad i stomiene sine. Men det har Mette Grøholdt gitt opp.

Mette før, Mette etter

Tekst og foto **Marit Fonn**

I 2006 fikk Mette Grøholdt livmorhalskreft. Hun ble operert og var raskt tilbake i jobb. Ett år senere var kreften der igjen. Hun fikk stråling og cellegift. Bivirkningene ble diaré og tinnitus. I 2008 ble det ny operasjon. Hun fikk to stomier – kolostomi og urostomi.

Nå er Grøholdt verken syk eller frisk. Hun er en som har overlevd kreft, men som har mange plager. I likhet med stadig flere. Siviløkonomen er ikke lenger i jobb.

Hjemme i huset på Vinderen i Oslo er det stille formiddag. Vi setter oss ved kjøkkenbordet. Hun innrømmer at hun er litt ambivalent. Det synes ikke, men hun føler seg litt sliten. Det koster å gå inn i sykehistorien. Men hun liker det også. Vet at hun har ordet i sin makt mer enn likesinnede. Og mye bør sies.

Første gang stomier ble nevnt for henne, var på kontroll etter stråle- og cellegiftbehandlingen. Hun spurte hva som ville skje om kreften kom tilbake enda en gang. Legen fortalte om en omfattende operasjon med store og varige kroppslige konsekvenser. Det ble et år med vonde tanker.

Med fremmed kropp

Jobben hennes var å veilede innen strategi og ledelse. Da hun fikk vite at hun faktisk måtte gjennom den store operasjonen, som ville medføre to stomier, fikk hun selv bruk for strategiene hun hadde anbefalt til andre. Hun måtte forberede seg.

Hun hentet fram et egnet triks; visualisering. Nå skulle hun veilede seg selv.

Hun laget først ett bilde: Hun så seg selv nyoperert, med oppblåst mage og hovne stomier, full av slanger og sår. Så laget hun et annet bilde som skulle hjelpe henne til å tenke fram: Nå hadde hun en velfungerende stomi – posene var blitt en naturlig del av livet.

Metoden hjalp. Men hun kunne ikke ane alt hun skulle bli nødt til å orke. Alle komplikasjonene hun skulle få. Bildene inneholdt verken lukt eller smerte.

Det ble Mette før, og Mette etter. Da hun våknet opp etter operasjonen, var kroppen fremmed. Det var ekkelt. Vondt. Mye trøbbel oppsto. Tarmene var urolige og stråleskadde. Sårene ville ikke gro. Flere operasjoner måtte til.

Redd for å glemme stomiutstyret

Ett år etter stomioperasjonen var hun fremdeles sterkt preget. 45 kilo var fordelt på 172 centimeter. Hun var kraftløs og smertene var ubeskrivelige.

Hun var aldri sikker på hva som kunne skje når hun gikk ut døren og ikke hadde et toalett i nærheten. Det var stressende å gå, stressende å ta buss. Hun gruet seg til å reise vekk, særlig med fly. Angsten var å glemme stomiutstyret. Plutselig kjente hun seg avhengig. Det var guffent. «Hvis samfunnet bryter sammen, hva gjør jeg da?» tenkte hun.

Første gang på kino bestilte hun det hun trodde var et sete ytterst på benkeraden, så hun lett kunne komme seg til toalettet. Men så viste det seg at plassen var innerst ved veggen. Hun måtte passere hele raden når hun måtte ut mens filmen gikk. Hun holdt seg på magen hele tiden. Som en skjebnens ironi hadde hun havnet på en av ytterst få filmer der en stomi i det hele tatt blir nevnt. Men det var ingen hyggelig påminning.

«Han har en pose full av dritt på magen», var replikken i filmen «En ganske snill mann».

Stomiene tok overraskende mye plass i hodet, syntes hun. Det tok to år å forholde seg til dem uten forstyrrende negative emosjoner. Men gradvis er de blitt noe praktisk å forholde seg til. Noe mekkete. Det tar henne bare fem minutter å bytte stomien. Men kolostomien er ustabil og

Stomi

- Stomi betyr åpning (gresk).
- Rundt 10 000 lever med stomi i Norge (antatt)
- Kolostomi: Utlagt del av tykktarm, plassert på venstre side av magen
- Ileostomi: Utlagt del av tynntarm, plassering høyre side
- Urostomi: Utlagt urinveier, plassering høyre side. Urinlederne blir koblet til et lite stykke tynntarm, som deretter blir lagt ut på magen
- Midlertidig stomi: For eksempel ved ulcerøs kolitt, komplikasjoner etter kirurgi eller ved langtkommen kreft. Gjelder både kolo- og ileostomi. Gjelder også premature.

ALLSIDIG: Gå tur, lese, skrive, male selvportrett. Mette Grøholdt har mange metoder for å bearbeide sorg.

Jeg jobber for ikke å bli skamfull. *Mette Grøholdt*

fungerer som ileostomi. Avføringen er rennende og etsende. Tarmen er aktiv og bråkete om natten. Det blir fort sårt og hun må opp for å tømme.

Nær mann

Grøholdt er gift. Hun og mannen har vært sammen i 26 år. De har tre barn, på 14, 19 og 21 år.

Hun har vanskelig for å tenke seg hvordan hun skulle taklet det hun har vært gjennom uten en fortrolig og nær ved sin side.

– Å være skilt, å skulle ut på kjønnsmarkedet…

Hun grøsser. Her på kjøkkenet er ingenting av det hun forteller om synlig. En ettersittende bluse framhever hennes smale midje. Hun er rank, ser sterk ut.

– Jeg føler meg absolutt som kvinne.

Men at hun er forandret? Ja.

– Definitivt. En plaget, men klokere kvinne.

Hun tror hun oppfattes som både tydeligere, rarere og kanskje mer menneskelig.

– Tidligere var jeg den presterende. Så mye at det var vanskelig å se meg.

Morfin i halvannet år

Det har vært mange ting å mestre. Et Birkebeinerrenn er ingenting mot det å utholde smerter over lang tid. Tidlig i kreftforløpet ble hun truffet av lynet på en løpetur og ble utsatt for et vanvittig smell. Dette førte til tinnitus. Hun har måttet forholde seg til døden.

– Jeg er velsignet med et lyst sinn. Men å sørge over tapet av stillheten og tapet av en frisk kropp har vært nødvendig for å kunne forsone seg med min situasjon.

Det tok tid før sorgen fikk slippe fram. Først handlet det om å overleve, fra minutt til minutt. Å tåle smerte en time til. I halvannet år etter operasjonen brukte hun morfin for å holde ut, men det sløvet samtidig tarmenes funksjon. Da hun kunne slutte med morfin, ble hun bedre.

– Men jeg ble ikke gladere likevel. Sorgen hadde ventet på å få komme fram.

Den måtte bare slippe til. Forventningen er jo at man skal være glad fordi man lever.

– Kreftbehandling er så brutal; den forbrenner,

Å bli holdt ren betyr fryktelig mye. Mette Grøholdt

amputerer og forgifter. Den gir plager og kroppsendringer. Håret kommer tilbake, men mange plager blir kroniske. Det er en stor gruppe jeg representerer. 190 000 har eller har hatt kreft.

Grøholdt holder foredrag. Hun skriver kronikker i avisen. Med den første vant hun en konkurranse i Aftenposten. «De stumme plagede» var tittelen. Til høsten kommer bok.

Mer skånsom behandling

Grøholdt mener det bør forskes mer på overlevernes livskvalitet. Kvalitativ forskning må til for å forstå plagene og komme fram til mer skånsomme behandlingsmetoder. Samtidig har hun full tillit til helsevesenet.

– Jeg har valgt å legge kroppen min i helsevesenets hender. Jeg tror jeg får den ypperste behandling jeg kan få. De siste operasjonene mine krevde innsats fra flere dyktige kirurger. Det er helt utrolig hva de får til! At de klarte å få de tynne, tynne urinlederne ut – det er jo et under at stomiene funker.

Kirurgene lappet kroppen hennes sammen. Likevel framstår sykepleierne som de viktigste fra det lange sykehusoppholdet.

– Det var helt uvurderlig å forholde seg til Birgit.

Birgit er stomisykepleieren fra Radiumhospitalet. Sammen med henne orket hun å lære seg bytteritualene. Avskyen og tristheten la hun til side, hun ble analytisk og gikk inn for å lære seg de omstendelige prosedyrene.

– Jeg bodde der på sykehuset i flere måneder. Sykepleierne der så meg som person, jeg fikk være Mette. Et par av dem tillot seg å være personlig. Det førte til en slags likeverdighet.

Skiftet sengetøy og ristet puter

Det var sykepleierne på posten som ryddet opp når det gikk galt, som da hun opplevde lekkasje første gangen. Sykepleierne kom; svupp, svupp, så hadde de ordnet opp.

Drenet falt ut en natt og sengen var full av urin.

– Jeg luktet gammel dame. Det var så nedverdigende, følte jeg ble eldre enn jeg var. De skjønte

DEBUT: Første selvportrett ble til under cellegiftbehandlingen.

hvor viktig det var med rent nattøy og sengetøy. De ga omsorg.

En annen natt var smertene uutholdelige. Mannen sov ved siden av henne på sykehuset. Hun orket nesten ikke mer.

– Da kom en vakker, ung sykepleier: «Kanskje jeg skal støtte deg med puter?» Hun ristet og danderte puter flere ganger den natten, så jeg slapp å bruke krefter. Jeg kunne overgi meg til omsorgen. Det var så godt.

Påtvungen diktlesing

På Radiumhospitalet var personalet spesialutdannet og bevisste på at pasientene var livstruende syke. På Ullevål opplevde hun store forskjeller blant sykepleierne.

– Jeg syntes noen var altfor unge. Jeg følte meg ikke møtt og forstått på samme måte som på Radiumhospitalet.

Da en sykepleier, uten å spørre, satte seg ved sengen hennes og leste et søtladent dikt, opplevde hun det som et overgrep. Men hun var for svak til å si fra.

– Det var hennes behov å lese dikt. Hun hadde sikkert funnet sin måte å forholde seg til kreftpasienter på. Men det er å hjelpe andre på sine premisser. Hun ville sikkert blitt forundret hvis hun hørte hva jeg synes.

Lei av å mestre

Hun har blitt flinkere til å si fra når hun er sliten.

– Vi skal være så mestrende, selv når vi trenger omsorg. Noe blir feil. Selv jeg som er mestringstypen kan bli så lei at jeg spyr av mestringsstrategier.

Psykomotorisk fysioterapi begynte hun med tidlig i kreftkarrieren.

– Det var avgjørende for å holde ut å være meg. Psyke, somatikk og pust ble sett i sammenheng. Jeg lærte avspenning. Jeg hadde jo spenninger overalt. Bak knærne, til og med. Sånn er det. Man kompenserer.

Hun tar en liten pause.

– Jeg unner alle en Jorun.

Jorun er fysioterapeuten.

– Og en Birgit, føyer hun til.

Må holdes ren

For Grøholdt handler verdighet på sykehuset først og fremst om to ting: At smertelindringen blir tatt på alvor. Og å bli holdt ren.

– Det var så mye blod, gørr, bæsj og oppkast. Å bli holdt ren betyr fryktelig mye.

En gang var epiduralslangen sklidd ut. Hun var uten smertelindring. Hun dro i klokken. Men ingen kom. Kanskje virket den ikke. Hun ropte og ropte. Hun kan ikke gjenkalle smertene. Men hun husker godt hjelpeløsheten og avmakten. Hvor nedverdigende det føltes å bli oversett.

– Hva gjør du selv for verdigheten?

– Løfter meg selv etter håret for ikke å miste selvfølelsen. Jobber for ikke å bli skamfull. En gang opplevde jeg skam.

Hun hadde skrevet i avisen om å være Navbruker og fikk en kommentar på nettet. Hun husker den slik: «Her har jeg jobbet i alle år og Mette Grøholdt skal kunne være hjemme i årevis uten å løfte en finger.»

– En tullete kommentar. Likevel; skamfølelsen kom. Det gjorde nesten fysisk vondt. Men jeg måtte anerkjenne den. Først da slapp den.

Klok datter

Den første sommeren med to poser på magen, da hun var så tynn, var familien på båttur. De stoppet ved en strand.

«Bli med å bade!» sa datteren.

«Nei, jeg er så sjenert. Jeg er så tynn», sa mor, som egentlig var mest flau for å vise fram stomiene.

Da sa datteren:

«Jeg syns du skal snu på det: Kroppen din har hjulpet deg til å overleve tre ganger. Jeg synes du skal være stolt over kroppen din jeg, mamma.»

Grøholdt synes hun har en klok datter som klarte å snu skam til stolthet.

– Jeg ble speilet riktig. Tankens kraft er undervurdert.

Innen smertelindring har vi kommet altfor kort, mener hun. Smerten avhenger av hvordan man føler og tenker.

– Er jeg lei meg, er smerten overveldende. Er jeg redd, blir smerten mer truende. Klarer jeg å akseptere smerten og samtidig være i aktivitet, tar den mindre plass i bevisstheten. Da gjør det mindre vondt. Men det er vanskelig å komme dit. Det er lett å bli sittende i opplevelsen av urettferdighet og selvmedlidenhet, men det bringer ingen videre.

– Se bak smilet

Hun kan mye om kognitive og emosjonelle prosesser.

– Jeg er trygg på meg selv og kan mange teknikker. Det har hjulpet meg veldig for å takle sykdommen. Men det er vanskeligere å bruke visdommen på seg selv enn andre.

Etter hvert er det blitt lettere for henne å synliggjøre svakhet og hjelpebehov. Nå kan hun si: «Nå er jeg sliten. Jeg var oppe fire ganger i natt.»

– Jeg tør å sette ord på det. Min natur er å være presterende. Mange får ikke med seg mitt omsorgsbehov. Det betyr mye at helsepersonell skjønner at jeg er redd og sliten, selv om jeg ofte barsker meg som en slags forsvarsstrategi. Jeg har ikke behov for å bli trøstet eller forstått i hjel, men jeg har behov for at de ser slitenheten og sårheten bak smilet.

Årsaker til stomi:

- Kreft
- Medfødte misdannelser
- Skader
- Avføringslekkasjer og alvorlig obstipasjon
- Kroniske tarmbetennelser som Chrons sykdom og ulcerøs kolitt.
- Senkomplikasjoner av kroniske lidelser, for eksempel multippel sklerose og ryggmargsbrokk

Endringene i livet berører alle rollene, som partner, mor, yrkesaktiv, venn, sporty. Hun innser at hun er en annen nå, hun er varig redusert. Og må legge listen på et annet nivå.

– Men det er ikke lett og jeg bommer fremdeles.

Som da hun i vinter la ut på lange skiturer, selv om hun var så sliten at hun gråt. Hun ville så gjerne kjenne igjen seg selv.

Maler seg selv

– Hva gjør du når du sørger? Stirrer i veggen?

– Går i skogen. Leser bøker. Snakker med folk. Mediterer. Maler. Det første bildet malte jeg under cellegiftbehandlingen.

I gangen utenfor kjøkkenet henger tre selvportretter. På det første er hun bortvendt med bøyd hode. På det siste møter hun bestemt blikket vårt.

Det gjør ikke så mye at andre vet at hun har stomier.

– Jeg har vært åpen om det på trass. Men jeg har ikke hatt det greit med det.

Før hadde hun som prosjekt å bli glad i stomiene sine. Det var å strekke seg for langt.

– Jeg behøver ikke det, så lenge jeg lever greit med dem. Andre ser det ikke. Stomiene tar mye mer plass i mitt hode enn andres.

Hun vet at noen er så plaget at de nesten ikke går ut av døren.

– Andre jobber og har det helt fint – nå slipper de plagene de hadde før. Stomiene gir dem muligheter for et normalt liv og de går fra ille til bedre. Men kreftpasienter får plager de ikke hadde før.

Konserten

På kjøleskapet ser jeg et bilde, blant alle familiebildene. Det er rockeartisten Patti Smith. Det viser seg at Grøholdt og jeg var på samme konsert for fire år siden, i Oslo. Hun liker det.

– Merker du at du får et annet bilde av meg? lurer hun på.

Og jo. Grøholdt har med ett flyttet seg bort fra sykehuset, bort fra hjemmetilværelsen som ufør. Hun er i et stint konsertlokale. Hun er en i mengden, konsentrert om musikken til Patti Smith. Kanskje sto vi ved siden av hverandre.

Stomipasientene er vare.
De merker med en gang om sykepleieren synes det er ekkelt å stelle stomien.

Tabubelagt tap

Tekst og foto **Marit Fonn**

At Grethe Følstad Lund har beroligende effekt, merkes med en gang. Det passer jo bra, siden hun treffer pasienter som må takle voldsom endring.

Stomisykepleieren tar imot meg på poliklinikken på Radiumhospitalet. Her kommer pasienter fra hele landet.

Lund ble ferdig stomisykepleier i 2008 og jobber med både inneliggende og polikliniske pasienter.

Tabubelagt

Å få stomi er en stor inngripen som påvirker identitet og selvbilde. Lund og kollegene ønsker å snakke med pasientene før de blir operert.

– Da kan vi få avklart mystiske ting.

– Hva tenker pasientene på?

– At bæsj skal komme ut på magen. Det synes de høres ekkelt ut. De forbinder stomi med noe veldig grisete.

Mange er skrekkslagne ved tanken på å miste normal tarmfunksjon. Å ha kontroll på urin og avføring var jo noe de lærte som barn. De tenker at livet er ødelagt. Lund synes det er slående hvor lite kunnskap folk har om sin egen kropp.

– Men vi forklarer veldig konkret og ser skuldrene falle. Vi får veldig god tilbakemelding på den samtalen.

Å være psykisk forberedt fører til et bedre postoperativt forløp og aksept av ny livssituasjon, understreker Lund, som opplever å ha en takknemlig rolle.

Utdanning stomisykepleier

- Høgskolen i Bergen, videreutdanning i klinisk sykepleie, 60 studiepoeng.
- Oppstart har vært avlyst to ganger grunnet for få søkere
- Nærmeste alternativ er Göteborg.
- Ingen stomiutdanning i Danmark. 6 dansker utdannet i Norge.

– Hjelpen når fram. Det er få andre de kan snakke med om dette, som er så tabubelagt. Men vi anbefaler dem å være så åpne som mulig overfor venner og familie. Vi normaliserer det. Det er vår jobb å motivere.

Omstiller seg

For dem med for eksempel alvorlig ulcerøs kolitt, kan det være en lettelse å få stomi.

– De har gjerne hatt diaré 20–30 ganger per dag. De vet hvor alle doer i byen er.

For disse kan stomien være midlertidig, og de kan få operert et såkalt reservoar. Den nederste delen av tynntarmen sys sammen til en slags pose som kobles sammen med endetarmen. Man kan tømme tarmen på vanlig måte, men er avhengig av sterk lukkemuskel.

Lund er imponert over hvordan de fleste pasientene hennes takler omveltningen.

– De er utrolig tøffe og omstillingsdyktige. «Sånn er det, jeg har ikke noe valg», tenker de. Det er morsomt å se at de etter hvert blir eksperter på stomistell. Da kan de lære noe tilbake til oss.

Gravide er det ikke så mange av her på kreftsykehuset, men man kan godt både bli gravid og føde barn selv om man har stomi. For øvrig kan en hard og komplisert fødsel føre til inkontinens for urin og/eller avføring, som igjen kan føre til stomioperasjon. Heller ikke de pasientene kommer hit.

– Finn riktig stomipunkt!

En svært viktig oppgave for Lund er å markere hvor stomien skal være før operasjonen mens pasienten er våken.

– Det kan være helt avgjørende for hvordan livet blir etterpå.

Hun tar opp et kamera, som er fylt av bilder. Hun viser de ildrøde tarmtuttene hun har fotografert. Stomiene kan være cirka en til tre centimeter lange. Når man lager en stomi, trekkes tarmen ut gjennom en åpning i abdominalveggen, vrenges og sys fast i huden.

Det er de som får komplikasjoner hun er mest opptatt av. Den såre huden rundt stomien skyldes som regel lekkasjer av avføring. Bildene bruker hun ofte når hun underviser.

En mann med stor mage har fått to stomier, begge under den svære vommen. De er plassert helt feil. Han klarer jo ikke å se stomiene sine selv. En annen har tre stomier. Mange har periodisk eller kronisk sår hud. Lund tar gjerne før- og etter bilder.

– Unngå valkene!

Det er kanskje det hun liker aller best ved jobben sin: Å få sår hud til å gro.

– Plagene med sår hud blir altoverskyggende. Det er helt avgjørende for livskvaliteten å få skikk på sårene og finne rett utstyr. Vi må ha kunnskap om sårprodukter og samarbeider med hudleger.

Hun viser på magen min hvordan man finner det ideelle punktet for stomien. Tenk deg en linje fra navlen og til hoftekammen. Finn midten og gå to fingerbredder ned. Der er et fint punkt. Helst på rektusmuskelen for å unngå brokk.

Stomien skal ikke være i valker, for det kan føre til store lekkasjeproblemer. Gamle arr må også unngås.

– Noen sykepleiere vegrer seg for å markere. Men dette får betydning for mange år framover.

Feilplassering kan føre til lekkasjeproblemer. Lekkasjer kan også skyldes at selve stomien er for kort. Vektøkning eller – reduksjon er nok en årsak.

Behagelig pose

Lund går bort til skapet sitt og henter noen stomiposer. Den ene klasker hun på låret mitt, som er bart i sommerværet. Ingen tvil om at limet er sterkt, det prikker i huden. Men selve posen er av mykt, tynt og behagelig stoff,

Hun forteller at det er enklest å håndtere

NYTTIG HJELP: Grethe Følstad Lund avmystifiserer ved å snakke veldig konkret.

De forbinder stomi med noe veldig grisete. *Grethe Følstad Lund*

kolostomi. Avføringen fra tykktarmen er fast, og posen må skiftes ved behov. Avføringen fra tynntarmen er grøtete eller flytende. Den er etsende og kan fort føre til sår hud. Hun viser på posen jeg har på låret hvordan den nederst kan åpnes og tømmes med en praktisk mekanisme. Så må åpningen rengjøres. Deretter er det bare å rulle bunnen opp igjen og feste den. Klar til nye forsyninger. I grunn ganske enkelt.

Med limet på låret er det lett å forestille seg hvor sårt det kan bli når huden stadig utsettes for fuktighet og kjemikalier. Man skjønner også hvor trygt det må være å ha en ekspert å gå til. Lund forklarer jo så logisk og greit.

Snakker om samliv

Mange synes Lund har en sær jobb.

– Det er ikke noe tema på festmiddag, akkurat, ler hun.

Men hun føler seg som en komplett sykepleier. Får brukt alt; fra konkret veiledning om utstyr og stell til samtaler om ernæring og livssituasjon.

Sex og samliv er et viktig tema. I starten var det ubehagelig å ta det opp, men nå går det greit.

– Jeg prøver meg fram. Begynner kanskje med å si noe om hva jeg vet er vanlige plager med samliv. Noen vil snakke, andre ikke.

For eksempel kan hun vise til at når endetarmen er fjernet hos kvinner, kan samleie føre til støtsmerter. Mer utflod er også vanlig. Er nervene i bekkenet skadet, kan menn oppleve ereksjonssvikt.

– Og så spør jeg om dette er noe *de* har merket.

Viktig ernæring

Maten påvirker innholdet i stomien. Lund har mange brosjyrer å dele ut. Der kan man lese om tyggegummi som skaper gass, egg som forårsaker lukt og at de med tynntarmsstomi anbefales mat som binder: Banan, havre, ris og pasta er bra.

Å salte maten er lurt for dem, mye væske forsvinner i avføringen. Appelsin, asparges og epleskall må alle være forsiktig med. Trevlene kan sette seg fast og føre til tarmslyng.

– Men ingenting er forbudt. Vi anbefaler dem å prøve seg fram for å finne ut hva de tåler.

Trenger flere stomisykepleiere

Lund er nestleder i Norsk Sykepleierforbunds faggruppe for stomisykepleiere. Hun håper utdanningen består.

Det fins cirka 70 stomisykepleiere i Norge. Mange av dem forsvinner til private bandasjister og jobber som selgere. Flere nærmer seg pensjonsalder.

BRUKER BILDER: Sår hud rundt stomien er vanlig. Lund har kameraet fullt.

– Behovet for stomisykepleiere er stort, ikke minst i kommunene. Særlig med tanke på den kommende samhandlingsreformen.

Kunnskap om stomistell er mangelvare.

– Også på sykehuset. Men her er det lettere å få til intern opplæring. Det er verre i kommunene.

Faggruppen ser for seg en stomisykepleier i hver kommune, slik man tenker om kreftsykepleie.

– Liggetiden blir stadig kortere og pasientene rekker ikke skikkelig opplæring før de drar.

Hun vet godt hvor sensitive pasientene er.

– De merker med en gang om sykepleieren ikke kan stomistell og om de synes det er ekkelt.

Derfor oppfordrer hun alle sykepleiere å lære seg grunnleggende stomistell.

BÅTVANT: Knut Lundstrøm har feriert mye til sjøs med familien. En gang han skulle legge til kai samtidig som en annen kar, hoppet de begge opp på dekk for å kaste dreggen ut. Den andre mannen kvakk sånn da han fikk se Knut at han kastet dreggen i jolla.

Opp igjen

Knut Lundstrøm gikk fra 176 til 116 cm på ti sekunder. Han vet hvordan man reiser seg igjen når beina blir borte i fallet.

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

For meg var overgangen fra verksted til kontor tyngre enn å miste beina. Knut Lundstrøm

Det var ett år før Bob Geldof sang om at han ikke liker mandager, nærmere bestemt mandag 28. august 1978. Platearbeider Knut Lundstrøm var 27 år, 176 centimeter høy og en aktiv friidrettsutøver på kretsmesternivå med løping som sin favorittøvelse. Som 15-åring sprang han 100-meteren på 11,3 sekunder.

Når han kjører til jobb og parkerer ved Tangen Verft i Kragerø, er det en helt vanlig start på arbeidsuka med lettskyet, pent vær. Han tenker på dagens trening som venter etter at han er ferdig på jobb. Han vet ennå ikke at resten av livet skal bli en eneste lang treningsøkt:

Trening av balanse når han skal gå med fordømt upraktiske proteser. Av bicepsene og tricepsene når han forflytter seg. Av nakkemusklene når han alltid må kikke opp fra rullestolen for å se folk i øynene. Av tålmodighet når ungene slenger sko i gangen og han må hoppe ned for ørtende gang den dagen og hive dem vekk for å komme seg fram. Av freidighet når han må rulle fram til heisen før de andre for i det hele tatt å få være med. Av åpenhet når han i 90 prosent av tilfellene må være den første som tar kontakt i sosiale sammenhenger. Av lattermusklene når ekspeditrisen på Dressmann spør på autopilot om han vil ha med ukens tilbud med sokker til halv pris. Av smerteterskelen.

Klokka fem over elleve denne seinsommerdagen skal han rope for livet av smerte.

Fallet

Tangen Verft var hjørnesteinsbedriften i Kragerø helt til nedleggelsen i 2003. Verftshallen var rammet inn av en 46 meter høy bukkran på 220 tonn. Den bevegde seg sakte fram og tilbake flere ganger om dagen på to skinneganger, en på hver langside av verftshallen. Mannen som kjørte den satt 25 meter opp i lufta og ble dirigert via walkie talkie.

Når Knut denne mandagen står oppå en halv meter høy trepall ved skinnene for å veksle noen ord med en kamerat, registrerer han at kranen er på vei mot dem. Han hopper ned fra pallen for å hente noe utstyr på lageret, men lander litt forkjært og snubler over skinnene, rett foran kranbeinet. Han vil akkurat rekke å reise seg før krana kommer, men kjeledressen har huket seg fast i noen bolter på skinnene og han kommer seg ikke løs i tide. I det krana knaser over det ene beinet like overfor kneet, tenker han at han kan rekke å redde det andre beinet ved å dra det til seg, men beina har havnet i kors og han er helt låst. Krana fortsetter over det andre beinet før den stopper. Det hele tok ti sekunder.

Blodet fosser ut. «Nå blør jeg i hjel», tenker han og roper det ut. Kollegene får ikke dratt ham ut og krana må rygge tilbake over beina en gang til, for at de skal komme til. Da henger lemmene fast bare i noen skinnfiller inni kjeledressen. Verneombudet får knyttet noen taustumper rundt lårene på utsiden av kjeledressen, for å stoppe blødningen. Knut mister flere liter blod, men tauet redder nok livet hans. Arbeidskameratene bærer ham i bilen og kjører ham noen hundre meter lengre bort til Kragerø sykehus mens han hyler og skriker. På sykehuset roper han «Mer sprøyte!» til lege Bjørn Olsen som gir ham morfin for å døyve de verste smertene. Han er bevisst helt til han ligger på operasjonsbordet ved Porsgrunn Lutherske Sykehus. Der amputeres begge bein ti centimeter over knærne. Når han våkner fra narkosen er han sånn cirka 116 centimeter høy. Det nye livet uten bein begynner.

Flaut og ekkelt

Knut ble liggende noen uker etter operasjonen og så skulle han sendes tilbake til Kragerø, men det ville han ikke selv.

– Jeg hadde ikke lyst å møte kameratene uten proteser. Det var jo litt flaut og ekkelt dette her, sier han.

Han fikk være i Porsgrunn noen ekstra uker før han ble sendt til Sophies Minde i Oslo for rehabilitering i to-tre måneder. Her traff han andre i samme situasjon og ble puffet av fysioterapeuter og leger som hele tiden styrte mot målet: Opp igjen, og tilbake til arbeidslivet. Det var kun en praktisk tilnærming, ingen tilbud om psykisk bearbeiding av verken ulykkeshendelsen eller tapet. De første 20 årene kunne han våkne på natta, svett, og med marerittaktige bilder av ulykken i hodet.

Men Knut synes han fikk en tett og god oppfølging likevel.

– Jeg har aldri hatt noen langvarig depresjon eller angst eller irritasjon. Jeg kan få lyst å ta en tur i skauen eller opp på et fjell, men da skyver jeg det bare vekk. Tanken kan komme der og da i noen sekunder eller minutter, men jeg filosoferer ikke over den.

Han hadde heller ikke kontakt med noen sykepleiere under rehabiliteringen.

– Det eneste var på sykehuset i Porsgrunn. Jeg husker spesielt ei av dem som hjalp meg å trappe ned på morfinbruken. Hun kom inn med Felleskatalogen og leste høyt om bivirkningene for meg.

På Sophies Minde tok de mål til protesene og hverdagen bestod i å lære å gå med dem. Huden på stumpene ble sår, det tok en og en halv måned før den ble herdet.

– Det var litt deprimerende ikke å kunne skritte ut. Det ble mest stabbing, minnes Knut.

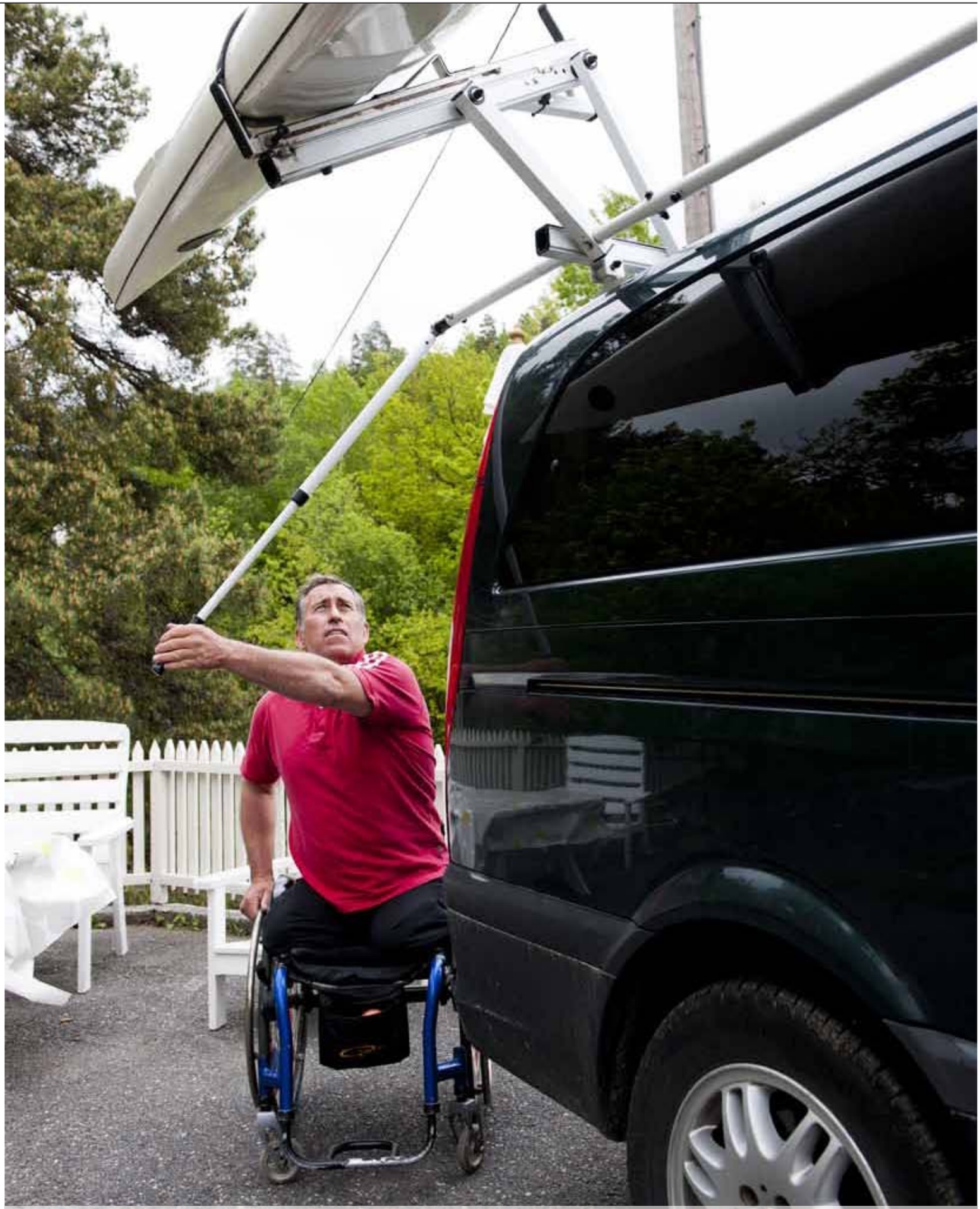
Kone og kontorjobb

Etter Sophies Minde var han på en måneds treningsopphold på Beitostølen helsesportssenter før han tok en toårig ut-

Antall yrkesskadde

I 1990 ble det meldt litt over 20 000 yrkesskader i Norge til Arbeidstilsynet. Tallet økte til over 30 000 i 1998. I 2008 var det nede på 20 000 igjen. Det er en stor underrapportering av skader og tallene inkluderer ikke virksomheter til sjøs.

Kilde: Arbeidstilsynet



RARE REGLER: Knut Lundstrøm har en Mercedes Benz varebil med spesiallaget båtstativ. Helst ville han hatt en mindre og billigere bil som hadde vært lettere for ham å håndtere, men da ville han ikke fått økonomisk støtte, siden han og konas inntekt overskrider 6G. Denne bilen er 300 000 kroner dyrere, men kommer inn under et annet regelverk som gir økonomisk støtte.

danning ved Oslo maritime tekniske skole. På Beitostølen spilte de musikk om kveldene, og Knut fant tonen med nordnorske Siri Gjærum på 19 år som var utplassert fra Peder Morset folkehøgskole. I dag er de gift og har tre voksne sønner i 20-årene. Siri har blitt sykepleier med spesialisering i rehabilitering og er leder for enhet for rehabilitering i Kragerø.

Høsten 1981 ble Knut ansatt på tegnekontoret på Tangen Verft, selv om det var rasjonaliseringstider og andre med lengre ansiennitet måtte gå. Han følte det ubehagelig, men ledelsen forsikret om at disse hadde måttet gå uansett.

– Det var en interessant jobb, men ikke helt i min gate. Jeg har alltid likt å jobbe med hendene, og for meg var overgangen fra verksted til kontor tyngre enn å miste beina. De første årene grudde jeg meg til å gå på jobb, sier han.

Kastet protesene

Ved Karolinska sjukhuset i Stockholm kan amputerte i dag få en titanbolt skrudd inn i beinet på stumpene og så feste protesene på den. Men i 1978 måtte Knut først ha hylser som gikk helt opp i skrittet, som protesene så ble festet på.

– Hylsene gnagde. Jeg måtte ta dem av når jeg skulle på do og hele greia var festet med reimer. Fy fader, det var tungvint!

Det var også hardt for ryggen å ta støyten med balanseringen. Det lengste han gikk med protesene var seks-sju kilometer.

– Men det er ikke noe poeng, det er å be om ryggproblem. Skulle jeg gå på en flyplass ble jeg helt gjennomvåt av svette før jeg kom fram. Jeg brukte seks til åtte ganger mer krefter enn en som går på sine egne bein.

Etter å ha brukt protesene hver dag de første ti årene, gjømte han dem vekk under senga. Nå kommer de bare frem til selskapsbruk.

Amputasjoner i tall

I 1996 var 4.9 per 1 000 personer amputert (ekskludert fingre og tær) i USA. Den vanligste årsaken er sykdommer som gir dårlig blodgjennomstrømming. For amputasjoner forårsaket av traumer var insidensraten 5.86 per 100 000.

Kilde: Amputee Coalition

Til topps

Knut bestemte seg tidlig for at han ikke skulle bli en sånn som klager.

– Jeg har hele tiden levd etter mottoet: Ikke tenk på det du ikke kan, bare fokusér på det du har en sjanse til å klare.

Med denne taktikken har Knut Lundstrøm blitt verdens beste idrettsutøver innen både is- og skipigging. Han har reist over hele kloden og hentet hjem 21 medaljer fra fire Paralympiske vinterleker fra 1988 til 1998. 14 av dem var gull. Han har pigga Trondheim-Oslo på 36 timer i effektiv kjøring og er også med i en kajakk-klubb.

– Idretten har redda meg fra de psykiske plagene mange kan få i etterkant av en slik ulykke. Jeg har også hatt mye sosialt fellesskap i treningen, sier han.

Han har lagt opp treningen etter et strengt regime og ikke tillatt noe slingringsmonn i forhold til klokka. Til og med nå som 60-åring og med to sener som er slitt av i høyre overarm etter noen fall fra rullestolen, trener han flere ganger om dagen.

– Men det er ingen matchvekt på meg lenger. Jeg veide 75 kilo før ulykka, og gjør det nå også. Da jeg var på høyden i Nagano i 1998, veide jeg rundt 63.

Knut har også vært leder av skigruppa i Sannidal en periode, og de fleste i kommunen vet godt hvem han er.

Da Tangen Verft ble nedlagt i 2003, ble Knut uføretrygdet i likhet med flere i kommunen. I dag er andelen uføretrygdede i Kragerø på 16,2 prosent mot 10,3 prosent på landsbasis. Dermed har det blitt mer tid på husarbeid enn før. Han måker snø, pusser båt, flislegger og tapetserer inne i huset, lager mat og ruller tur med fuglehunden Teddy om formiddagene. Sønnene er ute av redet.

Ned igjen

– Når aksepterte du tapet av beina?

– Det har blitt bearbeidet litt etter hvert. Alt skjedde så fort etterpå. Travelt familieliv og idretten gjorde at jeg ikke rakk å tenke så mye på det. Jeg skjøv nok ulykka vekk med idretten.

I 2003 da han fikk lange dager hjemme, kom en tung periode som varte noen år.

– Overgangen til å bli uføretrygda var tøff. Jeg mista det sosiale nettverket rundt jobben og fikk depressive tanker om at det ikke er bruk for meg lenger og at jeg er en byrde for samfunnet.

I en periode forsøkte han og noen tidligere kolleger å ta tegneoppdrag, uten at det tok helt av. Knut likte heller ikke å dra på besøk til bedriftene med sekk på ryggen og krabbe rundt fordi det var lite tilrettelagt for rullestol.

– Ble det tungvint?

– Ja, og det føltes dumt. Antakelig mest i mine øyne.

Han har taklet overgangen nå.

– Jeg hadde jo fortsatt idrettsvennene mine, så det var ikke noen katastrofe. Dessuten hadde jeg jobbet 50 prosent siden vi fikk småunger og jeg trente så mye. De med full stilling fikk nok en tøffere overgang enn meg. I tillegg fikk jeg fulgt opp de to yngste sønnene bedre. De drev med langrenn og skiskyting.

I bakleksa

Det er mange som har et anstrengt forhold til det å «mingle» med fremmede mennesker i sosiale sammenhenger. For Knut er det ekstra slitsomt.

– Folk står alltid i grupper og prater, så kom-

Dagens rehabilitering

Amputasjonspasienter blir rehabilitert nokså annerledes i dag enn det Knut Lundstrøm erfarte i 1978. Nå er sykepleiere mer med.

Ada Valle Huuse er leder for NSFs faggruppe av sykepleiere i rehabilitering. Hun jobber ved Sykehuset Innlandet, og der består behandlingstilbudet av akuttavdeling, rehabiliteringsavdeling, rehabiliteringsinstitusjon, ambulerende rehabiliteringsteam for å få pasienten tilbake til hjemmet, kommunen og eventuelt jobb. Dette teamet er tverrfaglig med lege, fysioterapeut, sykepleier, sosionom og ergoterapeut.

– Vi følger opp pasienten i etterkant av sykehusopphold. Det inkluderer oppfølging i samarbeid med kommunen, Nav og eventuelt arbeidsgiver, sier hun.

Bearbeidingsarbeid

– Tilbyr dere hjelp til å bearbeide ulykken?

– Rehabiliteringsavdelingen på Gjøvik har utviklet «Pasientens Perm». Det er en personlig perm

LUFTETURER: I helgene drar Knut Lundstrøm og kona Siri Gjærum Lundstrøm ofte på tur i skogen sammen med fuglehunden Teddy.

mer jeg rullende bort og blir stående litt i utkanten. Jeg rekker ikke helt fram og opp til dem og blir liksom litt i bakleksa.

– *Hvordan er det hele tiden å kikke opp når du skal prate med folk?*

– Det er et lite minus. Man får ikke så lett kontakt og i enkelte sammenhenger føler jeg meg kanskje litt underlegen.

Fra 1982 ferierte Knuts familie noen somre langs norskekysten i båt sammen med fire-fem andre båter.

– Vi kunne sitte i båten og så hoppet de plutselig på land for å ta seg en øl. Jeg måtte gjennom en hel operasjon for å følge etter. Måtte bade for å komme meg i land. De tenkte selvfølgelig ikke over det og jeg sa aldri noe om det. Sånt må jeg bare venne meg til hvis jeg vil være med.

Det handler i det hele tatt mye om å venne seg til omveier og tungvinte løsninger for Knut. Skal han på butikken, må han ta bakveien. Skal han til treningssenteret, må han ta en transportheis og må ringe betjeningen om å komme å låse opp for ham. Universell utforming er foreløpig ikke så mye mer enn fagre ord på papir i dette landet.

Knut Lundstrøm synes ikke han noen gang har blitt behandlet på en måte som har gjort at verdigheten hans har blitt krenket.

– Jeg har blitt behandlet som likeverdig og med mine resultater har jeg blitt sett opp til.

Det eneste han irriterer seg over av og til, er at han ikke kan være med kona opp på fjellet eller på små skogstier.

– Men det viktigste i livet er ikke å være over alt.

– *Hva er det da?*

– Å få familielivet til å funke.

som pasientene selv bruker. Det kan inneholde treningsopplegg, informasjon fra lege, fysioterapeut og ergoterapeut og samtaler med sosionom og sykepleier. De oppfordres til å skrive ned egne tanker som en start på bearbeiding av traumet. Kontaktsykepleier følger opp med samtaler.

Valle Huuse understreker at det å bli bevisst behovet er en god start for videre hjelp.

– Når pasienter starter bearbeidingarbeidet i første del av rehabiliteringen så vil det forhåpentlig bli en del av videre oppfølging i kommunen/hjemme.

Tilbudsjungel

Etter hjemkomst og møte med hverdagen kommer det nye behov. Det finnes ulike mestringstilbud som er diagnoseuavhengige og dermed også for amputasjonspasienter.

– I vårt distrikt samarbeider noen kommuner og sykehus om mestringstilbud. Det er alt fra kortere kurs/møteplasser for kunnskap og erfaringsutveksling, til kurs over flere uker med livsstyrketrening og kroppskunnskaping, med fokus på brukerens egen bearbeiding, løsninger, muligheter og ressurser. Dette ønsker vi å videreutvikle, sier Valle Huuse.

Noen steder har lokale Nav-kontorer tilbud, det kan være henvisning til psykolog eller gruppetilbud. Oppfølgingsenheten Frisk er et tverrfaglig spesialisttilbud for arbeidsrettet rehabilitering.

– Det finnes mange tilbud. Utfordringen er å finne fram. Begrepene er mange: Koordinerende enheter, ambulerende team, fastleger og rehabiliteringskoordinatorer for eksempel, noe som kan være en utfordring for pasienter/brukere, sier Valle Huuse.

BABELS TÅRN: Blokken på Hovseter ble sett på som framskritt da den ble bygd. Et mekka for bevegelseshemmete med kort vei til T-banen.

Kunne det ikke være en god idé å stable både lamme og blinde i en ti etasjers blokk på Oslos vestkant, tenkte byplanleggere en gang på 70-tallet. Det var det ikke.

Blokk 215

Tekst **Barth Tholens** Foto **Erik M. Sundt**

Våren er grønnere enn grønn når jeg tar bilen fra Smestad og svinger inn Holmenkollveien i Oslo. Villaene blir bredere, hagene større. SUV-ene brummer tilfreds. Langt oppe kneiser den nye hoppbakken som et manifest på hva vi har råd til.

Ved Gressbanen kan jeg ta strake veien fram mot herlighetene, men en ubetenksom sving til venstre kan få hele bildet til å endre seg radikalt: Her ligger Hovseter, en brutal betongghetto, rett i fleisen på millionæråsen. En øy av gråkledde blokker, halvforlatte butikker og et skrint torg med en Rimi-butikk.

Jeg bodde selv på Hovseter i mange år. Hadde akkurat råd til en leilighet med fin utsikt og T-bane til byen. Hovseter var liksom vestkantens østkant, med lavere kvadratmeterpriser og kort avstand til marka.

Drabant

Det var her, midt på Hovseter, at jeg i begynnelsen av nittitallet ble kjent med «handikapblokka», rett bak Rimi-butikken. Eller – jeg VÆRET blokka mer enn jeg egentlig ble kjent med den. Blokka, en eternittkledd koloss med stygge verandaer, var i min bevissthet lenge før jeg egentlig skjønte hva den var for noe. Jeg gikk forbi den hver dag på vei til T-banen. Den ga meg ubønnhørlig en fornemmelse av avstand, noe fjernt. Noe som var vanskelig å definere, men som hadde noe trist over seg, en forlatthet som ikke var helt god. Det var som om blokka hadde en tendens til å gi meg følelser som jeg umiddelbart måtte undertrykke og avvise. Jeg var ikke stolt av det.

Det var Oslos politikere og byplanleggere som på 70-tallet fant opp Hovseter. Hovedstaden bare este ut og behovet for nye boligområder var stort. Men hvorfor skulle nye drabantbyer alltid reises på byens østkant? Var det ikke på tide med en ny vri? Politikerne ønsket å påvirke byutviklingen. Mens det nye Munch-museet og finkulturen på 60-tallet ble omdirigert til østkanten og Tøyen (riktignok etter heftig strid), prakket de samme politikerne en hel drabantby rett inn i hagene på ellers så fredelige Røa bydel på vestkanten.

Hovseter skulle tilby rimelige og mindre leiligheter i sunne omgivelser til den raskt voksende befolkningen. En ny smeltedigel i miniatyr for både enslige og familier, for friske og svake, for studenter og sykepleiere, for raske og langsomme, for norske og ikke norske. 750 leiligheter fordelt på noen få mål, med barnehager, skoler og butikker.

Maskin

Arkitekt Erlend Løvstakken husker godt de mange kompromissene som lå til grunn for byggingen av Hovseter. Han var med på å tegne blokkene som OBOS var byggherre for.

– Entreprenører ville ha det kompakt og rimelig. De ville at vi skulle bygge i høyden og at leilighetene skulle være standardiserte, uten spesialtilpasninger. De ønsket rimelige fasadeløsninger, ikke dyr murstein, og små, billige balkonger. Vi som skulle tegne det hele var under sterkt press, husker Løvstakken. Han jobber fortsatt som arkitekt.

Resultatet ble som bestilt, men ikke helt som forventet: Hovseter ble et lite stykke Norge i miniatyr, en bomaskin for alle byens forskjellige folkeslag. Men mens utgangspunktet var at alle disse folkeslagene skulle integreres rundt fellesarealene med butikker, barnehager, skoler og fritidshjem, ble det slik at hvert folkeslag fikk sitt eget kompleks, sin egen blokk. Med hvert sitt eget liv, drømmer og … fordommer.

Selv flyttet jeg på slutten av 80-tallet til et borettslag som går under navnet Kollektivet. Beboerne var radikale og idealistiske. Det var lagt til rette for felles middager tre dager i uka, tilberedt på et felleskjøkken i underetasjen. På folkemunnen fikk Kollektivet betegnelsen «SV-blokka». Her bor både unge og gamle akademikere.

SV-blokka ligger litt for seg selv. Går man ned til T-banen passerer man først noen lavblokker for barnefamilier, så en blokk for pleietrengende eldre (et av byens største sykehjem), så to blokker for personer som opprinnelig skulle være studenter og enslige, men som i dag bebos av personer som går på trygd (på folkemunnen «Sosialblokka»). Følger man stien gjennom området videre kommer man til «Sunnaasblokka» der det opprinnelig bodde mange sykepleiere, men som nå er blitt «Innvandrerblokka». Så er det noen blokker for folk flest, før man, rett bak Rimi, får øye på … handikapblokka.

Standard

På tegnebrettet på syttitallet het handikapblokka bare Blokk 215. Det er en ruvende sak bestående av 85 enheter fordelt over åtte etasjer, med to underetasjer hvor det både er næringsvirksomhet og kontorer.

Det var ikke bare politikere som i sin tid presset på for å få bygget blokka. Også interesseorganisasjonene for funksjonshemmete hilste prosjektet velkommen. Kapasiteten for tilpassete leiligheter måtte økes. Og her kunne bevegelseshemmete personer bo, med terskelfri vei til alle fasilitetene.

– Vi hadde ønsket større spredning, mener arkitekt Erlend Løvstakken i dag.

– Men man ønsket standardisering for rullestolbrukere og da var det lettest og rimeligst for entreprenøren å legge alle i én blokk.

Blokka sto klar i 1976. Inn flyttet synshemmede, cp-rammete, rullestolbrukere, personer med leddgikt og mange andre diagnoser. En øy av funksjonshemninger i et integrert, men likevel segregert ghetto i ytterkant av byen.

Men hvor vellykket var det egentlig å samle så mange funksjonshemmete på ett sted? En blokk som man må ha en diagnose for å kunne bo i?

Nederlag

Ofte når jeg kom forbi blokka på vei til T-banen fornemmet jeg en vag følelse av nederlag. Det handlet nok mest om meg selv. Den amerikanske filosofen Martha Nussbaum hevder at mennesker avskyr det som avviker fra normaliteten, fordi det forbindes med vår dødelighet og sårbarhet. Vår avsky holder slike følelser på avstand. Vi ønsker å beskytte oss mot en påminnelse om vår egen skrøpelighet og dødelighet.*

Slik er det vel med meg også. Jeg hadde vanskelig for å «like» blokka, gjøre meg fortrolig med den. Jeg var ikke nødt til det heller. Jeg kunne bare gå forbi.

Ytterst på netthinnen fanget jeg opp de mange rullestolene som sto parkert ved en av de to inngangene til blokka. Jeg registrerte de bevegelseshemmete som rundet hjørnet ved Hovseter Blomster, på vei til eller fra Rimi (hvor jeg sjelden handlet). Jeg fikk med meg at noen satt og røykte og drakk utenfor blokka på godværsdager og at sykepleiere, hjelpepleiere og andre i bydelens hjemmetjeneste summet rundt blokka som en bikube. Men det var i forbifarten. Jeg beskjeftiget meg aldri med det.

Før nå.

Rare folk

Mange år etter at jeg flyttet fra Hovseter (ikke så langt unna) står jeg i dag igjen på det skrinne torget hvor en liten vannskulptur foran ungdomsskolen forsøker å holde stemningen oppe. Jeg har kommet tilbake for å finne ut hvordan menneskene som bor i «handikapblokka» opplever å bli stablet i høyden, slik byplanleggere og arkitekter la opp til en gang på syttitallet. Har det gjort noe med deres selvrespekt?

I de 85 leilighetene er det trolig bare tre personer som fortsatt bor i blokka fra innflyttingstiden i 1976. I mellomtiden har Blindeforbundet solgt sine 10 leiligheter og Oslo kommune disponerer syv leiligheter. Men fortsatt har leilighetene en unik klausul når de skal selges på det åpne markedet: Bare bevegelseshemmete har lov til å kjøpe dem. Det har ført til at prisene er betydelig lavere enn leiligheter i området ellers. Til ergrelse for mange.

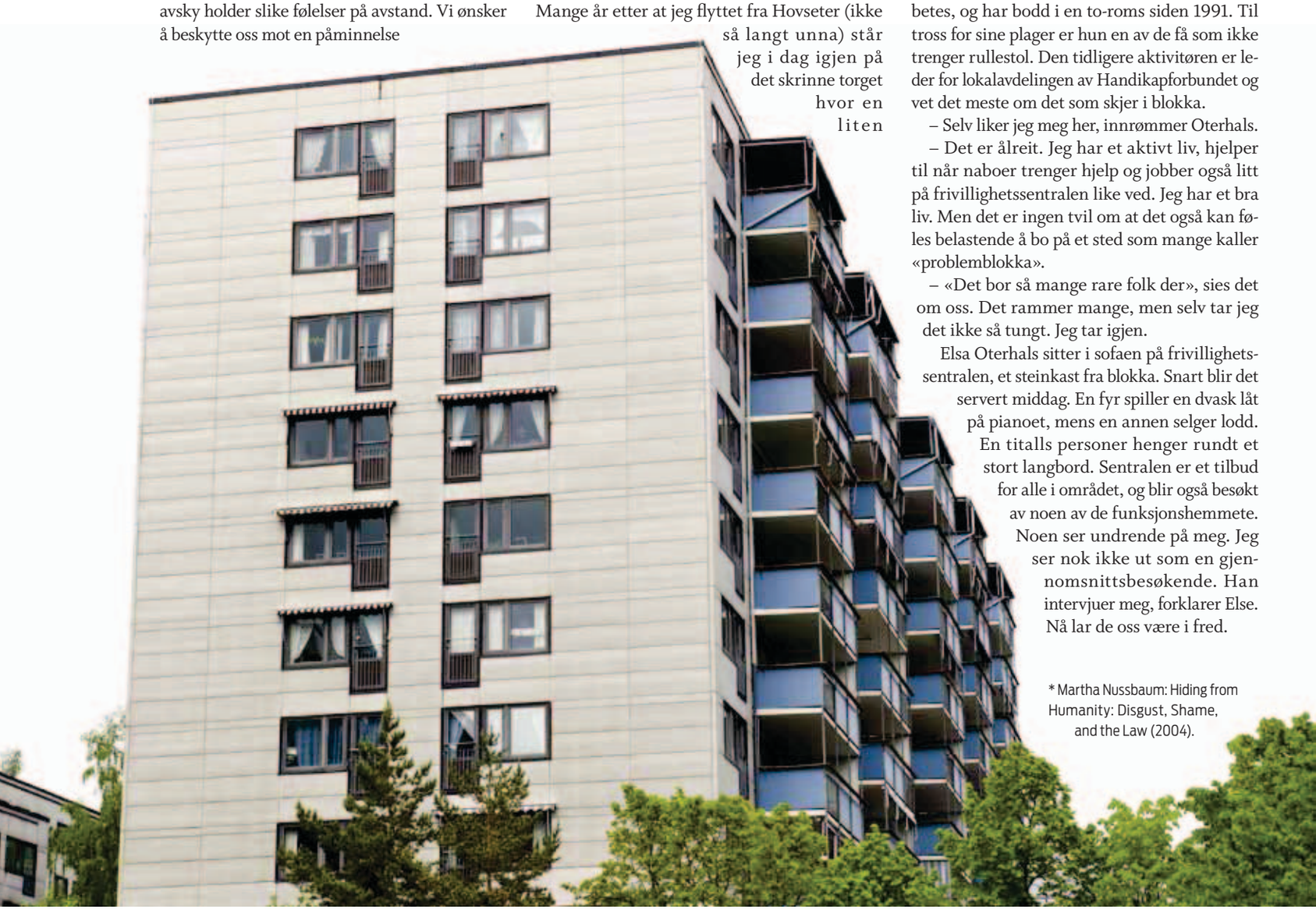
I tredje etasje, vendt mot byen, bor Elsa Oterhals. Hun har kronisk leddgikt, i tillegg til diabetes, og har bodd i en to-roms siden 1991. Til tross for sine plager er hun en av de få som ikke trenger rullestol. Den tidligere aktivitøren er leder for lokalavdelingen av Handikapforbundet og vet det meste om det som skjer i blokka.

– Selv liker jeg meg her, innrømmer Oterhals.

– Det er ålreit. Jeg har et aktivt liv, hjelper til når naboer trenger hjelp og jobber også litt på frivillighetssentralen like ved. Jeg har et bra liv. Men det er ingen tvil om at det også kan føles belastende å bo på et sted som mange kaller «problemblokka».

– «Det bor så mange rare folk der», sies det om oss. Det rammer mange, men selv tar jeg det ikke så tungt. Jeg tar igjen.

Elsa Oterhals sitter i sofaen på frivillighetssentralen, et steinkast fra blokka. Snart blir det servert middag. En fyr spiller en dvask låt på pianoet, mens en annen selger lodd. En titalls personer henger rundt et stort langbord. Sentralen er et tilbud for alle i området, og blir også besøkt av noen av de funksjonshemmete. Noen ser undrende på meg. Jeg ser nok ikke ut som en gjennomsnittsbesøkende. Han intervjuer meg, forklarer Else. Nå lar de oss være i fred.



* Martha Nussbaum: Hiding from Humanity: Disgust, Shame, and the Law (2004).

– Vår blokk er en del av et større borettslag. Der er det en del dårlige holdninger overfor oss som bor her. De synes vi er kravstore og at vi maser mye. Mange funksjonshemmete vil ikke lenger være med når det er generalforsamling. De føler seg sett ned på, mener Oterhals. Selv går hun likevel dit, men det hender hun går i klinsj med noen.

Konflikten i borettslaget mellom funksjonshemmete og ikke-funksjonshemmete er ikke av ny dato. Av og til blusser den opp til åpen strid. De funksjonshemmete betaler like mye i fellesutgifter som andre, men heisene i blokka står oftere enn ellers og inngangsdøren blir oftere ramponert av rullestolbrukerne. Det koster borettslaget mye penger. Heller ikke all trafikk som følge av henting og bringing av de funksjonshemmete er like populært.

– Vi har selv litt skyld også. Funksjonshemmete kan bli litt kravstore. De føler at andre får, men ikke dem. De føler seg lett tråkket på og går av og til litt hardt ut. Det skaper vondt blod. Funksjonshemmete kan også ha problemer med å se forskjellen på sin rolle som mottaker av tjenester fra bydelen og sin rolle som vanlige beboere i et borettslag.

Blokkens rykte er blitt enda mer frynset etter at det ble åpnet en kafé i første etasje. Stedet har åpent noen få kvelder i uka, men tiltrekker seg en del folk fra «sosialblokka». Det preger atmosfæren rundt blokka.

Bedre blir det ikke av at blokka også ligger rett ved siden av en støyende ungdomsskole. Blokka er regelmessig utsatt for hærverk og elever som klarer å knekke tilgangskoden. De herjer i korridorene.

Shuttle

Men det er ikke bare sine direkte omgivelser de funksjonshemmete kan komme i konflikt med. Helt siden innflyttingen har beboerne i perioder klaget på holdningene til de ansatte i bydelens hjemmetjeneste. Ettersom de funksjonshemmete har omfattende behov for hjelp og pleie for å kunne leve et vanlig liv blant «normalbefolkningen», trengs en like omfattende shuttletrafikk mellom bydelens hjemmetjeneste og blokka på Hovseter.

– Vi har til tider opplevd at ansatte i hjemmetjenesten prater negativt om oss i blokka når vi diskuterer med dem i andre fora. Til dels hårreisende og nedlatende.

– Vi er også misfornøyde med hvordan ansatte i tjenesten eller i bestillerkontoret i noen tilfeller kan svare den enkelte brukeren. Vel har de lover og regler å gå etter. Men når de ikke har klart for seg hva brukerens særbehov er, kan svaret oppfattes som krenkende, mener Elsa Oterhals.

Motsetningene ble tatt opp med bydelen. På begynnelse av 2000-tallet opprettet Vestre Aker, som Røa heter i dag, en egen hjemmetjeneste spesielt knyttet til blokka. Det gjorde at brukerne ble mer fornøyde. Men i 2006 gjennomførte bydelen en omorganisering som igjen delte området for hjemmetjenesten i nye distrikter. For brukerne var det en nedtur.

Gruer seg

Sykepleier Marit Ek i Vestre Aker bydel bekrefter at det har vært konflikter mellom hjemmetjenesten og beboerne i blokka. Hun har jobbet i hjemmesykepleien siden begynnelse av 90-tallet og kjenner forholdene godt. Jeg treffer henne en kilometer unna, på Forsvarets overkommando på Huseby. Men forsvaret har krympet og nå huser bygningen kontorene til helsetjenesten i bydelen.

– I Norge ønsker vi at også personer med omfattende behov skal kunne bo hjemme. Det var også tanken med blokka på Hovseter. Men du må huske på at mange beboere er så dårlige at det ville ha forsvart sykehjemsplass. Hjemmetjenesten i bydelen er ikke dimensjonert for å kunne gi beboerne på Hovseter så omfattende tjenester som en institusjonsplass kunne ha gitt. Det gjør at mange brukere er misfornøyde, de ønsker seg mer hjelp enn de kan få av oss. Det kan skape spenninger mellom ansatte og brukere, mener Marit Ek.

– Mens noen brukere er misfornøyde med at de stadig får nye hjelpere på besøk, er det også ansatte i hjemmetjenesten som gruer seg til å gå på jobb der. I de mest ekstreme tilfellene har det hendt at hjemmehjelpen har nektet å dra ut dit. De føler at de blir utsatt for krasse beskyldninger fra brukerne. Vi føler at vi prøver å strekke oss så langt vi kan. Men det er ikke mulig å lage en turnus hvor brukere får «faste» ansatte som kommer til dem og som i tillegg skal hjelpe dem på tider de selv vil.

Det hender derfor at hun må ta sine egne ansatte i forsvar mot brukere som mener at «de ikke skjønner hvordan ting skal gjøres».

– Jeg synes de kunne være snillere mot oss som jobber der. Vi forsøker å være fleksible. Nå hender det altfor ofte at de velger en de liker og så liker de ikke andre, sier Marit Ek.

Hun understreker at bydelen forsøker å ha en god dialog med brukerne av tjenesten og at det også jobbes med å skape gode holdninger i tjenesten.

– I sykepleierutdanningen lærer vi om etikk og empati. Sykepleiere bør derfor være godt rustet i møtet med brukerne, selv om det også kan være krevende å sette grenser for pasienter som ønsker mye fra deg. Men noen reagerer på at de, i en situasjon med knappe ressurser, må gjøre ting hos brukerne som strengt tatt ikke har noe

GÅR I KLINSJ: Det er en del dårlige holdninger til oss som bor her, mener Elsa Oterhals. Hun har bodd i blokken siden 1991 og har ikke tenkt å gi seg.

med sykepleiefaget å gjøre. For de skal jo helst gjøre rene sykepleierprosedyrer som å stelle sår og legge inn kateter.

Alt du ber om

Spenningene mellom beboerne i blokka og hjelpeapparatet skyldes også at funksjonshemmete i dag i større grad forventer å kunne leve et liv på egne premisser. Da blokka ble bygd på 70-tallet kunne funksjonshemmete være «takknemlige» for at samfunnet stilte opp for dem. Men likestillingsklimaet har gitt dem både bedre rettigheter og større forventninger om et liv de kan styre selv.

I tråd med dette får stadig flere funksjonshemmete en egen brukerstyrt personlig assistent (BPA), fra noen timer i uka til døgnet rundt. Det gjelder også noen av beboerne i blokka.

– Personlige assistenter gir brukerne en helt annen selvstendighet enn hjemmehjelpen, mener Else Oterhals.

– En ansatt i hjemmetjenesten har ofte ikke tid nok til å gjøre de mest nødvendige tingene, men når du har en BP, vil vedkommende gjøre alt du ber om. Hvis du vil kan vedkommende vaske rullestolen din eller skifte en lyspære. At noen får innvilget en personlig assistent bidrar også til å øke forventningene til de som ikke har en. Hvorfor kan du ikke vaske rullestolen min, sier de til ansatte i bydelen.

Sykepleier Marit Ek er enig i at ordningen med personlig assistent er bra for funksjonshemmete fordi det gir dem bedre kontroll over sitt eget liv og en mer direkte relasjon til den som hjelper vedkommende.

– Hjemmehjelpere vil aldri kunne gi det som en personlig assistent kan tilby, som er hos brukeren hele tiden. Men til syvende og sist handler dette om hvor mange bydelen har råd til å gi dette tilbudet til. De fleste må nok nøye seg med oss, sier Ek.

Sekk

Nå er det på tide å besøke Arnfinn Kristoffersen i åttende etasje. Flere i blokka jeg har snakket med peker på ham som en som vet å ordlegge seg. Snakk med ham, sier de.

Men avtalen med Arnfinn sitter litt langt

inne. For å si det rett ut er han skeptisk til mitt prosjekt. I en telefonsamtale lar han det skinne gjennom at han mener at det blir helt feil å skrive om «handikapblokka». Ikke bare liker han uttrykket dårlig. Men han vil heller ikke bli puttet i en sekk, som en av mange. Han vil bare representere seg selv.

Han slipper meg derfor til under sterk tvil og bare etter å ha lest min kommentarspalte «Aksjonisten» i Sykepleien. Den likte han.

Så når jeg banker på døra til rommet han leier til kontorformål i åttende etasje, er det ikke uten en viss ærbødighet for en mann som har så tydelige grenser.

Inne er det tropevarmt. Med utsikt helt til Hotel Plaza og Sunnaas på den andre siden av fjorden har Arnfinn innredet et lite tenkested fylt med bøker, permer og arkivskap. Her sitter han strategisk plassert mellom kunnskap samlet inn gjennom et helt liv. På veggen et verdenskart og en plakat for arktisk forskning.

– Bare spør, sier han etter at jeg nøye har forklart at min søken etter verdighetsbegrepet også handler om min egen, udefinerbare skrekk for blokka mens jeg ennå bodde i området. At jeg bare måtte finne ut av hvorfor jeg aldri virkelig beskjeftiget meg med blokka selv om jeg gikk forbi hver dag i mange år.

– Men min verdighet har jo ikke noe å gjøre med at jeg bor i en blokk sammen med mange andre funksjonshemmete, utroper han.

– Hva er verdig? Og hva er uverdig? Er en som bor på Smestad mer verdig enn en som bor på Romsås. Det er som en dame med hatt. Det gjør ikke noe at man ser det og legger merke til det. Mennesker er forskjellige. Jeg er funksjonshemmet, individ og en selvstendig person.

Snuble

Arnfinn Kristoffersen vokste opp i Kragerø. Den første antydningen til at han ikke var som andre gutter var i 2-årsalderen. Moren la merke til at han snublet mer enn sin søster og bror. Men etter hvert gikk han både på ski og på skøyter. Han klatret i trærne, som andre barn. Bare at han var litt langsommere og ble fortere sliten.

Da moren for første gang tok ham med til distriktslegen trodde de at han kanskje ville vokse det av seg. Men det gjorde det ikke. Høyrebeinet sviktet og han fikk problemer med å gå. Et opphold på Telemark poliomyelittinstitutt i Skien hjalp heller ikke. Treningen der gjorde ham bare sliten.

Diagnosen fikk han i slutten av tenårene: Spinal muskelatrofi type III, en sykdom som fører til omfattende muskelsvikt. Prognosene er ikke særlig gode. En lungebetennelse kan bety slutten.

– Jeg lever i dag i strid med statistikken for min diagnose, sier han tørt.

Arnfinn har sittet i rullestol siden begynnelsen av 20-årene. Jobbet helt til slutten av 80-tallet, men da ble det for slitsomt. Han måtte resignere. Til et liv som har gjort ham avhengig av andre.

– Jeg mistet min selvstendighet i mange faser. Først var det krykker, så manuell rullestol og til slutt elektrisk rullestol. Og så kom øyeblikket da jeg ikke visste hvordan jeg skulle få klærne på meg og komme fra toalettet til rullestolen. Som jeg gruet meg! At noen måtte komme og hjelpe meg!

I dag er hjelp fra hjemmetjenesten i bydelen en del av hans hverdag. Særlig morgenene er besværlige. Å komme seg opp av senga, ta et bad og få på seg klærne kan fort ta noen timer. Da skal helst ikke noe uforutsett skje, ellers ryker programmet. Heldigvis har han samboer. Hun hjelper ham opp av senga før hun går på jobb. Hjemmesykepleieren overtar kl. 08:25, fra mandag til fredag. Er samboeren bortreist trenger han likevel hjelp. Han har en avtale med bydelen som sikrer han hjelp i akuttsituasjoner.

Kategori

Arnfinn Kristoffersen føler ikke at han må gjøre noe spesielt for å holde opp sin verdighet, selv om han blir møtt med stadig nye ansatte i hjemmetjenesten, i forskjellig alder og med forskjellig hudfarge, god i norsk, dårlig i norsk.

– Jeg har et opplegg for det. Stiller standardspørsmål til «nye» for å finne ut hvor mye de forstår og hvor mye erfaring de har nettopp med mennesker som meg. Det pleier å gå bra. Jeg må bare vite hvor mye jeg må fortelle dem om hva de skal gjøre.

På 70-tallet var han, som medlem i handikaplaget, selv i dialog med arkitektene om byggingen av blokka. Den gang tenkte man ikke så mye på valgmuligheter, var bare positiv til at man fikk praktiske leiligheter som man kunne bo i.

– Personlig har jeg alltid følt meg respektert. De behandler meg ikke annerledes enn folk flest. Men det kan irritere meg når andre ser på meg som del av en gruppe. Det er den store ulempen med å bo i et kategoribygg som denne blokka. Folk har lett for å putte oss i en sekk som vi ikke føler oss hjemme i. På Hovseterområdet vanker en del folk med rusproblemer. Alt det ukjente skiller seg ut. Det gjør integrasjon vanskelig, mener Arnfinn og retter sitt blikk stramt mot meg.

Jeg nikker. Dette kjenner jeg igjen

97 minutter

Ute, fra åttende etasje, ser Oslo ut som en salat med Michelin-standard, så frodig og grønn. Men Arnfinn har ikke vært ute i godværet. Han trenger et bestemt ærend. Enten skal han gå tur, men risikerer helsen. Eller så skal han noe bestemt. Da hender det likevel stadig oftere at han sier nei.

– Min samboer ville ha meg med på en tilstelning på rådhuset sist. Det var for Oslo Bys Vel, som feiret 200 års jubileum. Men forrige gang jeg benyttet Transporttjenesten for funksjonshemmede (TT) måtte jeg vente i en time og 37 minutter før bilen kom som skulle kjøre meg hjem. Hva ville ha skjedd om det samme skjedde igjen? Vil jeg stå der med rullestolen mens rådhusdørene ble stengt og vaktene gikk hjem? Undret Kristoffersen. Det ble ikke noe tur til Rådhuset.

Heldigvis går utviklingen framover. Mange steder får universell utforming som gjør at også funksjonshemmete kan slippe til. Nye boliger bygges i livsløpsstandard, som gjør at folk kan bli boende hjemme selv om de blir funksjonshemmet. At flere funksjonshemmete nå får personlig assistent, er også en ønsket utvikling, mener Arnfinn.

– Tenk hva det betyr! Med en personlig assistent kan du leve et helt annet liv. Du kan styre livet ditt selv. Forskjellen? Får du hjemmetjenesten på besøk legger vedkommende til nød en Fjordland som du ikke selv har valgt i mikrobølgeovnen. Ressursene til hjemmetjenesten rekker ikke til mer. Med en personlig assistent kan du ønske deg kjøtt og suppe en dag og en god salat en annen dag. Det er en veldig stor forskjell.

Skylda

Har jeg skydd blokka på Hovseter fordi jeg mener at den aldri skulle vært bygd? Fordi den er stygg og kald og helt mangler sjarm?

Trolig er det å snu problemstillingen på hodet. Jeg hadde antakelig vært mildere i min dom over bygningen hvis jeg hadde kjent mennesker som Elsa og Arnfinn den gang jeg ofte gikk forbi her. Men så ble jeg kanskje nettopp ikke kjent med

Fakta:

Spinal muskelatrofi type Kugelberg-Welander (SMA III)
Sitter i nervecellene i ryggmargen. Cellene som signaliserer til musklene at de skal trekke seg sammen, forsvinner. Det fører til muskelsvinn.
Spinal muskelatrofi deles inn i tre typer og type III er den mildeste.

Kronisk leddgikt
En sykdom som karakteriseres av betennelse i ledd som gradvis kan føre til ødeleggelse av bein, brusk og leddkapsel. Forekommer hos én prosent av befolkningen. Gir plager i form av smerter og stivhet og etter hvert funksjonsproblemer i dagliglivet. Vanligvis svingende forløp med gradvis forverring.

dem fordi blokka utstråler noe som ga meg så lite lyst til å nærme meg de som bor i den.

Så kan jeg legge skylda på dem som planla dette monsteret. Arkitekten.

Han er ikke vond å be.

– Det var nok ikke heldig å bygge slik, innrømmer Erlend Løvstakken i dag.

– Bygget er for høyt og det hadde vært bedre å spre slike leiligheter over alle blokkene i området, ikke bare i en blokk. Og du, er de grå eternittplatene fortsatt på fasaden?

Det er de. Men balkongene er blitt penere.

Rive

Så hva med å rive hele greia? I integrasjonens navn?

Om kvelden, hjemme, ringer jeg borettslagets formann Rolf Schmitz. Han er enig i at det ikke var noe sjakktrekk den gang å lage et så stort bofellesskap kun for mennesker som ikke er i stand til å hjelpe hverandre. Ikke tør han tenke heller på konsekvensene hvis det bryter ut brann en gang.

Men tanken om å «oppløse» blokka har Schmitz måttet gi opp. Kommunen nekter nemlig å gi slipp på klausulen som tilsier at leiligheten bare kan selges videre til andre bevegelseshemmete. Dette gjør det ofte særs vanskelig å selge. Og forhindrer at man får en sunnere blanding av mennesker i blokka, mener Schmitz.

Mens kommunen holder fast ved status quo i området, forbereder andre seg på å holde fortet. Elsa Oterhals går over torget og hilser gjerne på alle som går forbi. Hun har ikke tenkt å flytte noe sted. Hun vil heller fighte ned fordommene der hun bor.

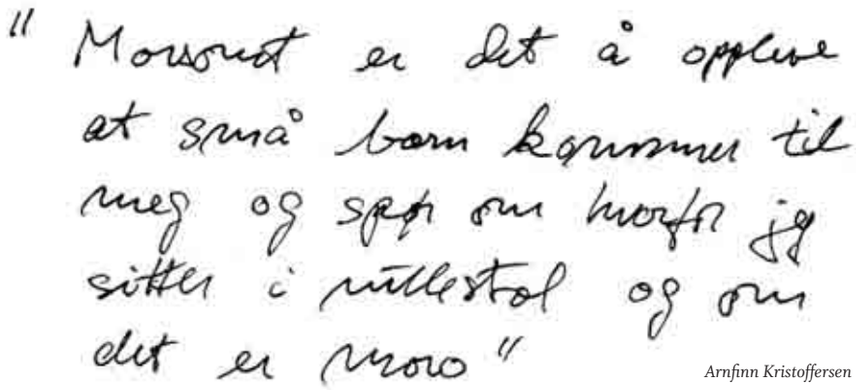
Arnfinn Kristoffersen er roligheten selv. Å kvitte seg med blokka løser ingenting. Det er holdningene som må endre seg, ikke bygningen. I framtiden vil kategoribygg av denne typen være en saga blott. Men han minner om at det ikke er så fryktelig lenge siden det ble fremmet et forslag i bydelen om at funksjonshemmete som benyttet seg av hjemmetjenesten skulle betale egenandeler for å stå opp og gå på do. Heldigvis ble det aldri vedtatt.

– Vi må aldri komme dit hen at offentlige instanser leter etter en paragraf for å gi avslag på søknad, i stedet for å finne ut hvordan de skal hjelpe folk. Selv klarer jeg meg med hjelp fra hjemmetjenesten og en samboer som jeg er helt avhengig av. Men jeg synes synd på unge mødre som må trygle om hjelp for å få hjelp til et sterkt funksjonshemmet barn. DET er virkelig uverdig.

Normal

Jeg rusler hjem. Det er en tur på bare ti minutter. Hjem til normalblokka mi.

Hvis den da finnes.



Arnfinn Kristoffersen

I EN SEKK: Arnfinn Kristoffersen var en av de første som flyttet inn i blokka. – Dessverre har folk lett for å se på oss som en gruppe.

Betacellene sa stopp. Da måtte Brita Korshavn overta selv.

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

KJENNER DU DETTE: Å miste følelsen i beina er en mulig sen-komplikasjon av diabetes.

54 år med kontroll »

Om jeg har tapt noe?

Brita Korshavn tenker etter.

– Nei, jeg føler ikke det, sier hun.

– Men jeg savner jo å gå i pene sko.

Slapp sommer

Det var sommeren 1957. Ti år gamle Brita var så slapp. Ville bare drikke brus. En venn av familien, en barnelege, sa det rett ut: Brita har fått sukkersyke.

Det var en uke igjen av ferien på Sørlandet.

«Spis så mye sukker du kan», sa han. «Og så går du til lege når du kommer hjem».

Fikk skjenn

Brita Korshavn er innom poliklinikken på Gjøvik. Hun gir diabetessykepleier Tilla Landbakk en klem. Forteller at turen til Nice gikk bra.

– Men jeg glemte niste til flyet. Venninnene mine, flere av dem er sykepleiere, skjente på meg. De sa: Brita, dette må du snart lære, sier hun og ler.

– Men jeg hadde kontroll, jeg hadde med druesukker.

Kontroll er noe Brita Korshavn har hatt i 54 år. Hele denne tiden har hun gjort jobben kroppen sluttet med da hun var ti: Å tilføre insulin.

For mye sukker

I bukspyttkjertelen, nærmere bestemt i betacellene i de langheranske øyer, produseres insulin. Insulin er et hormon som sørger for å holde nivået av sukker i blodet stabilt. Uten insulin dør man.

Men hos noen er evnen til å lage insulin ødelagt. Hvorfor vet ingen. Rundt 25 000 mennesker i Norge har mistet denne evnen. Sykdommen kalles type 1-diabetes eller insulinavhengig diabetes og medfører at insulin må tilføres kroppen utenfra.

I 1957 var behandlingen én sprøyte insulin hver morgen. Men i takt med økt kunnskap om hva diabetes kan føre til på sikt, er det utviklet flere typer insulin, ulike måter å tilføre den kroppen på og svært enkle apparater for å måle blodsukker.

Sunt liv

Sukkermolekylene kan avleire seg i blodårene, særlig i de små. Det gjør at de med diabetes har økt risiko for blant annet øyeproblemer og nyresvikt. Målet med diabetesbehandling er å holde blodsukkeret stabilt. Men det er lettere sagt enn gjort. Nivået påvirkes av hva man spiser, hvor aktiv man er, stress, hormoner og det meste som skjer.

– Hverdager er de beste, sier Brita Korshavn tørt.

– Med diabetes blir det et sunt liv.

Hun husker at moren sørget for et kosthold uten mye sukker. Skulle Brita i bursdag, fikk hun med vannbakkels.

– Men jeg tenkte faktisk ikke så mye på sykdommen, sier hun.

Føling kan hun ikke huske å ha hatt.

– På mange måter var det kanskje enklere før, sier sykepleier Landbakk.

– Da var det ikke mulig å måle blodsukker og man slapp å bekymre seg for om det var høyt eller lavt.

Fru Chic

Brita Korshavn giftet seg.

– Jeg lurte på om jeg kunne få barn, men fikk råd om å sette i gang.

FAST SYKEPLEIER: 14. august 1989 ble Tilla Landbakk diabetessykepleier for Brita Korshavn. Hver tredje måned er hun til kontroll på diabetespoliklinikken på Sykehuset Innlandet, Gjøvik.

Det ble to fine jenter med to års mellomrom, begge tatt med keisersnitt tre uker før tiden. Og begge veide godt over fire kilo.

– Mødre med diabetes fikk gjerne store barn, derfor ble jeg fulgt opp, sier Korshavn.

Hun jobbet sammen med søsteren i parfymeriet som foreldrene startet i 1930-årene.

– Chic parfymeri het det, sier hun.

– Fremdeles spør folk «hvordan det går med fru Chic», når jeg er i byen.

Seinskader av diabetes gjorde at hun for ni år siden måtte slutte å jobbe.

Mister følelse

Det var et sår som ikke ville gro. I tillegg gjorde blødninger at hun delvis mistet synet på venstre øye.

Såret kom for over 20 år siden, under venstre lilletå. Hun hadde alltid tatt godt vare på beina. De som har diabetes, er nødt til det, fordi de risikerer å utvikle nevropati som følge av høyt blodsukker. Nevropati er skader på følenervene, og rammer særlig føtter.

Fordi nervene er skadet, er evnen til å føle smerte nedsatt. En stein i skoen, eller brennhet sand, vil for eksempel ikke merkes. Da er det lett å få sår. Diabetes kan også føre til problemer med sirkulasjon i føttene, slik at sår kan ha vanskelig for å gro.

Korshavn og Landbakk gjorde alt for å lege såret. I perioder var Korshavn på sykehuset ukentlig. Men for to år siden anbefalte kirurgen å amputere.

Korshavn grudde seg veldig.

– Det mest overraskende med det, var vel hvor bra det gikk, sier sykepleier Landbakk.

Under sko og sokk er det vanskelig å se at Brita Korshavns venstre lilletå er borte.

– Barnebarna mine kaller den vikkivirre. De sier vi bare kan kjøpe en ny, sier hun.

Tilgjengelig

Med nevropatien kom råd om ortopediske sko.

– Det var en nedtur. Jeg er opptatt av fine sko. Litt spisse. Lakksko, med sydd kant rundt. Jeg hadde noen knall røde.

Søsteren fikk overta 20 par.

Hun ser ned på de butte, fornuftige skoene hun bruker i dag.

– Men det gikk greit. Jeg har alltid vært opptatt av å se mulighetene, ikke begrensningene. Jeg har levd et godt, aktivt liv. Det har vært håndball og ski. Nå er det tur med staver.

Tilla Landbakk opplever at svært mange takler det å ha diabetes veldig bra. Hun mener hennes viktigste jobb er å være tilgjengelig.

– Jeg skal være der når de har behov for hjelp, sier hun rolig.

– Jeg må være fleksibel og ta utfordringene når de kommer.

Korshavn nikker.

– Å få hjelp når jeg trenger det er veldig viktig, mener hun.

22 år har de kjent hverandre. Korshavn har diabetessykepleierens mobilnummer.

– Men jeg har bare brukt det én gang, sier hun.

Egne valg

Landbakk sammenligner det å ha diabetes med å være kaptein på havet.

– Der trenger man hjelp av mannskapet. Helsepersonell er det mannskapet. Pasientene må ta alle valgene, men jeg skal hjelpe dem til å ta best mulig valg. Å håndtere sykdommen handler om å mestre og akseptere.

Hun må være oppdatert.

– Det har vært en utrolig utvikling innenfor diabetes, og pasientene må være trygge på at jeg følger med, sier hun.

Diabetes type 1

Insulin regulerer blodets innhold av sukker. Ved insulinavhengig diabetes er cellene som produserer insulin ødelagt, og pasienten må få tilført insulin utenfra.

Årsaken til sykdommen er ikke kjent.

I Norge lever det rundt 25 000 mennesker med denne typen diabetes.

På kontoret hennes ligger et bredt utvalg av sprøyter, penner og pumper. Brita Korshavn rister på hodet når hun får spørsmål om pumpe.

– Jeg trives så godt med pennen, sier hun.

Landbakk trekker fram erfaringskunnskap.

– Alle med diabetes håndterer sykdommen ulikt. Det fins ingen fasit. Jeg lærer av alle måtene pasientene håndterer sykdommen på. Jeg tar med meg Britas erfaringer i møte med neste pasient.

Ville levd uten

Landbakk opplever at de fleste med diabetes har håp om å bli frisk. Et håp om at forskningen skal finne en måte å få betacellene til å produsere insulin igjen. Det mener Brita Landbakk hun har blitt for gammel til.

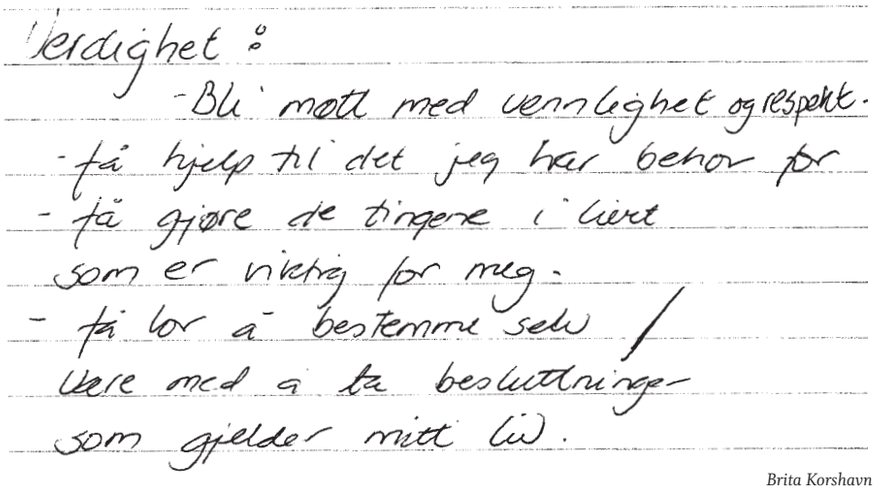
– Men jeg skulle ønske meg en dag der jeg slapp å tenke på alt jeg ikke kan spise, sier hun.

Hun skulle gjerne vært foruten hele sykdommen.

– Men å få diagnosen endret ikke livet. Det gjorde faktisk ikke det.

Rett før hun fikk diagnosen, fikk en venninne leukemi og døde.

– Da jeg selv ble syk, sa jeg til moren min: Så heldig jeg er som fikk diabetes.


Verdighet:
- Bli møtt med vennlighet og respekt.
- få hjelp til det jeg har behov for
- få gjøre de tingene i livet som er viktig for meg.
- få lov å bestemme selv / være med å ta beslutninger som gjelder mitt liv.

Brita Korshavn

Da datteren på åtte år konstaterte at «Pappa kan ikke skrive» forstod Hans Jacob Hofgaard hvor dårlig han var.

Tilbake til start

Tekst **Bjørn Arild Østby** Foto **Erik M. Sundt**

Ti minutter etter at startskuddet er gått for Den lille styrkeprøven fra Lillehammer til Oslo, stanser Hans Jacob Hofgaard sykkelen. Han kjenner seg ikke vel. Før han får løsnet skoene fra pedalene, deiser han i asfalten.

Han husker ikke noe av lørdag 20. juni 2009. Heller ikke noe av ukene før og etter denne lørdagen. Men det gjør kompisene som sykler sammen med Hans Jacob. De forstår raskt at her er det alvor. Løper bort til ham. Konstaterer at han mangler puls. Setter umiddelbart i gang med hjerte- og lungeredning. Hjernen til Hans Jacob får tilført tilstrekkelig oksygen til ikke å kollapse.

Noen ringer 113. Ti minutter seinere ankommer ambulansepersonell. På fjerde forsøk med hjertestarter begynner hjertet å slå igjen. Det er gått 40 minutter siden Hans Jacob fikk hjertestans. Han har fått livet tilbake.

Første stopp er Lillehammer sykehus, før turen går videre til Ullevål sykehus. De ti påfølgende dagene befinner Hans Jacob seg i en komalignende tilstand.

Asfyksi

En tilstand med tilsynelatende livløshet og generell oksygenmangel i blodet kombinert med pustestans. Pasienten mangler ofte også puls på grunn av svært lavt blodtrykk, eller fordi han/hun kan ha fått hjertestans.

Ett år etter står Hans Jacob igjen på startstreken på Lillehammer. Han skal fullføre rittet han aldri kom i mål året før.

– Det var et lite delmål.

Året som ligger mellom de to rittene har vært en annerledes og tøffere styrkeprøve for Hans Jacob og familien.

Hjerneskade?

– Hvor er jeg? Hvorfor er jeg her?

Flere uker uten erindring om livet utenfor, våkner Hans Jacob til en kaotisk hverdag på Ullevål sykehus. Han er kommet tilbake til livet. Men i hvilke tilstand? Hjerneskade? Bare ordet skremmer.

Fra sykehussengen ser han en klokke på veggen. Men han forstår ikke hva viserne viser. Han fryser. Tror det er vinter og veldig kaldt. En naturlig reaksjon etter å ha vært kunstig nedkjølt for å beskytte mot ytterligere celledød og hjerneødem. Det vet ikke Hans Jacob.

Han klager over vondt i anklene. De ligger på sengekanten. Kona ber ham legge seg lenger opp i senga. Han forstår ikke hva hun mener. Hvorfor skal han reise seg opp? Han ligger godt.

Den første tida på sykehuset blir en tid med misforståelser, og mange hverdagslige utfordringer.

Når Hans Jacob som en del av opptreningen skal ut å handle, avslører hverdagen nye utfordringer. På handlelappen står brød. Men det finnes så mange forskjellige brødsorter? Eple. Grønne eller røde?

– Jeg kunne ingen ting! oppsummer Hans Jacob i dag.

Den gang forstod han ikke hvor dårlig han var.

Noe har skjedd

I avhandlingen «Erfaringer fra et rystet selv» har Grace Inga Romsland fulgt en gruppe personer som har vært bevisstløse etter ulykke eller sykdom som har forårsaket hjerneskade.

Et kjennetegn hun fant var at da de først begynte å orientere seg mot verden og andre mennesker, opplevde de at det hadde skjedd forandringer med dem selv. De endringer de opplevde var vanskelige å forklare for andre, og de var vanskelige å forstå for dem selv. Kapasiteten når det gjelder å huske, være oppmerksom og oppfatte hva som skjer, motta og sortere sanseinntrykk og å løse problemer var svekket. I tillegg var alle plaget av tretthet og hadde stort behov for å hvile.

Dette passer ifølge Hans Jacob «perfekt». Han kjenner seg godt igjen i alt.

Pappa kan ikke skrive

To måneder ble Hans Jacob på Ullevål sykehus.

KONKURRANSEINSTINKTET har aldri sviktet Hans Jacob Hofgaard. Verken da eller nå. - Men jeg må kjenne mine begrensninger.

KUNNE VÆRE MEG SELV SOM JEG ER OG IKKE NØDVENDIGVIS SOM JEG VAR

Hans Jacob Hofgaard

– Rehabiliteringsavdelingen på sykehuset er veldig gode på fysisk trening, uten at jeg vil kalle det et toppidrettssenter.

Positiv, blid, sosial, organisert og målbevisst, jernvilje. Det er ord som er brukt om Hans Jacob. Alle viktige egenskaper i den situasjonen han befant seg.

– Jeg ble tidlig klar over at her kreves det egeninnsats og motivasjon. Rask progresjon gav mer motivasjon. Det hjalp også på motivasjonen å høre at jeg ikke ble dårligere. At det bare kan gå en vei – oppover. Men alt avhenger av meg.

Den fysiske opptreningen var ikke den største utfordringen, selv om han måtte begynne fra bunn av. Balanse, koordinering… Det meste måtte trenes på nytt.

Tøffere var det å trene opp hjernen.

Da Hans Jacob våknet opp etter ulykken slet han med å lese og skrive. Han hadde ikke mistet evnen til å lese og skrive, men det var mye som skulle gjenoppfriskes.

SMÅ SKRITT: Det var en seier da Hans Jacob kunne begynne å kjøre bil igjen.

Ikke infarkt

Medisinske undersøkelser ble det mange av under oppholdet på sykehuset.

– Legene hadde konkludert med at jeg hadde hatt et hjerteinfarkt. Og at det hadde løst seg opp. Men helt fornøyd var de tydeligvis ikke. På nytt gikk de gjennom blodprøvene mine. Da kunne de konstatere et kritisk høyt kalsiumnivå, forårsaket av bi-skjoldbrukskjertelen. Dette ble sett på som en medvirkende årsak til det som skjedde juni 2009.

På nytt bar det inn på hjerteovervåkningen. Kjertelen, som var 40 ganger større enn den skulle være, ble operert vekk.

«Friskmeldt»

Etter to uker på Aker sykehus etter operasjonen, ble det tre måneder med opptrening og pasientundervisning på Sunnaas sykehus. Han lærte om livsstil og kosthold, og simulerte praktiske situasjoner i hverdagen. Hvordan hente fram igjen det han hadde glemt, men tidligere kunne.

Her fikk han god støtte fra treningskolleger på jobben. En gang i uken tok de turen til Sunnaas, medbrakt Hans Jacobs sykkel. Tidligere hverdag ble en naturlig del av opptreningen.

– Under oppholdet på Sunnaas fikk jeg også svar på spørsmål jeg hadde gått med. Blant annet hva som hadde skjedd, og at jeg ikke kunne noe for det.

Da han dro fra Sunnaas var han friskmeldt, vurdert på bakgrunn av det han hadde vært gjennom. Men sammenlignet med situasjonen før ulykken var han redusert.

Hans Jacob blir fort sliten og trenger mye hvile. Men han er helt klar på at dette må tilpasses familien, og ikke at familien skal tilpasse seg hans endrede livssituasjon.

– Sannsynligvis kommer jeg ikke dit jeg var. Men det er ikke det viktigste. Det er viktigere å innse begrensningene i dag, og samle på de små seirene.

En slik seier var igjen å kunne kjøre bil. Etter flere tester blant annet av reaksjonsevne var det ingen grunn til ikke å slippe han ut i trafikken.

– Et lite, men viktig steg nærmere der jeg var.

Ikke mer flygeleder

1. desember 2009 begynte Hans Jacob å arbeie i 20 prosent. Selv kaller han den første tiden å være fysisk til stede.

– Men det å kunne være på jobb, var viktig for å komme i gang. Her følte jeg meg trygg i kjente omgivelser. Og etter hvert kunne jeg bidra med stadig flere oppgaver.

Han er takknemlig for fleksibiliteten til arbeidsgiveren Avinor og arbeidskollegene for måten de har stilt opp.

Hans Jacob er utdannet og har jobbet som flygeleder. I tiden før ulykken på Lillehammer var han midlertidig engasjert i et prosjekt hvor man så på hvordan man skulle møte innføringen av en ny luftomorganisering og trafikkøkning i Østlandsområdet. Planen var at han skulle tilbake som flygeleder etter implementeringen av det nye systemet.

– Det er ikke lenger realistisk. At jeg har hatt hjertestans setter en stopper for det. Etter ulykken begynt jeg også å stamme, særlig i stressede situasjoner. Å være flygeleder kan være svært stressende. Så den døren er definitivt lukket.

I dag jobber han i 60 prosent stilling ved Avinors hovedkontor i Oslo.

– Det er nok min grense. I all fall en god tid framover. Så får jeg tilpasse hverdagen etter det, og bruke overskuddet på familie og venner.

Snakk om det

Hans Jacob har hele tiden vært åpen om det som skjedde.

– På den måten har jeg fått mulighet til å tenke gjennom og bearbeide en del av opplevelsene. Prøve å lære av ulykken.

Konkurranseinstinktet hans har hele tida vært inntakt.

– Er innforstått med at ikke alt vil bli som tidligere. Målet må være å gjøre så godt jeg kan med de nye forutsetningene jeg har. Ta ett steg om gangen og komme dit jeg kommer.

– Folk ønsker at vi skal lage en ny fot, eller en ny arm til dem. Det kan vi ikke, sier ortopedisk ingeniør Rune Nilsen.

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

Skodd for anledningen »

Som barn var det ingenting som hindret meg for å løpe, svømme, klatre eller stå på ski, men nå som voksen gjør jeg skjelden disse tingene. Grunnen er mest for at jeg er redd jeg skal skade meg siden jeg mangler et stødig kne.

Berit Torkildesen

Berit Torkildsen (27) sitter på kontoret til Rune Nilsen på Sophies Minde. Hun skal ha ny sommerfot.

Torkildsen har en medfødt misdannelse på venstre fot hvor hun manglet ankel og kneskål.

– Det heter fibula, sier hun.

Berit Torkildesen er født og oppvokst i Florida i USA. Da hun var 11 år ble det bestemt at hun skulle amputere fotbladet. Siden har hun hatt leggprotese.

– *Hvor mange «ben» har du?*

– Jeg har mange, men har aldri vært så opptatt av hvordan den ser ut, bare de fungerer. Men nå når jeg først er vant til at protesene ser så fine ut, er det litt kjekt. Spesielt om sommeren. Det er greit å gå i sandaler. Min gamle sommerfot er sprukket bak på hælen, så nå skal jeg få ny, sier hun.

Veien mot protese

Ortopediske hjelpemidler skal erstatte tap av legemsdel, gjenopprette eller bedre tapt funksjon i et bevegelsesorgan. Hjelpemidlene består av proteser, ortoser og ortopedisk fottøy. Etter at man har fått en rekvisisjon fra ortoped, kan man avtale time hos Sophies Minde og få laget protese. For at NAV skal betale må du ha en varig og vesentlig funksjonsforstyrrelse i støtte- og bevegelsesorganene. Rekvisisjonen som gis fra ortoped gjelder for 5-10 år. Etter det må man ha ny rekvisisjon. De som trenger proteser får i snitt laget en ny hvert år. De første årene lages det ofte tre til fire proteser.

– Jeg har også med meg noen av de gamle protesene som jeg ikke bruker lengre. Noen av dem er fra USA. Rune, du kan få dem og vise dem frem som eksempel på hvor dårlig laget de er.

Dyre «sko»

– Jeg husker godt den første fine protesen jeg fikk som Rune laget. Den begynte plutselig å lage klikkelyd. Jeg ringte Rune. Uten å ha sett på meg, var beskjeden: Berit, har du lagt på deg noen kilo. Antakelsen var helt riktig. De kan sine saker her. Vi blir godt kjent med hverandre og har en direkte tone. Det sparer vi mye tid på, sier hun og lesser «gamle» bein i en diger bag.

– Disse kan du kaste.

Proteser er dyrt. Et kneledd koster rundt 35 000 kroner, en fot koster rundt 25 000 kroner. «Silikontrekket» som tres over selve protesen og får den til å se ut som en vanlig fot, koster rundt 80 000 kroner.

– I USA ville jeg aldri hatt råd til alle disse protesene. Her får vi alt gratis. Det er virkelig bra.

Feil sted

Rune Nilsens spesialitet er fotproteser og han har jobbet lenge på Sophies Minde. Han er ikke fornøyd med kirurgene.

– Kirurgene kapper på feil sted når de amputerer. Av en eller annen grunn har de fått det for seg at de skal kappe minst mulig.

– Selv om vi sier det tusenvis av ganger at det ikke alltid er det beste for pasientene i ettertid. Se bare på disse to protesene.

Rune Nilsen drar frem to proteser som står lent inntil veggen på kontoret hans:

– Du ser med en gang at den ene protesen får et altfor lavt kneledd. Det er fordi kirurgen har amputert rett over kneet. Hadde kirurgen tatt 10 centimeter mer av låret, ville pasienten fått en mye bedre protese med en mer naturlig utforming og funksjon, sier Nilsen.

Det er nemlig slik at for at en protese skal bli best mulig, er mye avhengig av stumpen den skal festes i.

– *Hvorfor er det slik at kirurgene amputerer minst mulig?*

– Jeg vet ikke sikkert, men det virker som om 90 prosent av kirurgene er mest opptatt av den to timers jobben de gjør når de amputerer. De tenker ikke på livet pasienten skal ha etterpå. Det kosmetiske er for legen av mindre betydning.

– Men for pasientene har det svært mye å si. Det hadde vært til stor hjelp om leger hadde kontaktet oss før de amputerte. Da kunne vi samarbeidet og pasienten ville hatt større sjanse for å få optimale proteser. Legene har ikke peiling på hva vi driver med. Det er det for så vidt ingen som har, sier han.

Røykeben og diabetes

Den største gruppen som kommer til Sophies Minde for å få proteser, er eldre diabetikere med røykebein. Ellers er det mye barn med Cerebral parese, ryggmargsbrokk »

SOMMERFOT: Berit Torkildesen skal få ny sommerfot. Hun har aldri opplevd fordommer som protesbruker. Tvert imot. Ortopedteknikker Jo Helge Lunde «skrur» og justerer Torkildsens «støvlett- fot».

- Jeg har aldri kunnet gått i høye hæler. Det kan jeg nå. Celine Halvorsrud

eller andre medfødte misdannelser. Blant de yngre brukerne som skal ha protese, er mange skadet av båtmotorer, trikker, snøfreser, motorsykler og plenklippere.

– Stort sett alt som handler om fart og moro øker sjansen for å havne her.

En annen gruppe som trenger proteser er krigsveteraner. Stort sett innvandrere.

– Så lenge politikere insisterer på å krige, er ikke vi redde for å bli arbeidsløse.

Ved Sophies Minde er arbeidsmiljøet mannsdominert. Humoren er knusktørr og direkte. Sammen med ortopeditekniker Jo Helge Lunde, blir vi vist rundt.

Det jobber ingen sykepleiere her. Men ved Aker sykehus finnes en spesialavdeling for nyamputerte. Nilsen samarbeider godt med sykepleierne der. Nedleggingsspøkelset truer imidlertid også denne avdelingen. Nilsen vet derfor ikke hvordan disse pasientene vil bli tatt hånd om i fremtiden.

Flertallet av dem som kommer til Nilsen for å få protese, er friske mennesker. De er ikke pasient på noe sykehus, eller går til behandling. Men for å få hjelp, må de ha en varig og vesentlig funksjonssvikt, samt en henvisning fra ortoped.

Kunst, mekanikk og anatomi

Å lage en god protese er en god blanding av kunst, mekanikk og anatomikunnskap, mener Nilsen. I tillegg er noen mer talentfulle enn andre.

Etter at han har laget gipsform av «stumpen» som protesen skal festes til, tar han den med seg inn på verkestedet. Her fylles formen med gips slik at Nilsen får en nøyaktig avstøpning av stumpen han skal lage protese til.

– Har folk for høye forventninger?

– Ja, det vil jeg si. Det står mye rart i ukeblader som skaper for høye forventninger til hva vi kan gjøre. Dersom en person har amputert en fot, kan vi ved hjelp av en protese hjelpe dem å gå igjen, men funksjonsmessig er den en dårlig erstatning i forhold til en ordentlig fot, sier han.

Å bruke proteser er en evigvarende og livslang prosess.

– Brukerne våre får i snitt en ny protese i året. De første årene kan det være opp til tre-fire i året. Vi blir godt kjent med dem, sier Nilsen.

Behagelig, funksjonell og normal

Vi passerer flere verksteder. Noen steder slipes sko og såler. Andre steder repareres hender, føtter og kneledd. 50 prosent av protesene som blir laget, må lages på nytt. Ofte fordi de er ubehagelig for brukerne og ikke passer godt nok.

– Det blir ikke gull av alt vi gjør her. Men vi prøver så godt vi kan. Det viktigste for dem som kommer hit, er at protesen er behagelig å bruke. Er den vond, bruker de den ikke.

Det neste på ønskelisten er at protesen skal se naturlig ut. De fleste ønsker å «skli» inn i mengden. Brukerne ønsker ikke å bli lagt merke til.

Det finnes mange løsninger på protesemarkedet. Enkelte proteser ser veldig high-tech ut og er utformet av industridesignere.

– Industridesignere er ofte opptatt av at ting ser «kule» ut. De som kommer hit vil helst ikke bli lagt merke til. De vil ha det nærmeste de kommer «normalen», sier han.

Gjennomsiktig

På et lite verksted sitter en kvinne og en mann og lager en silikonstøtte til en pasient med celebral parese. Silikonstøtten skal hjelpe brukeren å stive opp hendene.

På neste verksted slipes «prøveproteser». Formen er gjennomsiktig. På den måten kan Nilsen se hvor brukerens stump får trykkbelastninger før de lager en ferdig protese.

– Det er nemlig svært viktig at vi øker trykket på de stedene det ikke gjør vondt, og fjerner trykk fra steder som er følsomme. Skinnleggen skal ha lite trykk, mens muskelen bak på leggen tåler veldig mye. Man kan faktisk si det slik at på en god fotprotese, «flyter» brukeren på bløtvevet, sier han.

Sløydsal

På verkstedet finnes det meste. Her er dreiebenker, sag, hammer, skrujern og spesialverktøy. Det minner om en sløydsal.

– Ved de nærmeste radene her jobbes det med beinproteser, så kommer armproteser og forskjellige typer skinner. Lengst nede er det såler og skotøy som lages, forteller Lunde mens han peker.

I skap og hyller finnes deler til kneledd og forskjellige mekaniske og datastyrte deler. Lunde forteller at det ikke er slik at det mest teknologiske er det beste. Det kommer helt an på brukerens behov.

Med databrikker trenger å bli ladet ofte. Med hydrauliske løsninger, blir protesen litt tyngre, men mer stabil.

– Skal du på hytta uten strøm, er det for eksempel ikke ideelt med løsninger som trenger å bli ladet opp. Mange har derfor flere proteser med ulike løsninger. Løpeproteser, badeproteser, proteser til høyhælte sko, armproteser hvor man enkelt bytter ut funksjon. Vi har for eksempel laget proteser til kokker og snekkere. De får protese med hammer, eller kokkekniv, alt ettersom, sier han.

Fakta om Sophies Minde

Er totalleverandør av ortopediske hjelpemidler og tar imot pasienter fra hele landet. Sophies Minde er en av rundt 20 institusjoner som lager ortopediske hjelpemidler og er landets største.

Tall på Sophies Minde

Hvert år lager 23 ortopediingeniører og 35 teknikere rundt 350 bein og 300 armproteser, 3000 såler og 2000 sko.

HØYE HÆLER: Celine Halvorsrud skal få nye proteser som ortopedingeniør Rune Nilsen skal lage. Det mest positive med protese, er at hun nå kan gå i høye hæler. Noe hun har drømt om lenge.

Når det gjelder armproteser er gripeklo det mest funksjonelle. Men fleste ønsker en mest mulig naturtro hånd.

Tøft i begynnelsen

I gangen kommer en nydelig ung dame gående på imponerende høye hæler. Også hun skal inn til Rune Hansen.

Celine Halvorsrud er 24 år og lider av osteomyelitt og ryggmargsbrokk. Hun ble leggamputert for to år siden. På grunn av nervesykdommen kjenner hun ikke når hun får vondt eller betennelser. Det igjen har gjort at hun har hatt mange besøk på Ullevål ortopediske poliklinikk. Ett år hadde hun 308 dager på Ullevål.

Å gjennomgå amputasjon, var tøft i begynnelsen.

– Selv om foten min voldte meg mye problemer, var jeg glad i den. Jeg gikk gjennom en sorgprosess etterpå og var ikke klar for protese i begynnelsen. Nå har det endret seg. Hvis du ser på protesefoten min ser du at den faktisk er finere enn min ordentlige fot. Nå vil Rune lage flere føtter til meg, sier Halvorsen.

Bare spør

For Celine Halvorsrud er det viktig at det ser bra og naturlig ut.

– Jeg er nok litt forfengelig.

– *Synes du det er ubehaglig om noen spør om protesen din?*

– Nei. Det er mye bedre at folk spør enn at de stirrer. I begynnelsen var jeg nok litt fiksert på at jeg trodde alle kunne se at jeg hadde protese. Å snakke om det hjelper meg. Det viser seg at folk egentlig ikke legger så mye merke til det. De reagerer heller ikke negativt når jeg forteller om det. Likevel er det viktig for meg at alt ser så normalt ut som mulig, sier hun.

Shopping og høye hæler

Hun bruker hovedsakelig to proteser. Den for høyhælte sko, er hennes favoritt.

– Jeg har aldri kunnet gått i høye hæler. Det kan jeg nå. Siden jeg har så små føtter har det også vært vanskelig å finne riktig størrelse, men jeg har funnet en butikk på nett, så nå shopper jeg masse sko. Jeg har litt å ta igjen.

Protesen har også ført til at hun ikke trenger å besøke Ullevål like mye som før. Nå rekker det med kontroll en gang i måneden.

– Jeg har tidligere ikke kunnet reise så mye. Det kan jeg nå. Jeg har med meg eget medisinskrin. Etter mange år med sykdom har jeg jo begynt å få god peiling på hva jeg kan gjøre selv.

Les mer om fantomsmerter i Finn Nortvedts kronikk på side 74.

8. november 2007 mistet Kjetil Bragstad noe viktig: Et bein. En del av kroppen han absolutt kunne trenge som spesialsoldat.

Stridsdyktig

Tekst **Ellen Morland** Foto **Erik M. Sundt**

Kjetil Bragstad hadde akkurat fylt 20 år. Drømmen var i ferd med å gå i oppfyllelse. I løpet av førstegangstjenesten hadde han bestemt seg. Dette soldatlivet ville han leve.

Han hadde allerede lagt bak seg et opphold i Kabul-området i Afghanistan. Så fem uker hjemme. Det nye oppholdet, på Camp Meymaneh i Faryab-provinsen i Nord-Afghanistan, var bare et par dager gammelt.

Forhøyning

På kvelden 8. november i 2007 kjører Kjetil og Kristoffer Sørli Jørgensen ut fra Camp Meymaneh i en Land Cruiser. Kristoffer sitter ved rattet. Bak kommer en bil til med to andre norske soldater. De kjører av gårde på en av grusveiene gjennom det lysebrune, steinete afghanske landskapet. Det er mørkt. Klokka er passert sju. De skal ut og teste våpen, siktemidler og nattoptikk. Kjetil skal bli kjent med noe utstyr han ikke hadde vært så mye borti. Det er litt forskjell på hvordan de opererer her i forhold til det stedet han var på under forrige opphold.

Det ISAF-soldatene i Afghanistan frykter mest er de såkalte IED-ene, veibombene. Taliban plasserer sprengstoff i dreneringskanalene i veikonstruksjonen. Der er det en forhøyning i veien, som en fartsdump. Bilen må senke farten når den kjører over, og da treffer ladningen bilen før den har passert.

Poff! De i den bakerste bilen har fortalt at de ikke riktig skjønte hva som skjedde. Først når de kommer frem til kameratene foran, ser de at venstre side av bilen er blåst til himmels. Kristoffer dør momentant. Kjetil sitt venstre bein er for nærme. Det henger bare fast i resten av kroppen med noen tynne hudstrimler. Høyre bein har fått et brudd. I venstre overarm har det boret seg inn en splint, og han er full av sår. Det er mye blod. Kjetil hyler av smerte. Kameratene ringer febrilsk til basen. Det er ikke dekning. En løper opp på nærmeste høyde. Ikke dekning der heller. De bestemmer seg for å ta Kjetil i bilen og kjøre ham tilbake. Kristoffer kan de ikke hjelpe likevel.

Hendelsen er visket ut av Kjetils hukommelse. Det eneste er et glimt fra sykestua på campen.

– De prøvde å få av meg støvlene. Det gjorde vondt og var plagsomt. Så var det denne blonde anestesisykepleieren. Hu kjefta noe voldsomt. Jeg kunne ikke skjønne hvorfor hun var så sint. Hva hadde jeg gjort nå? Jeg lå jo bare der, liksom? Etterpå fikk jeg vite at det ikke gjaldt meg, men en eller annen som hadde fått panikk og som hun måtte ha ut av sykestua.

Kunstig

Jeg møter Kjetil i Oslo sentrum. Han er snart 24 år nå. En tykk stålskinne med kunstig fot stikker ned i venstre sko. En ung litt alvorlig mann i starten av livet. Han studerer persisk, som han håper å fortsette med i Iran til høsten.

Han planlegger å bruke det han har erfart på nye oppdrag i utlandet. Han er jo drillet i våpenbruk. Kan mye om forskjellige typer militært utstyr. Om observasjon og overlevningsteknikker. Førstehjelp. Strategi. Lærer han seg språk i tillegg, er han etterspurt arbeidskraft, selv uten høyre bein, mener han.

Men det blir ikke i det norske forsvaret. For der vil de ikke ha Kjetil, i hvert fall ikke som en de sender ut på internasjonale oppdrag.

Tydelig

Det neste han husker var at han våknet på Ullevål. Det var gått åtte dager og Kjetil var blitt lagt i koma og fraktet hjem av et tysk fly. Det var tyske kirurger som hadde reddet livet hans.

Ved sengen på Ullevål satt en blond kvinnelig lege.

– Nei, ikke henne igjen, tenkte jeg. Jeg trodde det var sykepleieren. Så så jeg at moren og søsteren min også satt ved sengen. Hva gjør de her i Afghanistan, lurte jeg.

Men han skjønte snart hvor han var og at beinet var borte.

– Jeg så nedover sengen. På høyre side var det masse metall som holdt høyre bein sammen. På venstre side var det flatt. Hvordan det hadde gått med Kristoffer var det første jeg spurte om. Og så ville jeg vite hvorfor de måtte ta beinet. De viste meg bilder og jeg så at beinet bare så vidt hang fast ved bruddstedet over kneet. Jeg så tydelig at det ikke ville latt seg gjøre å redde det.

Taktiske

Helt siden ungdomsskolen har Kjetil Bragstad fra Stange vært opptatt av å »

Fakta:

- Norge og 46 andre land er på plass i de allierte styrkene, ISAF-styrkene i Afghanistan.
- Styrkene består av ca. 130 000 soldater, 526 av dem er norske.
- Oppgaven er å hjelpe til å bygge opp den afghanske hæren og politiet, og sikre områder som ikke kontrolleres av Taliban.
- 48 norske soldater er skadet i Afghanistan-oppdragene, ifølge en oversikt som ble laget av VG i 2010. Forsvarets tall var lavere.
- Ti norske soldater har mistet livet på oppdrag i Afghanistan.

Verdighet for meg er anseelse, i form av tildeling av ansvar og gjensidig respekt.

Kjetil Bragstad

holde kroppen i form. Pushe seg mer og mer. Kjenne at musklene blir bedre, orke mer, at beina holder lenger og lenger. I den amerikanske fotballklubben Hamar Ruins ble han etter hvert «Running back», den som løper med ballen og må være rask og smidig. Så «Full back», han som skal brøyte vei for running back. Det gjaldt å være kjapp og bruke muskler.

– Er du raskest og hardest, får du minst vondt, sa vi. Og det stemte faktisk, flirer han. Og forklarer at det er mye taktikk i amerikansk fotball. Hamar Ruins var kjent for å være en gjeng hyggelige og snille gutter som forvandlet seg til villmenn på banen.

– Men etter vi hadde hatt besøk av en amerikansk trener, ble vi mer lure og taktiske, forklarer han.

I førstegangstjenesten fikk han tjenestegjøre i fallskjermjegerkompaniet i en støttefunksjon.

Modus

Etter smellet på grusveien går Kjetils kropp inn i et nytt og ukjent modus. Smerten og sjokket er nesten ikke til å holde ut. Nå setter kroppen alle krefter inn for å holde oppe de vitale funksjonene. Hukommelsen er ikke blant dem. Så Kjetil husker lite fra dagen bomben smalt. Også fra dagene før de skjedde. En ganske vanlig reaksjon, ifølge fagfolk.

Tidlig kom tankene om hvordan livet skulle leves videre. Han ville ut igjen, det skulle være mulig. Han vil gjerne ha orden på livet sitt. Hadde han fått en anstendig erstatning for det tapte beinet, kunne han ha sett frem til et liv med noenlunde økonomisk trygghet. Nå må han drive å forhandle med forsikringsselskapet om erstatningen. Han bor sammen med to kamerater i en sentrumsleilighet. 6500 kroner måneden for et lite rom.

– Da jeg var arbeidsfør igjen fikk jeg tilbud om å jobbe i staben på Rena. Det satte jeg utrolig stor pris på. Jeg fikk ansvarsfulle oppgaver. De viste at de hadde stor tillit til meg. De sa: Du er ikke her fordi vi synes synd på deg. Vi stiller krav til resultater. Det betydde mye for meg.

Etter hvert begynte han likevel å føle på at han ikke kunne yte maksimalt fysisk. Avdelingens oppgave var å være forberedt på internasjonale oppdrag. Det føltes litt urettferdig at han fikk være der uten å dra ut.

– Det ble litt leit å bare se på at folk reiste ut. Jeg var på en måte «han andre». Jeg begynte å føle meg litt annerledes. Da det ble klart at de ikke kom til å sende meg ut, begynte jeg å jobbe på våpenskolen. Men der fikk jeg ikke oppgaver som svarte til mine kunnskaper.

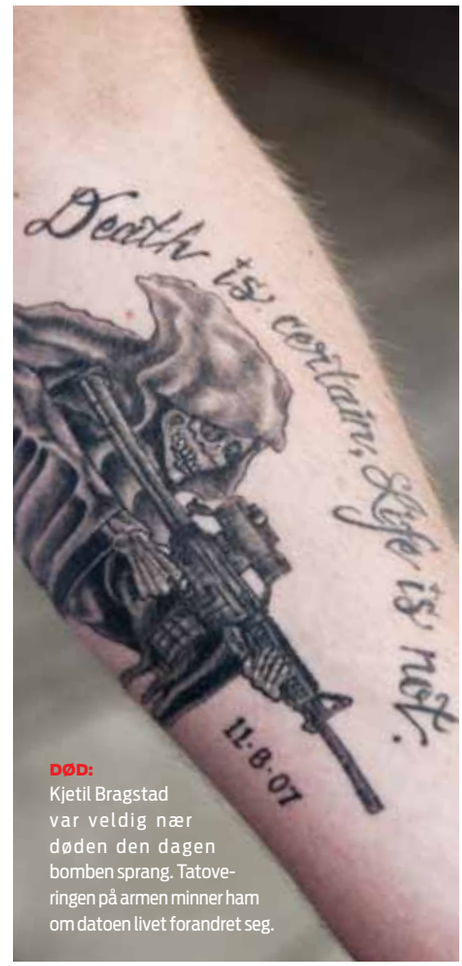
Drøm

Kjetil har nå sluttet i Forsvaret. Men har ikke gitt opp drømmen.

– Jeg likte jobben fordi den var så variert. Jeg likte samholdet blant soldatene. Jeg fikk reise til fremmede land, være med på interessante oppdrag. 90 prosent av tiden er man fysisk aktiv. Det passet for meg. Og mye av det samme kan jeg utføre uten beinet.

Sentimental er han ikke. Han vil ikke bli synes synd på. Livet er ikke så verst. Det viktigste nå er å leve et meningsfylt liv på den måten han kan klare. Den kampen er så vidt begynt.

– Jeg har lært meg å ta noen lette løsninger, selv om det strider mot min natur. En soldat tenker at alt er mulig. For eksempel drar jeg ikke mer på hytta, der det ikke er innlagt vann. Å slepe vanndunken to hundre meter gjennom skogen klarer jeg hvis jeg vil. Men det tar meg en time og koste mye smerte.



DØD: Kjetil Bragstad var veldig nær døden den dagen bomben sprang. Tatoveringen på armen minner ham om datoen livet forandret seg.

Kjetils rehabilitering

Det høyre beinet til Kjetil ble operert og det ble lagt på ekstern metallramme. Den hadde han i ni måneder. Han har vært på opptrening på Sunnaas sykehus. Fire ganger i året reiser han nå til Haukeland sykehus i Bergen for å tilpasse protesene.

Trening og tilpassing av proteser må foregå kontinuerlig for å forebygge skader i resten av kroppen i årene som kommer. Å presse kroppen for mye fysisk kan føre til skader, særlig i ryggen og nakken, og dessuten gi smerter.

UTFLOD? VOND LUKT?

- Ecovag Balance® er dokumentert effektiv til å gjenopprette og vedlikeholde en sunn vaginal-flora.
- Ecovag Balance® doseres kun én gang i døgnet.
- Du får Ecovag Balance® i alle apotek og i Vitaflos nettbutikk.

EcoVag Balance® vaginalkapsler forebygger vaginalt ubehag og er dobbeltvirkende mot ubehagelig lukt og irritasjon i skjeden (kløe, brennende svie, tørrhet og utflod). EcoVag Balance® inneholder naturlige kvinnelige melkesyrebakterier og har i vitenskapelige, kliniske studier, bevist sin effektivitet. Les mer på www.vitaflo.net

Vitaflo Scandinavia AB NUF
Fornebuveien 44,
Postboks 107, 1325 Lysaker
Telefon: 67 11 25 40
Fax: 67 11 25 41
Web: www.vitaflo.net
E-post: infono@vitaflo.net

VITAFLO
Part of the Navamedic Group

Si ja til en forbruksvareleverandør utenom det vanlige!

I Norengros kombinerer vi personlig service og kompetanse med den beste logistikkløsningen i bransjen.

NORGES SKIFORBUND

Norengros er sponsor for herrelandslaget langrenn allround 2003 – 2011

NorEngros

www.norengros.no

Arendal Tlf: 37 07 31 31 • **Bergen** Tlf: 55 53 53 53 • **Bodø** Tlf: 08522 • **Bryne** Tlf: 928 17 044 • **Drammen** Tlf: 32 88 27 00 • **Forus** Tlf: 51 88 75 00
Fredrikstad Tlf: 69 36 78 00 • **Gjøvik** Tlf: 02330 • **Grimstad** Tlf: 37 25 61 90 • **Hamar** Tlf: 02330 • **Harstad** Tlf: 08522 • **Haugesund** Tlf: 52 84 73 80 • **Jessheim** Tlf: 02330
Kristiansand Tlf: 38 14 46 00 • **Kristiansund** Tlf: 70 10 92 65 • **Levanger** Tlf: 74 02 80 80 • **Lillehammer** Tlf: 02330 • **Lillehammer** Tlf: 61 24 80 00 • **Mandal** Tlf: 38 27 22 90
Mo i Rana Tlf: 08522 • **Narvik** Tlf: 08522 • **Oslo** Tlf: 02330 • **Sandnes** Tlf: 51 97 25 00 • **Skien** Tlf: 35 90 40 00 • **Stokke** Tlf: 33 36 33 00 • **Stokmarknes** Tlf: 76 11 75 00
Tromsø Tlf: 77 75 26 26 • **Trondheim** Tlf: 73 84 46 00 • **Tønsberg** Tlf: 33 35 94 30 • **Ålesund** Tlf: 70 10 92 92

Barth Tholens om ferie

Stilling: **Redaktør i Sykepleien**
E-post: **barth.tholens @sykepleien.no**

Sommer-kabalen

Stakkars ledere i helsesektoren! Hvordan klarer de å slappe av på hytta i sommer med huset (halv)fullt av vikarer?

Illustrasjon: Sykepleien

Når det nærmer seg juli får jeg et anstrengt forhold til min egen leilighet. Den er absolutt koselig om vinteren, men så snart temperaturen stiger over 15 grader, går den meg skikkelig på nervene. Har ikke jeg sett de samme veggene hver bidige dag? Den samme utsikten mot løkka bak? De samme naboene og det evig konstante oppussingsbehovet? Derfor må jeg ut og vekk allerede samme dag som kalenderen blar om til «Ferie!!!». Farvel hverdag, jubler jeg inni meg hele veien til Gardermoen.

Så stakkars kommunale helseledere, sykehjemsbestyrere og hjemmesykepleieledere! Stakkars avdelingsledere på sykehuset og alle andre med ansvar for å holde hjulene i gang i helsevesenet i Norge. De drar nok til hyttene sine og flyr ut på utenlandsreisene sine, men hva etterlater de seg? Enten et pasienttilbud på halv tolv – eller et hus som sjangler videre med svenske sykepleiervikarer som jobber for halvmistenkelige vikarbyråer i halvlovlige turnuser.

Ikke noe galt sagt om svenske sykepleiere, selvfølgelig. De er egentlig praktfulle. Men jeg synes oppriktig synd på ledere som må sy sammen et forsvarlig pasienttilbud når personalet reiser på ferie til Kragerø og Gran Canaria.

> Så nå skal alt gjøres lovlig, heldigvis.

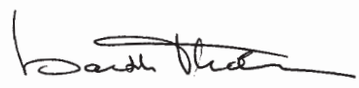
I år blir den store sommerkabalen ekstra innfløkt. Sykepleien har regnet ut at Helse-Norge trenger godt over 150 000 vikarer i løpet av de fire sommermånedene (se side 12). Mange kommuner er desperate etter å fylle hullene. De ville ha gjort hva som helst for å få kloa i folk med autorisasjon.

Men mens man tidligere kunne leie arbeidskraft som virkelig kunne ta i et tak – gjerne litt mer enn strengt tatt lovlig – har vinterens fokus på vikarbyråene og bemanningsselskap nå satt en stopper for kjappe løsninger. Adecco har fått rødt kort for talløse brudd på arbeidsmiljøloven og er nå helt borte fra helsesektoren. Bemanningsselskapet Konstali Helsenor er nylig blitt utestengt fra sykehusene. Nurse Partner Norge AS står i følge Hinas for alvorlige brudd på arbeidsmiljøloven og risikerer også å bli disket. Ytterligere fire andre vikarbyråer har fått gult kort. Bare åtte vikarbyråer har krøpet gjennom nåløyet i en granskning som advokatfirmaet Wikborg Rein har gjort for Hinas. Men de vil passe seg vel for å ta en Adecco i løpet av sommerferien. De er ikke suicidale heller.

Så nå skal alt gjøres lovlig, heldigvis. Det er slik det skal være. Problemet er bare at dette vil gjøre helseledernes sommerhodepine enda større. For selv med innleid arbeidskraft som jobbet mer enn loven tillot, fikk mange kommuner og helseforetak på pukkelen fra Helsetilsynet og Arbeidstilsynet. Flere tusen avvik ble påvist bare for en kommune som Trondheim. Men større lovlighet blant innleide vikarer, vil hullene bli tilsvarende større.

Kanskje det ikke er noe annet å gjøre enn å planlegge ferien bedre? Mange av oss – jeg inkludert – sitter jo tross allerede i desember med nesa i fargerike reiseguider for å forberede neste års utflukter. Billetten til Den Store Friheten er sikret allerede i januar. Men for mange kommuner og helseforetak ser sommermånedene fortsatt til å inntreffe som ved et lyn. De lukker gjerne øynene og håper på det beste mens de grabber tak i alle de kan. Dette er nok en metode som er avleggs i år. Nå må de nok gå mer systematisk til verks.

God sommer!



Hva skjer

Helseministeren må ta affære

Elektroniske pasientjournaler og pasientadministrative systemer skal sikre forsvarlig pasientbehandling. Gjennom tilsyn og oppslag i media har Statens helsetilsyn avdekket svikt på flere områder og ber Helse- og omsorgsdepartementet rydde opp. Her er avvikene:

- Mangelfulle risiko- og konsekvensanalyser knyttet til kritiske prosesser ved innføring og bruk av elektroniske pasientadministrative systemer og elektronisk pasientjournal.
- Mangelfull opplæring av helsepersonell både når det gjelder bruk av pasientadministrative systemer og interne rutiner.
- Mangelfulle kunnskaper om myndighetskrav.
- Mangelfull kontroll og oppfølging av ikke ferdigstilte dokumenter, særlig oppfølging av laboratorie- og røntgensvar, og dokumentasjon av dette.
- Mangelfull tilgangskontroll til elektronisk pasientjournal.
- Mangelfull bruk av kunnskap om den løpende drift og avviksmeldinger til systematisk forbedringsarbeid på nevnte områder.

Foto: Colourbox

– Vi ser svært alvorlig på dette. At svikten hovedsakelig oppdages tilfeldig og ikke som ledd i noen form for egeninitiert intern gjennomgang eller kvalitetssikring av virksomheten, styrker vår oppfatning av mangelfull styring og ledelse på disse områdene, sier direktør Lars E. Hanssen i Statens helsetilsyn.

Slutt på ambulansekonkurranse

Foto: Colourbox

Ambulansetjenesten i Helse Midt-Norge skal ikke lenger konkurranseutsettes. Flertallet i styret stemte for at når kontraktene går ut i 2013, vil tjenestene ikke settes ut på anbud.

Kilde: Helse Midt-Norge

Slutt på skjørtetvang

Foto: Colourbox

Clinica San Rafael i Cádiz i Andalucía, krever at de kvinnelige sykepleierne og hjelpepleierne skal bruke skjørt på jobben. Ledelsen sier kravet er begrunnet i tradisjoner. Nå har spansk høyesterett konkludert med at dette er kjønnsdiskriminerende. De kvinnelige sykepleierne og hjelpepleierne kan nå velge å gå i bukse og skjorte på jobb.

Spaniaavisen

Les mer om:

50 Klarer ikke å skaffe sommervikarer ›
53 15 DRG-er igjen ›
54 Siri Hatlen gikk av ›
56 Bedre enn fryktet ›
58 Fant nettpasientene ›
60 Danske kutt ga lavere sykefravær ›

sykepleien.no

Følg saken om OUS' budsjett på våre nettsider.

Oljebyen trenger sykepleiere

Foto: Colourbox

Hvor mange helsefagarbeidere, sykepleiere, intensivsykepleiere og geriatriske sykepleiere trenger de i Stavangerregionen i 2030?

Svaret finnes i en ny rapport finansiert av Fagforbundet, Fylkesmannen i Rogaland/Helsetilsynet i Rogaland, Greater Stavanger, Helse Stavanger HF og Norsk Sykepleierforbund.

Studien viser følgende med en middels befolkningsvekst:

- Sykepleiere: Vil mangle 700 årsverk. Om lag 20 prosent av dagens årsverksinnsats.
- Helsefagarbeidere: Vil mangle 1 300 årsverk. Om lag 45 prosent av dagens årsverksinnsats.
- Intensivsykepleiere: Om lag 70 årsverk. Om lag 40 prosent av dagens årsverksinnsats.
- Geriatriske sykepleiere: Vil mangle 150 årsverk. Om lag 140 prosent av dagens årsverksinnsats.

Kilde: IRIS-rapport 2011/11
«Helse og omsorgspersonell – får vi nok i framtida?»

Hilde Eide professor ved HiBu

Foto: HiBu

Hilde Eide er ansatt som professor innen klinisk kommunikasjon og helseveiledning. Stillingen har hun fått ved Høgskolen i Buskerud, avdeling for helsefag. Eide er utdannet sykepleier og innen psykologi på universitetet i Groningen i Nederland. Hun har kompetanse og erfaring innen utdanning, veiledning og forskning. Hun har blant annet skrevet fagboken «Kommunikasjon i relasjoner».

HiBu

Spikeren i kista for ME-virus

I 2009 kom nyheten om at forskere hadde funnet en kobling mellom kronisk utmattelsessyndrom (ME) og et bestemt virus. Nå viser ny forskning at koblingen kan skyldes forurensete prøver. Tidsskriftet Science har publisert to artikler som slår spikeren i kista for koblingen med viruset.

Forskning.no

Personer som hadde minst en behandling ved somatiske sykehus i 2010.

	Totalt	Menn	Kvinner
Døgnopphold	560 234	246 377	313 857
Dagbehandling	211 323	92 109	119 214
Poliklinisk konsultasjon	1 504 859	684 641	820 218
Totalt på somatisk sykehus	1 702 088	778 684	923 404

Kilde: Pasientstatistikk 2010 SSB

IA-arbeidsgivere kan få bøter

Foto: Colourbox

10 000 kroner er boten arbeidsgivere risikerer å få dersom de ikke følger opp sykemeldte arbeidstakere. Også legene kan få bøter dersom de ikke stiller på dialogmøter med arbeidsgiveren og den sykemeldte. Arbeidstakere som nekter å delta kan bli fratatt sykepengene.

Fagbladet

Foto: Colourbox

ASYLSØKEREN så lyst på en fremtid i et norsk fengsel.

Truet sykepleier og lege

En mannlig asylsøker fikk 15 dager betinget fengsel etter å ha truet en kvinnelig sykepleier. Sykepleieren forklarte i retten at mannen sa han likte å drepe. Hvis han drepte sykepleieren eller legen, så fikk han bo i Norge. Den tiltalte har innrømmet å ha sagt at sykepleierens og legens liv var i fare. Han mente det ville være bedre å sitte i norsk fengsel, enn å bli returnert til hjemlandet. Likevel forsto han ikke at han truet sykepleieren.

Romerikes Blad

DESIGNSTJERNENE: Sykepleiens grafiske formgivere Hilde Rebård Evensen og Sissel Hagen Vetter (Hege Holt var ikke til stede) mottok Fagpressens Designpris sammen med redaktør Barth Tholens. Til venstre Christian Borch, som delte ut prisen på vegne av juryen. Foto: Kampanje/Eivor Eriksen.

Designpris til Sykepleien

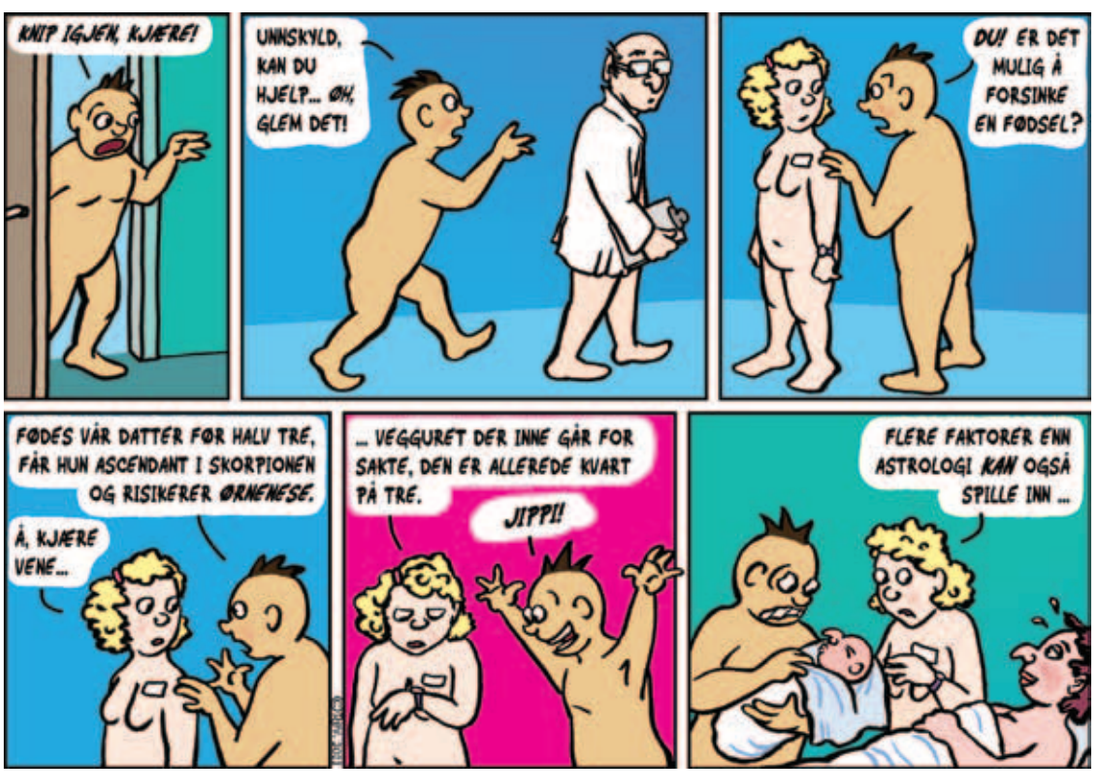
26. mai vant Sykepleien Fagpressens Designpris.

Den Norske Fagpresses forening har 230 medlemmer. Sykepleien er blant de ti største bladene. En gang i året feirer Fagpressen seg selv. Hovedprisen går til årets fagblad, en pris Sykepleien fikk i 2009.

I begrunnelsen for at Sykepleien fikk designprisen skrev juryen blant annet at «kombinasjonen av et godt malverk og solid gjennomføring, gjør at dette bladet skiller seg ut.» Sykepleien fikk også hederlig omtale for markedsføringsarbeidet.

Hovedprisen gikk i år til Kommunal Rapport. Fagpressens Journalistpris gikk til Eirik Dahl Viggen i Fontene for artikkelen «Anbudsnomaden». Fagpressens Hederspris gikk til Helge Øgrim i Journalisten. Sykepleien gratulerer alle med priser og hederlig omtale.

TERAPI av Bodil Revhaug



Meninger fra www.sykepleien.no

Ufaglært? Ligg unna panseret

– Så sant så sant
Dette har jeg prøvd å uttrykke i lang tid. Skal bilen din på verksted så er du nøye på at den som skal utføre jobben har kompetansen til det. Men kommer din mor f.eks. på sykehjem – da har det ikke så mye å si om de som jobber der har kompetansen. Hva er viktigst – bilen eller mor???

Ell: H

– Kjønn

Når de ringte bilverkstadane, eg håpar at det då var ein mann som ringte. Om ikkje er ikkje denne undersøkinga mykje verdt. Eg veit at dette kan virke kjønnsdiskriminerande, men like fullt ein realitet.

Håvard

Hele innlegget finner du på: www.sykepleien.no_debatt

Klarer ikke skaffe sommervikarer

Mens ansatte i helsesektoren skal ut i velfortjent sommerferie, forblir antall pasienter og brukere uendret. Det skaper store utfordringer også denne sommeren.

Tekst **Bjørn Arild Østby**

Norsk Sykepleierforbund (NSF) har 93 000 medlemmer. Legger vi til Fagforbundets godt og vel 110 000 yrkesaktive medlemmer blir antall helsepersonell som skal ut i sommerferie nærmere 200 000 personer.

150 000 vikarer

Ferieloven sikrer alle minst 18 virkedager ferie i tidsro mmet 1. juni til 30. september. Dermed må helsevikarer til sammen dekke opp rundt 3,5 millioner feriedager i løpet av sommeravviklingen. Hullene skal fylles av et vikarkorps som selv ønsker å ha sommerferie. Ifølge bemanningsbransjen selv vil en vikar sjelden arbeide mer enn fire sommeruker.

I sum betyr dette at Helse-Norge trenger godt over 150 000 vikarer i løpet av de fire sommermånedene, dersom pasienter og brukere skal få et tilbud med tilsvarende bemanning som resten av året.

Stor etterspørsel

En rundspørring NRK Trøndelag har gjort til en rekke bemanningsselskap viser stor etterspørsel etter sommervikarer.

I de fleste kommuner er ansvaret for å fylle opp vaktplanene delegert ned til hver enkelt enhetsleder. Først når lederne står der uten noen til å ta vaktene, kontakter de et bemanningsselskap.

– Mange kommuner er ekstremt desperate nå som det nærmer seg sommer. Enhetsledere er satt under voldsomt press grunnet stort behov for vikarer, uttaler daglig leder Kristian Monsen Aune i bemanningsselskapet Ambio Helse. Gjennom sommeren har bemanningsselskapet 300 til 400 vikarer i drift, mot 100 i mai.

Da Hammerfest kontaktet de tre bemanningsselskapene kommunen har samarbeid med for å fylle 20 vikarstillinger gjennom sommeren, klarte selskapene bare å bemanne halvparten.

Færre vikarsvensker

Svenske vikarsykepleiere har ofte vært siste utvei for mange norske kommuner. En løsning man kanskje ikke lenger kan ha i bakhånd.

Daglig leder for Xtra personell Care, Per Christian Johansen, mener innstrammingene i hvor mye utenlandske vikarer har anledning til å jobbe allerede har fått konsekvenser for rekrutteringen.

– 90 prosent av våre sykepleiervikarer er svenske. De ønsker å arbeide mer enn 37,5 timer i uka. Vikaren reiser bort fra familie og venner for å jobbe og tjene penger. Da ønsker de ikke å ha mye fritid, forteller han til NRK Trøndelag.

6 500 feriejobber hos Nav

De fem første månedene i 2011 har Nav registrert 6 543 feriejobber innen helse, pleie og omsorg.

– Ingen andre yrker har etterlyst så mange ferievikarer gjennom Nav, ifølge kommunikasjonsrådgiver Marianne Pedersen i Nav. Hun mener også mange sommerjobber aldri blir utlyst og at det reelle antallet derfor er en god del høyere.

Totalt er det lyst ut 13 647 feriejobber gjennom Nav så langt i år. Halvparten av disse er innen helse, pleie og omsorg.

Reduserer tilbudet

Kongsberg kommune i Buskerud har sett seg nødt til å sende ut følgende melding til brukere av hjemmehjelpstjenesten og hjemmesykepleien i kommunen i sommer:

«Vi får fire uker som blir såkalt driftsvake uker, dette gjelder spesielt ukene: 28–29–30–31. For deg som bruker av hjemmehjelpstjenesten vil det bety at vi ikke kommer som avtalt.»

Til Laagendalsposten forklarer pleie- og omsorgssjef Hilde Enget skrivet på følgende måte:

– Tjenestene blir lagt på det vi kaller et nødvendig-nivå, men det skal være faglig forsvarlig. Det vi går ut med nå er en forventningsavklaring. Her tilkjennegir vi at bør-gjøre-oppgavene ikke blir gjort.

Lønnskamp om sykepleiere

Fredrikstad kommune i Østfold har i flere sesonger tilbudt topplønn med full ansiennitet til nyutdannete sykepleiere som vil ha sommerjobb i kommunen.

De to siste somrene har Fredrikstad i tillegg til topplønn som sykepleier betalt 50 kroner ekstra per time i ukene 26 til 34. Så også i år. Lønnen tilsvarer en timelønn på drøyt 250 kroner, nær 80 kroner mer per time enn minstelønna for en nyutdannet sykepleier.

Åtte ukers arbeid i hel stilling utgjør en lønnsforskjell på drøyt 22 000 kroner sammenliknet med hva en nyutdannet sykepleier uten ansiennitet ellers vil få hos mange arbeidsgivere.

I år har Moss kommune rappet ideen til Fredrikstad. Og søkerne er ikke uteblitt.

– Det har vært fin respons og vi har fått mange gode søkere. Den nye ordningen har gitt oss et kjempeløft, sier Tone Lindmo Johannesen, hovedtillitsvalgt for sykepleierne i Moss kommune til NRK Østfold.

Selv om Fredrikstad og Moss tenker på forsvarlig sommerbemanning, er NSFs fylkesleder i Østfold, Karen Brasetvik, bekymret over at ferieavvikling knapt har vært et tema i andre kommuner i fylket.

Også sykehus sliter

Sommervikarer vokser heller ikke på trær for Stavanger universitetssjukehus. Sykehuset har fremdeles ledige stillinger.

– Ledelsen melder at det er større utfordringer i år sammenlignet med tidligere år, sier Maiken Jonassen, personal- og organisasjonsdirektør i Helse Stavanger.

– Vi har fått inn noen, men trenger fortsatt sykepleiere, jordmødre, spesialsykepleiere og sykepleierstudenter. Vi må opprettholde alt som går på øyeblikkelig hjelp, sier hun.

Sykehuset er nå i kontakt med vikarbyråer for å få inn nok bemanning til sommermånedene.

– Vi er nødt til å få inn nok folk for å opprettholde en forsvarlig drift, sier Jonassen.

«Mange kommuner er ekstremt desperate nå som det nærmer seg sommer.» *Kristian Monsen Aune, Ambio Helse*

Vikarbyrå mister avtale

Flere sykehus satser på at vikarbyråene skal hjelpe dem ut av krisen. Det er kanskje ikke så lurt.

En nylig gjennomført gransking advokatfirmaet Wikborg Rein har gjort for Helseforetakenes Innkjøpsservice (Hinas) og de regionale helseforetakene viser at seks av 14 vikarbyrå som har inngått rammeavtale i lang tid har brutt arbeidsmiljøloven og regler for ansattes lønns- og arbeidsvilkår.

Hinas har på bakgrunn av granskingen sagt opp avtalen med ett av vikarbyråene, ett har fått frist til 1. september til å legge fram tilfredsstillende dokumentasjon, mens fire andre har fått skriftlig advarsel der det blir gjort klart at nye overtramp vil få konsekvenser for det videre samarbeidet. ||||

HVEM SKAL PLEIE I SOMMER: Behovet for vikarer er stort. Illustrasjonsfoto: Coulorbox.

450 000 barn har foreldre som «sliter»

Det er blitt like vanlig å ha foreldre som oppfyller kravene til en psykiatrisk diagnose, som en somatisk diagnose.

I Norge bor 450 000 barn som har foreldre med en psykisk lidelse eller som misbruker alkohol. Det viser beregninger Folkehelsa har gjort på vegne av Helsedirektoratet.

Av de 450 000 barn har rundt 135 000 foreldre med en alvorlig lidelse. Beregningene er basert på hele befolkningen, ikke bare på mindretallet som søker hjelp hos helsevesenet for slike problemer.

– Alvorlighetsgraden har betydning for risikoen for negative konsekvenser hos barna, ifølge Folkehelsas rapport.

Kort oppsummert:

- I løpet av det siste året var det 410 000 barn (37 prosent) som hadde en eller to foreldre med en psykisk lidelse.
- 90 000 (8 prosent) av barna hadde minst én forelder som misbrukte alkohol.
- Totalt var det 450 000 (40 prosent) i en eller begge gruppene.
- 260 000 barn (23 prosent) har foreldre med en psykisk lidelse som kan gå ut over daglig fungering.
- 70 000 barn (7 prosent) har foreldre med et såpass alvorlig alkoholmisbruk at dette sannsynligvis går ut over daglig fungering.
- 115 000 barn (10 prosent) har foreldre med klart alvorlige lidelser.

Vanlig med diagnose

Folkehelsa skriver at det i løpet av hele oppveksten vil tallene være enda høyere.

– Det er med andre ord relativt vanlig å ha foreldre som oppfyller kriteriene for en psykiatrisk diagnose, på samme måte som det er vanlig å ha foreldre med annen diagnostiserbar somatisk sykdom, står det i rapporten.

Ifølge rapporten er opp mot 25 prosent av psykiske lidelser blant ungdom knyttet sammen med foreldrenes psykiske lidelser.

– Det vil si at opp mot 8 prosent av barn og unge utvikler psykiske lidelser på bakgrunn av genetisk og miljømessig risiko som kan knyttes til foreldrenes psykiske lidelser. 2 til 3 prosent av barn utsettes for overgrep med bakgrunn i denne risikofaktoren. Ett av tusen barn ser ut til å få barnevernstiltak som det ikke hadde fått dersom foreldrene ikke misbrukte alkohol. Dette viser en opphopning av uheldige utfall i disse risikogruppene. ||||

Kilde: Folkehelsa

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 kredittramme på kr 50.000 er fra 25,34 % til 26,62%

15 DRG-er igjen

Fremdeles gjenstår 15 DRG-er som sykehusene ikke får penger for, dersom den polikliniske konsultasjonen utførers av sykepleier i stedet for lege. NSF håper de er i mål til neste år.

Tekst **Eivor Hofstad** Arkivfoto **Stig M. Weston**

I 2010 fikk Norsk Sykepleierforbund (NSF) gjennomslag for sin mangeårige kampsak for at polikliniske konsultasjoner utført av sykepleiere skulle gi rett til refusjon i ISF-systemet (innsatsstyrt finansiering) på lik linje med legekonsultasjoner. Det ble åpnet for at dette skulle gjelde for enkelte DRG-er (diagnoserelaterte grupper) og flere helsepersonellgrupper.

I 2011 er enda flere DRG-er åpnet for sykepleiere i tillegg til at jordmødre og sykepleiere er blitt likestilt. Men fremdeles gjenstår 15 polikliniske DRG-er som ikke er godkjente for sykepleiere. Og fremdeles gjør noen særegne aggregeringsregler det slik at flere sykepleierkonsultasjoner for samme pasient på samme dag teller kun som én konsultasjon, men hvis disse utføres av leger, gis det refusjon for flere konsultasjoner. Dette kommer fram i oppfølgingsrapport nummer to som Analysesenteret har laget på oppdrag fra NSF.

Ubegrunnet frykt for økning

Likevel synes NSF-leder Lisbeth Normann at regjeringen fortjener ros.

– Rapporten viser at vi på kort tid har oppnådd en betydelig vekst i sykepleierkonsultasjoner, og bedret registreringen med hensyn til hvem som utfører hva ved sykehusenes poliklinikker. Helseforetakene står nå mye friere til å utnytte sitt samlede helsepersonell til beste for pasienten.

Hun mener at rapporten også viser at frykten for en ukontrollert vekst i poliklinisk aktivitet, som følge av at flere helseprofesjoner gis rett til finansiering for sin selvstendige polikliniske virksomhet, er ubegrunnet.

– Helseforetakene har vist at de evner å håndtere både en faglig og en økonomisk frihet med hensyn til å velge det rette helsepersonell til å utøve spesialisthelsetjenester, sier Normann.

NSF vil argumentere

– Hvordan vil NSF presse videre på for å få inn de resterende 15 DRG-ene?

– Vi vil bruke de resultatene som fremkommer i rapporten til å argumentere for at regjeringen trygt kan fjerne de gjenværende restriksjoner med hensyn til hvem som skal få betalt for å utøve spesialisthelsetjenester ved sykehusene fra neste år. Vårt krav vil være at de 15 gjenværende DRG-ene åpnes for finansiering også når sykepleier står ansvarlig for konsultasjonen.

– Og aggregeringsreglene som ekskluderer polikliniske konsultasjoner når flere konsultasjoner utføres samme dag av andre enn leger?

– De må bort. De er et eksempel på hvordan finansieringsordningen motarbeider et uttrykt ønske om å tilrettelegge for helhetlige og koordinerte spesialisthelsetjenester.

I mål i 2012

For 2010 er det beregnet at 33 660 sykepleierkonsultasjoner ikke fikk refusjon, det utgjør 23,7 millioner kroner.

– Hva tenker du om disse tallene?

– I 2010 ble det utført 4,8 millioner polikliniske konsultasjoner innen somatisk spesialisthelsetjeneste. Å inkludere de resterende få, men prinsipielt viktige sykepleierkonsultasjonene i beregningsgrunnlaget for ISF, ser jeg på som lite risikofylt. En betydelig gevinst av et slikt prinsippvedtak vil være en styrket legitimitet for ISF-ordningen i de kliniske miljøene, noe som er avgjørende for en best mulig registreringspraksis.

– Når er dere i mål?

– Vi mener alt ligger til rette for at dette bør være i mål fra 2012, sier Normann.

«Vi mener alt ligger til rette for at dette bør være i mål fra 2012» *Lisbeth Normann*

PARADOKS: I fjor var det cirka 33 660 sykepleierkonsultasjoner som sykehusene ikke fikk penger fra staten for, tilsvarende rundt 23,7 millioner norske kroner (i 100 prosent ISF-verdi). Paradokset er at pasientene må bidra med en egenfinansiering for den samme spesialisthelsetjenesten som staten nekter å finansiere. Til sammen betalte pasientene 10,3 millioner kroner for disse sykepleierkonsultasjonene i 2010.

Hatlens avgang skaper

Siri Hatlen, sykehusdirektør ved Oslo universitetssykehus gikk av på grunn av for trange budsjetter. – Kjempetrist, mener foretakstillitsvalgt Merete Norheim Morken.

Tekst **Ann-Kristin Bloch Helmers**

Rikshospitalet/Radiumhospitalet, Aker og Ullevål ble slått sammen til ett sykehus for to år siden.

Det er ventet at det nye storsykehuset går med et underskudd på 500 millioner kroner, og OUS-styret er dypt splittet i synet på hvor mye det er mulig å spare – og hvor mye prosessen vil koste, både på kort og lang sikt.

Årsaken til Hatlens avgang er ifølge en pressemelding fra OUS «den vanskelige situasjonen knyttet til styrets behandling av økonomisk langtidsplan og videre utvikling av det fusjonerte foretaket».

Den omstridte saken om økonomisk langtidsplan skulle etter planen behandles i et ekstraordinært styremøte mandag 6. juni. Samme dag trakk Siri Hatlen seg fra sin stilling, med umiddelbar virkning. Saken om langtidsplan ble utsatt.

Administrasjonen ved Oslo Universitetssykehus har lagt frem et innspill til langtidsbudsjett med en totalramme på 17 milliarder kroner – frem til 2025.

Det blir for dyrt, mener eierne – på styremøtet i slutten av mai ble sykehusadministrasjonen bedt om å utarbeide et nytt forslag, tilpasset Helse Sør-Østs rammer.

At innspillene til langtidsbudsjett ble sendt i retur, ble av mange oppfattet som manglende tillit til administrerende direktør Siri Hatlen.

– Har ikke full tillit

– Oslo universitetssykehus gjennomfører en omfattende fusjons- og omstillingsprosess som det vil kreve tid, innsats og ressurser å lykkes med. Foretaket har en utfordrende økonomisk situasjon både på kort og på lengre sikt, sier Siri Hatlen i en kommentar på OUS' hjemmesider.

– Jeg konstaterer at det er uenighet mellom styrets flertall og administrerende direktør om hva som skal til for å lykkes med fusjonen videre og hvordan den videre prosess bør gjennomføres.

– Jeg er bekymret

– Jeg stusser på at tallene i langtidsbudsjettet kommer overraskende, sier foretakstillitsvalgt for Norsk Sykepleierforbund, Merete Norheim Morken.

Den budsjettmessige ekstrarunden som til slutt ble for mye for Siri Hatlen, ble besluttet etter at eierne – Helse Sør-Øst – sendte ut en e-post kvelden før styremøtet – med beskjed om at de ikke godtok en ramme på 17 milliarder kroner.

– Stusser

– Jeg stusser på at tallene i langtidsbudsjettet kommer overraskende på styrerepresentantene, sier Norheim Morken.

– Innspillet til langtidsbudsjett er utarbeidet etter en grundig prosess hvor ledelsen og ansatte har jobbet sammen for å finne realistiske tall. Dette har vært en prosess – og flere av kostnadene ved sammenslåing har blitt nevnt ved mange anledninger, sier Norheim Morken.

– Bekymret

Det foreslåtte og omstridte budsjettet beskriver investeringsbehov for OUS for å gjennomføre sammenslåingen. Det beskriver også det sykehusledelsen anser som nødvendige investeringskostnader frem til 2025.

I budsjettet fremkommer det blant annet at kostnadene for gjennomføring av utflytting av Aker har fordoblet seg – fra 600 millioner til omlag halvannen milliard kroner siden i fjor høst.

Alle ansatterepresentantene i styret stemte imot nytt forslag til langtidsbudsjett, som likevel gikk igjennom, med åtte mot fem stemmer.

– Vi er bekymret, og opplever med dette at administrasjonen ved OUS blir satt under administrasjon av Helse Sør-Øst, sa ansatterepresentant for Fagforbundet, Bjørn Wølstad-Knudsen under behandlingen i slutten av mai.

– Må «sminke» tallene

– Sykehusledelsen har fått en uke på seg til å «sminke» tallene og tilpasse det til det tallet Helse Sør-Øst ønsker, sa lege og tillitsvalgt Kjersti Baksaas Aasen, som satt på tilhørerbenken 26. mai, da styret tok beslutningen om å sende budsjettet i retur.

GRUNDIG PROSESS: Merete Norheim Morken sier innspillet til langtidsbudsjett er laget av ledelse og ansatte sammen. Foto: Erik M. Sundt.

Uken etter trakk altså sykehusdirektøren seg fra sin stilling.

– Innholdet i langtidsbudsjettet er det redegjort for over år, men så ble tallenes tale likevel ikke spiselige for eierne, dette er en meget krevende situasjon for administrasjonen, sa Siri Hatlen til sykehusstyret på sitt siste styremøte.

mer uro

I så krevende spørsmål må administrerende direktør ha den fulle tillit fra et samlet styre, hvilket jeg opplever nå at ikke er tilfelle, sier Hatlen.

– Tydelig signal

– Dette er kjempetrist, men ikke uventet, med tanke på motbøren hun har møtt i styret i det siste. Som foretakstillitsvalgte, har vi hatt full tillit til henne som leder, hun har vært med på å synliggjøre hva som trengs for å lykkes med omstillingsprosessen, sier Merete Norheim Morken, foretakstillitsvalgt for Norsk Sykepleierforbund.

– Dette er et veldig tydelig signal om at de økonomiske rammene for omstillingsprosessen ikke er til stede, sier Norheim Morken.

– Best for OUS

Beslutningen er ifølge pressemeldingen gjort i samråd med styreleder Göran Stiernstedt:

– Dette er en vurdering av hva som er best for Oslo universitetssykehus i nåværende situasjon. Ved behandling av budsjett og økonomisk langtidsplan for sykehuset har det oppstått uenighet mellom styrets majoritet og administrerende direktør Siri Hatlen, sier Stiernstedt.

– Siri Hatlen har gjort et meget godt arbeid de to årene hun har vært administrerende direktør for Oslo universitetssykehus. Hun er en sterk og dyktig leder. Hennes prosjektledelse i forbindelse med fusjonen er unikt velgjort og utgjør et meget viktig grunnlag for å kunne fortsette arbeidet med fusjonen av de tre sykehusene, sier styreleder Göran Stiernstedt i en pressemelding.

Siri Hatlen har vært administrerende direktør for Oslo universitetssykehus siden juni 2009.

Jan Eirik Thoresen er konstituert som administrerende direktør inntil videre. ||||

Har du synspunkter på fusjonsprosessen? Send en e-post til aknbh@sykepleien.no

ANSATTE BEKLAGER: Direktør Siri Hatlen hadde tillit hos de ansatte, men ikke hos styret. Arkivfoto: Stig Weston.

– Sykepleiere melder om press

PÅ STYREMØTET i slutten av mai ble det, med de ansattes motstemmer, vedtatt å fortsette kuttplanene for å få årets budsjett i balanse. Det innebærer blant annet at rundt 500 årsverk må bort. I fjor ble det kuttet 1000 årsverk.

Siri Hatlen hadde på forhånd informert styret om at hun tvilte på at det er mulig å redusere det ønskede antallet årsverk, og samtidig opptre i tråd med arbeidslivets regler.

– Hva sier sykepleierne ved OUS om den kortsiktige spareprosessen?

– Tillitsvalgte sykepleiere rapporterer at klinikkene er presset til å melde inn tiltak man ikke har oversikt over konsekvensene av eller ser realismen i, sier Merete Norheim Morken.

– Nedbemanningen innebærer ikke bare reduksjon av årsverk tilsvarende den reduserte aktiviteten. Faktum er at det nå er færre sykepleiere per pasient, og det er langt flere deltidsstillinger enn før. Dette står i grell kontrast til bestillingen om å redusere deltid fra eierne, sier Norheim Morken.

For noen uker siden ble det felles journalsystemet «Klinisk arbeidsflate» skrinlagt for å spare penger, og klinikklederne ved sykehuset har lagt frem en rekke kuttforslag med risikoanalyse.

Bedre en fryktet

- Forslag til ny uføreordning har bra med stimulanser til å arbeide mer, men dette må ikke «straffe» de som faktisk ikke kan jobbe, advarer Unio-leder Anders Folkestad.

Tekst **Bjørn Arild Østby** Illustrasjonsfoto **Colourbox**

UFØRE: Må ikke «straffe» de som faktisk ikke kan jobbe, advarer Unio.

Etter et halvt år utsettelse legger regjeringen fram lovforslag om ny uførepensjon og alderspensjon til personer som har vært uføre. Målet med reformen er ifølge regjeringen at færre skal bli varig uføre, og at det skal bli lettere å delta helt eller delvis i arbeidslivet med den arbeidsevnen man har. Det legges opp til økt bruk av gradert uføretrygd, i tråd med tankegangen bak graderte sykmeldinger.

For høy uføregrad

- En mer fleksibel mulighet til å jobbe noe ved siden av trygden er en fornuftig omlegging. Mange uføre har sykdommer som over tid gir varierende evne til å jobbe ved siden av. Det er viktig at disse uføre i perioder kan jobbe noe ved siden av uten å frykte at trygden skal omvurderes, sier Folkestad.

I dag må man være minst 50 prosent ufør for å kunne motta uføretrygd i folketrygden. Mange i offentlig sektor har betydelig lavere uføregrader. I uføreordningen i de offentlige tjenestepensjonsordningene er det ingen nedre grense. Det gjør disse ordningene mer fleksible og «hindrer» ansatte å søke seg mot 50 prosent uførhet. Unio går inn for en klart lavere grense for når man kan få uføretrygd i folketrygden.

- Det er svakt av regjeringen ikke å foreslå større grep på dette området. En reduksjon av den nedre grensen for uførhet til 40 prosent for de som mottar arbeidsavklaringspenger er for smått, sier Folkestad.

Levealdersjustering

Uføres alderspensjon foreslås levealdersjustert, det vil si at den reduseres i takt med at gjennomsnittlig levealder øker. De uføre skal ifølge forslaget imidlertid skjermes fra regelen med halve kuttet som følger av levealdersjusteringen fram til 2018. Da skal ordningen opp til ny vurdering.

- Unio mener levealdersjustering er et urimelig prinsipp for uføre. Årsaken er at uføre ikke kan påvirke egen pensjon ved å jobbe mer, slik vanlige lønnsmottakere kan, sier Folkestad.

«Unio mener levealdersjustering er et urimelig prinsipp for uføre.» *Anders Folkestad*

Misfornøyde arbeidsgivere

- NHO er ikke fornøyd med uføremeldingen. Regjeringens målsetting med meldingen har vært å få flere i arbeid. Virkemidlene regjeringen her foreslår, gjør det mindre lønnsomt å arbeide, sier NHO-direktør Svein Oppegaard.

Når levealdersjusteringen ikke innføres i større grad for uførepensjonister enn det regjeringen foreslår, mener NHO at regjeringens uføremelding ikke bygger godt nok opp under pensjonsreformens målsetting om en mer bærekraftig pensjonsordning. Oppegaard viser til at halvparten av nye alderspensjonister kommer inn i pensjonistenes rekker fra ulike uføreytelser.

For arbeidsgiverforeningen Spekter har det vært en forutsetning at den nye uføreordningen må styrke arbeidslinjen og at den må være bærekraftig.

- Jeg stiller meg undrende til at regjeringen utsetter den endelige beslutningen om å gjennomføre prinsippet om at levealdersjusteringen også må gjelde for uføres alderspensjon og i stedet skisserer en midlertidig løsning fram til 2018. Det er også grunn til å stille spørsmål ved om den nye modellen bidrar til å mobilisere arbeidskraft, sier administrerende direktør i Spekter Lars Haukaas.

Uførereformen

- Dagens uførepensjon foreslås erstattet med en uføretrygd, som skal skattlegges som lønnsinntekt. Trygden foreslås beregnet på grunnlag av inntekten de tre beste av de fem siste årene før uførheten oppstår. Den nye trygden blir på 66 prosent av tidligere inntekt.
- Uføres alderspensjon foreslås levealdersjustert, det vil si at den blir redusert i takt med økningen i gjennomsnittlig levealder. Fram til 2018 vil de uføre kun bli omfattet av det halve av levealdersjusteringen. Da skal den opp til ny vurdering.
- Endringene vil gjelde fra 2015.

Kreftsyk samler inn millioner

I disse dager blir en golfball slått mot Nordkapp. Hvert slag koster 200 kroner og inntekten går til kreftsaken. Mannen bak har nyrekreft, skriver bladet Kreftsykepleie. Tekst **Johan Alvik** Foto **Jon Klasbu**

STARTET PÅ SYKEHUSET: Tom Frode Wallin slo det først slaget ut fra rom 611 på Radiumhospitalet.

Kreftsyke Tom Frode Wallin har startet det han kaller verdens lengste golfturnering.

– Da jeg lå på Radiumhospitalet i fjor bestemte jeg meg for å samle inn penger til kreftsaken, sier Wallin til bladet Kreftsykepleie.

Sammen med en god venn klekket Wallin ut ideen om å slå en golfball fra Radiumhospitalet til Nordkapp, langs hele norskekysten, og ta betalt for hvert slag. Prosjektet døpte han 611 Slå et slag mot kreft. 611 var rommet han lå på.

Ble virkelighet

Lørdag 30. april i år startet ferden mot Nordkapp. Wallin, som er en ivrig golfspiller, slo det første slaget ut fra rom 611. Han fikk følge av Jan Vincents Johannessen og OL-mester i roing Olaf Tufte, som slo ballen videre gjennom korridorene på Radiumhospitalet og ut i det fri. Siden den gang har ballen blitt slått slag for slag av team 611 – først sydover mot Kristiansand, deretter nordover. Folk har støttet prosjektet ved å sende 200 kroner for et slag via sms. Noen har møtt opp selv, svingt kølla og fått en golfball som takk, ifølge Kreftsykepleie.

Vil motivere

Tom Frode Wallin har nyrekreft med spredning. Han har fått operert bort en nyre, fått tolv strålinger og cellegift, forteller han til Kreftsykepleie.

– Slå et slag mot kreft er mitt livsverk. Det er første gang en golfball blir slått Norge på langs – og i utgangspunktet kan det virke som et umulig prosjekt. Mitt mål er å vise andre kreftsyke at de utfordringene de møter som syke, og som kan virke uoverstigelige, faktisk er mulige å komme seg forbi, sier Wallin til Kreftsykepleie.

Wallin er ikke med hele veien langs norskekysten. Kreftene strekker ikke til.

Mye penger

Golfturneringen har fått en god del oppslag i lokalpressen, etter hvert som team 611 har flyttet seg sakte langs kysten. Gjennom media har folk blitt kjent med prosjektet og støttet det økonomisk. Turneringen skal vare til månedsskiftet juli – august.

– Vi satser på at det vil stå et par millioner på konto når vi ankommer Nordkapp. Pengene skal gå til kreftsaken, sier Wallin til Kreftsykepleien. ||||

Vil du vite mer, gå inn på: www.611.no

NYTT MAGASIN: Kreftsykepleie inneholder aktuelle artikler om temaet kreft. Det blir gitt ut av Norsk Sykepleierforbunds faggruppe Forum for Kreftsykepleie, i samarbeid med Sykepleien. For abonnement, kontakt Vibeche Fahsing på e-post: vibechef@broadpark.no eller meld deg inn i faggruppen på www.sykepleierforbundet.no/faggrupper/kreftsykepleiere.

INTENSIVKURS I HELSELEDELSE

- Lederkompetanse på ett semester

BI Drammen tilbyr Intensivkurs i helseledelse høsten 2011. Kurset henvender seg til helsefaglig tilsatte på leder- og mellomledernivå, som ønsker å konvertere realkompetanse til formalkompetanse.

Kurset foreleses over til sammen seks dager med følgende temaer:
• Organisasjon og ledelse
• Helseledelse
• Praktisk personalledelse
• Kompetanseutvikling i den lærende organisasjon
• Økonomistyring
• Prosjektledelse

Kurset gir 30 studiepoeng som kan inngå i graden Bachelor of Management med fordypning i helseledelse. Foreleser er høyskolelektor Geir Lahnstein, Handelshøyskolen BI.

Kurset foreleses følgende dager høsten 2011:
15. og 16. september, 13. og 14. oktober, 17. og 18. november

For mer informasjon se www.bi.no/helseledelse

BI Drammen
Telefon 98 25 16 20
bi-drammen@bi.no
www.bi.no/drammen

TYNGDEN DU TRENGER

BI

Fant nettpasientene

Pasienter diskuterer egen sykdom på nettet.
Pernille Varre har analysert hva pasientene forteller.

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

WEB GIR MESTRING: Pernille Varre har skrevet masteroppgaven «Det er mitt liv det gjelder». En kvalitativ studie av kreftpasienters beskrivelse av mestringsmuligheter slik det kommer til uttrykk på et internettbasert diskusjonsforum.

Internett brukes mer og mer til helseformål. Pasienter bruker det blant annet for å hente inn informasjon og kunnskap om egen sykdom.

– Det at pasienter kommuniserer med hverandre og deler erfaringer i forskjellige diskusjonsfora, er en økende trend, sier Pernille Varre.

Det er dette hun har sett på i sin studie (se faktaboks).

Pernille Varre er fagutviklingssykepleier/prosjektleder ved OUSs avdeling for kompleks epilepsi. Men hun hadde 25 år innenfor kreftomsorgen bak seg da hun nylig valgte å skifte beite og fagområde.

Det er nå gått et par år siden Varre ble ferdig med sin masteroppgave. Hun har holdt flere foredrag med bakgrunn i studien, og arbeider nå med å skrive en forskningsartikkel.

– Flere av studiens funn kan være overførbare til pasienter med for eksempel epilepsi, sier hun.

Positivt å lese om andre

Noe av det som var gjennomgående i diskusjonene i Varres studie, henger sammen med tittelen på studien: Det er mitt liv det gjelder.

– Pasientene ønsker å være hovedperson i egen sykdomssituasjon. Mange gir uttrykk for at de har behov får å delta aktivt og ha mulighet til å kunne påvirke i den situasjonen de befinner seg i, sier hun.

Innleggene pasientene har skrevet, har i stor grad reflekterende og fortellende form.

– De skriver ned sin historie. Det ser ut til at når pasientene gjør dette, så økes refleksjonen og en bearbeiding kan finne sted. Gjennom refleksjon økes muligheten for mestring. Å lese andres historier kan også ha positiv innvirkning på mestring. Pasientene ser hva andre har gjort i situasjoner de selv kjenner igjen, og på den måten åpner det seg nye muligheter for egne selvstendige valg, sier hun.

Varre forklarer at selv om det ofte ikke finnes klare løsninger i ulike sykdomssituasjoner, så finnes det alltid mestringsmuligheter, som gjør at pasienten kan leve best mulig underveis.

– Ved å være bevist på dette kan sykepleiere hjelpe pasienter til å mobilisere krefter og ressurser til å fighte mot sykdommen. Det er viktig at pasientene får en opplevelse av at det å kjempe er meningsfullt. At det man selv gjør betyr noe, sier hun.

«Pasientene føler seg sett, møtt og tatt på alvor.» *Pernille Varre*

Informasjon på godt og vondt

I studien fant Varre ut at de som deltok i diskusjonsforumet fikk godt utbytte av det.

– Men diskusjonsforum og internett er et potent medium. Det er ikke for alle. Noen kan oppleve å finne informasjon og prognoser som de kanskje ikke er klar til å få informasjon om. Informasjonsbehovet for pasientene endrer seg, og behovene for informasjon er individuelle i forhold når og hvor mye, sier hun.

Dette er hva en pasient skriver:

«Føler meg litt «truffet» her da jeg tidligere har nevnt å ha et kjempebehov for informasjon og statistikk. Har lært etter ett år med denne sykdommen at statistikk lyver forferdelig, begge veier. Hvert menneske er individuelt, altså kan en ikke finne en tabell som passer akkurat meg.»

Kreftforeningen har startet opp diskusjonsfo-

ra for kreftpasienter på sin nettside. Det skjedde etter at Varre var ferdig med sin studie. Hun anbefaler sykepleiere å gjøre seg kjent med nettstedet og eventuelt anbefale det til pasienter de tror det kan egne seg for.

Møte med helsevesenet

Pasienters møte med helsevesenet og de som arbeider der, er også noe som ble hyppig diskutert.

– Gode møter gir mulighet for mestring og tro på egne ressurser. Pasientene føler seg sett, møtt og tatt på alvor. Dårlige møter kan gi pasientene følelse av fortvilelse, avmakt og krenkelse, sier Pernille Varre.

Her er to eksempler på hva pasienter sier om helsevesenet:

«Skulle ønske det var EN lege og EN sykepleier som hadde oppfølging. Det føles som det ikke er sammenheng, og det blir vanskeligere å få en dialog under behandlingen.»

«Jeg synes svarene jeg fikk når jeg spurte om de to alternative behandlingsformene var veldig klargjørende. Så jeg spurte hva han selv ville velge i min situasjon, og da var valget enkelt. Dette har sikkert noe å gjøre med at jeg fikk tillit til legen med en gang.»

– Pasientene beskriver det å bli møtt med vennlighet, bli lyttet til og vist respekt som uvurderlig, sier Varre.

Salutogenese

Pernille Varre har gjennom analysen av sin studie tatt utgangspunkt i begrepet salutogenesen. Hun mener dette er kunnskap alle sykepleiere bør ha i ryggraden, og anvende i møte med pasienten.

– Antonovsky var en israelsk professor i medisinsk sosiologi. Han introduserte begrepene salutogenese og opplevelse av sammenheng (OAS). Han vil bort fra fokuset på den «enten eller» definisjonen av folk som syke eller friske. Han var mer interessert i hvor mennesker befinner seg på en skala som går fra god helse til dårlig helse, forklarer hun.

Varre synes nemlig det er mer interessant å finne ut hvilke faktorer som bidrar til en bevegelse mot bedre helse til tross for tilstedeværelse av sykdom, enn kun å fokusere på om mennesker er sykt eller friskt.

– Med saltogenetisk fokus kan sykepleiere stimulere pasientenes egne mestringsmuligheter. Således kan de forebygge rollen, der pasienter i for stor grad blir passive mottakere av våre tjenester. Dette må selvfølgelig balanseres med kyndighet, omsorg og empati, sier hun.

Fakta om studien

Pernille Varres studie er en del av forskningsstudien «WebChoice» hvor utvalgte pasienter med prostatakreft eller brystkreft kan kommunisere med likesinnede på et lukket diskusjonsforum. Diskusjonsforumet er delt i 3: Et for pasienter med brystkreft, et for pasienter med prostatakreft og et felles diskusjonsforum for begge diagnoser. Dataene er basert på selvrekruttering gjennom Senter for Pasientmedvirkning og Sykepleieforskning ved Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet. I løpet av to år kom det 711 innlegg som er analysert.

Danske kutt ga lavere sykefravær

Sykefraværet for danske sykepleiere ansatt på sykehus er redusert med 7,6 prosent på bare ett år fra 2009 til 2010. Til tross for store nedskjæringer. Tekst **Eivor Hofstad**

PRESSET: Danske sykepleiere føler seg presset til å gå på jobb når de er syke, selv om de burde vært hjemme, tror Grete Christensen, leder for Dansk Sygeplejeråd. Arkivfoto: Erik M. Sundt.

De oppsiktsvekkende tallene står å lese på Dansk Sygeplejeråds nettsider. Omregnet til fulltidsstillinger tilsvarer reduksjonen i sykefraværet 147 stillinger for hele Danmark. Grete Christensen, leder for Dansk Sygeplejeråd, tror dette har en sammenheng med frykt.

– De store nedbemanningsrundene på landets sykehus er helt sikkert en stor del av forklaringen. Mange steder frykter sykepleierne selvsagt nye sparerunder. Derfor opplever de enkelte ganger at de er nødt til å ta en vakt, selv om de kanskje burde blitt hjemme, kommenterer hun.

Kjent mekanisme

Sosiolog Tage Søndergaard Kristensen har tidligere vært professor ved det danske Arbejdsmiljøinstituttet. Han har forsket på arbeidsmiljø i mange år og peker også på en sammenheng mellom arbeidsledighet og sykefravær.

– Generelt kan man si at når arbeidsledigheten stiger, faller sykefraværet, sier Kristensen.

Geografiske forskjeller

Tallene fra FLD avslører også store regionale forskjeller i sykefraværet. Danmarks laveste sykefravær blant sykehusansatte sykepleiere er i Region Nordjylland. Her var sykefraværet på 11,1 dager i 2010, mens Region Hovedstaden hadde landets høyeste sykefravær på 12,7 dager.

Tage Søndergaard Kristensen forklarer at flere faktorer kan innvirke på sykefraværet, men at særlig arbeidsmiljøet spiller en avgjørende rolle.

– Blant annet det psykiske arbeidsmiljø og den sosiale kapital, som handler om hvordan man fungerer sammen på arbeidsplassen. Derfor er det også arbeidsmiljøet ledelsen kan ta fatt på, hvis de ønsker å redusere sykefraværet, sier sosiologen.

Han antar at ulike arbeidsmiljø kan være med å forklare de regionale forskjellene.

Omvendt i Norge

De danske tallene står i skarp kontrast til norske erfaringer som Sykepleien har skrevet om tidligere i år. På Bergan sykehjem i Kristiansund ga flere årsverk lavere lønnsutgifter fordi det ble mindre sykefravær og innleie av vikarer (se Sykepleien nr. 4 og sykepleien.no) ||||

Kilde: dsr.dk

Revaksinering mot kikhoste

NI AV TI vet ikke at Folkehelseinstituttet anbefaler at alle revaksinerer seg mot kikhoste hvert tiende år. Kunnskapsmangelen gjelder også ansatte i helsevesenet, skal vi tro en undersøkelse gjort av TNS Gallup for legemiddelfirmaet GlaxoSmithKline. Her svarer75 prosent av dem som jobber i helsevesenet at de ikke har fått informasjon om behovet for revaksinering mot kikhoste.

Men tallene er små: 1060 personer har deltatt i undersøkelsen, og bare 14 prosent av dem jobber i helsevesenet, det vil si 148 personer. Og det står ingenting om hvilket yrke disse har i helsevesenet.

Kortreist helse

Mads Gilbert: Lokalsykehus redder liv!
Fanny Voldnes: Privatisering og konkurranseutsetting **Gunnvald Lindset**: Helseforetakssystemet **Jens Ingvald Olsen**: Samhandlingsreformen
Linn Herning: Er fremtiden privat?
Unni Hagen: EUs helsedirektiv
Dagny Pettersen: Kampen om Narvik
Erling Folkvord: Rekommunalisering i medvind i Oslo
Arne Byrkjeflot: Trondheim kommune og s-reformen

Kr 75 + porto. Kr 30 portofritt ved bestilling av minst 5 eks.
eness@online.no **www.marxisme.no** **Tidsskriftet Rødt!**

Liv Trønnes

Alder: **58 år**
Aktuell som: **Jordmor på kvinneklinikken ved Oslo universitetssykehus og ansvarlig for Ullevål-teamet**

BAKGRUNN:

Kvinner i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) frarådes å trappe ned bruken av metadon eller buprenorfin under svangerskapet, med mindre de selv ønsker dette. Dette ifølge nye retningslinjer fra Helsedirektoratet. Liv Trønnes reagerer. Hun taler babyenes sak – de som kan bli påført hjerneskader og bli født med abstinens.

Vil hindre abstinens hos babyer

Hva er Ullevål-temaet?
– Vi jobber med gravide som har rusproblemer og psykiske og sosiale problemer, og som trenger tilrettelegging med svangerskap, fødsel og i tiden etterpå.

Hvor lenge har du jobbet der?
– Siden midten av 80-tallet.

Hvorfor bør ikke gravide få metadon eller buprenorfin?
– Fordi det er skadelig for fosterhjernen. Får mor metadon fram til fødselen, vil babyen få abstinens.

Hvordan arter det seg?
– Babyen blir urolig, skriker mye, er vanskelig å roe, vanskelig å mate, sensitiv for lyd, lys og hudkontakt, stiv i muskulaturen. Samspill blir vanskelig. Tilstanden kan være livstruende uten behandling.

Hvilken behandling får de?
– Utvikler abstinensen seg til et visst nivå, får babyen morfin for å roe seg.

Hvor mange babyer blir født med abstinens?
– I det siste cirka 20 i året. Her hos oss.

Nesten ingen klarer å trappe ned metadonbruken – er det ikke verre hvis de sprekker og går over til heroin?
– Det argumentet brukes hele tiden. Men det holder ikke å si at det er en fordel å la mor fortsette med LAR-behandling for å unngå illegale midler. I en nedtrappingsfase kan hun legges inn og skjermes mot illegal rus.

Med tvang?
– Ja, ifølge tvangsparagrafen. Jeg har oppfordret til det, men ingen har turt å bruke tvang for LAR-kvinnene. Gikk de på heroin, ville man gjort det. Det er et paradoks. Metadon gir enda større plager hos babyen enn heroin.

Er det ikke urealistisk å få til det du ønsker?
– Det kommer an på hvordan det legges opp. Det er ikke sånn at mindre dose med metadon gir mindre abstinens hos babyen. Derfor er poenget ikke bare å trappe ned, men å komme på null. Så lenge dette ikke er et krav for å fullføre graviditeten, kan det bli vanskelig. Annen behandling, for eksempel med cellegift, gis ikke til gravide for å skjerme barnet.

Nei?
– Det er rart. LAR-behandling er nesten om en religion. Det blir mye følelser. Mor er hovedperson. Som om det er en bagatell å bli født med abstinens.

Du mener at prevensjon bør være en forutsetning for LAR?
– Ja. Og hvis man så greier å trappe ned til null, kan man bli gravid. Men det er lettere å slutte med heroin enn metadon. Det er noe svineri. Bra for voksne, kanskje. Men ikke for babyer.

Forstår du dem som støtter kvinnene?
– For så vidt. Men jeg er opptatt av de ufødte ungene som ikke har noen stemme sjøl. De bør ha så godt grunnlag som mulig. Det legges i fosterlivet. Hvis vi sier at gravide ikke skal spise fisk fra Mjøsa, så lar de være.

Men her snakker vi om avhengighet?
– Ja. Kanskje de ikke bør bli gravide i det hele tatt. Er det en rett for alle å bli gravid? Unger som er utsatt for rus, må ha optimal omsorg. De tåler ikke prøving og feiling. Men de har de foreldrene som har minst forutsetning for å gi dem stabilitet.

Opplever du at sykepleiere står mot hverandre – rus mot barn?
– Heller faglig uenighet mellom yrkesgrupper. Noen har mor som pasient, andre har barnet. Det blir utrolig høy temperatur i diskusjoner. Hvis de som jobber i LAR-behandling hadde våpen, tror jeg de ville tatt livet av meg.

Ble du overrasket over de nye retningslinjene?
– Nei, men jeg hadde håpet det annerledes. Men det har ligget i luften. Ingen av oss her som har så lang erfaring var med i arbeidsgruppen.

Hva kan dere gjøre?
– Vi vil jobbe som før og anbefale at de gravide trapper ned. Det er ikke et lovverk, så vi må ikke følge det. Det burde vært basert på mer forskning og erfaring.

Men rådene er i tråd med det man gjør i andre land?
– Det er feil å sammenlikne med andre land. Holdningene til rus er ulike. Vi jobber på en annen måte. Det er visst bare vi som kan bruke tvang. Vi kunne klart å forebygge nesten 100 prosent.

Tekst **Marit Fonn** Foto **Stig Weston**

Dør for tidlig

Dårlig utredning og oppfølging forkorter levetiden til kreftpasienter. Fra 2001 til 2009 er det utbetalt 70 millioner kroner i erstatning på grunn av svikt i kreftbehandling. Tekst **Kari Anne Dolonen**

Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) har gått igjennom alle kreftsakene som har vært behandlet i perioden 2001–2009. I over halvparten av diagnosesvikttilfellene ble ikke pasienten tilstrekkelig utredet. Nødvendige undersøkelser ble ikke utført, pasienten ble ikke henvist videre til sykehus eller spesialist, pasienten ble ikke innkalt til ytterligere utredning og henvisning ble ikke fulgt opp.

Et annet hovedfunn er at mange av kreftpasientene får forkortet levetiden på grunn av for dårlig utredning og oppfølging.

– Vårt materiale gir eksempler på alvorlige tilfeller som burde kunne vært unngått med bedre rutiner og større årvåkenhet fra helsetjenesten, sier direktør i NPE Erling B. Breivik på hjemmesiden.

Feilbehandling av pasienter er ikke bare tragisk for de involverte. Det koster også samfunnet store summer i erstatningsutbetalinger. I tillegg kommer utgifter til ekstra behandling, reinnleggelser, trygdeutbetalinger og utgifter for kommunene.

Hovedfunn etter NPEs gjennomgang

- 180 erstatningssøkere har fra 2001–2009 fått medhold i krav på erstatning for følger av svikt ved diagnostisering eller behandling av kreft i fordøyelsesorganene
- For 34 prosent (61 av 180) har svikten ført til forkortet levetid (tidligere død eller dårligere prognose for overlevelse)
- Det er utbetalt 70 millioner kroner til disse pasientene
- Over halvparten av medholdssakene (92) gjelder diagnosesvikt, og da hovedsakelig forsinket diagnose

Kilde: NPE

INNFRI DYRE SMÅLÅN!

Vi har over 100 000 kunder i Norden og vi kommer til å gjøre vårt beste for å imøtekomme ditt lånebehov.

Lån opptil kr 300 000 uten sikkerhet

Rente fra 8,90 % (eff. rente fra 9,8 %)

- Ønsker du å pusse opp hjemme eller vil du innfri dyre smålån – du bestemmer!
- Opptil 12 års nedbetalingstid
- Du kan innfri lånet når du vil, uten ekstra kostnader
- Renten og avgiften er fradragsberettiget på selvangivelsen

Søk på www.nordaxfinans.no med tilbudskode 50030

Eller ring oss på telefon 815 56 474.

Standard kostnadseksempel: Utbetalt beløp kr. 65 000 over 5 år, nominell rente 15,9%, effektiv rente 19,2%. Månedsbeløp kr. 1 679 og totalt tilbakebetalingsbeløp kr. 100 715 (redusert skatt pga. betaling av rente blir kr. 10 000). Etableringsgebyr kr. 1 475 og termingebyr kr. 65 er inkludert i beregningen. Renten er individuell.

nordax® FINANS

www.nordaxfinans.no

FAGARTIKKEL:
Danskene rehabiliterer bedre. Side 64

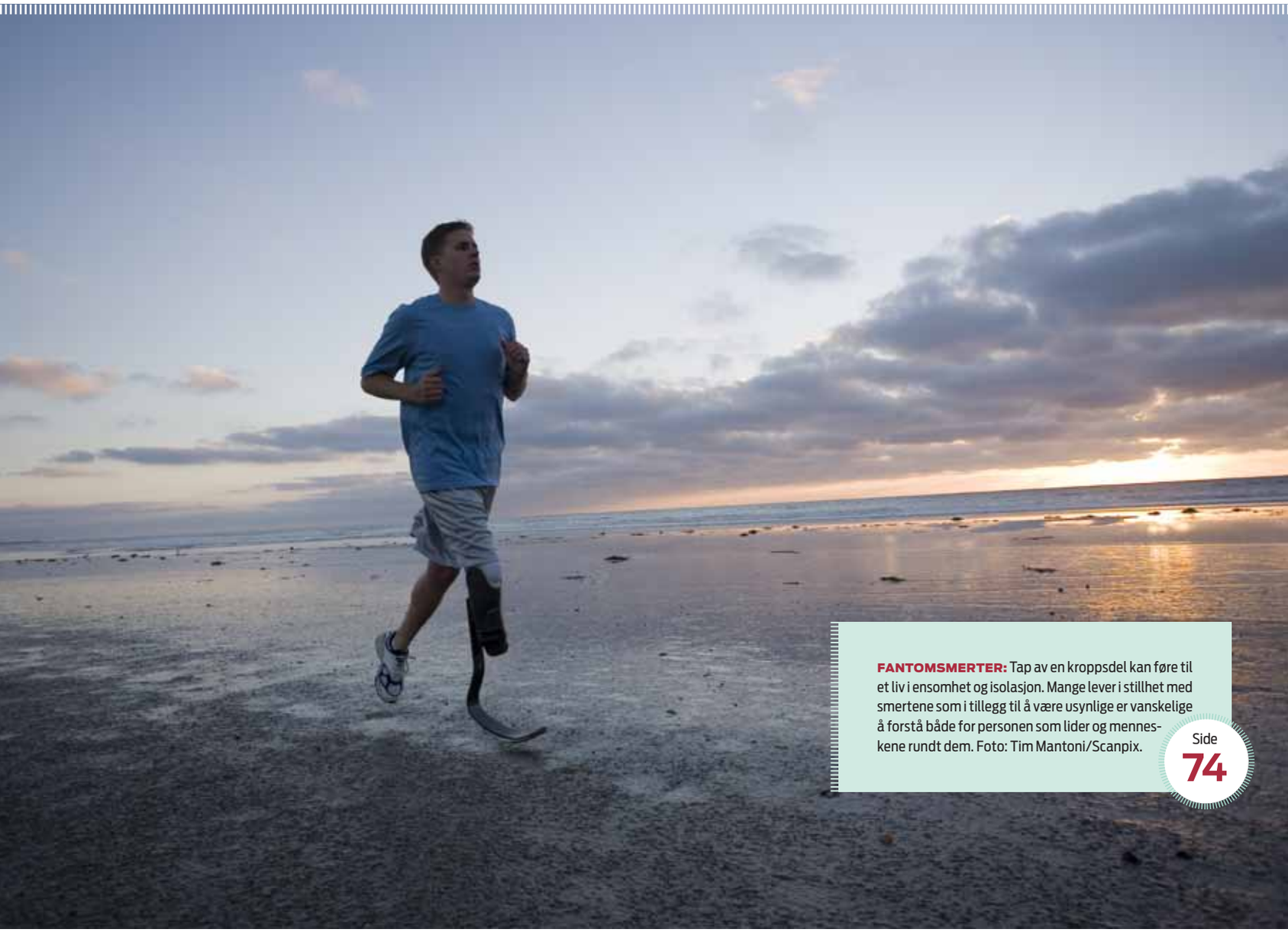
FAGARTIKKEL:
Eldre trives på sykehjem. Side 68

FAGNYHET:
Aktiv omsorg i sykehjem. Side 78

Pugg med app.
Se bokanmeldelser side 76

Sykepleien

Fag & bøker



FANTOMSMERTER: Tap av en kroppsdel kan føre til et liv i ensomhet og isolasjon. Mange lever i stillhet med smertene som i tillegg til å være usynlige er vanskelige å forstå både for personen som lider og mennesker rundt dem. Foto: Tim Mantoni/Scanpix.

Side 74

3 nye bøker

SVEIN OLAV KOLSET

En sjelden kar
En fars beretning

Torgeir er 35 år og multihandikappet. Faren hans forteller om hvordan Torgeir har kjempet seg til et liv i verdighet.

HELENE URI OG TOR IVAR ØSTMOE

Latin for begynnere

Latin omgir oss, også i helsetjenesten. Her forklares det hvor ord og uttrykk fra hele samfunnet kommer fra.

ANNE MARIE FLOVIK OG ARVID BIRKELAND

Sykepleien i hjemmet

Denne boken beskriver hva som kjennetegner hjemmesykepleie teoretisk og praktisk.

Hans Knut Otterstad, Norsk institutt for omsorgstjenester.

Danmark satser på rehabilitering

Norge har flere sykehjemsplasser mens Danmark har bedre rehabilitering, slik at flere eldre kan bo hjemme.

Samhandlingsreformen har hentet inspirasjon og ideer fra en tilsvarende reform i Danmark som ble gjennomført fra 2007. Ideen er at kommunene skal få større ansvar, flere ressurser og mer kompetanse slik at sykehusene kan bli avlastet. Det store spørsmålet er om de danske ideene vil egne seg i norske kommuner? Våre to land har et viktig fellestrekk – eldrebølgen – som vil øke behovene for tjenester både i sykehus og kommuner. Dermed blir geriatri og eldreomsorg den store utfordringen. Vil den danske «modellen» overført til norsk forhold, bidra til å forbedre eldreomsorgen i norske kommuner, og derved endre presset på andrelinjen? Og vil den danske løsningen redusere problemet med de «utskrivingsklare pasientene i sykehus»?

Forskjellige forutsetninger

Sammenligninger av eldreomsorg over landegrensene er ikke uproblematisk. For å kunne diskutere dette fra en faglig synsvinkel må man først klarlegge likheter og forskjeller mellom Danmark og Norge både når det gjelder helsevesen og kommunal tjenesteproduksjon. Siden denne rapporten i første rekke dreier seg om eldreomsorg, vil jeg av plasshensyn kun ta med kommunenivået.

I begge land er det ideen om velferdsstaten som ligger til grunn, og kommunene som har det grunnleggende ansvar for eldreomsorgen. Både i Danmark og her hjemme er systemet bygd på offentlig styring av tjenesteproduksjon, men med en åpning for private tjenester. Det er også store likheter når det gjelder utdanning og skolering av helsepersonellet og den offentlige finansieringen av tjenestene. Men enda viktigere er det å identifisere forskjellene siden det er disse som blir avgjørende når gode ideer skal omplantes fra et land til et annet.

Gentofte versus Fredrikstad

Helsetjenester består av teori og praksis, og av den grunn har jeg besøkt en dansk kommune, Gentofte. Her har jeg snakket med ressurspersoner samt analysert struktur og produksjonsdata i dansk eldreomsorg for å få et bedre bilde av likheter og praktiske forskjeller. Den mest sammenliknbare norske kommunen er Fredrikstad. Begge kommuner har rundt 70 000 innbyggere, en sentral beliggenhet og korte avstander. Begge kommuner er preget av eldrebølgen og har i flere år hatt eldreomsorg som et viktig arbeidsfelt.

Etter min vurdering er det flere viktige forskjeller mellom danske og norske forhold som vil påvirke tjenesteproduksjonen i eldreomsorgen.

Kommunestørrelse

En fundamental forskjell er kommunestørrelse. Begrunnelsen for den danske reformen i 2007 var å fjerne amtene (fylkene) som driftsnivå, styrke kommunenes økonomi og gjøre dem bedre skikket til å ta ansvar for lokal tjenesteproduksjon på flere samfunnsområder. Dette ble gjort ved å redusere antall kommuner til 92 samtidig som den minste kommunestørrelse ble satt til 25 000 innbyggere. Amtene ble slått sammen til fem regioner.

Innen helseområdet fikk kommunene ansvar for gjenopptrening og etterbehandling, samt alle typer av pleie og omsorg. Deler av dette lå tidligere på amtsnivå. Etter 2007 har regionene fått ansvaret for sykehus (som ble omdøpt til hospitaler) og persontransporten. Dette styres av folkevalgte regionsråd, som ikke har myndighet til å innkreve skatter, men som forvalter de midler som overføres fra staten til regionene.

Etter 2007 har en gjennomsnittskommune cirka 50 000 innbyggere, og sammenlignet med Norge, som har over 400 kommuner og betydelig større avstander, blir situasjonen i eldreomsorgen meget forskjellig. Større kommuner har viktige fordeler i forhold til kompetanse- og fagutvikling. Avstandene har økt i de sammenslåtte danske kommunene, men sammenlignet med norske kommuner er avstandene likevel små. Dette har jo store konsekvenser for ambulant behandling og hjemmebaserte tjenester, særlig for kronikere som må fraktes mange ganger tur/retur hjemmet for å komme til behandling, eller for hjemmeboende som må betjenes flere ganger i løpet av døgnet

Ideologi og tjenesteprofil

Danske kommuner legger hovedvekt på tverrfaglig samarbeid mellom fire yrkesgrupper: Fysioterapeuter, ergoterapeuter, sykepleiere og behandlende leger. Nøkkelordet er aktiv rehabilitering både i og utenfor institusjon. Sykepleierne arbeider i team med de andre yrkesgruppene, og får derved en helt annen rolle og arbeidsdag enn norske sykepleiere i sykehjem og hjemmetjenester. I norsk

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

Søkeord:
- Geriatri
- Eldre
- Sykehjem
- Rehabilitering
- Hjemmesykepleie

STOR FORSKJELL: Kommunestørrelse og rehabilitering er to viktige forutsetninger for eldreomsorg som er svært forskjellige i Danmark og Norge. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

eldreomsorg dominerer pleiefunksjonene, mens rehabilitering og geriatri har relativt liten plass, dessuten er legetjenesten i norske sykehjem marginal. I Danmark har den faste legen også ansvar for pasientene etter institusjonsinnleggelse. Dette har den fordel at kunnskapen om pasienten og den tidligere behandling blir mer kontinuerlig, og ansvaret for legebehandlingen er i prinsippet den samme uansett pasientens bosituasjon.

Tre viktige forskjeller

1. Hjemmehjelpen er gratis, men sterkere behovsprøvd

Dette er det laveste nivået i pleie og omsorgstrappa, slik at inntaket på dette nivået i praksis bestemmer omfanget på hele tjenesteproduksjonen. Siden tjenesten er gratis unngår man at det finnes en gråsone mot et privat eller svart marked som tar lavere timepriser enn den offentlige prisen. Ingen får hjemmehjelp uten at det foreligger en funksjonsnedsettelse: «Der kan ikke gives hjælp til gjøremål, som du eller medlemmene av din husstand selv kan klare».

2. Visitasjonssystemet

Alle tjenester er behovsprøvet og underlagt visitasjonsordningen. Det finnes intet privat supplement til de offentlige tjenestene, og alle private tjenester er integrert i det kommunale tilbudet. Danske kommuner har en visitasjonsordning med to funksjoner: Kartlegging av diagnoser og funksjonskartlegging med tilhørende nøyaktig forskriving av de nødvendige tjenestene. I Gentofte er dette et tverrfaglig sammensatt team med fire–fem personer som arbeider ut fra en geriatrisk modell med ukentlige møter. Alle helsetjenester er gratis og gis kun av kommunen. Men noen pleiehjem er private og har driftsavtale, slik at privat og offentlig drift er likeverdige og underlagt kommunal kvalitetskontroll. Det samme gjelder hjemmehjelp. Her er det mange private leverandører, men det er ikke konkurranse på pris, kun på kvalitet og omdømme. Valgfrihet er viktig i Danmark, og det er visitasjonssystemet som styrer all eldreomsorg i en dansk kommune.

For hjemmehjelp er valgfriheten uten begrensninger i det pasienten selv bestemmer leverandør. For institusjonsopphold består valgfriheten av om pasienten vil akseptere vurderingen av visitasjon som vil konkludere med en navngitt institusjon, eller stå på «venteliste» til et annet institusjonstilbud dukker opp.

Sammenlignet med norske forhold synes det faglig sett å være to fordeler med den danske ordningen: Visitasjonsordningen er mer tverrfaglig og geriatriske forankret slik at tjenesteproduksjonen blir behovsstyrt på alle nivåer. Det er ingen politisk farget diskusjon om hva som er best av offentlig og privat drift – all eldreomsorg er underlagt kommunal standard og kvalitetskontroll.

I Danmark har den faste legen også ansvar for pasientene etter institusjonsinnleggelse.

3. «Intern kontraktstyring»

I Danmark har kommunens «Social- og Sundhedsavdeling» som er en forvaltningsenhet, en formell kontrakt med den avdelingen i kommunen som har ansvar for de ulike tjenestene i eldreomsorgen. Dette er et detaljert dokument som tallfester alle viktige produksjonsmål hvert år. Dette kalles for «Intern kontraktstyring», og i Gentofte var det spesifisert 17 basisytelser der resultatene ble

målt ved slutten av året og sammenlignet med kontraktskravene. For eksempel var det et krav om antall innleggelser i korttidsavdeling, maksimal gjennomsnittlig lengde for den gjennomsnittlige liggetid, for andel som skulle utskrives til egen bolig og til pleiebolig med fast personale. Ved avvik fra kravene må tjenesteyter komme med en akseptabel forklaring. Konklusjonen er at den kommunale tjenesteproduksjonen er resultatstyrt på en helt annen måte enn i norske kommuner og at manglende måloppnåelse får konsekvenser for den videre driften.

Forskjeller på kommunenivå

For å få et konkret bilde av dansk eldreomsorg sett med norske øyne, må man se på driften på kommunenivå. Dette krever at man ser på kommuner med omtrent samme størrelse, og da blir Fredrikstad den beste «match» for en sammenligning med Gentofte. Imidlertid er Gentofte den danske kommunen som trolig har det beste tilbudet innenfor geriatri og rehabilitering. I Danmark eksisterer ikke begrepet «sykehjem», i stedet finnes ulike nivåer av «plejehjem». I kommunen finnes en egen rehabiliteringsinstitusjon – Tranehaven – 83 sengeplasser og et omfattende ambulant tilbud med en kapasitet på 2000 pasienter per år. De utskrivingsklare pasienter i sykehus som har et rehabiliteringspotensial kommer til Tranehaven. De øvrige mottas i en egen avlastningsavdeling på 24 senger, og er plassert i et annet sykehjem. Slik kan mottaket av utskrivingsklare pasienter som tilhører kommunen differensieres slik at det utvikles ulike og kompetente miljøer til å ivareta både de pasientene som skal rehabiliteres og de som trenger terminal pleie.

Den virkelig store forskjellen gjelder bruk av fysioterapeuter og ergoterapeuter.

Tranehaven har i tillegg til sengeavdelingene et omfattende ambulant tilbud som omfatter geriater, psykolog og fysioterapi. Videre inkluderer pleietilbudet de sosiale aspekter knyttet til sykdom og funksjonsnedsettelse. Dette skjer ved henvisninger fra leger og andre som har kontakt med hjemmeværende pasienter som er aktuelle kandidater for utredning og videre behandling. Et slikt tilbud er nærmest fraværende i norske sykehjem som nesten utelukkende har inneliggende pasienter som sin eneste målgruppe.

Tabell 1.
Nivåer og dimensjoneringen av botilbudet i eldreomsorgen i Fredrikstad og Gentofte
Antall plasser per 100 innbyggere, 80 år og eldre. 2005 -2007

Kommuner	Sykehjem (N), rehabilitering-og pleiehjem (D)		Omsorgsleiligheter (N), pleieboliger (D)	Eldreboliger, trygdeleiligheter (N), Eldreboliger (D)	Plasser i alt
	Korttid	Langtid			
Fredrikstad	3,0	13,0	7,2	9,6	32,8
Gentofte	1,8	9,3	9,6	16,8	37,5

Tabell 2.
Bemanning i Pleie og omsorg, Gentofte og Fredrikstad. Årsverk. 2007

Kommuner	Sykepleiere	Fysio-terapeuter	Ergoterapeuter aktivitører Pedagogisk arbeide	Hjelpepleiere Sunnhetsassistenter	Hjemmehjelpere Social- og sundhedshjelpere mv.
Gentofte	110,2	53,4	29	499	750
Fredrikstad	340,3	4,5*	33,5*	447	443

«Fyrtårn»

Tranehaven er et slags «fyrtårn» i dansk eldreomsorg med velutviklete lokaler for fysioterapi og ergoterapi, samt psykolog og fire stillinger for leger med geriatrisk spesialitet. Det siste er en sjeldenhet i danske kommuner. Man kan derfor gå ut ifra at Gentofte kommune vil ha de beste forutsetninger for å kunne oppfylle kravene som ligger implisitte i 2007-reformen, når det gjelder å ha nok ressurser og kompetanse til å avlaste sykehusene. Dette perspektivet er viktig når man sammenligner med eldreomsorgen i Fredrikstad, og kan vise hva det er mulig å oppnå dersom Samhandlingsreformens intensjoner blir oppfylt i Norge.

Denne sammenligningen er begrenset til to områder som det er mulig å sammenligne med harde fakta: Struktur og dimensjonering av kommunens botilbud for de eldre og sammensetning av personalet i pleie- og omsorgstjenestene. Det er disse ressursene som vil avgjøre om kommunen blir i stand til å ta imot de «utskrivingsklare pasientene» i sykehus.

Botilbudet til pleietrengende eldre

Rehabiliteringsnivået har betydning for å kunne opprettholde en tilstrekkelig god sirkulasjon i institusjonene. På dette området er klassifiseringen av botilbudet for de pleietrengende eldre ikke lett å sammenligne med det som finnes i Norge. I Norge blir det lagt stor vekt på langtidstilbudet i sykehjem. Langtidsinstitusjonene i Danmark har mer preg av å være et sosialt botilbud med tilhørende rehabilitering.

I Gentofte er botilbudene ikke inndelt etter om de er medisinske eller sosiale behandlingstilbud, men bygd opp som en kjede av bo- og servicetilbud: Rehabilitering (det vil si Tranehaven), pleiehjem med fast personale, pleieboliger med hjemmehjelp, eldreboliger. Dette viser at eldreomsorgen i Danmark er grunnlagt på ideen om å rehabilitere pasientene – der dette er mulig.

Pleiehjem med fast personale tilsvarer sykehjemmenes langtidsavdeling i Norge, mens Pleieboliger med hjemmehjelp tilsvarer norske omsorgsboliger. Eldreboliger i Danmark er et botilbud som er annerledes organisert og drevet enn eldre- eller trygdeboliger i Norge: Det ytes et regelmessig tilsyn for at sikre at beboerne får hjemmehjelp: «det vil sige hjælp til at renholde boligen ligesom der som hovedregel leveres mad og eller adgang til fælles spiselokale eller kantine, hvor beboeren selv kan vælge at købe sin mad».

Rehabilitering

Tabell 1 viser botilbudet slik det framgår av kommunal statistikk for perioden rundt 2005–2007. Klassifiseringen er ikke sammenfallende og statistikken kan kun brukes som en indikator for å vise forskjeller i dekningsgrader og nivåer. *(Se tabell 1).*

Tabell 1 viser at Fredrikstad har et betydelig større tilbud av plasser på de høyeste nivåene – det som betegnes som sykehjem i Norge, mens tilbudet av mellomnivået – omsorgsboligene – er lavere. Det kommunale tilbudet av eldreboliger på laveste nivå er mye større i Gentofte. Dette betyr at kommunens totale botilbud er større i Gentofte, mens det er mer topptungt i Fredrikstad.

I Gentofte regnes rehabiliteringsplassene som det høyeste nivået i pleie- og omsorgstrappa og Tranehaven har 83 plasser. I Fredrikstad er det satt av 12 plasser til rehabilitering, og dette har vært uforandret fra 2004 til 2009. Disse tallene illustrerer

hvordan rehabiliteringen vektlegges forskjellig i dansk og norsk eldreomsorg.

Ut fra Tabell 1 kan man slutte at det er flere langtidsplasser for eldre i Gentofte enn Fredrikstad, noe som normalt sett bidrar til en raskere pasientstrøm i korttidsplassene og derved raskere hjemføring av utskrivingsklare pasienter. Likevel viser pasientstrømstatistikken for 2006 at det var kun ni prosent av utskrivingene fra Tranehaven som gikk til de 862 pleiehjemsplassene i kommunen. Årsaken til at pasientstrømmen i Tranehaven ikke stoppet opp var at hele 72 prosent av utskrivingene skjedde til egen bolig, noe som viser betydningen av å ha en velfungerende rehabiliteringsavdeling.

Personalet

Personalet er den viktigste ressursen i pleie- og omsorgssektoren. Man kan derfor sammenligne kommuner ved å se på den spesifikke kompetansen og antall årsverk. Siden begge kommuner har like stor befolkning kan man få et inntrykk av forskjellene i tilbud og tjenesteproduksjon ved å se på antall årsverk innen de ulike faggruppene. Dette framgår av tabell 2 (s. 66) som viser store forskjeller i bemanning: I Fredrikstad er sykepleiedekningen betydelig høyere enn i Gentofte, noe som trolig følger av at det er større dekning av sykepleiere i sykehjemsnivået i norske kommuner sammenlignet med Danmark. På den annen side er det flere kommunale boliger på de laveste nivåene i Danmark, og dette reflekteres i tabell 2 når man ser på antall årsverk av hjelpepleiere og hjemmehjelpere.

Den virkelig store forskjellen gjelder bruk av fysioterapeuter og ergoterapeuter, noe som viser at rehabiliteringsarbeidet står sentralt i dansk eldreomsorg, mens den er marginal i mange norske kommuner.

I Fredrikstad var det i 2007 1,4 fysioterapiårsverk per 1000 innbyggere på 80 år og eldre, mot 15,0 årsverk per 1000 innbyggere på 80 år og eldre i Gentofte, noe som understreker forskjellene i rehabiliteringstilbudet i de to landene. *(Se tabell 2).*

Her synes det å være store forskjeller mellom Fredrikstad og Gentofte, og dette skyldes institusjonstilknytningen. Jeg har derfor innhentet oppdaterte data fra Fredrikstad fra lederne for disse gruppene. I Fredrikstad er det nå 17,5 årsverk for kommunale fysioterapeuter (inkluderer ingen med driftstilskudd som arbeider i private institutter, dette er 39,1 årsverk), og 10,95 årsverk for ergoterapeuter, hvorav 6,95 i distrikt. Siden det ene hovedtema her er rehabiliteringstjenestene, blir det viktig å skille ut de fysioterapeutene som driver med rehabilitering/opptrening, og de som driver «annet fysioterapiarbeid».

Konklusjonen er at rehabiliteringen i eldreomsorgen drives mer konsentrert og med større bemanning i Gentofte, og er samlet i en egen organisasjon. I Fredrikstad er disse ressursene spredd ut i hele omsorgsorganisasjonen og arbeider med alle aldersgrupper og med mange flere oppgaver enn rehabilitering.

Ved siden av fysioterapeuter er ergoterapi en sentral oppgave når man skal forbedre ADL-funksjonene for å kunne overflytte pasientene fra institusjon til eget hjem. I Gentofte er det rundt 20 ergoterapeuter, de fleste arbeider i Tranehaven. Dette tilsvarer cirka fem ergoterapiårsverk per 1000 innbyggere på 80 år og eldre. I tabell 2 er forskjellen i ergoterapeutdekning i Fredrikstad og Gentofte kamuflert fordi de klassifiseres sammen med aktivitører og ansatte med pedagogisk utdanning. Rehabilitering i norsk eldreomsorg ligger betydelig etter Gentofte.

Oppsummering

Hensikten med denne undersøkelsen er å sette grunnlaget for samhandlingsreformen i et faglig perspektiv. Denne reformen har kopiert viktige deler av en tilsvarende reform i Danmark i 2007, men har utelatt viktige spørsmål som gjelder endinger av amts- eller fylkes- og kommunestruktur. Liksom i Danmark er tanken at kommunenes kompetanse og tjenesteproduksjon skal forbedres slik at sykehusene blir avlastet for en gruppe pasienter som det forventes at kommunenivået skal betjene på en tilfredsstillende måte. Testen på om denne reformen vil kunne lykkes i Norge vil først og fremst være utfallet for den kommunale eldreomsorgen. Utgangspunktet for analysen av denne problemstillingen vil derfor være å se nærmere på dansk eldreomsorg i forhold dagens forvaltning og tjenesteproduksjon.

Hva kan vi lære?

Ut fra de harde fakta som presenteres i denne rapporten er det grunn til ikke å ta gevinsten på forskudd. Reformen vil trolig ikke lykkes uten en betydelig kursendring av ideologi og tjenestetilbud.

Dansk eldreomsorg på kommunenivå har et sterkt fokus på rehabilitering og opptrening for at flest mulig skal kunne komme tilbake til sin vanlige bolig. Det finnes et større tilbud av kommunale eldreboliger i Danmark enn i Norge, noe som gjør en god sirkulasjon i institusjonen oppover i systemet mulig.

Den norske modellen har liten eller ingen geriatrisk forankring i kommunene og mangler tverrfaglighet, særlig er rehabiliteringstjenester lite utviklet. Derimot er pleietenkningen i institusjoner og hjemmetjenester velutviklet, og med langtidsbehandling på sykehjemsnivå som bærebjelken i eldreomsorgen. I Norge har imidlertid et basisnivå med omsorgsboliger kommet til de siste 15 årene, men dimensjonene er betydelig lavere enn i Danmark. Dessuten fungerer mange omsorgsboliger som «sykehjem light».

Ut fra den senere tids politiske utspill synes det som om appetitten på flere sykehjemsplasser er meget stor i Norge, selv om dette nivået er betydelig mer utbygd enn i både Danmark og Sverige. Er dette veien å gå, og vil det være mulig å bygge seg ut av problemene i pleie- og omsorgssektoren i Norge uten sterkere satsing på rehabilitering?

Konklusjon

I begge land synes det vanskelig å få til en god sirkulasjon i langtidsplassene slik at tilbudet av korttidsbehandling i institusjon blokkeres. Dette forplanter seg til sykehusnivået i form av «ferdigbehandlete pasienter som ikke kan tas imot i hjemkommunen. Alternativet er å gi bedre rehabilitering slik at flere kan flytte tilbake til vanlig bolig. Dansk eldreomsorg bygger i stor grad på denne typen ideologi. Spørsmålet blir derfor om samhandlingsreformen har mulighet for å lykkes i Norge når et såpass viktig element er fraværende i mange norske kommuner?

Ved siden av dette sentrale punktet kommer et spørsmål som trolig er minst like viktig og enda vanskeligere å besvare: Hva er den laveste terskelen for innbyggertallet i en kommune for at kompetanse og fagutvikling i pleie og omsorgssektoren blir så stabil og god at intensjonen i samhandlingsreformen kan virkeliggjøres? I Danmark legger man til grunn at den ligger rundt 25 000 innbyggere, og de har ikke en problematisk avstandsfaktor å ta hensyn til. ||||

Dataene i denne rapporten er hentet fra ressurspersoner og kommunestatistikk fra Gentofte. De norske dataene er hentet fra Kostra og fra databanken til Statistisk sentralbyrå, Oslo. Ytterligere informasjon om tjenestetilbudet i Gentofte kan hentes via internett: www.gentofte.dk og Tranehaven: www.gentoftekommune.dk/tranehaven/praesentasjon/institusjon/institution/

Liv Wergeland Sørbye,
1. amanuensis, Diakonhjemmet høgskole

Else Vengnes Grue,
1. amanuensis, Diakonhjemmet høgskole

Olaug Vibe, Fagansvarlig, Cathinka Guldberg Senteret

Trives på sykehjem

Beboere på sykehjem rapporterte om god pleie og omsorg.

I denne artikkelen vil vi presentere resultatet av en brukerundersøkelse blant beboere på et utvalg sykehjem i en norsk storby. Hensikten med prosjektet var å la sykehjemsbeboerens «stemme» bli hørt. Vi ønsker å formidle de tilleggsopplysningene og assosiasjonene som kom spontant fra de mentalt friske beboerne i tillegg til de faste svaralternativene på intervjuskjemaet. Hvilke tanker hadde beboerne om egen livskvalitet?

Brukermedvirkning

I nyere faglitteratur, forskningsartikler og offentlige dokumenter finner vi stadig oftere uttrykk som brukerstyrt og brukermedvirkning (1-2). Ved hjelp av myndiggjøring (empowerment) skal pasientene få innflytelse (3-4) og individuelle planer skal sørge for at viktige områder for brukerne blir ivaretatt (5). Enhver kommune med respekt for seg selv gjennomfører brukerundersøkelser på sykehjemmene. Det som kjennetegner disse brukerundersøkelsene er at det er bare cirka 20 prosent av beboerne som svarer, og i omtrent 80 prosent av tilfellene er beboerne godt fornøyd med det meste de blir spurt om. Målsettingen med brukerundersøkelser er først og fremst å måle trivsel. Stikkordet er brukertilfredshet (6). Trivsel og livskvalitet er ofte to begreper som benyttes parvis. Trivselsspørsmålene forholder seg ofte til ytre faktorer som boforhold, mat, tjenester og aktiviteter. Livskvalitet er ofte mer knyttet til verdispørsmål; å kunne fungere i nære relasjoner, bety noe for andre og oppleve mening.

Metode og utvalg

Vi har benyttet et selvrapporteringsskjema utviklet av den internasjonale organisasjonen InterRAI, som i flere år har arbeidet med å vurdere de eldres situasjon på ulike nivåer innen helsetjenesten (7). Det engelskspråklige intervjuskjemaet ble oversatt til norsk og visa versa. Ledelsen ved utvalgte sykehjem i en storby, sa seg villig til å delta i utprøvning av skjemaet våren 2009. Intervjuskjemaet inneholdt ingen personidentifiserbare opplysninger eller spørsmål om helseforhold. Det ble heller ikke innhentet andre opplysninger enn de som kom fra beboerne selv. Prosjektet ble definert som et kvalitetssikringsstudie for sykehjemmet. Avdelingslederne valgte ut brukere som var samtykkekompetente. Disse beboerne ble forespurt og deretter gjennomførte vi samtaler med de aktuelle beboerne. Vi har bred kompetanse og lang erfaring i arbeid med eldre og intervjuspørsmålene førte til samtaler med beboerne om det som opptok dem. Det ble ikke foretatt lydopptak, men fortløpende notater ble skrevet og oppbevart på en egen minnepinne. Kvantitative data ble bearbeidet med enkel statistisk analyse.

Spørsmålene var delt i ti temaer med fire til seks utsagn med svaralternativene 1) aldri, 2) sjelden, 3) av og til, 4) mesteparten av tiden og 5) alltid. Det var mulig å svare «vet ikke» eller «ikke aktuelt». Spørsmålstemaene er gjengitt i tabell 1. Hver samtale ble innledet på følgende måte: «Jeg vil gjerne spørre deg om din livskvalitet. Vi er interessert i å finne ut i hvor stor grad vårt tjenestetilbud kommer brukerne i møte. Det er ingen riktige eller gale svar, ettersom vi er opptatt av å få fram hvordan du opplever livet her på sykehjemmet.»

Tema som ble berørt i samtalen var a) forhold i privatlivet, b) mat og forhold rundt måltidene, c) trygghets- og sikkerhetsforhold, d) trivselsforhold, e) daglige valgsituasjoner (autonomi), f) respekt, g) oppfølging fra personalet, h) relasjoner mellom bruker og personal, i) aktivitetstilbud, j) personlige relasjoner (nærvær av venner). Samtalene fant sted på beboerens rom. Siden de fleste hadde svekket hørsel, var dette mest hensiktsmessig og etisk forsvarlig. Samtalene varte cirka 45–60 minutter. Tjue ikke-demente beboere deltok i undersøkelsen, 16 var kvinner. Alderen varierte fra 74 til 98 år. Gjennomsnittsalderen var 90,5 år.

Privatliv

Beboerne var svært godt fornøyd når det gjaldt forhold i privatlivet. Når de hadde besøk fikk de være for seg selv. Så nær som en av brukerne opplevde at de fikk være alene når de ønsket det, en svarte mesteparten av tiden. Beboerne mente at opplysninger om dem ble forsvarlig oppbevart og at deres privatliv generelt ble respektert av dem som pleier dem. Enkelte beboere bemerket at det var mange forskjellige pleiere og at alle ikke var like flinke til å banke på før de kom inn på rommet.

Måltider

Mat og forhold rundt måltidene var sentralt for beboernes opplevelse av trivsel. Kvaliteten på maten ble stort sett vurdert som bra, men ikke alle fikk det de likte best. Likevel vurderte de fleste at måltidene «alltid» eller «mesteparten av tiden» varierte nok. En beboer uttrykte det slik. «Jeg kan si: så deilig dette smakte, mens andre griner på nesa av samme maten.» En fortalte at hun hadde inntrykk av at de som var dårligst vant hjemmefra var de som klaget mest. Mange følte at de var bundet til de faste spisetidene uansett om de var sultne eller ikke. Ikke alle hadde like stor glede av måltidene. Flere ga uttrykk for at det var vanskelig å få i gang en god samtale, måltidene ble derfor tause. Mange ga uttrykk for at de ønsket en litt lystigere stemning når de spiste.

Trygghet

Beboerne ga uttrykk for at de var svært tilfredse med trygghets- og sikkerhetsforholdene på sykehjemmet.»Jeg føler at eiendelene mine blir godt tatt vare på (ikke stjålet eller ødelagt)» var et utsagn

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

Søkeord:
- Livskvalitet
- Geriatri
- Sykehjem

IKKE HJEMME: Selv om de fleste hadde det bra på sykehjemmet, følte de ikke at det var et hjem. Foto: Colourbox.

de fleste var enige i. Noen av kvinnene fortalte at de hadde tatt sine forholdsregler. De mente man for eksempel ikke burde sende pene ting på vask. Det kunne også være lurt å overlate smykker og andre verdigjenstander til nære pårørende. Mange tenkte helt praktisk at dess mindre ting det var igjen etter dem, dess mindre ble det for familien å ordne med etterpå. De aller fleste svarte at de følte seg trygge når de var alene. En beboer la til: «Jeg har jo alarm». Mange beboere mente at de «alltid» eller «mesteparten av tiden» ville få hjelp med en gang dersom de trengte det. Beboerne var innforstått med at andre også trenger hjelp. «De kan ikke fly fra det de holder på med for å komme til meg.» Angående om folk spør om å få låne noe, var dette et ikke aktuelt spørsmål. De fleste beboerne svarte at de hadde det de trengte og det var sjelden noen ba om å få låne noe.

Trivsel

Beboerne ga uttrykk for at de trivdes og alle med unntak av en ville anbefale stedet til andre. Den ene ønsket å få være på et sykehjem nær sin familie. Selv om beboerne trivdes var det snaut halvparten som opplevde at stedet var som et hjem. Andre var mer nølende og sa litt ettertenksomt. «Tja, hva skal en si. Det kommer an på øyne som ser.» To syntes det var vanskelig å svare på dette, for selv om de hadde det bra, så ble det ikke hjemmet deres. Flere av beboerne var svært nøkterne og realistiske. «Det kan jo ikke bli annerledes,» mens andre ga uttrykk for tristhet eller savn. «En føler seg av og til litt fattig.» For mange var pårørende viktig og de viste stolt frem bilder av barn, barnebarn og oldebarn. En kvinne på 92 år fortalte med varme i stemmen. «Jeg lever i tankene på familien min.»

Hage og uteliv var viktige trivselsfaktorer for beboerne. Mange benyttet muligheten til å gå tur utendørs enten det var med rullator eller rullestol. Noen var imidlertid så hjelpetrengende at de sjelden kom ut. De aller fleste ble på godværsdager hjulpet ut på terrassen.

På spørsmål om de var plaget av støy, opplevde mange beboere det motsatte. Det var for stille på avdelingen, nesten litt kjedelig. Likevel, beboerne syntes det var godt at det var rolig og lite kjefting.

Beboerne måtte også forholdet seg til utsagnet: Jeg er ofte mer tilfreds enn de fleste. Her mente de fleste at de var omtrent like fornøyd som andre. Mange mente at de trodde at alle trivdes. De som var relativt bra fungerende syntes synd på dem som så og hørte svært dårlig.

Autonomi

For beboerne var enkle daglige gjøremål og i hvilken grad de opplevde valgmuligheter og autonomi viktig. Det var to tredjedeler av beboerne som svarte at de alltid bestemte selv når de vil legge seg. En svarte at han aldri bestemte selv. Han var avhengig av omfattende hjelp og måtte forholde seg til personalets prioriteringer.

Noen av beboerne opplevde av og til at personalet overså dem.

Fire femtedeler svarte at de alltid bestemte selv hvordan de ville bruke tiden og like mange svarte «alltid» på utsagnet: Jeg bestemmer hvem som har adgang til rommet mitt. Tre fjerdedeler støttet utsagnet «Jeg er fri til å gå hvor og når jeg vil». Tre unnlot å svare, en svarte mesteparten av tiden og en svarte «sjelden». Mange av beboerne uttrykte at de hadde fast badedag en gang i uken og at det måtte de forholde seg til. De fleste ga uttrykk for at det var greit nok. En beboer føyde til at selv om vi har faste dusjdager får vi ekstra hjelp dersom vi trenger det. En annen beboer ville gjerne ha dusjet oftere. Men hun ville gjerne at noen skulle være hos henne når hun dusjet, men ønsket ingen mannlig pleier. En

annen pasient ga uttrykk for at hun fikk bra morgenstell, men hun ville gjerne blitt vasket litt mer om kvelden. Ingen av beboerne ga uttrykk for at de hadde problem med økonomien. De fleste hadde beboerkonto. Det var to som ikke hadde lyst til å svare på spørsmålet om autonomi og økonomi. De andre svarte at de alltid bestemte selv hvordan de ville bruke pengene sine

Respekt

Noen av beboerne opplevde av og til at personalet overså dem. Enkelte beboere ga uttrykk for at personalet var svært forskjellige og at noen ikke skulle vært pleiere. En beboer opplevde at han var mye alene på rommet. Mange av beboerne svarte at de alltid kunne si sin mening uten å frykte konsekvensene. En beboer fortalte at hun trodde personalet var takknemlige for å høre det dersom det var noe å klage på. Mens andre ga uttrykk for at de alltid var varsomme med hva de sa i personalets påhør. Tre fjerdedeler av beboerne svarte at de alltid ble behandlet med verdighet av pleiepersonalet. En beboer ga som eksempel at når legen hennes kom inn på rommet ville hun ikke at sykepleierne skulle være til stede og det ble respektert. De fleste mente at personalet alltid respekterte hva beboerne likte og ikke likte.

Oppfølging fra personalet

Beboernes vurdering av påstanden: Personalet kommer sent når jeg ber om hjelp, varierte sterkt. Svarene ble fordelt likt i tre grupper. «Aldri eller sjelden»; «av og til» eller «alltid eller mesteparten av tiden». De fleste svarte imidlertid at de «alltid eller mesteparten av tiden» fikk de tjenester de ønsket i rett tid og føyde til at de var svært fornøyde. En pasient hadde en periode vært så alvorlig syk at hun måtte mates av personalet. Hun fortalte at personalet hadde ikke skjønt hvor passivt hun lå i senga. «De burde gitt meg mer massasje da jeg lå.» Vel halvparten mente at den støtte og pleie de fikk ga dem et fullverdig liv. De beboerne som opplevde dette la til at de trivdes, at de hadde det bra. «En må innse at en er gammel». Det var viktig for samtlige å finne mening i tilværelsen. En uttrykte det slik: «Jeg har så mange å be for.» En fortalte at han hadde hatt en fin treroms leilighet, men var så ensom. Andre var noe mer resignerte. En fortalte at det å ha et fullverdig liv hadde hun gitt opp det for mange år siden. Flere ga uttrykk for at det var for mange forskjellige pleiere å forholde seg til. De savnet en ordentlig samtalepartner. «Vi får ikke pratet. Det er bare presten som prater skikkelig.»

De fleste mente at personalet alltid respekterte hva beboerne likte og ikke likte.

Relasjoner til personalet

Mange beboere har få nære pårørende som ser dem daglig. Relasjonen mellom bruker og personalet er derfor av stor betydning. De fleste av beboerne var i tvil om hvor mye personalet visste om deres livshistorie. På spørsmålet om personalet tok seg tid til å slå av en vennlig prat, var vel halvparten av beboerne helt eller delvis enig i at personalet tok seg tid til dette. «Personalet hadde det for travelt til slikt.» Enkelte kommenterte at de ansatte snakket med ryggen til dem, noe som gjorde det vanskelig å snakke sammen. Flere påpekte at det var viktig å få hjelp til høreapparatet. De ble spurt om personalet snakker med dem om hvordan de kan møte den enkeltes behov. Her var beboerne usikre på hva de skulle svare. De hadde ikke så store forventninger utover det daglige stell. De hadde i grunnen ikke reflektert over dette. De mente de fikk den hjelpen de hadde bruk for. På spørsmål om i hvilken grad de betraktet personalet som venner uttrykte vel halvparten at de var enig eller delvis enig i dette. Noen pleiere ble oppfattet som mer hjelpsomme enn andre. De utmerket seg ved nesten å lese ønskene til brukerne. Enkelte brukere uttalte at personalet aldri kunne bli ens venn. «Venner krevde mer gjensidighet.» I forhold til åpenhet og ærlighet fra personalets side mente tre fjerdedeler av brukerne at dette var tilfelle.

Aktivitetstilbud

I helgene var det relativt stille på sykehjemmet. Flere ga uttrykk for at helgene kunne bli lange. Mange har ikke så mye besøk. Mange fortalte at deres egen familie reiser mye i helgene. De beboerne som ikke hørte for dårlig hadde stor glede av å snakke med slektninger i telefonen. Flere hadde faste ringetider. Mange hadde også glede av radio. Det hendte også at det skjedde noe ekstra på lørdag ettermiddag. Det kunne komme korps og andre som underholdt. Flere ga uttrykk for glede over å delta på høytlesing hver onsdag

Det var relativt få som fortalte at de gjorde noe spesielt med tanke på å holde seg mentalt aktive. Mange ga uttrykk for at de var for svaksynte til å lese eller gjøre håndarbeid og at dette var et savn. For de fleste var TV den beste måten å følge med på hva som skjedde i verden på. Halvparten av beboeren fortalte at de ofte deltok på aktiviteter utenfor avdelingen. Sykehjemmets kulturmedarbeider fikk mye ros. Hun skapte mye glede. Mange hadde gode minner fra turer som ble arrangert. Spesielt var det å bli kjørt i rullestol på taket av Operaen en stor opplevelse. Beboerne fikk også et konkret spørsmål om de hadde deltatt i noen meningsfulle aktiviteter siste uke. To tredjedeler svarte at det hadde de gjort. Det var 17 beboere som svarte at «dersom jeg vil, kan jeg delta i religiøse aktiviteter som oppleves meningsfulle.» Mange deltok på gudstjeneste som ble holdt hver torsdag. En kvinne fortalte at hun måtte alltid gå i busker for å skjule urinslangen til kateteret. Hun var oppvokst med at en ikke går i kirken med langbukser og lot derfor være å gå til gudstjeneste. En annen fortalte at «jeg ber aftenbønn hver kveld, men har ikke behov for å gå på gudstjenester».

Personlige relasjoner

I Norge er gjennomsnittlig botid i sykehjem vel to år. Gjennomsnittlig botid for beboerne på det aktuelle sykehjem var tre år på tidspunktet for våre samtaler, med variasjon fra noen dager til tretten år. Med lang botid var det viktig å skape personlige relasjoner. Bare fire av beboerne ville karakterisere en av de andre beboerne som en nær venn. En beboer var takknemlig over å ha en nær venninne på naborommet. De som hadde en venn hadde også familien som de kunne gjøre ting sammen med. På spørsmål om folk spurte dem om hjelp eller råd, var det vanligvis sjelden eller av og til. Halvparten opplevde aldri at noen spurte dem. «Ikke nå lenger», kom det litt trist fra en av beboerne.

Vel halvparten opplevde at de alltid eller ofte spilte en viktig rolle i andre menneskers liv. En presiserte dette: «Jeg har jo barn, de bryr seg om meg.» Det siste utsagnet omhandlet: Muligheter til nærhet eller romantikk. Dette ble vanskelig å besvare. Romantikk, hadde de lite å fortelle om, men mange opplevde nærhet til familien. En var takknemlig for en niese som hun følte tok godt vare på henne. En annen hadde en trofast venninne som kom på besøk hver uke.

Diskusjon

En høy andel av beboerne som deltok var kvinner og de hadde en gjennomsnittsalder på 90,5 år. De fleste selvrapporterings-

spørsmålene fungerte bra og de eldre var villige til å fortelle og gradere ulike svar. Erfaringene fra samtalen og gjennomgang av datamaterialet ga inntrykk av at sykehjemsbeboerne var fornøyde med mat og pleie. De ble behandlet med respekt og de følte seg trygge. Dette er funn som stemmer med brukerundersøkelser (6). For hjemmeboende eldre skårer evnen til å ivareta personlig stell høyt på livskvalitetsmålinger (8). Et viktig kriterie for sykehjemsplass er at den gamle er pleietrengende. Andre verdier er derfor viktige. Vi ønsker her å trekke frem tre forhold for å belyse begrepet livskvalitet: hjemlighet, den gode samtale og åndelig velvære.

Hjemlighet

Beboerne opplevde at de hadde det bra på den institusjonen de bodde. De fikk stort sett den hjelpen de trengte og de følte seg trygge. De hadde lyse trivelige rom, men det ble ikke et hjem. De fleste var avhengig av pleie, og det var mange forskjellige som kom og gikk. Pleierne var hyggelige og behandlet dem med respekt, men det var stor variasjon både i forhold til personlighet og ferdigheter. De var flinke til å banke på før de kom inn og forsøkte å ivareta beboernes privatliv. Likevel blir det vanskelig å skille offentlige og private rom i en institusjon. Dette kan være med på utviske den enkelte beboers identitet. Muligheter for både den intime og private dialogen blir redusert. Det er også vanskelig å gjennomføre en offentlig dialog med likemenn (9).

Den gode samtale

Mange av de eldre hadde flyttet til sykehjemmet fordi de bodde alene. Ektefeller og nære venner var døde, en pris mange måtte betale for å oppnå en alder av 90 år. Beboerne har et langt liv bak seg fylt av små og store opplevelser. Det var få som kjente deres livshistorie og det skulle overskudd til å opparbeide nye vennskap. For å skape den gode samtalen er det viktig med tillit. Bergland og Kirkevold (10) fant at en viktig kjerneverdi i forhold til trivsel i sykehjem var å ha nære venner. Enkelte av våre beboere fortalte at de hadde hatt en nær venn blant beboerne, men så døde vedkommende. Selv om mange hadde sine favoritter blant personalet, ble det ikke noe likeverdig vennskap.

På sykehjemmet var måltidene en naturlig inndeling av dagen og et sted for sosialt fellesskap. Beboerne hadde faste plasser og personalet bestrebet seg på at personer med felles interesser skulle hygge seg sammen. Dette ble ofte en utfordring da nedsatt hørsel og kognitiv svikt reduserte evnen til å holde en samtale i gang. I forhold til hørsel kunne ofte enkle forbedringer øke evne til deltakelse i samtaler: fjerning av ørevoks, kontroll av om høreapparater fungerer optimalt (11). Mange av beboerne ga uttrykk for at det hadde hjulpet om en fra personalet kunne bidratt mer til trivsel under måltidene. Det var ikke nok at maten var godt tilberedt. Sykehjemmet hadde flere aktiviteter beboerne kunne delta på, men det var få steder for den gode samtalen.

Åndelig velvære

I norske omsorgsinstitusjoner har man i stor grad nedtonet religiøse aktiviteter. I internasjonale undersøkelser av livskvalitet er åndelig velvære et sentralt anliggende (12). Ved å kartlegge og tilrettelegge for å møte åndelige behov kan man være med å fremme livskvalitet hos eldre pasienter (13). Klassifiseringssystem North American Nursing Diagnosis Association, (NANDA), har utviklet sykepleiediagnosen åndelig uro (spiritual distress). Åndelig uro er beskrevet som en forstyrrelse i en persons trossystem (14). I denne diagnosen inngår variabler som inngår i denne diagnosen: åndelig smerte, åndelige fremmedgjøring, åndelige angst, åndelig skyldfølelse, åndelig tap, og åndelige fortvilelse.

Utsagnet vi ba beboere ta stilling til i vår undersøkelse var svært nøytral: Dersom jeg vil, kan jeg delta i religiøse aktiviteter som oppleves meningsfulle. Dette svarte de aller fleste bekreftende på. Forholdene var lagt svært godt til rette på denne institusjonen. Det virket imidlertid som om pleierne kunne være for forsiktige. De våget for eksempel ikke å gå inn på årsaken til at pasienter ikke ønsket å gå på gudstjeneste. Det kunne vært mulig å koble fra en urinpose for en kortere periode, eller feste det på innsiden av et litt rommelig skjørt. For mange unge er det i dag helt fremmed å tenke at man ikke kan gå på en gudstjeneste i langbukser. For en beboer som vokste opp på 1920 tallet handlet dette om vanlig skikk og bruk.

Groenewoud m.fl. (15) har beskrevet hvordan en gruppe forskere ved hjelp av ulike metoder forsøkte å identifisere ulike «byggeklosser» som skulle inngå i et kvalitetsrapporteringskort i geriatriske avdelinger. Det ble lagt vekt på at institusjonen dekket behovet for åndelig omsorg og bidro til at beboerne fikk praktisere sin religion eller sitt livssyn som de ønsket. Muligheter for refleksjon i et stille rom ble vektlagt. Beboerne skulle få mulighet for å delta på en gudstjeneste minst en gang i uken. Beboeren skulle få mulighet til å be før og etter spising. Beboerne eller deres familie skulle kunne tilkalle hjelp til åndelig omsorg i sin egen religion, om ønskelig utenfra institusjonen. I norske institusjoner kan det se ut som om man er flinkere til å ivareta fremmedkulturelle beboeres religiøse behov, enn behovet til medlemmer av den norske statskirke.

Oppsummering

Beboere i sykehjem opplevde at de ansattes hverdag var travel. De fleste var meget godt fornøyde med den generelle pleie og omsorgen som ble gitt. For beboere som fungerer godt kognitivt, kunne dagene bli lange – «rolige og kjedelige». Synssvikt reduserte evnen til å lese og se på TV. Ofte var synssvekkelse kombinert med nedsatt hørsel. Det var viktig å ha klare skiller mellom den private og offentlige sfære i botilbudet for å bevare en viss opplevelse av hjemlighet. Beboerne ønsket at de ansatte i større grad la til rette for gode samtaler både i forhold til daglige utfordringer og mer alvorlige tanker de var opptatt av. ||||

LITTERATUR

1. Lov om helsepersonell. Helsepersonelloven vedtatt 2. juli 1999 nr. 64. Oslo: MEDLEX norsk helseinformasjon; 2008.
2. Lov om pasientrettigheter. Pasientrettighetsloven vedtatt 2. juli 1999 nr. 63. Oslo: MEDLEX norsk helseinformasjon; 2008.
3. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten Seksjon for kvalitetsutvikling – GRUK … og bedre skal det bli, ved å involvere brukerne og gi dem innflytelse elektronisk ressurs: Oslo: Kunnskapssenteret; 2008.
4. Gulbrandesn P. Styrking – det rette norske begrep for empowerment? Tidsskr Nor Laegeforen. 2000;120 (23): 2737.
5. Bredland EL, Vik K, Linge OA. Det handler om verdighet ideologi og praksis i rehabiliteringsarbeid. 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk; 2002.
6. Oslo. kommune. Brukerundersøkelse i sykehjem2010: Available from: http://www.helse-og-velferdsetaten.oslo.kommune.no/getfile.php/helse-%20og%20velferdsetaten%20 %28HEV%29/Internett%20 %28HEV%29/Dokumenter/Brukerundersokelser/Sykehjemsunders%C3 %B8kelsen%20 2010.pdf.
7. InterRAI. www.interrai.org. 2011 (interRAI fellow i Norge Liv Wergeland Sørbye).
8. Kalfoss M, Halvorsrud L. Important issues to quality of life among norwegian older adults: an exploratory study. Open Nurs J. 2009;3:45-55.
9. Hauge S. Identitet og kvardagsliv i sjukeheim. In: Hauge S, Jacobsen F, editors. Hjem – eldre og hjemlighet. Oslo: Cappelen akademiske; 2008. p. 121–32.
10. Bergland Å, Kirkevold M. Thriving in nursing homes in Norway: contributing aspects described by residents. Int J Nurs Stud. 2006 Aug; 43(6): 681–91.
11. Grue E. Vision and hearing impairment in old age. Oslo: Universitetet i Oslo; 2010.
12. Degenholtz HB, Rosen J, Castle N, Mittal V, Liu D. The association between changes in health status and nursing home resident quality of life. Gerontologist 2008 Oct; 48(5): 584–92.
13. Alfaro R. Applying nursing diagnosis and nursing process a step-by-step guide. 2.ed. Philadelphia: J.B. Lippincott Company; 1990.
14. Wallace M, Campbell S, Grossman SC, Shea JM, Lange JW, Quell TT. Integrating spirituality into undergraduate nursing curricula. Int J Nurs Educ Scholarsh. 2008;5: Article10.
15. Groenewoud AS, van Exel NJ, Berg M, Huijsman R. Building quality report cards for geriatric care in The Netherlands: using concept mapping to identify the appropriate «building blocks» from the consumer›s perspective. Gerontologist 2008 Feb; 48(1): 79–92.

Kristin Lundanes Jonvik, Universitetet i Oslo og Utviklingssenter for sykehjem i Oslo, Abildsø sykehjem

Randi Sørland, Utviklingssenter for sykehjem i Oslo, Abildsø sykehjem og Langerud sykehjem

Torunn Wibe, Utviklingssenter for sykehjem i Oslo, Abildsø sykehjem

Spiste flere måltider

Tilbud om ekstramåltider i sykehjem bidro til at beboere med ernæringsproblemer spiste mer.

I denne artikkelen ønsker vi å dele våre erfaringer fra et prosjekt for å bedre eldres ernæringssituasjonen i en sykehjemsavdeling. Det viste seg at de beboerne som ble kategorisert som underernærte ved MNA-screening, også var de som i størst grad takket ja til ekstra måltider når de fikk tilbud om det. Ikke alle disse ville ha bedt om ekstra mat på eget initiativ, noe som illustrerer at selv om beboerne ikke spør om mat kan det godt hende behovet er der.

Bakgrunn

De eldste er mest utsatt for å utvikle ernæringsproblemer. Særlig de som er syke, har demens og de eldste på institusjon, er i risikogruppen for å utvikle underernæring (1). Pasientene i institusjon er mer utsatt for underernæring enn personer som bor hjemme (2,3).

Sykdom er den viktigste årsaken til underernæring. Underernæring øker risikoen for komplikasjoner, reduserer motstand mot infeksjoner, forverrer fysisk og mental funksjon, gir redusert livskvalitet, forsinket rekonvalesens og økt dødelighet (4). Underernæring defineres som en ernæringssituasjon der mangel på energi, protein og/eller andre næringsstoffer forårsaker en målbar ugunstig effekt på kroppssammensetning og -funksjon (5). Nøkkelen til en ernæringsmessig god pleie av institusjonsbeboere er at man oppdager vekttap tidlig, og at man overvåker næringsinntaket og ernæringsstatus kontinuerlig.

De eldste er mest utsatt for å utvikle ernæringsproblemer.

MNA

Ved det sykehjemmet hvor vi gjennomførte vårt prosjekt var det gjort ernæringsscreening og antropometriske målinger, som mål av høyde og vekt. Målingene viste at ernæringsstatusen generelt ikke var så god. Det var store variasjoner i BMI, med et gjennomsnitt på 24. Dette er i underkant av normalområdet for BMI hos eldre, som er foreslått å være på 24–29 kg/m² (6). Det var også utført en ernæringsscreening ved bruk av Mini Nutritional Assessment (MNA). MNA er et av verktøyene Helsedirektoratet har anbefalt for å kartlegge ernæringsstatus og ernæringsmessig risiko (4). MNA anbefales brukt for eldre over 65 år (7). Det viste seg at 65 prosent av beboerne ble vurdert til å ha risiko for underernæring. Det var derfor grunn til å iverksette tiltak for å bedre situasjonen.

Hensikten med dette prosjektet var å kartlegge avdelingens ernæringsrutiner og etablere nye skriftlige rutiner som inkluderte tiltak for å fange opp ernæringsstatus, optimalisere måltidsrytme og redusere antall beboere som hadde risiko for underernæring.

Nye rutiner

Prosjektet ble gjennomført i mars og april 2010 ved en langtidspost i et sykehjem i Oslo med 23 beboere. Innledningsvis ble avdelingens ernæringsrutiner kartlagt. Ut fra denne kartleggingen ble det utarbeidet forslag til skriftlige rutiner for å bedre ernæringssituasjonen for beboerne.

Det ene tiltaket var å innføre systematisk kartlegging av ernæringsstatusen til alle beboerne, ved hjelp av MNA. I tillegg ble det innført skriftlig rutine i forbindelse med månedlig veiing av alle beboerne for raskere å fange opp endringer i ernæringsstatus. Det andre tiltaket var å tilrettelegge måltidssituasjonen for å optimalisere næringsinntaket. Det var behov for å forkorte nattfasten med tanke på å øke totalt energiinntak og redusere antall pasienter i risiko for underernæring. For å redusere antall timer nattfaste, ble det innført tilbud om individuell tidligfrokost og/eller senkveldsmat for alle beboere. Vektmåling, måltidstilbudet og responsen skulle registreres i Gerica, som er det elektroniske journalsystemet som brukes ved sykehjemmet.

Kartlegging

Ved å kartlegge ernæringsrutiner ved prosjektstart oppdaget vi at det ikke ble gjort noen form for ernæringsscreening rutinemessig, at det var mangelfulle rutiner for veiing av beboerne og at nattfasten var på opptil 15,5 timer. MNA-screening, som ble gjort av pleiepersonale som del av prosjektet, viste at 78 prosent av beboerne hadde ernæringsmessig risiko, hvorav 26 prosent ble kategorisert som underernærte. De fleste beboerne ble veid en gang i måneden under prosjektperioden.

Ekstra måltider

Det varierte ganske mye hvor godt de tre gruppene på avdelingen klarte å gjennomføre tiltaket med systematisk å tilby beboerne senkvelds (fra henholdsvis 44 prosent til 19 prosent av dagene

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

Søkeord:
- Geriatri
- Sykehjem
- Ernæring
- Underernæring

GIR MATLYST: Tilbud om senkvelds eller tidligfrokost for beboere på sykehjem kan trigge lysten på mat. Illustrasjonsfoto: Colourbox

i prosjektperioden) og tidligfrokost (fra 16 prosent til 1 prosent av dagene). Gjennomsnittlig ble beboerne tilbudt senkvelds 30 prosent av dagene og tidligfrokost 7 prosent av dagene i prosjektperioden.

Det varierte også hvor mange som spiste ekstramåltider, men gjennomsnittlig takket beboerne ja til 30 prosent av de tilbudene om senkvelds som ble gitt i prosjektperioden. Av de 23 beboerne var det 13 stykker som takket ja til senkvelds. Tilsvarende ble det takket ja til cirka halvparten av tilbudene om tidligfrokost som ble gitt i perioden. Som det framgår i det foregående ble imidlertid tidligfrokost tilbudt i mindre grad enn senkvelds. Det var bare seks av beboerne som spiste tidligfrokost i løpet av prosjektperioden.

Et interessant funn var at de underernærte takket oftere ja til ekstra måltider enn resten av beboerne. De underernærte takket ja til 65 prosent av tilbudene om senkvelds, mens det for alle pasientene til sammen ble takket ja til 36 prosent av tilbudene om senkvelds.

Diskusjon

At de underernærte takker oftere ja til tilbud om ekstramåltider kan være et tegn på at manglende etterspørsel ikke alltid skal tolkes som at behovet eller ønsket om mat ikke er der. De underernærte, som kanskje har mest behov for ekstra mat, kan være blant de som først kjenner at de har lyst på noe når de får tilbudet.

Lav registreringsrate sier noe om hvor vanskelig det kan være å etablere nye rutiner. Det er derfor viktig at personalet jevnlig blir minnet på at de skal tilby ekstra måltider i starten (gjerne i forbindelse med vaktrapporten). En annen grunn til lav registrering kan være at det ikke er godt nok lagt til rette for å registrere ernæringstiltak i Gerica.

Personalet syntes MNA-screeningen var enkel å gjennomføre. De så på screeningen som et bra verktøy for å kategorisere beboerne, men mente at det må brukes litt skjønn og at beboerens vekt og allmenntilstand må tas med i vurderingen når tiltak skal iverksettes. De syntes også rutinen for månedlig veiing av beboerne gikk veldig greit.

Personalet uttrykte at det var greit å tilby servering av både tidligfrokost og senkvelds. De mente imidlertid at det ikke var noen forskjell fra tidligere, hvor de som har ønsket mat utenom måltidene har fått det. De mente også at de kjenner beboerne så godt at de vet hvem som ønsker ekstra måltider. Personalet mente også at de beboerne, som hadde gitt uttrykk for at de ikke ønsket ekstra måltid tidligere, ble litt lei av å bli spurt hver dag. Disse faktorene bidro til at det ikke ble registrert tilbud av ekstra måltider hver dag for hver beboer. Beboerne som takket ja til tilbudet om tidligfrokost og senkvelds fikk oftest servert brødskiver, frukt og kjeks.

Konklusjon

Blant eldre er det mange som ikke kjenner sultfølelse i så stor grad som tidligere, og tilbud om senkvelds eller tidligfrokost kan derfor trigge lysten på mat. Selv om man i praksis tilbyr ekstra måltider til beboerne som ytrer ønsker om det, vil systematiske tiltak for å redusere nattfasten sikre et tilbud også til dem som ikke på eget initiativ ber om ekstra mat. ||||

LITTERATUR

1. Arvanitakis M, Beck A, Coppens P, De MF, Elia M, Hebuterne X, et al. Nutrition in care homes and home care: how to implement adequate strategies. Clin Nutr 2008; 27(4): 481–8.
2. Guigoz Y. The Mini Nutritional Assessment (MNA) review of the literature–What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10(6): 466–85.
3. van Wayenburg CA, van de Laar FA, van WC, van Staveren WA, van Binsbergen JJ. Nutritional deficiency in general practice: a systematic review. Eur J Clin Nutr 2005; 59 Suppl 1: 81-S87.
4. Helsedirektoratet. Nasjonale retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. 2009.
5. Lochs H, Allison SP, Meier R, Pirlich M, Kondrup J, Schneider S, et al. Introductory to the ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Terminology, definitions and general topics. Clin Nutr 2006; 25(2): 180–6.
6. Beck AM, Ovesen L. At which body mass index and degree of weight loss should hospitalized elderly patients be considered at nutritional risk? Clin Nutr 1998; 17(5): 195–8.
7. Kondrup J, Allison SP, Elia M, Vellas B, Plauth M. ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. Clin Nutr 2003; 22(4): 415–21.

Av Finn Nortvedt, professor ved seksjon for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo

Innelukket i smerte

Om å leve med smerter i en «tapt» kroppsdel.

Denne kronikken handler om hvordan det er å leve med smerter i en kroppsdel som er tapt eller lammet. For sykepleieren ligger det en stor utfordring i det å forsøke å forstå hvordan livet både kan oppleves og hvordan man kan leve videre i en slik situasjon. Det er en viktig utfordring for sykepleieren å være en utforskende lytter. Med det mener jeg at sykepleieren noen ganger bør ta seg tid til å lytte som en forsker. Den kunnskapen som kommer fram ved å lytte til og ta på alvor pasientens egne erfaringer kan være viktig både som lindring og terapi.

Fantomopplevelser

Ved å aktualisere forbindelsen mellom det kroppslige og det mentale er fantomsmerte en form for smerte som har fascinert smerteforskere og helsearbeidere opp gjennom århundrene. Fantomsmerter er smerter i en tapt kroppsdel. Det kan være en fot som er amputert, eller et bryst som er fjernet, men det kan også erfares i munnhulen etter tannekstraksjoner, eller etter fjerning av indre organer. Fantomsmerter kan dermed forekomme etter amputasjon eller tap av enhver kroppslig og anatomisk struktur.

Smerter man kan kjenne i den lamme kroppsdelen etter tverrsnittslesjon og komplett ryggmargsskade kan også defineres som fantomsmerte. Selv om kroppsdelene består intakt, men er lammet, har pasienten ingen sensorisk følelse i de samme kroppsdelene. Likevel kan pasienter erfare sterke smerter i kroppsområdene nedenfor skadestedet i ryggmargen.

Fantomsmerte er alltid forbundet med en fantomopplevelse, noe som innebærer opplevelsen av den tapte eller lamme kroppsdelen som intakt og forbundet med kroppen for øvrig. Studier viser at fantomopplevelser er mer hyppig enn fantomsmerter og kan forekomme hos nesten alle ved komplett ryggmargsskade eller etter amputasjoner. Senere studier viser at også barn født uten en intakt kropp kan erfare både fantomfornemmelser og smerter i en kroppsdel de aldri har hatt.

Flere teorier

En sentral teori om fantomsmerte er utviklet på 1990-tallet av den kjente smerteforskeren og psykologen Ronald Melzack. Med bakgrunn i mangeårige studier av fenomenet og av barn som er født uten kroppsdeler, men likevel rapporterer både om fantomopplevelser og fantomsmerter utviklet han en teori som forklarer fenomenet via cerebrale nedarvete og ervervete nettverksstrukturer som representerer kroppen.

Fordelen med en slik teori er at den forutsetter et aktiv subjekt som tolker og at hjernen ikke bare er en passiv mottaker av stimuli fra en aktiv og sansende kropp. Ulempen er at teorien kan understøtte en ny form for reduksjonisme, der hjernen inntar en rolle som overordnet informasjons- og styringssentral uavhengig av kroppen for øvrig.

Den franske filosofen og fenomenologen Maurice-Merleau Ponty er en av de få som innenfor filosofien etter Descartes diskuterer erfaringen av fantomopplevelse og smerte spesielt. I sitt hovedverk omtaler han fenomenet fantomlem og argumenterer for at fenomenet snarere enn å være et nevrofysiologisk produkt som er biologisk konstituert, er en erfaring som framtrer i her og nå-situasjoner ut fra tidligere og tilvente forestillinger av å ha en intakt og hel kropp. Den tidligere kroppen med sine innlærte ferdigheter og vaner utgjør fremdeles en horisont av muligheter for den nåværende og aktuelle kroppen.

Eksistensiell smerte

Dette er en teori eller tenkning som aktualiserer hvordan den tidligere kroppen aldri blir tapt, men kan vende tilbake via en smertefull fantomopplevelse. Det er som om kroppen fortsatt søker sin realisering som en hel og funksjonell kropp. Men det er samtidig ikke den tidligere gode og vante kroppen, men et vrengebilde av den tidligere kroppen som en smertefull kropp.

Dette er noe som peker mot denne smertens eksistensielle dimensjon. En av pasientene i min doktorgradsstudie forteller om tapet av sitt høyre ben; som en sorg han sammenligner med tapet av et familiemedlem, eller en god venn, og som vekkes hver gang gjennom erfaringen av fantomsmertene.

Studien viser at gjennom erfaringene av fantomsmertene gjenkjenner man de kroppslige strukturene i de tapte kroppsdelene eller den lamme kroppen. Det er som om smerten selv blir kropp og på nytt gjenoppretter den kroppslige forankringen. Det beskrives som at smertene skyter ut og ned i fantomfoten, helt ut i tærne. Smertene er for eksempel beskrevet av en person med en komplett ryggmargsskade, som å våkne av følelsen av at neglene på tærne i den lamme foten gror inn i hverandre, eller at knoklene i setet vokser ut og vil presse seg gjennom baken.

Ensomhet og isolasjon

De sterke smertene uttrykkes ofte i et visuelt og uttrykksfullt språk; i metaforer. Det vitner om store plager og det er som kroppen selv har vendt seg mot personen og dermed er blitt ens egen fiende. Samtidig er det beskrivelser som gir smertene en ytterside, som noe vi alle kan relatere oss til og ha en gjenkjennbarhet i forhold til. Det er beskrivelser hentet fra et hverdagsliv vi alle er en del av. En person forteller at smertene er som om å falle i en maurtue under en skogstur: Alle maurene kryper på ham, de er også trengt inn i kroppen, inn i blodårene, hvor det stikker og biter hele tiden. Det er slik det føles. Og det er nesten ikke til å leve med.

Samtidig som smertene har sin kroppslige evidens; personen opplever smertene konkret og presist i de lamme eller tapte kroppsdelene, tviler de på hvordan dette er mulig. Hvordan kan jeg ha vondt i noe jeg ikke har? Er det bare i hodet, noe jeg

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

Søkeord:
- Amputasjon
- Smerte
- Livskvalitet

– utestengt fra verden

konstruerer selv i mitt eget sinn, noe jeg innbiller meg? Det er en plagsom tvil og pasientene leter selv etter svar, svar som de ikke får fra helsevesenet eller helsepersonell.

Når smertene er så vanskelige å forstå for personene selv, så gjør dette også at de lukkes inne med sin tvil og sine plager. Det blir en ensom tilværelse hvor de splittes fra fellesskapet med andre. Smertene er usynlige for andre, og når de i tillegg er så vanskelige å forstå velger mange å lide i stillhet. De velger i stor grad ikke å vise sin smerte fram for omgivelsene. De blir opptatt av å fungere tilsynelatende upåvirket i det daglige livet, i trening og i sosialt fellesskap for øvrig. Men dette er en kostbar og krevende kamp som er utmattende. Det er ikke det andre kan se, det fysiske handikappet og avhengigheten av rullestol, som er det verste. Det som er vanskeligst å leve med er det de andre ikke kan se; de kroniske smertene.

Det som er vanskeligst å leve med er det de andre ikke kan se; de kroniske smertene.

Forholdet til helsepersonellet uttrykkes også som helt vesentlig i forhold til det å beholde livsmot og håp når de hadde det som verst i tiden etter skaden. Møtet med personer som formidlet trygghet og omsorg i denne fasen var avgjørende for livet videre. Opplevelsen av å bli møtt med mistro og unnlatelser i en situasjon med sterke smerter og lidelse kan forsterke et ønske om å gi helt opp og bare få slutt på det hele.

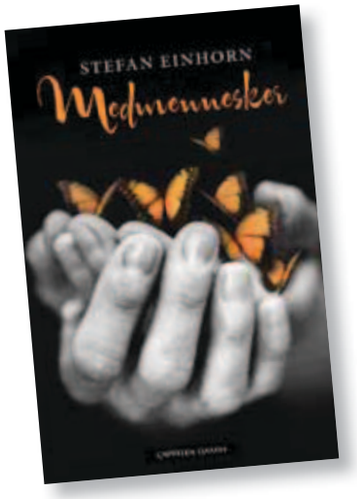
Livsmot

Det er tydelig at fantomsmertene ved sin karakter, det at de er så spesielle og vanskelige å forstå, fører til at personene konfronteres med eksistensielle dilemmaer. Men likevel, selv om smertene er så sterke at de gjør livet vanskelig og noen ganger truer livsviljen, er det fortsatt en sterk trang til å se framover og et ønske om et normalt og vanlig liv. Et håp om smertefrihet og lindring tvinger blikket mot framtiden. Livsmotet kan få sitt konkrete uttrykk i håpet om å få barn eller å se egne barn vokse opp. Det kan også komme til uttrykk i et ønske om å gjenoppta tidligere livsførsel og livsvalg som skal videreføres selv med en sterkt skadet og smerteplaget kropp. Selv om smerte kan være den splittende og destruktive kraften som truer med å ødelegge livet slik det er blitt, kan det også være en dimensjon ved tilværelsen som fungerer samlende. Slik kan smerten tydeliggjøre betydningen av fellesskap og verdien av det livet som fortsatt skal og må leves.

Kvalitativ smerteforskning er et nødvendig og viktig supplement til biomedisinsk forskning ved at den bringer personen med sin smerteerfaring fram i lyset. Når smerte er en subjektiv opplevelse blir det nødvendig å utvikle en forskning som utforsker selve den personlige erfaringen, lytter til den og tar den på alvor.

Dette har også betydning for praksis og klinikk ved at det formidles en viktig innsikt fra pasienter til helsepersonell om det å forstå at man gjør noe bare ved å være der, ved det å være til stede på en måte som formidler åpenhet, trygghet og respekt. Når ingenting annet hjelper blir det å lytte til og stille seg åpen for pasienters erfaringer noen ganger kanskje den beste smertelindring. ||||

FANTOMSMERTE: Også lemmer som ikke er der kan gjøre vondt. Foto: Erik M. Sundt.



Medmennesker

Av Stefan Einhorn
205 sider
Cappelen Damm AS, 2011
ISBN 978-82-33734-6
Anmelder: Inger Frogg Jørgensen, psykiatrisk sykepleier

Tror på mennesket

ANMELDELSE: Stefan Einhorn, professor i medisin, har skrevet en eventyrbok for voksne. Den er tilegnet alle dem som med mer eller mindre hell gjør sitt beste for å være gode medmennesker. De som aldri gir opp. Selv om dette ikke er stor litteratur, er de store anekdotene og små hendelsene absolutt verdt å lese. For meg ble det en fin påminnelse om at det er viktig å legge bort skylappene, og om hvor lite som ofte skal til for å glede en annen. Andre ganger er det store ofre som kreves.

Tekstene er innsiktsfulle og naivistiske på samme tid, lettleste og noe ujevne, iblant overtydelige, men de formidler kunnskap, både mellommenneskelig og rent historisk (og religionshistorisk). Også mange av oldtidens og nyere tids filosofers syn blir nevnt.

Vakkert skildret er de korte, tilfeldige møtene mennesker imellom, flyktige, men betydningsfulle. – Ja, kanskje livreddende, også når de er ordløse.

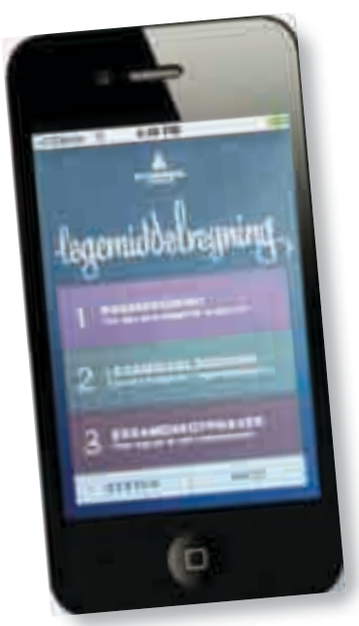
Mange store tenkere og forskere la stor vekt på de tilsynelatende tilfeldige sammentreff. I denne sammenheng blir spesielt Carl Gustav Jung framhevet, vedrørende spørsmål om hvorvidt disse møtene virkelig er så tilfeldige. Det har også jeg ofte undret meg over.

Vi kan tro på hva vi vil i vår lille del av verden. Einhorn velger å tro på mennesket. Lesningen ga meg mange refleksjoner. Her vil jeg holde meg til de små hendelsene som gir uten å koste. Som når noen du stopper for smiler og nikker når de får gå over gaten uten å presses av veien, når en bilist vinker takk når du viker på en smal vei. – Og en liten tanke til syklisten jeg bremset ned og stoppet opp for og som likevel viste meg fingeren.

Leseren blir også presentert for personlige samtaler med Gud, og englenes strevsomme arbeid med å prioritere folks rang og plass i himmelriket. Når englene ikke er godt nok kvalifisert til å finne ut av plasseringen, fører også det til dialoger med høyere makter. Vår prinsesse ville trolig likt dette kapittelet.

Jeg konkluderer med at dette er en fin bok (noe jeg ikke kan huske å ha omtalt særlig mange bøker som før.) Den er mangefasettert, og kan leses historie for historie uavhengig av hverandre. Noe har hver enkelt av dem å gi til alle. Professorer i medisin som skriver eventyr for voksne ønsker jeg velkommen! Avslutningsvis: Fortellingene er fiksjon. Men veien til det virkelige framstår ikke som lang.

Å lese er for hjernen hva mosjon er for kroppen. Joseph Addison



Legemiddelregning

En app fra Gyldendal Akademisk
Anmelder: Sturle J Monstad, sykepleier og M.Phil. Health Promotion

Nyttig app

ANMELDELSE: En app er et lite dataprogram som ofte lastes ned fra nettet til bruk på en mobiltelefon eller et nettbrett som Ipad. Legemiddelregning fra Gyldendal Akademisk går inn i rekken av apper som søker å forbedre kunnskap og være til nytte for brukeren.

Den skal ikke konkurrere med boken om legemiddelregning forlaget utgir, men skal gjøre det lettere å øve på eksamensoppgaver. Forlaget har allerede digitale læringsverktøy på en nettside som hører til boken. Appen Legemiddelregning finnes for iPod/iPad, og det er også under utvikling en versjon for mobiler og nettbrett som kjører Android.

Appen har tre deler. En del for enkel basisutregninger med oppgaver som tar for seg elementær forståelse av vekt, volum, divisjon og multiplikasjon. Deretter følger en legemiddelregningsdel der dosering av tablett, stikkpiller, miksturer, infusjoner skal regnes ut med vekt på forståelse av for eksempel måleenheter og kroppsvekt. I disse to delene får brukeren med en gang tilbakemelding om svaret er riktig eller galt. Det gir en god mulighet for å jobbe videre med forståelse av problemstillingene med en gang utregningen er gjort.

Siste del består av tre ulike oppgavesett fra eksamen, og med en tidsramme på tre timer til hvert sett. Det er mulig å gjøre mellomregninger med den innebygde kalkulatoren før svaret på oppgaven avgis. Eksamenssettene består av eksamener gitt ved tre norske høyskoler. Som på en virkelig eksamen har en tre timer til rådighet, men med muligheter for å pause. Til slutt får man en oversikt over antall rette, og som i virkeligheten må alle svar på være riktige for å stå. Eller som i praksis: At pasienten får rett mengde medisin.

Et eksempel på en oppgave er denne:

«En pasient som veier 80 kg skal av et medikament ha 5 mg/kg. Medikamentets styrke er 200 mg/ml. Hvor mange ml skal pasienten ha? Svar i ml»

Dette er en app med svært enkelt utseende og få funksjoner. Jeg håper Gyldendal Akademisk ser nærmere på smarttelefonenes muligheter samt kunnskap fra spillutvikling for å lage flere og mer spennende apper for både studenter og andre i helsesektoren.

Ved noen høyskoler stryker to av tre sykepleierstudenter på eksamen i legemiddelregning. Å pugge med en app er ikke det eneste som kan redde statistikken, men jeg er overbevist om at denne appen kan gjøre studenter tryggere på legemiddelregning. Ferdig utdannende sykepleiere tar heller neppe skade av å friske opp denne kunnskapen, og appen anbefales til begge gruppene.

Bufetat

SISTE SKRIK Foto: Eva Ahlin

Ved å være besteforeldre og fosterforeldre i ett hjelper vi datteren vår også

Ragnhild og Åge, fosterforeldre

Det er mange barn og unge som ikke kan bo hos sine egne foreldre, og som trenger kjærlighet, trygghet, omsorg og grenser på vei frem til et voksent liv. Det kan være et barn i din egen familie, i vennekretsen eller i nabolaget. Vil du bety noe for en av dem? Bli fosterforelder.

Tøft, men verdt det

fosterhjem.no

Quiz

Tekst **Nina Hærnes og Eivor Hofstad**

Er du en kompetent sykepleier?

Test kunnskapene med vår aktuelle og nådeløse quiz!

1 Hva er balanitt?
A Ballangst
B Blærebetennelse
C Forhudsbetennelse

2 Hva er preputium?
A Forhuden
B Forebyggende helsearbeid
C For tidlig sædavgang

3 Hva antar man forårsaker aura (synsforstyrrelser) i forkant av et migreneanfall?
A At blodårene utvider seg
B At blodårene trekker seg sammen
C At blodårene tilstoppes

4 Hva antar man forårsaker smerten ved migrene?
A At blodårene utvider seg
B At blodårene trekker seg sammen
C At blodårene tilstoppes

5 Hva står E for i E. Coli?
A Eselita
B Escherichia
C Estrellita

6 Hva er folsyre?
A En type hjertemedisin
B Hestetiss
C Et vitamin

7 Hva er sebum?
A Sæd
B Sårsekret
C Talg

8 Hvordan tester man for klamydia?
A Urinprøve
B Spyttprøve
C Utstryk fra urinrør

9 Hvor mange voksne fikk behandling i psykisk helsevern i Norge i 2010?
A 68 000
B 122 000
C 210 000

10 Hvor mange pasienter fikk behandling i russektoren samme år?
A 23 000
B 32 000
C 48 000

HEST ER BEST: Er det folsyre som kommer ut av denne? Illustrasjonsfoto 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: 1C Forhudsbetennelse 2A Forhuden 3B At blodårene trekker seg sammen 4A At blodårene utvider seg 5B Escherichia 6C Et vitamin 7C Talg 8A Urinprøve 9B 122 000 10A 23 000

Samarbeid gir aktiv omsorg

Tverrfaglig samarbeid mellom ergoterapeut, fysioterapeut og øvrig helsepersonell ga økt aktiv omsorg i sykehjem. Tekst **Susanne Dietrichson**

Aktiv omsorg er et sentralt satsingsområde i de seneste norske helsereformene og beskrives av Verdens helseorganisasjon som en viktig forutsetning for å mestre fremtidens helseutfordringer med synkende fødselsrater og stadig flere eldre mennesker.

Ser det friske

Klara Jakobsen og Randi Granebos studie, publisert i siste utgave av Sykepleien Forskning, viser at faglig bredde i sykehjem bidrar til økt aktiv omsorg for beboerne på sykehjem. Jakobsen er generelt opptatt av folkehelse og fattet tidlig interesse for helsefremmende tenkning.

– Jeg ble utdannet til ergoterapeut på midten av syttitallet hvor sykdomsperspektivet veide tyngst, og jeg følte tidlig at det var en missing link til det helsefremmende perspektivet jeg selv var mest opptatt av.

– Hvorfor er aktiv omsorg viktig?

– Fordi det, i motsetning til passiv omsorg, bidrar til helsefremmende tenkning. Gjennom aktiv omsorg i sykehjem bidrar man til å fokusere på det friske i mennesket og på den enkeltes ressurser til å ivareta egen helse best mulig.

Møtte barrierer

– Hva er bakgrunnen for studien?

– Vi fikk praksissamarbeidsmidler fra Høgskolen i Sør-Trøndelag til et fagutviklingsprosjekt om aktiv omsorg. Det ble engasjert en fysioterapeut og en ergoterapeut en halv dag i uken ved to sykehjem. I tillegg hadde en ergoterapistudent og en fysioterapistudent praksis ved en av disse avdelingene.

– De øvrige ansatte i sykehjemmene ga uttrykk for at de hadde behov for den faglige kompetanse ergoterapeuten og fysioterapeuten representerte. I løpet av samarbeidet møtte terapeutene likevel på barrierer som tidspress, redsel for å bli påført merarbeid, en etablert pleiekultur og rutiner som ikke var lett å forandre, forteller Jakobsen.

Inn i rutinene

– En tidsavgrenset prosjektperiode kan sjeldent endre gode etablerte rutiner. Likevel viste resultatene fra studien at større faglig bredde kan gi økt aktiv omsorg ved sykehjemmet. Det tverrfaglige samarbeidet kan hjelpe de ansatte til å se nye muligheter hos den enkelte, kartlegge ressurser tidlig og dermed unngå unødig passivisering av beboerne.

– Men hvordan unngå at de eldre er prisgitt kunnskap og initiativ hos den enkelte helsearbeider?

– Aktiv omsorg må inn i rutinene, og terapeutenes kompetanse kan bidra til bedre vurderinger med fokus på aktivitet og bevegelse. Både fysisk og kognitiv funksjon hos den enkelte beboer må vurderes tidlig. Og vi kan ikke bare basere oss på opplysninger fra de pårørende; her må vi gjøre gode faglige vurderinger, presiserer Jakobsen. ||||

Terapeutene møtte barrierer som tidspress og etablerte pleiekulturer.

Etisk refleksjon gir bedre fagfolk. Side 88

Kan vi leke med kunnskap? Side 80

Døve kan fungere utmerket som sykepleiere! Side 82

Mennesker & meninger

Sykepleien

Sterke synspunkter? Skriv til oss!

Send inn din mening på e.post til: redaksjonen@sykepleien.no eller som brev til: Sykepleien, p.b. 456 Sentrum 0104 Oslo

KRONIKK DAG SEIERSTAD

«Politisk innsats er nødvendig for å sikre tarifflønn ved offentlige oppdrag.»

86

REFLEKS CATHRINE SANDNES

«Man kan være fristet til å konkludere med at noen ganger er dobbeltmoral dobbelt så bra som vanlig moral.»

90

Forbundsleder Lisbeth Normann

Stilling: **Forbundsleder i NSF**
E-post: **lisbeth.normann@sykepleierforbundet.no**

Kan vi leke med kunnskap?

Vi trenger gode planer for fremtidens helsevesen, for å sikre pasientene den kompetansen de så sårt trenger.

I følge tall VG baserer seg på, dør 2000 personer hvert år etter feilbehandling og svikt i norsk helsevesen. Jeg frykter at vi i fremtiden kan få helsepersonell med mindre kompetanse enn det utfordringene i helsetjenesten og de kommende pasientene vil kreve.

Sammen med Legeforeningen fikk Sykepleierforbundet McKinsey til å lage en rapport om investeringer i bygg, IKT og kompetanse i helseforetakene. Konklusjonen var dyster; helseforetakene mangler en samlet oversikt over nåværende kompetanse og planer for hvordan kompetansen må utvikles for å møte fremtidens behov. Dette har ført til prekær mangel på en-

Dette forslaget skremmer meg.

kelte spesialister som for eksempel anestesi- og intensivsykepleiere. Jeg kan ikke si annet enn at jeg advarer mot konsekvensene av den mangel på investering i kunnskap vi ser i sykehusene. Det er derfor vi i Norsk Sykepleierforbund har bedt helsemyndigheter og sykehus om å ta ansvar for å lage nasjonale planer og strategier slik at man i de nærmeste årene kan sikre pasientene den kompetansen de så sårt trenger. I stedet for å prioritere dette og i stedet for å verdsette de ansattes erfaring og kunnskap, tilbyr man deltidsstillinger – slik vi ser eksempel på ved Oslo universitetssykehus.

I andre land med et godt helsevesen ser vi at investering i kompetanse og gode utdanninger gir bedre behandlingsresultater, sunnere helseøkonomi og fornøyde ansatte. Det er dette som kalles en «vinn-vinn» situasjon, og som vi i Norge for tiden ser ut til å være et stykke unna.

Sykepleierutdanningene leverer over 3500 kandidater til helsetjenesten hvert år. Det er en stor investering og en stor ressurs. Regjeringen arbeider nå med en Stortingsmelding om utdanning til velferdstjenestene. Hvis en skal gjøre endringer i utdanningen er det viktig at det er

TYDELIG: Andre land med godt helsevesen satser på sykepleiere, mens norske politikere er i ferd med å utvanne profesjonene i helsevesenet, skriver Normann. Arkivfoto: Stig Weston.

de rette endringene som gjennomføres så ikke frafallet øker og kompetansen svekkes. Det betyr at utdanningen må være fagspesifikk slik at sykepleierne kan ivareta pasientenes komplekse behov – enten pasienten befinner seg i sykehus eller i kommunen.

Fremover må vi sikre at det er de beste som søker seg til sykepleierutdanningen. De som både formelt og personlig har de rette kvalifikasjonene og den rette motivasjon. Vi kan ikke på den ene siden se på kritikkverdige forhold knyttet til feilbehandling, og på den andre siden velge å redusere krav til opplæring og resultat for dem som skal arbeide i sektoren. Vi må tvert imot stille krav både til studentene, lærerne, høyskolene og praksisplassene.

Stortinget har nå til behandling Ny helse- og omsorgsplan, samt to nye lovforslag, Kommunale helse- og omsorgstjenester og Folkehelselov. Dette skal legge føringer for organiseringen av helsesektoren i årene fremover, og gjøre det mulig å gjennomføre samhandlingsreformen. De to lovene legger opp til profesjonsnøytralitet, som det heter. Dette forslaget skremmer meg, av to hovedgrunner. For det første vil et slikt forslag redusere kravet til kompetanse, og vi vil få «flere hender men ikke flere hoder» inn i helsesektoren. Dette betyr at ansvaret som følger profesjonene blir utydelig. I tillegg vil kommunal frihet til selv å bestemme hvem som skal utføre, for eksempel, sykepleie til døende pasienter hjemme, fort føre til at økonomien vinner og pasientenes behov nedprioriteres. Dette vil, etter min mening, forringe helsevesenet ytterligere.

Andre land satser på sykepleiere og innser betydningen av profesjonstilhørighet for å klare å jobbe i team og sektorovergripende. Og de ansetter nasjonal sjefsykepleier som nettopp vil ha ansvaret for å utvikle og koordinere helsetjenesten og utdanningene. Norske politikere er derimot i ferd med å utvanne profesjonene i norsk helsevesen. De ser ikke det andre lands politikere ser, at ethvert helsesystem har behov for sykepleiere som intellektuelt og emosjonelt er i stand til å kombinere kliniske ferdigheter med en profesjonell innsikt og evne til omsorg. For å sitere den engelske nasjonale sjefsykepleieren Christine Beasley: «Nursing may not always be easy to describe but patients know when they get good nursing, and when they do not.»

Noe på hjertet? Send din mening på e-post til: redaksjonen@sykepleien.no
eller som brev til: Sykepleien, p.b. 456 Sentrum, 0104 Oslo

Lønnsløft for utdanningsgruppene i offentlig sektor

Lønnsoppgjøret er partenes ansvar. Det er en forutsetning for dagens arbeidslivspolitikk i Norge. Men staten har ved flere anledninger gjort grep for å sikre at politiske mål nås.

Likelønnskommisjonen dokumenterte at likelønnsutfordringen er særlig uttalt for de kvinnedominerte utdanningsgruppene i offentlig sektor. Lønnsgapet er på 20,5 prosent.

Staten og landets 430 kommuner er arbeidsgiver for de fleste innen lavlønnsyrkene i offentlig sektor. Den tilnærmet monopolliknende situasjonen hvor hovedvekten av tjenestene disse yrkesgruppene utfører skjer i offentlige virksomheter, fører til at en ikke får samme dynamikk i lønnsdannelsen som en ser i privat sektor.

I mange år har ulike regjeringer argumentert med at det er partenes ansvar å fremforhandle lønns- og arbeidsbetingelser, og dermed unnlatt å forholde seg til at disse yrkesgruppene gjennom flere år har sakket akterut i lønnsutviklingen i samfunnet. Samtidig er det stadig mer krevende å rekruttere personell til disse samfunnsviktige oppgavene. Beregninger fra Utdanningsforbundet viser at vi mangler 5 700 lærere i skolen i dag, og rundt 4 000 førskolelærere. Helsedirektoratet mener det er behov for å utdanne 4 500 helsefagarbeidere hvert år de neste årene. Det mest pessimistiske scenario gir 40 000 årsverk i manko i 2030, viser beregninger fra SSB. Mangelen på sykepleiere, lærere og førskolelærere er den største trusselen mot tilgangen på velferdstjenenestene og kvaliteten på tilbudet de neste tiårene. En rapport Telemarkforskning har utarbeidet for KS viser at ansatte med kompetanse som fysioterapeuter, spesialsykepleiere, ergoterapeuter, sosionomer og andre med høyere utdanning gir høyere kvalitet og lavere kostnader i eldreomsorgen. I primærhelsetjenenesten i dag er det i gjennomsnitt 30 prosent ufaglærte.

Stortingets Helse- og omsorgskomité uttalte enstemmig i budsjettbehandlingen at «det må være et klart mål at de ansatte i hjemmesykepleien skal være faglærte og at andelen med treårig helse- og sosialfaglig høgskole økes.»

Tom Colbjørnsen som utgjorde mindretallet i Likelønnskomisjonen slår fast at: «Praktiseringen av frontfagsmodellen på 1980 og 90-tallet har også ført til at særlig kvinner med høyere utdanning i offentlige virksomheter har hatt en svak lønnsutvikling sammenliknet med mange andre yrker.»

Teknisk Beregningsutvalg (TBU) har lagt frem tall for i fjor som viser at lønnsveksten i offentlig sektor ble mellom 3,5-3,75 prosent, mens industrien fikk en vekst på 4 prosent.

Det fikk Unio-leder Anders Folkestad til å uttale; «Industrifunksjonærene ligger om lag 150000 kroner over tilsvarende grupper i offentlig sektor. Dette er et urimelig stort lønnsgap. Industriens folk er ikke i posisjon til å kritisere nivået eller lønnsutviklingen i offentlig sektor.»

«TBU-tallene viser at frontfaget verken er eller kan være fasit for resten av arbeidslivet i årets mellomoppgjør. Frontfaget presenterte et resultat på 3 prosent våren 2010, men ender altså opp på 4 prosent,» sier Folkestad.

Resultatene av lønnsoppgjørene de siste to årene og utviklingen de siste 25 år tilsier at den politikk og praksis som føres ikke bidrar til å sikre utdanningsgrupper i offentlig sektor et lønnsnivå som sørger for å rekruttere og beholde kompetent arbeidskraft og samtidig gir mulighet til å styrke kvaliteten på tjenestene.

Et lønnsløft for utdanningsgruppene i offentlig sektor kan ikke gjennomføres med mindre kommunene fullt ut kompenseres for økte utgifter knyttet til lønnsløftet.

Fremskrittspartiet mener derfor at det må etableres en kompetansepott i oppgjørene i offentlig sektor i årene fremover som fører til et lønnsløft for utdanningsgruppene. Denne potten må være utenfor de ordinære rammene for lønnsoppgjøret, og kommunesektorens andel må bli kompensert av staten.

Dette har vi lagt frem forslag om i Stortinget, men regjeringspartiene går imot. Hvordan de rødgrønne har tenkt å skaffe det fagpersonellet Norge trenger til velferdsoppgavene i årene fremover får vi ikke svar på.

Jon Jæger Gåsvatn, Stortingsrepresentant FrP

Noe på hjertet? Send din mening på e-post til: redaksjonen@sykepleien.no
eller som brev til: Sykepleien, p.b. 456 Sentrum, 0104 Oslo

Tilgi dem ikke - de vet hva de gjør

For å spare penger overfører Staten sykehusbehandling av våre eldre og kronisk syke til kommunene. Mange kommuner har i flere tilfeller vist seg å bryte norsk lov i forhold til disse; sine svakeste innbyggere. Ansvarsoverføringen kan dermed frata de kronisk syke og de sykeste eldre nødvendig utredning og behandling, og dermed forverre sykdom, og forkorte liv.

Samhandlingsreformen trer i kraft 1. januar 2012. Overføring av spesialistbehandling av kroniske og eldre syke til kommunene skjer til tross for at mange kommuner gang på gang har vist seg som notoriske lovbrytere i forhold til sine mest sårbare og utsatte innbyggere. De fattige, de kronisk fysisk og psykisk syke, de rusavhengige, de yngste funksjonshemmede og de utsatte barna. I vinter har vi i media sett reportasjer om omsorgssvikt, uverdig og ulovlig behandling av våre eldre, både i åpen omsorg og i sykehjem. Vikarbyråskandalene er nok et bevis på at kommunen ikke er sitt ansvar bevisst. Kommunene har i beste fall unnlatt å føre kontraktkontroll med vikartjenesten, men i flere tilfeller viser det seg at de selv har brutt loven på lik linje med de ulovlig drevne vikarbyråene. Alvorlig syke og sterkt fysisk funksjonshemmede pasienter blir bevisst ikke tildelt sykehjemsplass, de blir liggende, ofte alene, i omsorgsboliger med kun tjenester fra hjemmesykepleien. Kommunen får belønning gjennom store økonomiske overføringer ved å dokumentere stort og tungt pleiebehov av disse hjelpeløse pasienter i åpen omsorg. Åpen omsorg er ikke sykehjemsplass.

Fagbladet Sykepleien gjengir tidligere i vår en rapport fra Statens helsetilsyn under overskriften «Skrøpelig omsorg til skrøpelige eldre». I to av tre tilsyn i fjor fant helsetilsynet at kommunens tjenestetilbud til eldre var i strid med loven. Det ble utført tilsyn i 342 virksomheter for eldre. Temaene for tilsynet var kommunens tilbud til de sykeste og sårbare eldre i hjemmetjenesten og sykehjem. I 32 av 48 kommuner fant tilsynet lovbrudd. Disse kommunene sviktet med blant annet å identifisere pasienter med demens, kommunene sviktet ved ikke å bidra til at disse pasientene fikk nødvendig legehjelp og det ble ikke fanget opp endringer i pasientens tilstand og behov. Tilsynet fant at kvaliteten på tjenestene ikke var forankret i kommuneledelsen, og kommunen manglet derfor en felles forståelse for hvordan omsorgen skulle utføres. Det var opp til hver enkelt ansatt hvordan kvaliteten på tjenestene ble utført. I tillegg til stadig skiftende personell som kommer til ulike tider og møter den enkelte på ulike måter, kan dette bidra til økt forvirring og utrygghet. Det var rapportert at pasienter hadde opptil 26 ulike tjenesteytere i løpet av 1 måned. Dette mente tilsynet var for tilfeldig, og som igjen lett kunne føre til ytterligere helsefare. Legemiddelloven ble brutt i to tredjedeler av kommunene. Personell uten faglige kvalifikasjoner deltok i legemiddelhåndtering, mangelfulle prosedyrer og rutiner i forhold til gjeldende forskrift, og uklart lederansvar for legemiddelhåndteringen ble påpekt. Statens helsetilsyn sier det er et stort behov for å videreføre tilsynet med kommunehelsetjenesten også i 2011.

Disse kommunene anser altså Staten som kompetente og troverdige til å overta spesialisthelsetjenester til kroniske syke og syke eldre. Disse kommuner har hittil hatt en «lovbryterkompetanse» som er økonomisk lønnsom. Kommunene blir ikke dømt. Det finnes ikke sanksjonsmuligheter, bare dårlige rapporter etter tilsyn. Det er pasientene som betaler prisen. I Samhandlingsreformen er det lagt inn sanksjoner, men det er fortsatt pasientene som ofres. Kommunen kan tape økonomiske overføringer

SIDEN SIST

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

Døv sykepleierstudent og døve sykepleiere.

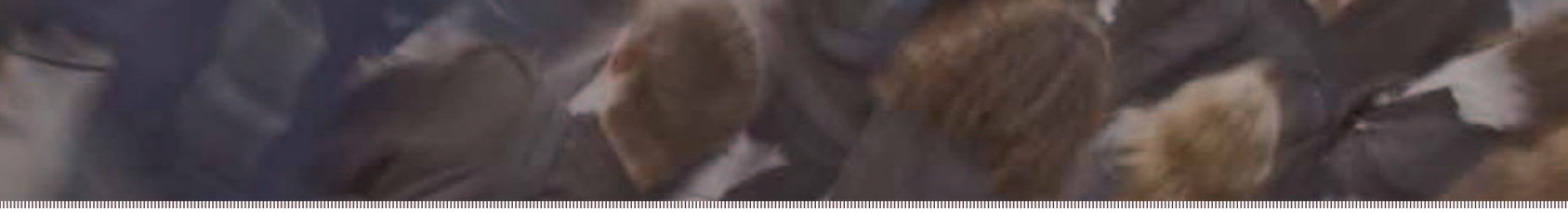
Vi er tre autoriserte sykepleiere som er utdannet i 1989, 1998 og 2010. Erik Lundqvist, Tom Harald Dahl og Marita Løkken. Til felles er vi døve. Som Anine Sigurdssøn Johannessen fortalte i Sykepleien nr. 6-2011 er det tre døve sykepleiere fra før i Norge, og nå i løpet av våren er det to døve som avslutter sitt siste år ved sykepleierutdanningen. Vi har opplevd skepsis og hatt vår motstand i løpet av utdanningen, slik som Anine også opplever.

Erik Lundqvist ble ferdig utdannet sykepleier fra Diakonhjemmet i 1989. I januar 1990 begynte han å jobbe på Gaustad ved døveavdelingen, hvor han jobbet i fem år. Da tok han videreutdanning i psykiatrisk sykepleie på Ullevål, og var ferdig utdannet psykiatrisk sykepleier i 1997. Etterpå har han tatt videreutdanning i faglig veiledning og metode i 2005. Siden 1995 har han jobbet ved Signo Conrad Svendsen senter, først som avdelingssykepleier, så faglig veileder og nå jobber han som fagkonsulent for psykiatri (siden 2005). Han møtte skepsis da han var ferdig utdannet i 1989, det var den gang også spørsmål om han skulle bli godkjent sykepleier siden han var døv. Han har tatt de samme eksamener, samme praksiser, studieoppgaver, og stått på. Nå er det samme diskusjonen angående Anine.

Tom Harald Dahl er en annen sykepleier, som også er døv. Han fullførte sykepleierutdanningen i 1998. Da han gikk på sykepleierutdanningen var det også skepsis rundt ham. Sykepleien intervjuet ham i en artikkel «Bråk for døve ører» (side 26-29 i Sykepleien nr. 6, 1999). Han har også studert pedagogisk veiledning, lingvistikk (tegnspråk), og tatt mastergrad i sosialt arbeid. Han har vært fagkoordinator ved Havsteinekra Helse- og velferdssenter i Trondheim, hvor han var med på å bygge opp sykehjemsavdeling for døve og blinde. Etter fullført mastergrad i sosialt arbeid i 2010 jobber han nå ved Senter for rus og avhengighet på Oslo universitetssykehus som spesialsykepleier, med særlig fokus på døve/tegnspråklige pasienter med rusavhengighet.

Marita Løkken ble utdannet sykepleier våren 2010. Hun jobber 60 prosent som sykepleier ved Havsteinekra helse- og velferdssenter, avdeling sansetap i Trondheim kommune. De resterende 40 prosent har hun ved en annen enhet i kommunen som retter seg mot hørselshemmede ungdommer.

Løkken møtte også skepsis, som Lundqvist og Dahl, rundt temaet døv sykepleier, midt i utdanningen. Hun satt med store kvaler og fortvilelser, og var redd for at hun hadde kastet bort to år av livet sitt fordi noen var skeptiske til at hun skulle bli autorisert sykepleier. Etter samtaler med Likestillings- og diskrimineringsombudet, Norges Døveforbund og Høgskolen i Sør-Trøndelag ble det avklart at Marita kunne fortsette på utdanningen. Når man gjennomfører akkurat samme studieforløp som andre



dersom de sender kroniske og eldre syke på sykehus fremfor å behandle pasientene selv. Samhandlingsreformen kan høres ut som en oppgavefordeling mellom stat og kommune, men man får ikke et likeverdig samarbeid med trussel om økonomiske sanksjoner fra den ene parten. Staten har pengene og dermed makten, og kommunene kan lett fristes til å ta økonomiske hensyn fremfor å ta hensyn til pasientens behov. Vi ser ovenfor, at mange kommuner er svært kompetente til akkurat det.

Våre eldre har ofte flere diagnoser og de eldres sykdomssymptomer kan være svært uspesifikke. Lungebetennelse uten feber, og hjerteinfarkt uten smerter. De eldre bør få tilgang på spesialister på lik linje med andre innbyggere. Geriatriske avdelinger er en livsviktig spesialitet for denne gruppen.

Frykten min er at våre eldre og kronisk syke, etter innføringen av Samhandlingsreformen, nektes utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten. De vil kunne bli sykere og mer hjelpeløse og i verste fall dø tidligere enn nødvendig, ikke grunnet manglende kunnskap, men grunnet kyniske økonomiske prioriteringer!

Anne Karin Gammelsrud,
Spesialsykepleier med 42 års fartstid i norsk helsevesen.

(les: hørende) medstudenter og leverer inn oppgaver, praksisrapporter, og oppfyller alle skolens kriterier til godkjenning og får bra karakterer, er det likevel skepsis til at døve skal bli sykepleiere. Hvorfor?

Trude Lillegjære og Katrine Gjermundrød er døve og i siste studieår ved sykepleierutdanningen på UiO. Når de er ferdig med eksamen, og selvsagt bestått etter alle skolens retningslinjer, er de også autoriserte sykepleiere.

Som vår erfaring viser, kan døve sykepleiere komme langt i helsesystemet, og er ettertraktede medarbeidere på grunn av kompetanse i kommunikasjon og om døvhet generelt. Derfor ser vi det som et stort paradoks at utdanningsinstitusjonene stikker «kjepper i hjulene» for døve sykepleierstudenter. I stedet for begrensninger, bør utdanningsinstitusjonene skaffe seg mer kompetanse om døve og hørselshemmede. Tross alt er det nettopp fagutdannede sykepleier som yter tjenester til hundretusener av hørselshemmede i Norge.

Marita Løkken, Tom Harald Dahl
og Erik Lundqvist

Kjærlighet

Jeg ser han hver morgen på vei til jobb. En eldre mann med lette steg og i treningsklær. Om sommeren jogger han, om vinteren går han ofte på ski på fortauet langs veien hvor jeg kommer kjørende. Som påliteligheten selv passerer han plassen utenfor mitt kontorvindu kl. 16.30 på vei hjem. Hvor har han vært hele dagen? Hvordan er det mulig å være så regelmessig? Tenk å ha så faste rutiner i livet?

Mannen er gammel, men sprek. Han er liten og lett i kroppen. Selv om jeg bare har sett han fra bilvinduet og kontorvinduet har jeg lagt merke til at han har et godt ansikt. Jeg har undret meg på avstand. I dag kom jeg litt nærmere. Idet jeg svingte inn på Høgskolens store parkeringsplass, så jeg en skikkelse danse på asfalten. Hit eit steg og dit eit steg, dansar så lett på skuleveg – strofen fra barnetimens Ingebrigt Davik dukket opp. Jammen tar han ikke et fast dansegrep om en enslig bjørk som står der med bark av perlemor og vårgrønne blader, en organisk kontrast til asfalten. Han svinger seg rundt stammen, slipper og tar ytterligere noen trinn på asfalten. Den sorte flaten er tom så tidlig på morgenen. Akkurat nå er parkeringsplassen minnenes dansegulv.

Tanken slår meg at jeg kanskje kan få vekslet noen ord med den gamle. Jeg kjører sakte forbi og gløtter på han gjennom bilvinduet. Han har hvite Ipod øreproppe. Musikken han danser til er inne i kroppen hans. Jeg parkerer og passer på å tidsinnstille mine bevegelser i forhold til mannens tempo. Jeg låser bilen og koreograferer meg selv til en naturlig hilsen og cirka 20 skritt i samme retning. Vi går sammen i ett minutt. God morgen! Min hilsen blir møtt av et varmt smil i et vakkert, brunbarket ansikt. Pene tenner og snille øyne. Lyden lekker ut fra øreproppene, storbandjazz, sugende rytmer. Åpenbart at musikken måtte ut i bevegelse.

Jeg ser deg hver morgen, sa jeg. Ja, svarte øynene og munnen, kona mi er på sykehjemmet. Akkurat, det var det jeg hadde tenkt. Strekningen han går om morgenen er mellom arbeidsplassen min og sykehjemmet. Det store sykehjemmet med et ukjent antall gamle. Institusjonen som har blitt omdøpt til Helsehuset i et fåfengt forsøk på å påvirke assosiasjonene våre. Den store blokken av rom og korridorer som rommer så mye ensomhet, lidelse og venting. Venting på besøk, på neste måltid, at noe skal skje. Venting på døden. Det er ikke mange som venter på bedre helse der. Jeg sier ikke at alt er mørkt og trist. På sykehjemmet Helsehuset er det mye smil, vennlighet og glede. Det er menneskelig varme og god pleie, men det er umulig for de ansatte å fylle savnene etter nære og kjære. Det er umulig for profesjonelle å fylle tiden med mening etter at mennesket har gått ut av de naturlige meningsfylte aktiviteter og sosiale sammenhenger. Det blir savn, tomrom og venting.

Det at noen har funnet på at sykehjemmet skal hete Helsehuset angår ikke en åtti år gammel ektemann. Han besøker sin kone på sykehjemmet. Hun slipper å vente. Hun slipper å lengte. Hun vet at hver dag klokken åtte kommer mannen hennes. Hun vet at han er der hele dagen. Det kan hende at hun lengter om kvelden, om natten, men hun legger seg i visshet om at morgendagen er en ny dag sammen. Ektemannen er den punktlige lille prinsen i hennes univers. Jeg antar at hun er syk og betydelig svekket i sin fungering. Det er en betingelse for å få en sykehjemsplass. Det kan hende at hun er dement eller slagrammet og uten språk.

Ingenting vet jeg om denne kvinnen som er så heldig at hun får være sammen med sin ektemann inntil døden skiller dem ad. Ingenting vet jeg, men hun trer likevel fram gjennom ektemannens lojalitet og varme blikk. Hun har gjennom livet lagt grunnlaget for dette. Hennes betydning for han bekreftes hver dag. Han vier seg og sine dager til henne, uten spørsmål og med glede. De har funnet, skapt og vernet om kjærligheten. Han holder seg frisk og glad. Bare han vet om den daglige investeringen i egen helse er for egen velvære, eller for å sikre at hun ikke blir alene, så lenge hun lever. Livet er meningsfullt. Tap og savn håndteres i hverandres nærvær.

Kjærlighet gjør blind. Ordtaket snakker om ufornuft og tankeløs hengivenhet. Blind kjærlighet som overskygger alt annet, kjærlighet som er uforbeholden og slitesterk. Slik kjærlighet gjør vakker og frisk. Den omdanner asfalt til danseparkett, og forandrer min kontorcelle til et drømmeverksted.

Kerstin Söderström

Rettelse om St. Olavs orden

I artikkel om Kari Martinsen i Sykepleien nr. 7, der sykepleiere som har mottatt St. Olavs orden nevnes, har Sykepleien ikke fått med at Bergljot Larsson ble slått til ridder av første klasse av den Kongelige Norske St. Olavs orden 23. september 1962.

Noe på hjertet? Send din mening på e-post til: redaksjonen@sykepleien.no
eller som brev til: Sykepleien, p.b. 456 Sentrum, 0104 Oslo

Lønnsom investering – helse og politi

La oss gjøre et tankeeksperiment: Se for deg at helsepersonell hver dag hadde vurdert alle som skal løslates fra arresten på Norges politistasjoner.

De hadde garantert funnet mange som sliter med rus og psykiske problemer, men som ennå ikke er fanget opp av hjelpeapparatet. Se for deg at disse menneskene ikke ble satt rett tilbake på gata for å fortsette som før. I stedet ble de tatt videre til helsehjelpen de trenger – før problemene deres blir enda større.

En slik enkel rutine for å gripe inn tidlig ville garantert spart oss for mange menneskelige tragedier. Det hadde i tillegg spart samfunnet for enorme utgifter, langt mer enn hva tiltaket ville koste å gjennomføre.

Jo lengre vi venter med å behandle de som strever med rusmisbruk og psykisk sykdom, jo tyngre blir det å hjelpe dem tilbake til et bedre liv.

I mellomtiden ser vi hva som skjer mens tiden går: Kriminalitetsstatistikken er full av alvorlige volds- og drapssaker der rus og psykiatri er hovedårsaker. Vi vet at mange av disse kunne bli fanget opp før det går alvorlig galt. Et tettere samarbeid mellom politi og helsevesen vil kunne forebygge mange av disse sakene.

Hver eneste dag blir folk satt i arresten hos politiet, på politistasjoner over hele Norge. Hvert år gjelder dette noen tusen mennesker. Noen er gjengangere, andre er der for første gang. Vi i politiet ser at mange av disse har store problemer, som hjelpeapparatet ofte ikke har fanget opp.

Politiet gjør sin jobb med etterforskning, prøvetaking og andre rutinegrep, og hver gang må politiet ta et valg: Skal personen framstilles for fengsling i domstolen, eller skal personen løslates?

Jeg vet at mange politistasjoner og lensmannskontorer har laget seg rutiner som gjør at de kontakter lege, sosialkontor og andre nettverk som kan ivareta mennesket som skal løslates – men som åpenbart trenger hjelp. Hos oss i Stavanger har vi et tett samarbeid med barnevernet, som sikrer at de yngste blir tatt vare på. Men de som er over 18 år risikerer å falle utenfor når vi i politiet må la dem gå.

Etter mitt syn burde det være en så sterk plikt til samarbeid at helsevesenet måtte vurdere hver enkelt før løslatelse. Jeg vil gå så langt som til å si at helsevesenet i lovs form burde forpliktes til daglig å kontakte politiet for å gjennomføre en slik rutine.

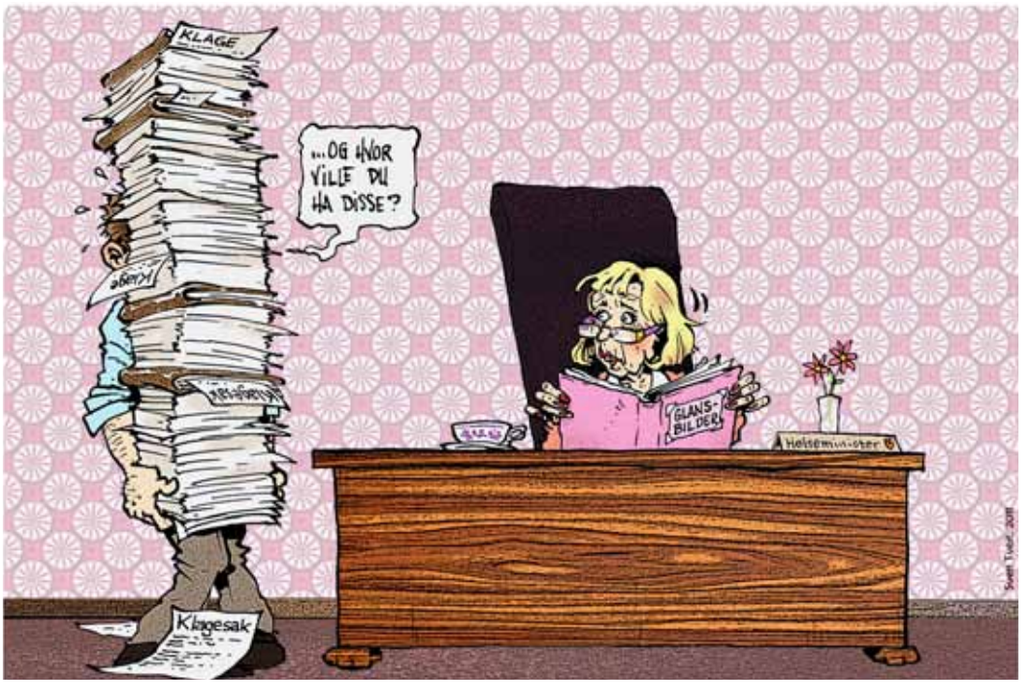
Det ideelle hadde vært at alle landets politistasjoner hadde helsefaglig personell fra kommunen eller Nav lokalisert i politiets virksomhet. Slik kunne vi sammen fanget opp de som faller utenfor det etablerte systemet. En slik løsning ville sikret at enhver borger som politiet må ta vare på får den helsehjelpen han trenger så raskt som mulig.

Jeg føler meg trygg på at en slik investering i samfunnet ville bety at vi etter hvert bruker mindre penger totalt. I dag bruker vi mange ressurser på oppfølging og langvaring arbeid for de som fikk falle for dypt, uten at noen stoppet dem i tide.

Henry Ove Berg, medlem av
Det kriminalitetsforebyggende råd

DIAGNOSEN

Illustrasjon: Sven Tvelt



Kompetanse-økning i ambulansetjenesten

Jeg vil komme med en utfordring til Norsk Sykepleierforbund, Statsråd Tora Aasland og statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen.

Hva med å se på den svenske modellen ved ambulansetjeneste? I stedet for å opprette en utdanning på høyskolenivå for å arbeide i ambulansetjenesten, kan en opprette en videreutdanning for sykepleiere. Tilsvarende en videreutdanning på anestesi-/intensivnivå. Denne videreutdanningen kan hete «Ambulanse», og gjøre sykepleiere tjenestedyktige til å arbeide i ambulansetjenesten. En vil da kunne formalisere en solid kompetanse til å arbeide prehospitalt i ambulansetjenesten.

Olav Asserson

Nøye tilpasset barnets behov

Har vi oversett et problem med jernmangel blant 1–3-åringene?

I en norsk undersøkelse ble det funnet at 12 % av alle barn hadde mild jernmangel ved 24 måneders alder.[1] Undersøkelsen bekrefter internasjonale studier som anslår at 12 % av alle barn under 4 år i den vestlige verden lider av jernmangelanemi.[2]

Perioden etter at ammingen stoppes er viktig
Der er en tydelig forbindelse mellom for tidlig introduksjon av kumelk og jernmangel.[3] På den ene siden inneholder kumelk nesten ikke jern, på den andre siden inneholder den mye protein, mettet fett og salt i forhold til barnets behov. Den medfører dermed en unødvendig belastning av barnets organer, og det er fare for at barnet drikker seg mett på kumelken.

NAN Juniormelk er nøye tilpasset barnets behov: alt det gode i melken - bare bedre

- Betydelig mer jern enn i vanlig kumelk
- Mer enn dobbelt så mye D-vitamin
- Redusert mengde protein, salt og mettede fettsyrer i forhold til kumelk

Viktig informasjon: Morsmelk er den beste ernæringen for spedbarnet i de første levemånedene. Hvis mulig, bør morsmelk alltid være førstevalget.

1) Hay G, Sandstad B, Whitelaw A, Borch-Iohnsen B. Iron status in a group of Norwegian children aged 6-24 months.Acta Paediatr. 2004;93:592-8.
2) Domellöf M, Hernell O. Iron-deficiency during the first two years of life. Scand. J. Nutr.2002; 46: 20–30.
3) Michaelsen KF, Milman N, Samuelson G. A longitudinal study of iron status in healthy Danish infants: effects of early iron status, growth velocity and dietary factors. Acta Paediatr. 1995;84(9):1035-44.

Nestlé NAN®

EU-rådgiver for SVs Stortingsgruppe, **Dag Seierstad.**

EU-nei til tarifflønn?

Tarifflønn ved oppdrag for det offentlige? EFTA-landenes overvåkningsorgan ESA har varslet at det kan bryte med EØS-regler å stille et slikt krav.

Regjeringen vil fortsette norsk praksis med ILO-konvensjon 94 ved all kontraktsinngåelse i offentlig sektor, heter det i Soria Moria II (regjeringserklæringen i 2009). Det betyr at lønningene ved offentlige oppdrag skal være i samsvar med tarifflønna for tilsvarende arbeid på det stedet der oppdraget utføres.

EFTA-landenes overvåkingsorgan ESA har imidlertid varsla at EØS-regler kan forby at det stilles et slikt krav. I første omgang har ESA nå satt i gang en «traktatbruddsprosedyre» mot den norske regjeringen.

Kampen står om en forskrift som regjeringen sendte ut i februar 2008. Den fastslår at de som leverer tjenester eller tar på seg bygge- eller anleggsarbeid for det offentlige, må garantere sine ansatte lønn og arbeidsvilkår på nivå med gjeldende tariffavtale i bransjen, eller «det som ellers er normalt for vedkommende sted og yrke». Dette gjelder også arbeid som utføres av underleverandører.

Strid om allmenngjøring

ESA viser til den såkalte Rüffert-dommen i EU-domstolen som begrunnelse for å sette søkelyset på den norske forskriften. Rüffert-dommen fra april 2008 satte nettopp forbud mot at offentlige myndigheter kunne kreve at det må betales lønn på høyde med tarifflønn ved offentlige byggeoppdrag.

> Om ESA får de som de vil, kan tilbydere i offentlige anbud gå under tarifflønn, også i helsesektoren.

Tarifflønn kan bare kreves hvis avtalene er allmenngjort på en måte som EU-domstolen godkjenner. I dag er tre tariffavtaler allmenngjort.

Dette betyr at det bare er en liten del av norsk arbeidsliv som dekkes av allmenngjorte tariffavtaler. Ved byggeoppdrag er riktignok tariffavtalen for byggfag allmenngjort, men for eksempel ikke for elektrikere og yrkesgrupper utenom sjølve byggfagene.

Det er derfor viktig at tariffavtaler allmenngjøres i større deler av arbeidslivet. Det er NHO sterkt imot. De får støtte fra Høyre og Fremskrittspartiet.

Ingen ankemulighet

I august 2010 gikk regjeringen et halvt skritt tilbake i forhold til hva den lovte i Soria Moria II. Den sendte ut på høring et forslag som vil begrense forskriften til å gjelde bransjene bygg og anlegg, reinhold, transport, hotell og restaurant i tillegg til helse- og omsorgssektoren.

Det er liten grunn til å tro at ESA vil se med blidere øyne på den norske forskriften om den begrenses til deler av arbeidslivet. Hvis ESA konkluderer med at forskriften – også med de begrensninger som regjeringen foreslår – er i strid med EØS-retten, har regjeringen muligheten for å la seg stevne for EFTA-domstolen.

EFTA-domstolen vil kunne komme til samme konklusjon som ESA. Juridisk er da løpet kjørt. Det fins ingen ankeinstans.

Lønnskonkurranse

Det betyr at politisk innsats kan bli nødvendig for å sikre den norske forskriften. Denne forskriften er i samsvar med ILO-konvensjon 94, en konvensjon som 58 land har ratifisert, deriblant de fleste EU-land. Norge ratifiserte konvensjonen i 1996.

ILO-ledelsen har reagert kraftig på Rüffert-dommen. I en erklæring fra oktober 2008 fastslår den at ILO-konvensjon 94 er viktig av to grunner:

- Konvensjonen hindrer at lønn, arbeidstid og arbeidsvilkår blir avgjørende for hvem som blir tildelt et offentlig oppdrag.
- Konvensjonen sikrer at offentlige kontrakter ikke kan bidra til et press nedover på lønns- og arbeidsvilkår.

Skulle ESA konkludere med at ILO-konvensjon 94 må settes til side slik at det åpnes for lønnskonkurranse om offentlige oppdrag, kan saken som nevnt ende i EFTA-domstolen.

EFTA-domstolen har til oppgave å håndheve EØS-regelverket. Det regelverket sier ingen ting om forholdet til ILO-konvensjoner. Det er ingen grunn til å godta at overvåkingsorganet ESA og EFTA-domstolen har myndighet til å avgjøre hvilke ILO-konvensjoner som skal gjelde i Norge. Det kan bare Stortinget gjøre.

Men EØS-jussen er klar. Dommer felt av EFTA-domstolen går

Illustrasjonsfoto: Colourbox

foran alt Stortinget måtte vedta. Det er derfor politisk innsats må til for å hindre at det felles en dom som avvikler den norske forskriften om lønns- og arbeidsvilkår ved oppdrag for det offentlige.

Politisk innsats

Den politiske innsatsen må rettes mot å få flest mulige EU-land til å kreve ILO-konvensjon 94 ivaretatt. Politiske partier må få sine søsterpartier i EU-land til å gå inn for et slikt krav. Fagforbund må kontakte sine samarbeidsforbund i EU-land om det samme. KS, fylkeskommuner og kommuner må ta saken opp i sine europeiske samarbeidsorgan, blant annet gjennom de regionale Brussel-kontorene. Og regjeringen vår må søke samarbeid med andre regjeringer som vil at ILO-konvensjon 94 skal gjelde.

Det er bekymringsfullt at ikke alle politiske miljøer i Norge vil gå inn i et slikt arbeid med liv og sjel. NHO vil ikke være med på noe slikt, og talspersoner for Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre fra Stortingets næringskomité har gått sterkt ut mot den aktuelle forskriften. Elisabeth Røbekk Nørve fra Høyre fastslår «at Høyre i denne saken er på linje med ESA». (Klassekampen 23.7.09) Fremskrittspartiets Kåre Fostervold er enig: «Fri konkurranse er viktigere enn å bevare lønnsnivået i Norge! Vi har ingenting med å kreve at utenlandske selskaper skal betale norsk lønn.» (ABC Nyheter 24.7.09)

Sosial dumping

Det politiske klimaet burde likevel være gunstig. EU-kommisjonen strever med å blidgjøre fagbevegelsen i Europa etter Rüffert-dommen fra mai 2008. Både for EU-kommisjonen og for mange EU-regjeringer er forholdet til fagbevegelsen både følsomt og viktig i ei krise der belastningene i land etter land legges på lønnstakerne – og der faren for sosial dumping er mer åpenbar enn noen gang.

Et tegn på at kampen om ILO-konvensjon på ingen måte er avgjort, er at EUs viktigste organ, Kommisjonen, Ministerrådet og EU-parlamentet, gang på gang har vedtatt at alle «oppdaterte ILO-konvensjoner» må ratifiseres av alle EU-land. ILO-konvensjon 94 er én av 76 oppdaterte ILO-konvensjoner.

På aller høyeste EU-nivå, da regjeringssjefene i EU møttes på EU-toppmøte i september 2009, vedtok de at «respekten for ILOs kjernekonvensjoner og andre oppdaterte konvensjoner skal styrkes». ILO-konvensjon 94 er som nevnt én av de oppdaterte ILO-konvensjonene.

Må forsvares

ILO-konvensjonene springer ut av et globalt trepartssamarbeid av avgjørende betydning for standarder i arbeidslivet over hele kloden. Det er ingen grunn til å godta at ESA og EFTA-domstolen har myndighet til å avgjøre hvilken status ILO-konvensjoner skal ha i Norge.

Det vil være stor forståelse rundt om i EU for at ILO-konvensjon 94 må forsvares. Hvis ESA og EFTA-domstolen forbyr forskriften om tarifflønn ved offentlige oppdrag, må det jobbes iherdig politisk innover i EU både fra regjering, kommuner, partier og fagforbund. ||||

Navn: **Marie Aakre**
Bakgrunn: **Leder Rådet for sykepleieetikk**
E-post: **marie.aakre@sykepleieforbundet.no**

Veien til erfaringsklokskap

Det er lite å lære i tause kulturer, og umoralske handlinger får lettere plass.

Spørsmålet dukker opp på alle slags seminarer om praktisk etikk. På ulike vis styrkes refleksjonsarbeidet i sykehjem og i hjemmetjenester. Men så dukker altså spørsmålet opp: Skal det være frivillig eller obligatorisk å delta?

Hvorfor er etisk refleksjon så viktig?
Løgstrup gir et tydelig svar; den enkelte har aldri med et annet menneske å gjøre uten at han holder noe av dets liv i sin hånd. Vi vet det kan handle om lite eller mye, og noen ganger er våre roller så viktige at det faktisk handler om den andres liv skal lykkes eller ei. Refleksjon er viktig fordi vi har stor makt og innflytelse i våre roller, og fordi vi alle holder på med moralske og umoralske handlinger hele tiden. Sykepleie er både livsviktig og livsfarlig, avhengig av den enkeltes dømmekraft i praksis.

Etisk refleksjon må gjelde alle og ikke være frivillig!

Reflektert praksis fremmer moralsk praksis. Sykepleiere arbeider i sårbare fortrolighetsrom med stor posisjonsmakt (innflytelse). Svein Aage Christoffersen sier i sin bok om profesjonsetikk at den profesjonelle både skal reflektere og beslutte under handlingspress.

Felles etisk refleksjon er en forutsetning for profesjonell dannelse. Vi er på jakt etter Phronesis (Aristoteles), som betyr den praktiske klokskap, og den utvikles bare gjennom trening i etisk refleksjon. Profesjonalisering av praktiske yrker forutsetter mulighet for å finslipe erfaringer, inntrykk og vurderingsevne sammen med kolleger.

Phronesis er opptatt av våre handlingsvalg, av vår evne til å analysere verdier (verdirasjonalitet) før vi velger hvordan vi handler. Phronesis er opptatt av det som ikke kan forutbestemmes eller sikres av regler, prosedyrer og standarder, alle de uforutsigbare møtene med andre mennesker som krever spesielle overveielser, skjønnsutøvelse og gode valg her og nå.

Ingen vil stelle fru Blom
Denne refleksjonssamlingen fant sted på et norsk sykehjem:

Vi satt i en sirkel på samtalerommet. Refleksjonssamlingen skulle vare i 20 minutter og jeg trekker et refleksjonskort der det står; «Ingen vil stelle fru Blom. Hva gjør du?» Jeg så raskt en sterk reaksjon hos en av de ansatte, hun pustet tungt og kjempet med både gråt og sinne før hun sier; Hvor mye skal vi egentlig tåle? I forrige uke ringte pasient n.n. på klokka hvert 10. minutt, og da jeg kom inn etter en stund sa hun rett opp i ansiktet mitt at jeg er ond og farlig. Jeg føler meg tråkket på og holder meg unna. Flere andre i gruppa gir uttrykk for forståelse og støtte. Jeg leser kortet en gang til; «Ingen vil stelle fru n.n. Hva gjør du?»

Jeg ber dem snakke taust med seg selv i tre minutter før de deler med sin nabo hva de personlig vil gjøre. Det kokte i rommet, og vi avrundet med noen korte tanker om modige møter med oss selv, og barmhjertighetens idé om å tåle.

Phronesis kan ikke læres på annen måte enn å leves ut, reflekteres og modnes gjennom erfaring og dialog. Gode fagfolk kan vokse hvis de reflekterer over inntrykkene i praksis. Dette er veien til erfaringsklokskap.

Liten erfaring
De ansatte er fulle av etiske spørsmål, ubehagelige og sterke inntrykk, vanskelige valg og komplekse etiske dilemma. Men de fleste, både ledere og ansatte er inkompetente til å snakke om dette, de har liten erfaring med etiske diskurser, de har fått lite hjelp til å implementere og forankre både sin profesjonsetikk og arbeidsplassens kjerneverdier, og føler derfor refleksjonsarbeidet truende. Funn fra sykepleiekulturer i flere land som ble presentert av Ann Callagher på ICN`s internasjonale sykepleiekongress i mai bekrefter mange fellestrekk.

På spørsmålet om hvor vi sykepleiere står i moralsk praksis peker hun på;

- moralsk inkompetanse, mange opplever seg uforberedt og ukvalifisert
- moralsk blindhet (høy jobbtilfredshet, men forstår ikke hva vi ikke forstår)
- moralsk indifferens (lite samstemte, utydelighet og uenighet i hverdagskulturer)

Omsorgens kjerne handler om å bygge kulturer der barmhjertighetstanken er det sentrale. Utenfor det kvantifiserbare ligger nærværet, tilliten, roen, trøsten, meningen, verdigheten. Hverdagskulturen kan frigjøre eller hemme dette, mye avhengig av hverdagsledelse (normativt lederskap).

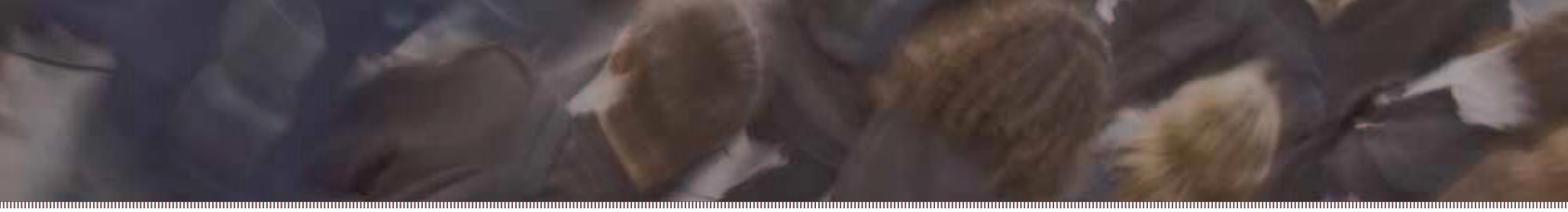
Ansatte i helse og omsorg opplever trange vilkår for fagutvikling og mangel på tydelige, tilgjengelige, troverdige og trygge hverdagsledere. Systematisk og langsiktig bygging av hverdagskulturen der tjenestene utføres blir derfor svært krevende. Vi vet at det særlig er bygging av refleksjonskulturer og tilbakemeldingskulturer som fremmer arbeidsglede og moralsk praksis.

I refleksjonen sier vi «jeg», ikke «man» eller «du» eller «en» når vi snakker. Vi tar plass og lukker opp dørene! Vi sier hva vi tenker for å vite hva vi mener. Vi klatrer vi på hverandres tanker, trener på lyttekompetanse. I refleksjonen deler vi oppriktige reaksjoner og gir tydelige tilbakemeldinger. Vi trener på relasjonsmot, der alles stemme må ta/få plass. Vi setter grenser

Faste bidragsytere

Professor i sykepleie ved Universitetet i Nordland **Berit Støre Brinchmann**

Professor ved seksjon for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo **Per Nortvedt**



for uakseptabel atferd, og hvordan vi bør gjøre det.

Sykepleierens etikkansvar

I sykepleiens yrkesetiske retningslinjer er det foreslåttet nytt punkt: Sykepleieren har ansvar for å anvende de yrkesetiske retningslinjer i sitt arbeid, og skaper rom for etisk refleksjon i hverdagen.

Alle former for spørrende, nysgjerrige, ettertenkende frimodige spørsmål og undringer bør prege god praksis. Refleksjon er både naturlig, og nødvendig, men må allikevel oppøves og læres i systematisk dannelsesarbeid. Det er stor forskjell på refleksjon med seg selv, med en kollega i en konkret arbeidssituasjon, og systematisk refleksjon i åpne grupper av kolleger. Det bør skilles mellom faste stunder med etisk refleksjon, diskurser om etiske dilemma, og personlig veiledning.

Etikk er alvor, det er krevende og det haster å styrke tydelighet og relasjonsmot. Vi har altfor mange skremmende eksempler på større og mindre feil som kunne vært unngått, og som i langt større grad burde fremme bevissthet og læring.

Må gjelde for alle

I Sykepleien nr. 6/2011 etterlyser redaktøren større kraft i verdidebatten. Denne betimelige etterspørsel begrunnes blant annet med det u-religiøse Norge. Etikkarbeidet kan nok ha mye med religion og livssyn å gjøre, men religion er ikke det samme som etikk. Vi er alle bærere av verdier som styrer våre valg, og vi er alle ansvarlige for å fremme moralsk praksis.

Etisk refleksjon må gjelde alle og ikke være frivillig! Mennesker som arbeider med mennesker bør være forpliktet både med å bidra til og å delta i etisk refleksjon om egen og andres innflytelse. Det er dessverre gode grunner til å spørre om sykepleiens utydelighet er et signal om manglende etisk refleksjon og identitetsdannelse i praksis. ||||

ANSVAR: Ledere bør ikke kunne tilby helsehjelp uten at de legger til rette for fagutvikling og etisk refleksjon. Ansatte bør heller ikke påta seg det faglige ansvaret uten denne muligheten, skrier Marie Aakre. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

Til refleksjon

- Arbeider du i en reflekterende hverdagskultur?
- Har dere faste refleksjonsstunder på din arbeidsplass?
- Hva skal til for at alle deltar i systematisk etisk refleksjon hos dere?

Send din mening på epost til interaktivt@sykepleien.no, eller skriv til Sykepleien, boks 456 Sentrum, 0104 Oslo. Du kan også lese inn din reaksjon på telefon 22 04 33 65. Reaksjoner fra leserne trykkes i neste nummer.

www.sykepleien.no

Flere dilemma på sykepleien.no under fanen interaktivt.

Navn: **Cathrine Sandnes**
Yrke: **Redaktør av tidsskriftet Samtiden**
E-post: **cathrine.sandnes@samtiden.no**

Å leve og la dø

Noen ganger bør samfunnet kunne operere med en form for dobbeltmoral.

Man må ha dobbeltmoral», sa mannen min. Det er, til ham å være, en oppsiktsvekkende holdning. Vanligvis pleier han å være godt over snittet opptatt av at man skal mene det man sier, og si det man mener. Men etter en episode av den relativt lettfordøyelige tv-serien om diagnostikeren House, var han altså klar for å kaste gamle prinsipper over bord. Den episoden vi nettopp hadde sett, kulminerte i at doktor House lovet å bistå sin kollega når livet med Huntingtons – også kjent som Setesdalsrykkja – ville gjøre livet hennes uutholdelig. I tv-seriens dramaturgi fremsto det som et innlysende riktig standpunkt: En grusom og uhelbredelig sykdom, som ender i store smerter og galskap, satt opp mot et system som insisterer på å holde deg i live så lenge som mulig. Hvor målet på sivilisasjon er at vi insisterer på at alt liv er beskyttelsesverdig. Og at det ikke er opp til mennesket å leke Gud.

Selv uten å tro på Gud er jeg enig i at mennesker ikke skal leke at de er allmektige. Men jeg syns heller ikke det er innlysende riktig å insistere på at mennesker skal leve, uansett hva slags liv man lever. Det er et spørsmål som dukker opp når man gjør alt som står i vitenskapens makt for å redde uhyre premature barn, som høyst sannsynlig – men ikke helt sikkert – kommer til å leve et kort liv med store handikap. Men det blir enda mer påtrengende i den andre enden av livet, når det ikke lenger er et spørsmål om man er i ferd med å dø, men hvor mye smerte man skal måtte tåle før man får slippe. Jeg vil tro de fleste av oss som er rundt førti kjenner noen som baler med problemstillingen.

> Loven hadde ikke ført til en «dødsturisme».

For to år siden fikk jeg et manus tilsendt av en mann på 80 år. Det var et forsvar for aktiv dødshjelp, skrevet av en kreftsyk mann som fryktet å bli hjelpeløs mer enn han fryktet døden. I artikkelen skrev han om hvordan lovgivningen er utformet i henholdsvis Sveits og i Oregon, USA, som har åpnet for at terminalt syke mennesker skal kunne få utskrevet medisin så de selv kan få avslutte livet i det han kalte «kontrollerte former». Lovgivningen forutsetter bekreftelse fra to selvstendige medisinske instanser om at sykdommen er uhelbredelig, bekreftelse fra pasienten selv om at det er dette vedkommende ønsker, samt to vitner. Loven forutsetter også at det ikke finnes noen økonomisk vinning, i form av forsikringspoliser eller lignende, ved dødsfall. Det er pasienten selv som står for selve avslutningen, legens rolle er på mange måter begrenset til å bekrefte at pasienten lider av en dødelig sykdom og å skrive ut resepten.

Etter ti år ble loven evaluert i Oregon: Den viste at over halvparten av dem som hadde bedt om resepten, valgte ikke å bruke den. Evalueringen viste også at loven ikke hadde ført til en «dødsturisme», hvor staten ble oversvømt av tilreisende syke. Og den viste ingen tendens til eksplosiv økning: Tallene på dem som valgte å avslutte livet lå stabilt mellom 30 og 40 i året. De har, i likhet med dødssyke mennesker i Sveits, fått avslutte livet under tilsyn av medisinsk personale og med familien rundt seg. Rent umiddelbart fremstår det utvilsomt som et bedre alternativ enn mye annet man har hørt om. «Dette har ingen likhet med selvmord. Det er en human slutt på et liv som allerede er under avslutning», skrev den syke, men forbløffende kampklare mannen.

Man trenger litt, men ikke fryktelig sterk fantasi for å kunne se seg selv i situasjonen til den 80 år gamle mannen: Det er liten tvil om at hans bilde av seg selv ikke sammenfaller med det bildet samfunnet rundt har av en dødssyk mann på 80 år. Der han ser det engasjerte og interesserte mennesket han alltid har vært, ser andre enn avkreftet mann som trenger mating og vasking. Det andre opplever som et tilbud om medisinsk hjelp, opplevde han som tvang til å leve i uverdige tilstander. «Vi får nesten ikke lov til å dø», sukket han og påpekte at den medisinske utviklingen nå har kommet så langt at det må være på tide å revurdere den hippokratiske edens løfte om ikke å «gi dødelig gift til noen som ber om det, heller ikke gi råd til hvordan de kan avslutte sitt liv».

Kanskje er det sant at vi, som samfunn, må operere med en form for dobbeltmoral om vi – på den ene siden – skal si at livet er ukrenkelig og på den annen side la alvorlig syke mennesker få lov til å ta den største beslutningen selv. Man kan være fristet til å konkludere med at noen ganger er dobbeltmoral dobbelt så bra som vanlig moral. Spørsmålet er om det er sant at det er mer moralsk høyverdig, enn si etisk riktig, å tvinge folk til å leve i smerte lenger enn nødvendig.

Øvrige gjesteskribenter 2011:

Martine Aurdal
Leder av samfunnsavdelingen i Dagbladet

Ingvar T. Skjerve
Sykepleier og forfatter

Kristin Heggen
Professor i helsefag, Universitetet i Oslo

Anders Folkestad
Leder i Unio

AMBIO Helse AS støtter opp under kompetansehevingen i det norske helsevesenet gjennom fagutvikling, rekruttering og vikarformidling. AMBIO Helse AS er en del av AMBIO Gruppen som består av AMBIO Miljørådgivning, AMBIO Ingeniørtjenester, AMBIO Rekruttering og AMBIO Helse.

AMBIO HELSE
VI BRYR OSS

Vi har ledige sommervikarer!

Vi har fremdeles dyktige lege-/sykepleierstudenter og helsefagarbeidere som venter på å få sommerjobb.

- **Samtlige vikarer** er kvalitetssikret gjennom en grundig rekrutteringsprosess og vi garanterer bestått grunnkurs i legemiddelhåndtering før de kommer på jobb første dag.
- **Vær trygg** på at du har nok fagpersonell på plass denne sommeren; kontakt oss i dag for mer informasjon.

Besøk www.ambio.no eller ring oss på telefon 22 41 17 02.

Har alle dine sommervikarer godkjent medisinkurs?

Vi tilbyr nettbaserte kurs som vikarene kan gjennomføre før de kommer på jobb første dag.

- **Grunnkurs** i legemiddelhåndtering for helsefagarbeidere og ufaglærte
- **Oppfriskningskurs** i legemiddelhåndtering for helsefagarbeidere og ufaglærte
- **Oppfriskningskurs** i legemiddelhåndtering og medikamentregning for sykepleiere
- **Oppfriskningskurs** i legemiddelhåndtering og medikamentregning for vernepleiere

Besøk www.medisinkurs.no for mer informasjon.

AMBIO Helse AS | tlf: 22 41 17 02 | e-post: helse@ambio.no **www.ambio.no / www.medisinkurs.no**

Bli med til fantastiske Sør-Afrika!

Sør-Afrika, safari og storbystemning!

Nå har du muligheten til å oppleve Sør-Afrika sammen med sykepleiens lesere. På turen vil du oppleve vakker natur, millionbyer, ville dyr, dramatisk apartheidhistorie, utsøkte viner og spennende shopping.

Vi begynner med en storslått safaritur i det berømte reservatet Entabeni, som blant annet er kjent for big five: løve, leopard, bøffel, elefant og neshorn. Slik kommer du helt tett på det imponerende dyrelivet og den pulserende naturen. Kvelden byr på ekte afrikansk bush braii i den storslåtte afrikanske naturen med grillmat under stjernene.

Nå går turen til Cape Town, en av verdens vakreste byer. Her venter Victoria & Alfred Waterfront som er Sør-Afrikas mest besøkte turistattraksjon og som byr på liv og røre med gatemusikanter, spennende butikker, jazzpuber mm. Vi besøker en av de berømte og beryktede townships som var de sortes område, samt et av landets berømte vindistrikt. Båtutflukt tar oss ut til den beryktede fengselsøya Robben Island hvor Nelson Mandela satt fengslet i 17 år. Deretter får du oppleve de lekne sel- og pingvinkoloniene utenfor Kapphalvøya. Du kan glede deg til en spennende tur!

Avreise : 17. november 2011
Pris: Kr. 19.990,- (Tillegg for enkeltværelse, kr. 2.990,-)

Program

Dag 1 Avreise fra Oslo med kurs mot Johannesburg
Dag 2 Johannesburg – Entabeni Game Reserve
Dag 3 Entabeni-reservatet og safari
Dag 4 Entabeni-reservatet og safari
Dag 5 Entabeni-reservatet. Fly fra Johannesburg til Cape Town
Dag 6 Vinlandet & Township-besøk
Dag 7 Båtutflukt til Robben Island
Dag 8 Kapphalvøya
Dag 9 På egen hånd. Hjemreise
Dag 10 Hjemkomst Oslo

Prisen inkluderer:
Svensk eller norsk reiseleder.
• Fly med BA: Oslo – Johannesburg, Johannesburg – Cape Town – Oslo. • Transport flyplass – hotellet t/r. • Orienterende byrundtur.• 4 hotell-overnattinger på The Ritz (3 stjerners), som beskrevet i programmet. • 3 netter på Entabeni Game Reserve. • Frokost alle dager. Det er lettvint, særdeles godt og billig å spise i Sør-Afrika – utvalget er svært variert og prisene er ca. halvparten av prisen i Norge. • Lunsj dag 3,4 5, 6, 8. Middag dag 2, 3, 4, 8. Alle skatter og avgifter. • Utfluktspakke, vennligst se detaljer i dagsprogram.

Informasjon og påmelding
Les mer på www.albatros-travel.no/sykepleien. Albatros Travel, tlf. 800 58 106,
e-mail info@albatros-travel.no
Vennligst opplys reisekode SYK

Albatros travel

RGF REISEGARANTIFONDET

B-Postabonnement

Returadresse:
Sykepleien
Postboks 456 Sentrum
NO-0104 Oslo

PORTO BETALT
PORT PAYÉ
NORGE

- Månedlig prevensjon, ingen piller å huske
- Lavere østrogendose (ethinyløstradiol) enn kombinasjons p-piller[1]
- Bedre blødningskontroll enn kombinasjons p-piller
  (med 30 µg etinyløstradiol og levonorgestrel[2] eller drospirenon[3])

NUVARING®
(etonogestrel/ethinylestradiol)

Før forskrivning av Nuvaring® se preparatomtalen

C **NuvaRing "Organon"**
Antikonsepsjonsmiddel

ATC-nr.: G02B B01

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. 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. 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, otosklerose-relatert hørselstap, (arvelig) angionevrotisk ødem. Ved akutte eller kroniske forstyrrelser av leverfunksjon seponeres preparatet inntil markørene for leverfunksjon går tilbake til normalen. Kan nedsette perifer insulinresistens og glukosetoleranse og kvinner med diabetes bør monitoreres nøye spesielt de første månedene. En forverring av Crohns sykdom og ulcerøs kolitt har vært assosiert med hormonell antikonsepsjon. Kvinner med tendens til 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 tetracykliner, noe som kan redusere konsentrasjonene av etinyløstradiol. Sikkerhet og effekt påvirkes ikke av behandling med antimykotika eller spermiedrepende midler. Andre legemidlers metabolisme kan påvirkes, ved at plasma- og vevskonsentrasjoner øker (f.eks. ciklosporin) eller reduseres (f.eks. lamotrigin). **Graviditet/Amming:** *Overgang i placenta:* Hvis graviditet oppstår, skal ringen tas ut. Effekten ved bruk av preparatet under graviditet, er ukjent. Til tross for intravaginal administrering er intrauterine konsentrasjoner av 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. **Oppbevaring og holdbarhet:** Grossist og apotek: Kaldt (2-8°C). Hos bruker: Romtemperatur (<30°C), ikke over 4 måneder. **Pakninger og priser:** 1 stk. kr 117,40. 3 stk. kr 297,10.
Sist endret: 07.06.2010

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

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

Copyright © 2010 Merck Sharp & Dohme Corp., a subsidiary of Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, NJ, USA. All rights reserved.

10-2012-NUV-2010-SCAN(NO)-4987-J

MSD
MSD (Norge) | Pb. 458 Brakerøya | N-3002 Drammen | Telefon 32 20 73 00 | Faks 32 20 73 10 | www.msd.no | Fullmektig i Norge: Schering-Plough AS