

Redder millioner av liv

Tore Godal er lite kjent blant folk flest. Men han er trolig en av de som har gjort mest for å få ned barne- og mødredødeligheten i verden.

Side 28

Pandemien gir bedre medisinsk utstyr Side 6

Følger ikke bemanningsplanene Side 16

– For mange gjør som før Side 24

FAG: Helsepersonell vet for lite om HIV Side 58





Daivobet[®] er et førstevalg ved behandling av psoriasis

Daivobet[®] er å foretrekke sammenlignet med Daivonex[®] krem fordi pasienter får effektiv behandling på halve tiden med bare en kvart mengde legemiddel til halvparten av prisen.

Derfor er **Daivobet[®]** et logisk førstevalg.



LEO Pharma AS eies hundre prosent av den uavhengige og private stiftelsen The LEO Foundation. LEO har ingen aksjonærer og betaler ikke utbytte til eksterne eiere. Alt overskudd fra vår virksomhet brukes til forskning og utvikling. Uavhengighet, effektivitet, stabilitet og ansvar er kjerneverdier for vår virksomhet. www.leo.no

C **Daivobet® LEO**

Middel mot psoriasis.

ATC-nr.: D05A X52

T **SALVE:** 1 g inneh.: Calcipotriol 50 µg, betametasonpropionat tilsv. betametason 0,5 mg, flytende parafin, polyoksypropylen-15-stearyleter, α-tokoferol, hvit vaselin til 1 g. **Indikasjoner:** Behandling av stabil plaque psoriasis vulgaris egnet for lokal terapi. **Dosering:** Påsmøres det affiserte område 1 gang daglig. Den anbefalte behandlingsperiode er 4 uker. Etter denne periode kan gjentatt behandling med Daivobet initieres etterlegens anbefaling. Maks. daglig dose 15 gram, maks. ukentlig dose 100 gram. Behandlet område skal ikke være mer enn 30% av kroppens overflate. Anbefales ikke til barn eller ungdom <18 år. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Pga. innholdet av calcipotriol er preparatet kontraindisert hos pasienter med forstyrrelser i kalsiumstoffskiftet. Pga. av innholdet av kortikosteroid er preparatet kontraindisert ved viruslesjoner i huden (f.eks. herpes eller varicella), sopp- eller bakterieinfeksjoner i huden, infeksjoner forårsaket av parasitter, hudmanifestasjoner i forbindelse med tuberkulose eller syfilis, rosacea, perioral dermatitt, akne vulgaris, atrofisk hud, atrofisk striae, skjørhet av hudvev, iktyose, akne rosacea, hudsår/-skader, perianal og genital kløe. Ved guttat, erythrodermisk, eksfoliativ og pustuløs psoriasis. Ved alvorlig nyreinsuffisiens eller alvorlig leversykdom. **Forsiktighetsregler:** Unngå applikasjon og utslisiktet overføring til hodebunn, ansikt, munn og øyne. Hendene må vaskes etter hver påsmøring. Samtidig behandling med andre steroider må unngås. Hemmet binyrebarkfunksjon eller innvirkning på den metabolske kontroll av diabetes mellitus kan forekomme pga. systemisk absorpsjon. Applikasjon på store områder av skadet hud, under okklusjon, på slimhinner eller i hudfoller bør unngås, da det øker det systemiske opptak av kortikosteroider. Huden i ansiktet og genitalia er svært følsom for kortikosteroider. Langtidsbehandling av disse kroppsdeler bør unngås. Disse områdene bør behandles med svakere steroider. Når lesjonene blir sekundærinfisert bør antimikrobiell behandling gis. Behandlingen med kortikosteroider bør stoppes om infeksjonen forverres. Når en behandler psoriasis med topiske kortikosteroider kan det være en risiko for utvikling av den pustuløse form eller «rebound»-effekt ved seponering. Det er økt risiko for lokale og systemiske kortikosteroidbivirkninger ved langtidsbehandling. Behandlingen bør seponeres hvis bivirkninger oppstår som følge av lang tids bruk av kortikosteroider. Det er ingen erfaring med bruk av produktet i hodebunnen. Det er ingen erfaring med samtidig bruk av andre psoriasismedler gitt lokalt eller systemisk, eller samtidig bruk av fototerapi. **Graviditet/Amning:** Overgang i placenta: Det foreligger ingen data for bruk til gravide. Bør derfor kun brukes under graviditet der fordelene synes større enn risikoene. Overgang i morsmelk: Betametason går over, men risiko for barnet synes lite sannsynlig ved terapeutiske doser. Det foreligger ingen data på overgang av calcipotriol i melk. Forsiktighet bør utvises ved forskrivning til ammende. **Bivirkninger:** Hyppige (>1/100): Hud: Kløe, utslett, sviende følelse i huden. Mindre hyppige: Hud: Smarter i huden eller irritasjon, dermatitt, erytem, forverring av psoriasis, follikulitt, pigmentforandringer i huden på applikasjonsstedet. Sjeldne (<1/1000): Hud: Pustuløs psoriasis. Calcipotriol: Rapporterte bivirkninger omfatter lokale reaksjoner, kløe, hudirritasjon, en sviende og stikkende følelse, tørr hud, erytem, utslett, dermatitt, eksem, forverring av psoriasis, fotosensitivitet og overfølsomhetsreaksjoner inkl. meget sjeldne tilfeller av angioødem og ansiktsødem. Systemiske effekter ved lokalbehandling kan i meget sjeldne tilfeller forårsake hyperkalsemi eller hyperkalsiuri. Betametason: Lokale reaksjoner kan inntre, særlig ved langvarig anvendelse, inkl. hudatrofi, teleangiectasi, striae, follikulitt, hypertrikose, perioral dermatitt, allergisk kontaktdermatitt, depigmentering og kolloid milia. Ved behandling av psoriasis er det en risiko for utvikling av den pustuløse form. Systemeffekter ved lokalbehandling av kortikosteroider er sjeldne hos voksne, men de kan være alvorlige. Adrenokortikal suppresjon, katarakt, infeksjoner og økt intraokulært trykk kan forekomme, særlig ved langtidsbehandling. Systemeffekter sees oftere ved okklusjonsbehandling (plast, hudfolder), ved påsmøring av store områder og ved langtidsbruk. Overdosering/Forgiftning: Symptomer: Bruk av mer enn anbefalt dose kan føre til forhøyet serumkalsium, som faller raskt når behandlingen seponeres. Overdreven langvarig bruk av topiske kortikosteroider kan hemme binyrebarkfunksjonen og gi sekundær adrenal insuffisiens, som normalt er reversibel. Behandling: Adrenal insuffisiens behandles symptomatisk. Ved kronisk toksisitet skal preparatet seponeres gradvis. Oppbevaring og holdbarhet: Åpnet tube må brukes innen 12 måneder. Pakninger og priser: 30 g kr 263,40, 60 g kr 448,70, 120 g kr 863,10

C **Daivonex® LEO**

Middel mot psoriasis.

ATC-nr.: D05A X02

T **KREM:** 1 g inneh.: Kalsipotriol 50 µg, makrogolacetostearyleter, cetostearylalkohol, klorallylhexsaminoklorid, dinatriumedetat, dinatriumfosfatdihydrat, glyserol, flytende parafin, hvit vaselin, rensert vann til 1 g. **Indikasjoner:** Plaque psoriasis. Dosering: Påsmøres tynt de affiserte hudområder 1-2 ganger daglig. I starten av behandlingen påsmøres kremen vanligvis 2 ganger daglig, deretter kan påsmøringen reduseres til én gang daglig etter behov. Vanlig behandlingstid er 6-8 uker, men pasienter kan behandles over lengre tid ved behov. Behandlingsfrie perioder er ikke nødvendig. Klinisk erfaring med behandlingstid ut over 1 år savnes. Maksimaldosering: Voksne: 100 g pr. uke. Kan kombineres med lokale kortikosteroider (f.eks. Daivonex om morgenen og steroid om kvelden). **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Hyperkalsemi. Samtidig bruk av legemidler som forhøyer serumkalsium. **Forsiktighetsregler:** Forsiktighet bør utvises ved bruk i hudfolder/intertriginøse områder. Begrenset erfaring ved behandling av barn. Bør ikke brukes i ansiktet pga. risiko for ansiktsdermatitt. Hendene vaskes etter påsmøring for å unngå overføring til ansiktet. Ved nedsatt nyrefunksjon bør serumkalsium kontrolleres før og etter behandling. **Graviditet/Amning:** Overgang i placenta: Sikkerheten ved bruk under graviditet er ikke klarlagt da erfaring fra mennesker er utilstrekkelig. Dyrestudier indikerer ikke reproduksjonstoksiske effekter. Preparatet bør unngås ved graviditet hvis ikke fordelene oppveier en mulig risiko. Overgang i morsmelk: Ukjent. Preparatet bør ikke brukes under amming. **Bivirkninger:** Hyppige (>1/100): Hud: Lett, forbigående irritasjon av behandlet hud. Lett, forbigående ansiktsdermatitt. Sjeldne (<1/1000): Metabolske: Hyperkalsemi. Oppløsning: Hos ca. 20% kan det forekomme irritasjon og hos ca. 10% rødhet av behandlet hud. **Overdosering/Forgiftning:** Bruk utover anbefalt dose kan forårsake forhøyet serumkalsiumnivå. Enkelttilfeller av hyperkalsemi er rapportert hos pasienter som har brukt salven i doseringen 200 g/uke eller mer. Kalsium normaliseres ved seponering. Se Giftinformasjonens anbefaling D05A X02. **Egenskaper:** Klassifisering: Kalsipotriol er en vitamin D3 analog som bindes til den spesifikke reseptor for vitamin D3 (1,25 (OH)2D3) i bl.a. hudkeratinocytter. Kalsipotriol har liten effekt på kroppens kalsiumomsättning, ca. 1% av 1,25 (OH)2D3. **Virkningsmekanisme:** Topikal applikasjon inducerer celledifferensiering og inhiberer den økte proliferasjon av keratinocytter, samt påvirker immunfunksjoner (cytokinpåvirkning). Det oppnås derved en reversering og normalisering av de abnorme keratinocytforandringer som sees ved psoriasis. **Absorpsjon:** Absorberes kun i liten grad gjennom huden. **Metabolisme:** Kalsipotriol metaboliseres hurtig til metabolitter med meget lav biologisk aktivitet. Pakninger og priser: Krem: 120 g kr 405,40.

Refusjonsberettiget bruk (Gjelder både Daivobet® og Daivonex®):

Initial behandling av stabil psoriasis vulgaris egnet for lokal terapi.

Refusjonskode:	ICPC	Vilkår nr.	ICD	Vilkår nr.
	S91 Psoriasis	25	L40 Psoriasis	25

Vilkår 25:

Før et eksem anses å være langvarig i denne sammenheng, må den samlede varighet ha overskredet tre måneder.

Sist endret: 21.04.2009



Noen budskap kommer tydeligere frem enn andre.

Et tydelig budskap krever en tydelig målgruppe. Tidsskriftet Sykepleien lander i postkassen til landets sykepleiere hver eneste måned – og leses i gjennomsnitt i 60 minutter av hver leser hver gang. Her treffer du både beslutningstakere og innkjøpsansvarlige innen helsesektoren,

samt en stor andel kvinner som ikke alltid nås gjennom alminnelige ukeblad-kanaler.* Våre lesere består rett og slett av en forutsigbar og homogen målgruppe som vi har mye kunnskap om. Sånt kan det bli tydelige budskap av.

* Kilde: Synovate 2008

sykepleien

Barth Tholens om 24/7

Stilling: Ansvarlig redaktør i Sykepleien

E-post: barth.tholens@sykepleien.no

Er det noe du er irritert på? Skriv til aksjonisten@sykepleien.no



Pleie-Eleven og Syke de Luca

Langt ut på åttitallet var Norge ennå et eksotisk land, tuftet på hjemmelivets gleder og oppbyggelige naturopplevelser.

Hjemme i sofaen så nordmenn på det samme NRK, de koste seg med Ali kokekaffe, og ledige stunder ble benyttet til å svinse omkring i skogen. Vi som jobbet, skulle helst jobbe samtidig. Myndighetene mente at det var helt unødvendig at vi skulle handle noe som helst eller benytte oss av andre servicetilbud etter klokka fem – eller to på lørdag. Etter dette klokkeslettet ble det følgelig helt dødt i byen. Og på helligdager så byen ut til å være rammet av kjemisk krigføring. Hvor var folk hen? Ikke på kafé i hvert fall.

Siden har alt blitt annerledes. Enhver Rimi-butikk som vil henge med, holder nå åpent til kl. 22 Du kan få eksperthjelp til å kjøpe møbler eller velge kjøkken på Ikea til nærmere midnatt. Og i Oslo må du være blind for ikke å snuble over 7-Eleven eller Deli de Luca hvor enn du snur deg. Der kan du få hva som helst når som helst, gjerne ekspedert av en svenske som godt vet forskjellen mellom Brie og Camembert.

Samfunnet er blitt døgnåpent. Godt er det, vil mange tenke. Vi er blitt mer urbane, og kunden er konge. Derfor jobber halve byen for å betjene den andre halvdel som ikke jobber, om det nå er helg, påske eller ferie.

Nå ja, det er ikke alle steder dette funker like godt. Mens servicenæringen tydeligvis har klart biffen, sliter norske sykehjem noe voldsomt med å bemanne et forsvarlig 24/7-tilbud. En fersk undersøkelse som konsultentselskapet Econ har gjort for Sykepleierforbundet, viser at kompetansen på personalet på sykehjem synker dramatisk når det nærmer seg helg. På hverdager er bare én av tre ansatte ufaglært. Når NRKs

gullrekke setter i gang fredag kveld, er halvparten av alle som jobber på sykehjem uten formell helseutdanning. Da er antallet sykepleiere blitt kraftig redusert. De som skal holde styr på livsviktige medisiner og foreta faglige vurderinger i truende sykdomsforløp, utgjør da bare en syvende del av personalet (normalt hver fjerde).

Sykehjemmene har i dag kun de aller sykeste eldre som pasienter. Alle andre må nøye seg med hjemmetjenesten. Det sier seg selv at det krever kunnskap å kunne betjene en såpass krevende pasientgruppe. Det henger derfor overhodet ikke på greip at mange personer helt uten helseutdanning blir sittende med viktige oppgaver på et sykehjem.

Syke, gamle mennesker er ikke mindre dårlige på lørdag enn de er på mandag.

Utallige er de beretningene som denne redaksjonen har mottatt gjennom årene, om sykepleiere som i helgene får ansvar for så mange pasienter at jobben umulig kan gjøres på en tilfredsstillende måte. Eller om ufaglærte som må ta avgjørelser de ikke aner konsekvensene av.

Pussig nok har nettopp helsetjenesten lengst erfaring i samfunnet med å opprettholde et døgnåpent tilbud. Econs undersøkelse viser nå at kvaliteten på dette tilbudet varierer så mye, at det er snakk om to forskjellige verdener. Men syke, gamle mennesker er ikke mindre dårlige

på lørdag enn de er på mandag. De dør like mye på helligdager som de gjør på hverdager. Skal vi da si at de har uflaks når de trenger hjelp på feil dag eller feil tidspunkt?

Årsakene til det varierende pleietilbudet er mange. Politikerne har aldri gått med på å vedta en bemanningsnorm som tallfester hvor mange sykepleiere det egentlig skal være per x antall pasienter på et sykehjem. Økonomien i kommunene varierer. Derfor er grunnbemanningen i mange tilfeller for lav. Avdelingsledere får rett og slett problemer med å få sydd sammen gode turnusplaner som sikrer et faglig forsvarlig tilbud. Resultat: Enten så tyner de sykepleiere, som vil føle et personlig ansvar for sine pasienter – eller så køler de på med innleide ufaglærte.

Kortsiktig løser det et problem. Men langsiktig er det en heller syk strategi. Selger du brød, røyk og bagetter på lørdagsnatt, er manglende eksamenspapirer ikke noe som direkte truer virksomhetens verdier. Men et sykehjem er ikke en pølsebod hvor eieren bare skal hoste opp noen over atten for å holde butikken i gang.



Forsidefoto: Therese Borge

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

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

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

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

Repro og trykk
Stibo Graphic AS



Sykepleiens formålsparagraf:

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

- 6 Pandemiens heldige bivirkning
- 8 Krever enda flere milliarder
- 9 **Vi bare spør:** Tove Wichstrøm
- 10 Ny Smartpris-konkurranse
- 12 Vil ha perfekte pasientrom
- 14 Etterlyser flere menn
- 16 Ikke etter planen
 - Turnusen det største problemet
- 20 Vil få det beste ut av alle
- 22 Pasientene lager egne strategier
- 24 – For mange gjør som før
 - – Bedre, men ikke glimrende
- 28 **Tett på:** Tore Godal
- 31 Vil ha Magnetsykehjem i Oslo
- 36 **Bøker:**
 - Forfatterintervju: Helge Svare
 - Anmeldelser
 - Månedens bok
 - Bokomtaler
 - 9 spørsmål til Mari Osmundsen
- 42 Over 5000 på ICN-kongress
 - Tuberkulose fortsatt hett tema
 - – Ingenting har hjulpet
 - – Hvorfor er nyutdannede så inkompetente?
 - Ny ledelse i ICN
 - De norske foredragsholderne
- 48 **Tema:** Telemedisin
 - Trener telemedisin i Telemark
 - Helse i hvert tastetrykk
 - Eldre sykepleiere presses ut
 - legene går fri
 - Sykepleierne i pc-kø mens pasientene venter
- 66 Øyeblikket
- 68 **Dilemma:** Åndelig overgrep?
- 70 Minneord
- 71 **Refleks:** Martine Aurdal
- 72 Siden sist
- 73 Meninger
- 73 Riskhospitalet
- 76 Quiz
- 77 Før

Fag i utvikling:

- 32 Det hjelper å snakke med barna
- 58 Hvordan hiv smitter
- 62 Lærer om smittevern etter norsk modell
- 64 Anne Grete Orlien om teknologi

- 81 Sykepleien JOBB – ledige stillinger
- 96 Meldinger, skoler og kurs

78 NSF:

- **Lisbeth Normann** om kamp
- NSF markerte seg på internasjonal sykepleierkongress
- Samhandlingsreformen – fra intensjon til handling

Sykepleiere fra hele verden

I sommer var 5000 sykepleiere samlet i Durban i Sør-Afrika. Hvordan bekjempe tuberkulose og vold var noen av hovedtemaene på den internasjonale ICN-kongressen.



Foto: Annens Lerdal

Pandemiens heldige bivirkning

Svineinfluensaen gjør at sykehusene endelig kan få oppjustert sitt medisinske utstyr. 393 respiratorer er bestilt, og annet utstyr følger etter. Statsråden spanderer.

Pandemien vil kreve mer utstyr, flere intensivsenger og mer personell, og det er bare en måned til første bølge ventes å være på topp. Foreløpig har helseregionene fått grønt lys til å handle det de trenger av utstyr. Dette vil sykehusene beholde etter at pandemien er over, får Sykepleien vite av Helsedirektoratet. Pengene er en ekstrabevilling fra øverste hold.

– Helse- og omsorgsdepartementet har formidlet at vi skal planlegge for å møte situasjonen best mulig, og at økonomi ikke skal være til hinder for dette. Vi er også bedt om å føre logg over kostnader knyttet til beredskapstiltakene. Det er foreløpig for tidlig å si hva innkjøpene vil koste, sier viseadministrerende direktør i Helse Sør-Øst, Bård Lilleeng.

Utstyrskrav

Den 3. august meldte helseforetakene inn sine behov for respiratorer til sentrale myndigheter. Helsedirektoratet mener det også må suppleres med mer overvåkingstut-

styr, sprøytepumper og dialyseutstyr, men her slipper sykehusene å innrapportere behovet først.

Totalt har sykehusene 600 respiratorer, hvorav 200-250 til enhver tid er belagt. Helsedirektoratet mener man da har behov for mellom 300 og 400 nye respiratorer og har bedt de enkelte helseregioner anskaffe respiratorer i samsvar med direktoratets vurderinger, totalt 393 nye respiratorer. Halvparten av dem er enkle såkalte beredskapsrespiratorer, mens resten er mer kompliserte intensivrespiratorer. I tillegg gis Rikshospitalet mulighet til å kjøpe inn fire ECMO-enheter til bruk ved alvorlig respirasjonssvikt. Sykehuset anslår å kunne betjene inntil seks pasienter for slik personellkrevende behandling under den kommende pandemien.

– Totalt vil respiratorene koste mellom 50 og 60 millioner kroner, inkludert de fire ECMO-enheterne, sier Terje Skansen, administrerende direktør i HINAS, som er helseforetakenes innkjøpsservice.



– Vil respiratorene komme i tide?

– I løpet av tre uker vil 80 prosent av intensivrespiratorene være

Totalt vil respiratorene koste mellom 50 og 60 millioner kroner, inkludert de fire ECMO-enheterne.

Terje Skansen, HINAS.

på plass og vi har fått signaler om at produsentene har leveringsevne innenfor tidsfristen, sier assiste-

rende direktør i Helsedirektoratet, Bjørn Guldvog, til Sykepleien den 5. august.

– Hvorfor kjøper dere ikke bare de enkle modellene – influensapasienter trenger vel ofte ikke de mest kompliserte?

– Prisforskjellene har blitt vesentlig mindre mellom de enkle og de mer kompliserte intensivrespiratorene, og etterbruken skal også sikres. Da vil intensivrespiratorer være mest aktuelt, sier Guldvog.

Flere sengeplasser og sykepleiere

Manglende sengeplasser og personell er de andre to hovedutfordringene sykehusene står overfor når



BÅDE ENKLE OG KOMPLISERTE: Av de 393 respiratorene som er bestilt, vil 220 være intensivrespiratorer mens 173 vil være for transport og beredskap. Illustrasjonsbildet viser en respiratorpasient på Oslo universitetssykehus, Ullevål. Foto: Erik M. Sundt

pandemien slår til for fullt. Den 20. august er fristen for landets helseforetak til å sende inn en oversikt til sine respektive helseregioner over hvordan disse utfordringene skal løses.

Sengekapasiteten er vanligvis utnyttet med cirka 80 prosent. Det vil derfor bli nødvendig å frigjøre andre arealer i sykehusene til behandling av intensivpasienter.

– *Hvilke løsninger ser man for seg her?*

– Dette er det opp til sykehusene og de regionale foretakene å avklare. Vi forventer at de legger generelle prioriteringskriterier til grunn for en slik vurdering, slik at de helsemessige konsekvensene skal bli så små som mulig, sier Guldvog.

«Selv om influensapasienter med luftveisproblemer vil være mindre ressurskrevende enn tradisjonelle intensivpasienter, vil det være behov for et stort antall sykepleiere



Pandemien i tall

Første bølge med influensa A (H1N1) ventes å få sin topp allerede i løpet av fire til seks uker i Norge, regnet fra den 17. august. Myndighetene planlegger nå for 1,4 millioner syke (30 prosent) hvorav 14 000 (1 prosent) av disse vil trenge sykehusinnleggelse. 20 prosent av disse igjen, vil kunne ha behov for respirator. Helsedirektoratet har anslått et mulig behov for intensivplasser på inntil 1000 pasienter samtidig i de tyngste ukene, i tillegg til de 200 pasientene som vanligvis opptar plass i intensivavdelingene.

som må gis opplæring i overvåking og behandling av respiratorpasienter», heter det i et brev fra Helsedirektoratet til Helse- og omsorgsdepartementet den 3. august.

– *Hvor mange sykepleiere vil det være snakk om som skal få slik opplæring?*

– Det er umulig å si fra vår side. Det foregår en kartlegging i hver region nå, og ansvaret for opplæring ligger også der, sier Guldvog i Helsedirektoratet.

– *Hvor skal disse sykepleierne tas fra?*

– Vi legger oss ikke opp i hvordan dette løses i hver helseregion, men det vil vel være naturlig å bruke seg av sykepleiere som har jobbet med denne typen oppgaver tidligere, pluss andre med tilgrensende kompetanse, sier Guldvog.

25 prosent fravær

Myndighetene har tidligere bedt om at det planlegges for 40 prosent fravær av arbeidskraft i forbindelse med utbruddet av svineinfluensaen. Tallet er nå nedjustert til 25 prosent.

– Vi har nå fått mer erfaring med ny influensa A (H1N1). Basert på engelske prognoser mener vi at det er tilstrekkelig å planlegge med et høyeste anslag for fravær i arbeidslivet på 25 prosent ved denne influensapandemien, sier helsedirektør Bjørn-Inge Larsen i en pressemelding fra Helsedirektoratet.

I tillegg til dem som blir syke av influensaen, inkluderer dette tallet også det ordinære sykefraværet og dem som vil måtte være hjemme og ta seg av influensasynke personer.

Respiratorfordeling:

Dette er antallet respiratorer Helsedirektoratet har godkjent at de ulike helseregionene kjøper inn:

Helse Sør-Øst: 220
Helse Vest: 80
Helse Midt: 50
Helse Nord: 43
Sum: 393

Krever enda flere milliarder

Regjeringens milliard for å pusse opp og vedlikeholde sykehusbygg, har fått ben å gå på. NSF vil ha enda mer penger til neste år.

Milliarden regjeringen bevilget over 2009-budsjettet, er fordelt ned på hvert enkelt foretak. Det er blitt litt til alle. I Stavanger er de i god gang med oppussingen.

– Det er mange småprosjekter, og noen store. Vi er godt i gang. Pengene må jo brukes opp innen utgangen av året, sier foretakstillitsvalgt ved Helse Stavanger, Brit Bø.

Hun er glad for pengene som kom i regjeringens tiltakspakke. Nå får Helse Stavanger blant annet rustet opp ventilasjonsanlegg, luftsmiteisolat, intensivavdeling og oppgradert noen sengeposter.

– Vi får ordnet opp i ting som ellers ikke ville blitt gjort. Men vi har et stort etterslep. Det hadde ikke gjort noe om det kom enda en tiltakspakke, sier Bø.

Også i Nord har pengene fått ben å gå på.

– Vi har totalt 10-12 prosjekter som skal gjennomføres før jul. Mesteparten av prosjektene er rettet mot miljøarbeid og pasientforløp, sier Foretakstillitsvalgt ved UNN, Mai Britt Martinsen.

Hun sier UNN bare fikk 38 millioner kroner av Helse Nord sin pott. Likevel er Martinsen fornøyd med at pengene er gått til de beste prosjektene og til beste for pasientene.

– Kommer det flere penger til neste år, er det kjempebra. Vi har

mer enn nok av gode prosjekter å bruke dem på. Vi henger etter med vedlikehold og oppussing, sier hun.

Milliarden var en av regjeringens virkemidler for å bremse finanskrisen og å bremse oppsigelser i byggebransjen.

4 milliarder, takk

NSF mener behovet for oppussing av både sykehjem og sykehus er enormt. Forbundsleder Lisbeth Normann har skrevet et brev til regjeringen hvor de ber om mer penger til neste år. Forbundslederen mener vedlikeholdet ved norske helseinstitusjonene er forsømt over flere tiår.

– Det er rundt 40 000 sykehjemsplasser i Norge. Av disse er om lag halvparten 30 år eller eldre. Disse plassene trenger oppgradering for å tilfredsstille dagens standard, står det i brevet der NSF krever 4 milliarder kroner i 2010, 2 milliarder til sykehus, og to til sykehjem. Dette vil være viktig for pasientene/beboerne. Det vil også bedre effektiviteten og gi de ansatte et bedre arbeidsmiljø, er argumentet.

Før helseforetakene fikk sine penger, måtte styrene sende oppussingsplaner til departementet for å få dem godkjent. Mange hundre enkelttiltak er allerede satt i gang og flere skal i gang i løpet av høsten.



Så mye får sykehusene til vedlikehold og oppussing:

Helse Sør-Øst totalt: 540 millioner kroner

Akershus US HF: 11, 5 millioner kroner

Oslo US HF: 174, 6 millioner kroner

Sunnaas sykehus HF: 12,0 millioner kroner

Sykehuset Innlandet HF: 47, 6 millioner kroner

Psykiatrien i Vestfold HF: 3, 9 millioner kroner

Sykehuset i Vestfold HF: 14,9 millioner kroner

Sykehuset Telemark HF: 29, 7 millioner kroner

Sykehuset Asker og Bærum HF: 23, 1 millioner kroner

Ringerike sykehus HF: 3, 8 millioner kroner

Blefjell HF: 7, 7 millioner kroner

Sykehuset Buskerud HF: 51,6 millioner kroner

Sykehuset Østfold: 52, 4 millioner kroner

Sykehuset Sørlandet HF: 57, 2 millioner kroner

Private ideelle: 30, 1 millioner kroner

Helse Vest totalt: 188 millioner kroner

Helse Førde HF: 26, 3 millioner kroner

Helse Bergen HF: 70,7 millioner kroner

Helse Fonna HF: 26,0 millioner kroner

Helse Stavanger HF: 58,0 millioner kroner

Private ideelle: 7, 0 millioner kroner

Helse Midt-Norge totalt: 144 millioner kroner-

Helse Sunnmøre HF: 36,2 millioner kroner

Helse Nordmøre og Romsdal HF: 20,5 millioner kroner

St. Olavs Hospital HF: 58,0 millioner kroner

Helse Nord-Trøndelag HF: 26,4 millioner kroner

Rusbehandling Midt-Norge HF: 2,9 millioner kroner

Helse Nord totalt: 128 millioner kroner

Helgelandssykehuset: 35,4 millioner kroner

Nordlandssykehuset: 25,4 millioner kroner

UNN: 38,6 millioner kroner

Helse Finnmark: 28,6 millioner kroner

Tove Wichstrøm

Alder: 46 år

Aktuell som: Sykepleier og opphav til nyheten om at idrettsungdom drikker mest. Hun jobber ved Lade behandlingssenter i Trondheim.

BAKGRUNN:

I sommer gikk nyheten om idrettsungdom og fyll i alle medier. Aller mest drikker de som driver lagidrett. Utgangspunktet var Wichstrøms masteroppgave i helsevitenskap ved NTNU.

Hvordan ble saken en nyhet?

Det hadde stått en artikkel i Addiction der jeg var førsteforfatter. En journalist tok kontakt.

Hva er Addiction?

Et høyt anerkjent tidsskrift om rusforskning.

Hvorfor har du forsket om idrettsungdom og fyll?

Jeg var nysgjerrig. Jeg hadde ofte hørt foreldre si de er så glade for at ungene deres driver med idrett så de ikke finner på noe annet tull. Men når de reiser på stevner og cuper, er det lettere for dem å ruse seg, fordi de er uten sterk foreldrekontroll.

Ble du overrasket over det du fant?

Egentlig ikke. Det er ikke sånn at idrettsungdom er kjempeannerledes enn annen ungdom.

Men de drikker mer. Hvorfor?

Det er særlig inn i voksenlivet de drikker mer. Å drikke alkohol er jo noe sosialt i samfunnet. De som driver med lagidrett får mange venner og har store nettverk.

Begynner de å drikke tidligere enn andre?

Det har jeg ikke sett på, så jeg vet ikke. Det er ingenting som tilsier det.

Hvor skadelig er drikkingen til idrettsungdom?

Vi vet generelt at overbruk av alkohol er skadelig. Det er et samfunnsproblem. De som drikker mye er utsatt for fallulykker, vold og andre ulykker. Drikkingen utløser andre problemer.

Bør foreldre holde barna unna fotball og håndball?

Absolutt ikke. Men de skal kanskje være mer oppmerksomme. Ingen unge går fri, heller ikke de som driver med lagidrett.



Tror du det gikk hardt for seg på Norway cup?

Det vet jeg ikke. Men jeg har inntrykk av at mange foreldre er med på turen til Oslo, så foreldrekontrollen er kanskje større enn på andre arrangement, og det kan virke forebyggende.

Du har samarbeidet med din mann Lars Wichstrøm, som er professor i psykologi. Hvorfor det?

Han har samlet inn dataene Ung i Norge. Jeg har lånt dataene, og da er det naturlig at han er medforfatter.

Hvordan opplevde du at nyheten fikk så stor oppmerksomhet?

Bra, det er jo derfor man holder på med forskning. Fint for samfunnsdebatten. 75 prosent av all ungdom er en eller annen gang med i en idrettsorganisasjon. Forebygging er kjempeviktig. Men jeg opplever at stillingene til helsesøstre, som driver med forebygging, er truet.

Hva kan funnet brukes til?

Å ha oppmerksomhet om forebygging. Organisasjonene trenger å diskutere alkohol og rus i idretten. Temaet bør inn i treneropplæringen.

Skal du forske mer på dette?

Ingen planer foreløpig. Men håper det blir mer senere.

Hva jobber du med på Lade behandlingssenter?

Jeg leder en avdeling. Vi avruser, stabiliserer og utreder tunge rusbrukere. Mange her er på tvang. Av og til har vi gravide her. Stedet er bare fire år gammelt.

Ellers noe?

Forebygging er viktig på alle områder. Vi må ikke bygge ned enheter som driver med forebygging. Ofte setter man inn tiltak for sent. Dette gjelder ikke minst ungdom og holdninger til rus. Tror sykepleierne her kan gjøre veldig mye hvis de får lagt forholdene til rette.



Smartpris: Hiv deg på!

15 september er fristen for å få sendt inn forslag til årets Smartpris-konkurranse. Totalt skal 250 000 kroner fordeles blant sykepleiere som har funnet på smarte ting.

Sykepleiere som har fått smarte ideer, alene eller i samarbeid med annet helsepersonell, kan nå søke om å få disse vurdert som mulige kandidater til Smartprisen. Det kan være løsninger eller praktiske innretninger som har gjort pleiejobben mer effektivt og som kan føre til forbedringer og gevinster i helsetjenestene.

Også løsninger som ikke er helt ferdig utviklet er velkomne. Selv hvis ideen bare er inne i hodet ditt, kan den bli vurdert av juryen, bare den er god nok. Da er det imidlertid viktig at ideen blir godt begrunnet i en skriftlig søknad.

I år blir det delt ut tre priser.

- 100 000 kroner går til lesernes favoritt.
- 100 000 kroner går til beste idé, kåret av en fagjury.
- 50 000 kroner for beste forslag fra kommunesektoren, kåret av en fagjury.

Sykepleien samarbeider med KS og Innovasjon Norge om konkurransen. Sistnevnte kvalitetssikrer forslagene og veileder kandidatene som har forslag med et større (kommersielt) potensial.

Terskelen for å sende inn forslag er lav. Sykepleiere må være med blant de som har utviklet ideen, men de kan gjerne inngå i et team som består av flere andre yrkesgrupper. Erfaring viser at de beste ideene ofte utvikles i slike team.

Det er heller ingen forutsetning at løsningen skal representere høyteknologiske nyvinninger. Det er først og fremst om å gjøre at selve ideen er smart, kostnadsbesparende og praktisk.



VINNER: Britt Helen Haukø fra Sykehuset Namsos vant Smartprisen 2008 for prosjektet «Barnas time». Foto: Erik M. Sundt



1 Forslag sendes til smartpris@sykepleien.no eller til Sykepleien, postboks 456 Sentrum, 0104 Oslo, merket «Smartpris». **Frist 15. september 2009.**

2 Med påmelding skal følge **en presentasjon** som bl.a. skal inneholde en beskrivelse av ideen/løsningen:

- Hva er dette?
- Hva er nytt?
- Hvilken nytteverdi har løsningen?
- Hvilke andre fordeler har løsningen?
- Hvor langt har man kommet?
- Hvilke tanker har man for fortsettelsen?
- Kontaktinformasjon til de/den som har eierskap til ideen. (navn, adresse, telefon samt e-postadresse)
- Det skal legges ved en uttalelse fra en relevant fagperson som kan gå god for forslaget.

3 **Vurderingskriterier:**

- Løsningen må være selvutviklet. Det skal ikke stå kommersielle aktører bak.
- Ideen kan være en rutine, et system eller en praktisk ting som en eller flere sykepleiere har funnet opp.
- Kandidater må dokumentere eller argumentere for at de er først ute med dette.
- Kandidater kan foreslå seg selv, sin avdeling eller andre.

4 Alle bidrag til konkurransen behandles konfidensielt. **Bidragene vurderes av en fagjury** som skal bestå av bl.a. helsefaglig personell, personer med kompetanse innen forretningsutvikling og en representant fra Kommunenes Sentralforbund. Alle bidragsytere vil få skriftlig tilbakemelding.

TIDEN OG VEIEN ...

15. september 2009: Frist for innsending av forslag

November 2009: Presentasjon av godkjente forslag i Sykepleien

Desember 2009: Avstemning på sykepleien.no

Januar 2010: Utdeling av Smartprisene

Et Dytt i riktig retning

- Høstens store aktivitetskonkurranse!



21. september – 1. desember 2009

GÅ TIL KØBENHAVN!

Gå deg i form i høst sammen med dine kollegaer. Er din arbeidsplass den mest aktive i Norge? Konkurrer mot andre sykepleiere fra hele landet, og vinn reiser om dere kommer fram. ALLE kan delta!

Les mer om konkurransen på www.dytt.no



Vil ha perfekte pasientrom

BERGEN: Tre på rommet. Altfor trangt. Nå jakter Bente Båtevik på det perfekte pasientrom på Haraldsplass diakonale sykehus.

Noen hundre meter unna store, travle Haukeland sykehus ligger lille, lune Haraldsplass diakonale sykehus. Nå bader det fredelig i solen omgitt av blomstrende busker og trær.

– Her har nok diakonissene gått og tenkt, sier Bente Båtevik mens vi går gjennom alléen utenfor det hvite bygget.

Hun er sykepleier og prosjektkoordinator for Nye Haraldsplass. Det bergenske lillesøstersykehuset har bare 920 ansatte og sto ferdig i 1940. Nå skal sykehuset fornye seg.

For små rom

– Vi kan ikke drive her om fem til ti år. Rommene er for små. De vil ikke bli tidsriktige, sier Båtevik.

Prosjektet Nye Haraldsplass startet i 2004. I 2013 skal alt være ferdig. Nåværende bygg skal renoveres.

Men først må nybygget på 10 000 kvadratmeter og 130 senger stå klart, så pasientene kan flyttes over. Det skal ligge nedenfor alléen, slik at den kan beholdes. Gamlebygget skal muligens inneholde poliklinikker.

Nybygg og renovering er bakgrunnen for prosjektet om det perfekte pasientrom. Alle ansatte er blitt invitert til å si hva som kan forbedre pasientrommene, til beste for både pasienter og personale.

– Vi ønsker å involvere personalet på golvet. De er ekspertene. De ser der det røyner. Vi skal ikke si etterpå: Hvorfor gjorde vi det ikke annerledes.

Prøverom

Endringer er gjort underveis etter råd fra personalet. I 2006 ble det satt opp et prøverom på baksiden

av sykehuset. De ansatte har prøvd sengene, og testet funksjonaliteten. De har blitt anmodet om å sette seg i pasientens sted i prøverommet. Brukerutvalget har også vært involvert.

– Pasientrom berører alle. Vi har fått mange innspill om forbedringer.

For eksempel at størrelsen på badet er mindre viktig enn funksjonaliteten. Og at nok rom rundt sengene må til for at pleierne skal få gjort arbeidsoppgavene sine.

Personalet ønsker også at det er nok plass på pasientrommet så pårørende har mulighet til å overnatte der.

– Om fargevalg er det like mange meninger som det er folk. Men de fleste vil ha det lyst.

Båtevik er blitt minnet om at pasientene ikke må ha det altfor godt i sengen, så de blir værende der. Derfor må ikke pasientmonitoren med telefon, tv, radio og nett være tilgjengelig kun fra sengen, men også fra en stol.

Må passe på taushetsplikten

Båtevik og prosjektgruppen har besøkt andre sykehus som har fornyet seg, både Ahus utenfor Oslo, St. Olavs Hospital i Trondheim og Ringerike sykehus på Hønefoss.

– På St. Olavs sa de at arbeidsstasjonen var trukket for langt fram i tunet, så de fikk vansker med taushetsplikt og innsyn. På Ahus er den blitt for liten. Vi må ha en mellomting.

Båtevik tenker seg ett rom med aktivitet der personalet snakker

sammen, og ett stillerom for ro.

– Det er særlig etterspurt av både sykepleierne og legene. Der kan de for eksempel skrive rapporter.

Prøverommet er nå tatt ned. Men Båtevik opplever fortsatt at sykepleiere og andre sier: «Kom her, du må se.» Slik får hun stadig nye tips.

Vil beholde det grønne

Planen er å beholde mye av det grønne arealet utenfor. Parkeringshuset skal under jorden eller i fjellhall.

– De palliative pasientene er de som kanskje er mest ute her. De kan bli trillet ut i sengene sine. De geriatriske pasientene er her lengst. Derfor har de fått den beste utsikten.

Sykehuset ligger pent plassert mellom Fløien og Ulriken. Båtevik viser vei i etasjene. I tredje finner vi slagposten med et typisk dagens pasientrom: Tre senger står tett i tett, skilt med grønne forheng. Ikke mye armslag verken for pasient, pårørende eller personale.

Tenker service

Båtevik jobbet tidligere i akuttmotaket, og tar fortsatt ekstravakter ved behov.

– Der får jeg møte pasienter og høre det jeg sikkert ikke ellers ville fått høre.

Hun har fagbrev som hotellrepsjonist og har servicetenkning i blodet.

Samtidig som det ytre pusses opp, skal sykehuset også utvikle ny driftsmodell.

– Samhandling og gode pasientfor-



Det gode pasientrom

- Lyst
- God plass rundt sengen
- Funksjonelt bad, ikke nødvendigvis stort
- Tilgang til teknologien både i seng og stol



Haraldsplass diakonale sykehus

løp skal bli en naturlig del av Nye Haraldsplass. Vi vil ha det så sømløst som mulig. Personalet skal være ansatt i sykehuset, ikke på avdelinger. Vi tenker mer helhetlig på tvers av dagens vanntette skott mellom ulike poster, forteller Båtevik.

Haraldsplass har ikke de samme stordriftsfordelene som Ahus. Til gjengjeld blir det lettere å gjøre endringer. Men nye ideer trenger også her tid for å modnes. Gamle arbeidsmønstre sitter godt i.

– Vi prøver å få flest mulig med i nytenkningen. Derfor har vi hatt mange arbeidsgrupper: For varelogistikk, pasientlogistikk, bemanning.

Akkurat nå er arbeidsgruppen for sengebygg i aksjon — og der kommer prøveromserfaringene til nytte.

Bedre pasientflyt?

Bente Båtevik er spent på om samhandlingsreformen vil føre til endringer av pasientflyten.

– I dag overleverer vi ansvaret for pasientene til andre når de drar herfra. Vi bruker mye tid til å planlegge.

Sykepleierne sitter mye i telefon.

– Vi ønsker oss et sykehus der alt skal passe som hånd i hanske. Vi må løfte sammen, og pasientrommet er en del av involveringen.

Hun viser til Pasop-undersøkelsen der pasientene har uttrykt at det de er minst fornøyd med på norske sykehus er organiseringen.

– Vi vil ikke ha ventetid her hos oss, sier hun optimistisk.

I pasientens sfære

– Vi merker at pasientene krever stadig mer. Da sykehuset på Ringerike gikk over til enkeltrom, merket sykepleierne at de var mer i pasientens sfære. Pasientene stiller sterkere enn før.

Båtevik synes arbeidsplassen hennes er preget av en lun atmosfære, og den vil hun beholde.

– I akuttmottaket står vi i døren når pasientene kommer.

SERVICETENKNING: Bente Båtevik er utdannet både sykepleier og hotellresepsjonist. Det siste har lært henne mye om service. Nå kommer det pasientene til gode.



Etterlyser flere menn

De nye studentlederne Bård Nylund og Maja Strand (bildet) går inn for kvotering i håp om at flere menn vil ta sykepleierutdanning.

Bård Nylund (28) og Maja Strand (27) ble i juni valgt inn som henholdsvis ny leder og nestleder i NSF Student. De har begge lagt to års utdanning bak seg, han ved Høgskolen i Oslo, hun ved Høgskolen i Bergen. Nylund har ett år bak seg i studentstyret, mens Strand har erfaring som fylkesrepresentant i Hordaland. De gleder seg begge til å ta fatt på arbeidet fra hovedkontoret.

– Det at vi har så lyst til å gjøre en god jobb for NSF Student at vi setter utdanningen på et års pause, gir oss et godt utgangspunkt for denne jobben. Og jeg tror vi utfyller hverandre godt, sier Bård Nylund.

Maja Strand er enig.

– Mens Bård har lang erfaring fra tidligere politiske og organisatoriske verv, har jeg mye erfaring fra lokalt arbeid som jeg håper å kunne dra nytte av i året som kommer, sier hun.

Studentombud

Arbeidet med finansordningen og kvalitet i praksis vil stå høyt på agendaen når de nye studentlederne overtar roret. Samtidig ønsker de å være ombud for sykepleierstudenter som opplever utfordringer i hverdagen.

– Det er en svært viktig del av jobben vi skal gjøre, for det er ikke

nødvendigvis slik at NSF Student har en tillitsvalgt ved hver skole. Det er viktig at folk der ute er klar over mulighetene sine, sier Strand, før Nylund skyter inn:

– Vi ønsker at sykepleierutdanningen skal være tilfredsstillende og optimal.

– Er den ikke god nok?

– Vi er veldig opptatt av at rus/psykiatri og seksualitet bør vies større oppmerksomhet i de kommende fag- og undervisningsplanene, sier Nylund.

Kvotering

Han er veldig glad for at NSF Student mener det er viktig å ha en satsning på å rekruttere menn til sykepleierstudiet, men tror NSF har en lang vei å gå før de kan riste av seg «kvinnestempelet».

– Forbundet kan nok til tider fremstå som vel feminint. Men det er jo heller ikke så rart, når man setter det i et historisk perspektiv.

Under årsmøtet på Bolkesjø ble konkrete innspill diskutert, om hvordan man kan fange menns interesse for å velge sykepleierutdanningen.

– Vi mener blant annet at kvotering er et viktig virkemiddel. Menn bør, i likhet med kvinner som velger å ta ingeniørutdanning,

få et konkurransefortrinn når de velger sykepleierutdanningen, påpeker Nylund.

Han innrømmer at det er utfordrende å skulle reklamere for en utdanning som han mener at flere burde ta, samtidig som han har ansvaret for å avdekke svakhetene og ulempene som kan følge med yrkesvalget.

For lave forventninger

– Det er et tankekors at vi er de første studentlederne som tar over etter at samhandlingsreformen, som har et spesielt fokus på primærhelsetjenesten, er lagt på bordet. Samtidig er det nettopp denne sektoren sykepleierstudentene har minst ønske om å jobbe i, sier Strand.

Avgangundersøkelsen for 2009 viser at over 70 prosent av studentene ønsker seg full jobb. Det samme antallet ble imidlertid tilbudt vikariater, mens bare 30 prosent av de nyutdannede fikk tilbud om fast heltids- eller deltids jobb.

– Studentene der ute har en formening om hva de kan forvente seg etter at de er ferdig utdannet. Og det er langt fra en fast jobb i hundre prosent stilling. Tendensen er blitt litt sånnt at «dette er det vi får». Så dersom man karer til seg en fast 50 prosent stilling, er man overlykkelig hvis man ved hjelp av et deltidsvikariat og noen ekstravakter får lappet det sammen til en hundre prosent stilling. Det er jo nettopp disse tingene som gjør at man klager. For faget i seg selv er kjempespennende, sier Nylund, og legger til:

– Vi er studentenes øverste tillitsvalgte, og hvis vi skal anbefale folk å studere til sykepleier, så må det være noe i den andre enden som er på et anstendig nivå. Der har vi helt klart en jobb å gjøre.



SPENTE: – Vi gleder oss til studiebesøk, vervebesøk og stortingsvalg, sier leder Bård Nylund og nestleder Maja Strand.



Medlemmer i NSF's studentstyre:

Sille Selnes, Tromsø - Anna Mohn Sneve, Sør-Trøndelag
Thor Arne Løvdal, Bergen - Simen Bendik Wilberg, Hedmark
Henny Fauske, Bergen

Det er snart 60 år siden vi
lanserte vårt første produkt



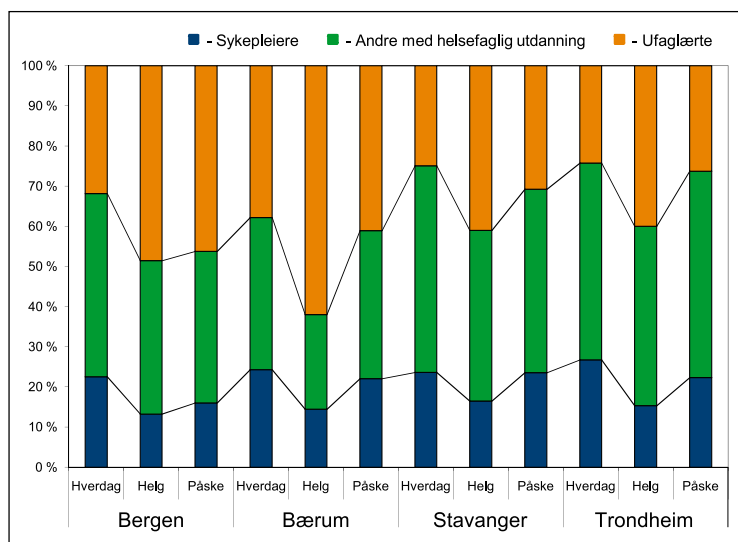
I 1949 ble det første Natusan® produkt lansert: Natusan® Salve. Svanen symboliserer seriens opprinnelse fra apoteket "Svanen", Strøket, København.



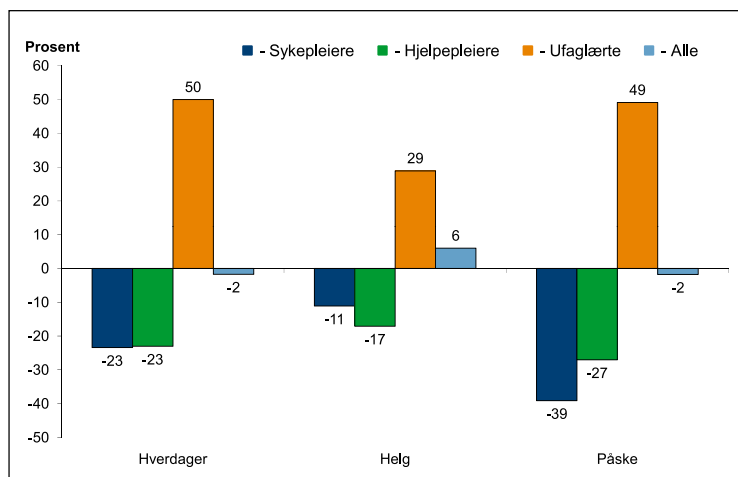
NATUSAN® INSTITUSJON - hudpleie siden 1949

Ikke etter planen

Antall ufaglærte i sykehjem er høyere enn planlagt, mens antall sykepleiere er konstant lavere enn planlagt. I helgene er det verst. Det viser ny undersøkelse.



Bemanning i de kartlagte sykehjemmene. Prosent av total faktisk bemanning.



Avvik mellom planlagt og faktisk bemanning i kartlagte sykehjem. Prosent.

Turnusplaner er et viktig verktøy for å sikre at det er nok og riktig personell på jobb. Men går alt etter planen?

Oppdraget Norsk Sykepleierforbund (NSF) ga analysebyrået Econ var å finne ut hvilke yrkesgrupper som skulle være på vakt, og hvilke yrkesgrupper som faktisk var på jobb. Kartleggingen avslører at det er store forskjeller mellom planlagt og faktisk bemanning. Spesielt i sykehjem.

Viktig for kvaliteten

– Hvorfor gjennomførte NSF denne undersøkelsen?

– Vi ønsket å dokumentere personellsammensetningen ved et utvalg av sykehjem og hjemmesykepleie. Bemanningssammensetningen er helt avgjørende for hva slags kvalitet det er mulig å ha på de kommunale pleie- og omsorgstjenestene, sier forbundsleder Lisbeth Normann.

NSF ønsket å avdekke om den faktiske bemanningen er slik planene tilsier.

– Mange medlemmer og til-litsvalgte har uttrykt bekymring for at det er store avvik mellom den planlagte og den faktiske bemanningen, sier Normann.

Undersøkelsen er å regne som en stikkprøve. Det er derfor vanskelig å trekke de store konklusjonene. NSF valgte ut Bergen, Bærum, Stavanger og Trondheim for å finne ut hvordan det stod til. Kartleggingen skjedde på to hverdager, én helg og to påskedager i 2009.

– Hvorfor valgte dere disse stedene?

– Vi valgte ut utgangspunktet ut de fire største byene. Oslo kommune valgte å ikke delta. Årsaken var at

de ikke hadde kapasitet til å finne faktiske tall på bemanning. Derfor valgte vi Bærum som er en av Norges mest folkerike kommuner, sier Normann.

Tydeligst i sykehjem

Econ fant blant annet at sykehjemmene konstant har færre sykepleiere og hjelpepleiere på jobb enn det som er planlagt. Når det gjelder ufaglærte viser det seg at det faktisk er flere av dem på jobb enn hva som er planlagt.

For hjemmesykepleien er tendensene de samme, men svakere.

Det er kommunene sitt ansvar å besørge tjenestetilbudet til alle som har behov for pleie- og omsorgstjenester. I 2007 utgjorde utgiftene til disse tjenestene vel 30 prosent av kommunenes brutto driftsutgifter.

Sykepleiere vs. hjelpepleiere

Den faktiske og totale bemanningen i sykehjem (se figurer til venstre) er høyest på hverdagene og lavest i helgene. Det er også på hverdagene andelen sykepleiere er høyest.

Hjelpepleiere utgjør alltid en større del av personalet enn sykepleierne. På hverdagene og i påsken er det dobbelt så mange hjelpepleiere på jobb, mens det i helgene er tre ganger så mange hjelpepleiere enn sykepleiere på jobb.

Sykepleiere vs. hjelpepleiere

På hverdagene er det omtrent like mange ufaglærte som sykepleiere på jobb. I påsken er det nesten dobbelt så mange ufaglærte i forhold til sykepleiere. I helgene blir det enda verre. Da er det vel tre ganger så mange ufaglærte som sykepleiere på jobb.



HULL I HELGER: På Solvik bo- og behandlingssenter er hull i turnusen i helgene umulig å unngå. Men ellers går mye som planlagt, mener sykepleierne Trude Bø og Anna Rybicka. (Se også side 21).

Funn på sykehjem:

- Sykepleiere utgjør 24 prosent av den totale bemanningen på hverdager, og 15 prosent i helgen.
- Andel hjelpepleiere er høyest i påsken. Da utgjør de 47 prosent av bemanningen.
- Andelen ufaglærte er høyest i helgen, da de utgjør 48 prosent

i alle de fire kommunene; andelen sykepleiere er størst på hverdage, mindre i helgen og minst i påsken. På hverdage er det 23 prosent færre sykepleiere og hjelpepleiere på jobb i sykehjem enn det som er planlagt, og 50 prosent flere ufaglærte i forhold til planlagt bemanning.

det positive avviket for ufaglærte er på 49 prosent (se figur side 16).

Små forskjeller

Ifølge rapporten har Bergen en noe lavere andel sykepleiere enn de andre kommunene i sykehjemmene som er kartlagt. Når det gjelder bruk av ufaglærte, har Stavanger og Trondheim den laveste andelen ufaglærte, mens Bergen og Bærum har den høyeste andelen. For øvrig er det for alle kommunene slik at andelen ufaglærte er høyest i helgene og lavest på hverdage.

Funn i hjemmesykepleien

I hjemmesykepleien er det også slik at den totale bemanningen er høyest på hverdage. (Se figurer neste side). Helg og påske scorer ganske likt når det gjelder total bemanning.

Det er bekymringsfullt at det er dårligst kompetanse til de sykeste gamle

NSF-leder Lisbeth Normann

av den totale bemanningen, og lavest på hverdage da de utgjør 29 prosent av den totale bemanningen.

Lik tendens

Econs rapport viser samme tendens

I helgen er avviket for sykepleiere og hjelpepleiere på henholdsvis 11 og 17 prosent i forhold til planene. For ufaglærte er det imidlertid et positivt avvik på 29 prosent. I påsken er det negative avviket for sykepleiere på hele 40 prosent, og



Fakta om undersøkelsen

I Bergen, Stavanger, Trondheim, Bergen og Bærum ble 12 sykehjem og 14 soner i hjemmesykepleien undersøkt på to hverdager, én helg og to påskedager i 2009. Econ har gjort kartleggingen på oppdrag fra NSF. Analysen har fire hovedtemaer:

- Den faktiske bemanningen.
- Avviket mellom planlagt og faktisk bemanning, både for den totale bemanningen og utdanningsgruppene enkeltvis
- Forskjeller mellom de ulike vaktene i en turnus: morgenvakt, kveldsvakt, nattevakt.
- Forskjeller mellom de fire kommunene i datasettet.

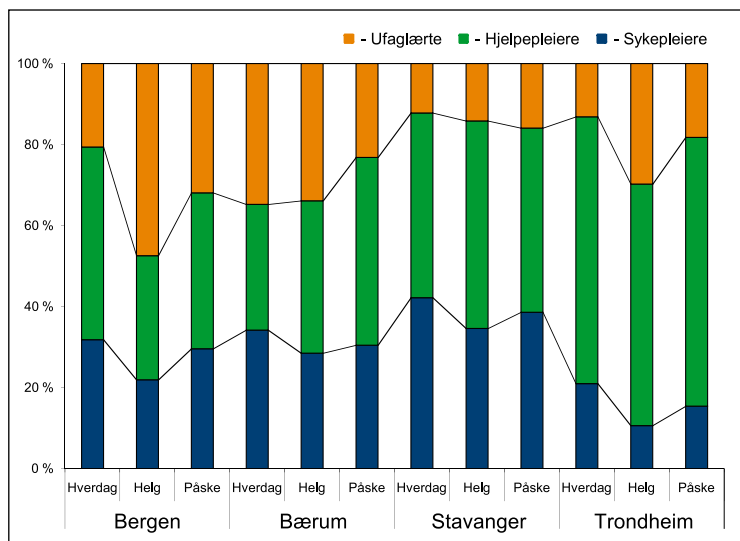
Undersøkelsen er ikke representativ verken for landet som helhet eller for de kommunene som er med. Kartleggingen er en "stikkprøveundersøkelse".

- Sykepleierne utgjør 33 prosent av den totale bemanningen på hverdage og 24 prosent i helgen. Andel sykepleiere er høyest på hverdage og lavest i helgen.
- Hjelpepleiere utgjør en ganske stabil andel av den totale bemanningen. Fra 42 prosent i helgen, til 47 prosent på hverdage.
- På hverdage utgjør ufaglærte 21 prosent av den totale bemanningen mens de i helgen utgjør 34 prosent.
- På hverdage er det 14 prosent færre sykepleiere og hjelpeplei-

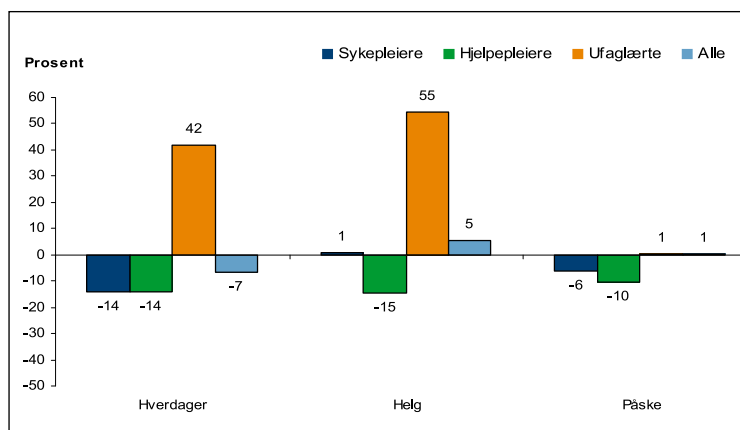
ere på jobb enn planlagt, og 42 prosent flere ufaglærte i forhold til planlagt bemanning.

- I helgen er det et positivt avvik for sykepleiere på 1 prosent.
- I påsken er det negative avviket for sykepleiere og hjelpepleiere på henholdsvis 6 og 10 prosent. Det positive avviket for ufaglærte er på kun 1 prosent.

Econ-rapporten viser at det er flere sykepleiere og færre ufaglærte i hjemmesykepleien. På sykehjem er sykepleiere den gruppen som utgjør den minste andelen av total bemanning i helgene.



Bemanning i kartlagte soner for hjemmesykepleie. Prosent av total faktisk bemanning.



Avvik mellom planlagt og faktisk bemanning i de kartlagte soner for hjemmesykepleie. Prosent av planlagt bemanning.

I hjemmesykepleien er de ufaglærte som utgjør den minste andelen av total bemanning. Både når det gjelder hverdag og påske. Men også her er det sykepleierne som utgjør minst andel av total bemanning i helgene.

– Et lederansvar

Lisbeth Normann er bekymret over avvikene som kommer frem i kartleggingen.

– Dette selv om flere av informantene har oppgitt at de planlegger ut fra hva som er realistisk og ikke hva som er behovet. Sykepleiere erstattes ofte av ufaglærte. Vi ser også at arbeidet i pleie- og omsorgstjenesten i stor grad drives av vikarer, spesielt i helgene. Det er bedre sykepleierbemanning i hjemmesykepleien enn i sykehjem, noe som viser at det er mer attraktivt å jobbe der det er et større fagmiljø. Det er bekymringsfullt at det er dårligst kompetanse til de sykeste gamle.

– Er dere overrasket over funnene?

– Vi har fått styrket våre antakelser om at det er en stor andel uten helsefaglig utdanning som jobber i sektoren og at det er færre sykepleiere på vakt enn det legges opp til i planleggingen.

– Hvem har ansvaret for at planlagt bemanning og faktisk bemanning stemmer overens?

– Det er lederne som har ansvaret. Men det er helt nødvendig at de har økonomiske rammer og forståelse hos politikerne. Slik at det er mulig å drive på en forsvarlig måte, og som sikrer pasientene den helsehjelpen de har krav på, sier hun.

Alvorlig situasjon

NSF mener funnene i undersøkelsen er en god pekepinn på en alvorlig situasjon.

– Vi har jo også gjort stikkprøver tidligere som viser det samme. Vi vil bruke disse dataene aktivt med målsettingen om å bedre kvaliteten i pleie- og omsorgstjenesten, sier Normann.

– Hva skjer videre?



Ønskeliste til politikerne

Dette mener Lisbeth Normann og NSF er helt avgjørende for å bedre situasjonen i kommunene når det gjelder kvalifisert bemanning i pleie- og omsorgstjenesten:

- Flere sykepleiere
- Økt lønn
- Tilbud om heltidsstillinger
- Veiledning, faglig utvikling og forskning
- Lønnede etter- og videreutdanningstilbud for sykepleiere
- Innovative kommuner når det gjelder utstyr og teknologi
- Mer behandling utføres i kommunen

I samhandlingsreformen er det et mål at færre skal legges inn i sykehus.

– Vi vil sette dette på dagsorden i valgkampen og i det videre arbeidet mot politikere. Vi kan ikke akseptere at en stor andel av de ansatte i pleie- og omsorgssektoren er ufaglærte. De har sikkert lyst til å jobbe med gamle. De har likevel ikke kompetanse om hva som er disse pasientenes særskilte behov, om Eldres helse, alderdomsvekkelse, demens og lindrende behandling. De har ikke kunnskap til å observere, reagere og iverksette riktig behandling og tiltak. I samhandlingsreformen er det et mål at færre skal legges inn i sykehus. For at det skal skje må kompetansen og antallet sykepleiere i pleie- og omsorgssektoren bedres betydelig, sier Normann.

Bedre grunnbemanning, nasjonale bemanningsstandarder, penger som følger pasienten og behovsvedtak. Ønskelisten kommer fra sykepleierne Trude Bø og Anna Rybicka (bildet).

Solvik bo- og behandlingssenter i Bærum:



Turnusen det største problemet

Trude Bø er avdelingssykepleier på avdeling 2 ved Solvik bo- og behandlingssenter i Bærum. Hun er ikke overrasket over funnene i Econ-rapporten, men er mer interessert i hva NSF og politikere skal gjøre for å få gjort noe med problemene.

– Hos oss klarer vi å følge planlagt bemanning. Det vil si – med huller i helgene, sier Bø.

Ifølge avdelingssykepleieren er det i dag umulig å planlegge en turnus uten huller i helgene. Huller er normalen.

– Grunnbemanningen er lav. I tillegg er det slik at vi bare jobber hver fjerde helg. Da er det ikke mulig til å få turnusen til å gå opp ved å bruke personalet om er ansatt i hele stillinger. Valget blir da å ansette folk i små brøker for å dekke opp. Det er bra for turnusen og pasientene, men dårlig arbeidsgiverpolitikk, sier Bø.

Hun er spent på hvilke løfter politikere kommer med før valget, og håper NSF blir tydeligere i sine krav.

Løsninger

Både NSF tillitsvalgt, Anne Rybicka og avdelingssykepleier Trude Bø ønsker en løsning på bemanningsproblemen. De tror alle sliter med mye av det samme, nemlig å få turnusen til å gå opp.

– NSF bør presse på for å få nasjonale standarder. Både når det gjelder hvor mange sykepleiere som skal være på vakt til enhver tid, og hvor mange sykepleiere det skal være per pasient. Etterlysningen kommer fra begge sykepleierne.

– NSF må få innført minimumsstandarder på nasjonalt nivå, sier Rybicka.

I tillegg foreslår Bø at det gjøres vedtak på sykehjemspasientene, på samme måte som det blir gjort i hjemmetjenesten.

– På sykehjem kan vi ha mange slags pasienter med ulike behov. Noen krever mange ressurser, andre er mer selvgående. Uansett hvilke

I grunnbemanningen er det ikke tatt høyde for permisjoner, ferier, kurs og sykdom. Det er en utfordring.

Trude Bø

pasienter vi har boende, gjenspeiles ikke det i form av ressurser. Dermed ble gjort vedtak på at fru Hansen skal ha en times tur hver dag, da måtte vi gjort det og fått ressurser til det. Hvis ikke, kan vi skrive avvik. Det kan vi ikke i dag, sier hun.

Det økonomiske aspektet er også viktig.

– Sykehusene ønsker at vi skal ta inn pasienter tidligere. Det er

greit for oss, men pengene må følge pasientene, sier hun.

Andre får det til

– Hvorfor er dette med turnus så vanskelig å få til når det gjelder sykepleiere?

– Det lurer vi også på. Politiet får det til. Det gjør de også i industrien. Kanskje NSF må se på hvordan andre løser det og gjøre det samme for oss, sier Bø.

– Det kan bety at sykepleiere må jobbe oftere enn hver tredje helg. Vil du tolerere det?

– Å miste goder er aldri lett. Det er nok en fare for at vi mister sykepleiere dersom vi innfører 100

prosent stillinger og mer jobbing i helgene, sier hun.

For mye pengesnakk

Begge sykepleierne mener fokuset på økonomi er blitt mer fremtredende, også i faglige diskusjoner.

– Å gi bedre tilbud til pasienter er blitt et økonomisk og politisk spørsmål. Her har NSF en jobb å gjøre. De må sette krav. Samtidig må fokuset på eldreomsorgen bli

mer nyansert. Vi som jobber her, mener vi gjør en god jobb. På Solvik har vi i tillegg et godt arbeidsmiljø. Når det kun fokuseres på de negative sidene, er det ikke rart folk ikke vil jobbe i eldreomsorgen. Vi må gi et riktig inntrykk. Vi skal ikke rose male, men heller ikke svartmale, sier Bø.

Faglig ansvarlig?

Også på Solvik er bemanningen lavere i helgene enn på hverdager.

– Klarer dere å drive ansvarlig?

– Ja, det vil jeg si. Men i grunnbemanningen er det ikke tatt høyde for permisjoner, ferier, kurs og sykdom. Det er en utfordring. Da må vi ofte leie inn vikarer. I helgene er vi noe lavere bemannet, men da kutter vi også en del oppgaver, sier Bø.

– Hvilke da?

– Pasientene dusjes ikke, det gjøres ikke administrative oppgaver, oppfølgingsoppgaver som å følge til frisør og tannlege kuttes også, sier Rybicka.

Meldingen til både politikere og NSF fra de to sykepleierne fra Bærum er at de ønsker nasjonale standarder og at pengene følger pasientene.

– Da vil oppgaver og ressurser henge sammen. Det gjør de ikke nå, mener de.

Vil få det beste ut av alle

FISKERSLEKT: Rådmann Nils Olav Hagens slekt er godt forankret i regionens gamle, tradisjonelle næring. – Både faren min og bestefaren min var tørrfiskvrakere, det er jo egentlig litt synd at ingen fulgte opp det yrket, smiler han.

STAMSUND: Nils Olav Hagen er sykepleier, økonom og rådmann. Ingen dum kombinasjon når 45 prosent av kommunens budsjett går til helsesektoren. Men like viktig er erfaringene han fikk som pasient.



Vestvågøy kommune er Lofotens største, sentralt plassert i øyriket. Innbyggertallet ligger stabilt like under 11 000, og kommunebudsjettet summerer seg til nærmere 600 millioner kroner i år.

Her er det Nils Olav Hagen som sitter på pengesekken. Som rådmann kan han foreslå hva pengene skal brukes til, men også hvor det må kuttes og spares.

Som sykepleier vet han hvor skoen trykker. Og har han glemt det, etter noen år ute av yrket, kan han få hjelp. For det er mye helsefag i Nils Olav Hagens omgivelser. Både kone og søster er sykepleier, broren er lege og eldste sønn har valgt tannmedisin.

Malte rorbuer

Hagen har vært rådmann siden 2002.

– Dette er en utfordrende jobb som jeg trives godt i, og jeg kommer ikke til å gå tilbake i jobb som sykepleier igjen etter endt åremål, selv om jeg av og til tenker på den tiden jeg særlig jobbet med kreftsyke pasienter. Jeg lurer på om jeg ville trives med det igjen.

Han kikker ut av vinduet, på de karakteristiske røde rorbuen på hjemplassen Stamsund og legger ettertenksomt til:

– Jeg begynte å male da jeg fikk leukemi. Det fineste bildet av burekka ga jeg til broren min som jeg fikk marginen av.

Sykdomsbasert ledelse

Han tror erfaringene som pasient er like viktige som fagbakgrunnen.

– Det som betyr mest, er hvordan man er som menneske og hvordan en møter sine ansatte, innbyggere og politikere.

Sykdommen som rammet ham

for 20 år siden har gjort mye med ham som menneske og leder, forteller han. Benmargstransplantasjonen medførte et lengre opphold på Rikshospitalet for han og kona.

– Vi bodde der i to uker før jeg ble strålet og fikk cellegift. Spørsmålet som styrte sykepleierne i deres måte å møte oss på, var om de arbeidet i det som var vårt hjem, eller om vi bodde på deres arbeidsplass. De behandlet oss respektfullt. Hadde ikke behandlingen gått bra, ville det vært vårt siste hjem sammen. Deres handlemåte er basert på å ta brukeren på alvor. Akkurat den lærdommen skulle jeg gjerne ha vært foruten – men nå bruker jeg den som leder, forteller han, og utdyper:

– Jeg er tilhenger av verdibasert ledelse. Jeg er opptatt av å få det beste ut av alle. Du spør om hvordan bakgrunnen min som sykepleier passer i denne stillingen, og til det kan jeg si at fagbakgrunn egentlig ikke betyr så mye. Men man må ha lederkompetanse, og jeg legger vekt på de såkalte myke verdiene. Jeg reflekterer jo over min lederstil og væremåte, og i starten tenkte jeg at jeg nok var for snill, smiler han og legger til:

– Ledelse har med mennesketype å gjøre, og kunnskap er det viktigste redskapet. Uavhengig av bakgrunn er det umulig for en leder å ha detaljkompetanse, ansvaret er å sørge for at kompetansen finnes i organisasjonen. Jeg har innført å ha med saksbehandlere i møter med de folkevalgte. Slik sikres at alle spørsmål blir besvart, slår han fast.

Ledelsesløype

Før Hagen fikk kommunens øverste administrative stilling, har han utviklet seg i andre lederstillinger

i kommunen. Etter kort tid som kirurgisk sykepleier ved Lofoten sykehus, Gravdal, avanserte han til avdelingsleder. Derfra gikk karriereveien til rådmanns stolen via bestyrerstilling ved sykehjemmet, stilling som pleie- og omsorgssjef og assisterende rådmann. Hele 45 prosent av budsjettet han har ansvar for, går til hans gamle fagfelt: helse. Legger man til barnevernsposter, sosialbudsjett og budsjettpostene øremerket flyktingtjenesten, stiger budsjettandelen til over 50 prosent. Kostnadene ved drift av hjemmetjenesten og institusjonene er tunge, og de er økende. Pleie- og omsorgsfeltet og drift av grunnskolen har alltid vært de største områdene.

– Til sammen utgjør disse det største tjenesteproduksjonsstedet vi har og da er det viktig at øverste administrative leder er opptatt av utviklingen på de områdene. Samtidig ser jeg at uten å ha et godt kulturtilbud i kommunen, private bedrifter og et velfungerende næringsliv har vi ikke riktig balanse. Alle er avhengige av hverandre, oppsummerer han.

Taus om oljen

Når rådmannen skal snakke om utfordringer fremover, nevner han ikke oljeutvinning utenfor Lofoten og Vesterålen, et tema som bringer diskusjonsviljen til store høyder, både lokalt og nasjonalt. Hans personlige syn lufter han ikke, og Lofotrådet, som er det politiske samarbeidsorganet i regionen, har ikke behandlet spørsmålet. Det som opptar rådmannen rent faglig i disse dager er samhandlingsreformen.

– Det store og viktige som ligger foran Kommune-Norge nå er kommunehelsereformen. Det vil kreve mye fra kommunene for å få gode ordninger på plass. 2000 nye

fastleger med fokus på forebyggende helsearbeid skal bidra i arbeidet. Kommunen må lage en plan for dette, som skal være klar og operativ i 2012. I vår region mener jeg at vi er nødt til å tenke felles helsekommuner og samarbeide for å få inn den kompetansen de vi vil trenge. Det er en umulighet å opprette ett lokalmedisinsk senter i hver av de seks lofotkommunene, av så varierende størrelser. Vi vil ikke få tak i nødvendig kompetanse. Etter min mening må man samarbeide om dette og blant annet opprette ambulante team, slår han fast.

For tiden er han opptatt av effektiviseringskravene i sykehusvesenet, som blant annet medfører at pasienter kommer tidligere hjem fra sykehusbehandling. Selv har han ansatt en egen lege for kommunens sykehjem i stedet for å ta av de lovhjemlede 20 prosentene som fastlegene er forpliktet til å bruke i offentlig helsearbeid.

– Vi må gjøre noe for dem som er for syke til å bo hjemme og for friske for sykehuset. Jeg har stor tro på en modell der fremtidige sykehjem blir steder for korttidspleie, og at en etablerer flere mindre bofelleskapsløsninger med fast bemanning. Det vil gi de eldre et trygt tilbud mellom hjemmet og sykehuset, forteller han engasjert og slår fast at i slike diskusjoner kommer det godt med at rådmannen er sykepleier:

– Det er viktig at vi har gode dialoger når vi utvikler nye modeller, og det er en stor fordel også å kunne delta i faglige diskusjoner. Som rådmann skal jeg komme med fagpolitiske tilrådinge og tilrettelegge for politikerne som skal ta de verdipolitiske valgene. Det er ikke alltid enkelt.

Pasienter med langvarige kroniske smerter lager sine egne strategier for å takle hverdagen best mulig. For mange er **jobben det viktigste** for selvbildet og verdigheten, viser en ny doktoravhandling.

Pasientene



Førstelektor Gudrun Nilsen ved Høgskolen i Finnmark har tatt doktorgrad i sykepleie med avhandlingen «Smerter under Nordlyset». Hun har dybdeintervjuet 20 voksne mennesker som har levd med langvarige smerter i mange år. Forskningen er gjort i samarbeid med Smerteklinikken ved Universitetssykehuset i Nord-Norge.

– Målet mitt har vært å undersøke hvordan det er å leve med langvarige smerter og hvordan dette påvirker dagliglivet, forteller Nilsen til Sykepleien.

Strategier

Ifølge Nilsen har smerteforskningen vært lite opptatt av hvordan pasientene håndterer smertene.

– Langvarige ikke-maligne smerter får betydelige følger for dagliglivet til dem det gjelder. Likevel har forskningen så langt hatt lite fokus på hvordan den enkelte håndterer utfordringene, forteller hun.

Intervjuene Nilsen har foretatt viser at pasientene utvikler mange typer strategier, og det er veldig ulikt fra person til person.

– Noen isolerer seg når smertektene kommer, andre vil være sammen med sine nærmeste. Men mange er redde for å bli sett på som upålitelige og ønsker å unngå vurderinger fra omgivelsene. De unngår avtaler og det å forholde seg til faste tidsrammer hvis de vet de kan ha problemer med å overholde det. Mange unnlater også å gjøre praktisk arbeid mens andre ser på, forteller hun.

Gudrun Nilsen mener helsepersonell må spørre pasientene om deres strategier.

lager egne strategier

– De færreste forteller uoppfordret om de strategiene de utvikler. Men det er viktig kunnskap for helsepersonell å ha, mener hun.

Arbeid gir verdighet

Å være i jobb er en av de viktigste strategiene for Nilsens informanter.

– Det er påfallende at arbeidet har så stor plass i fortellingene. Både fordi det gir økonomisk inntekt, og fordi arbeidet representerer en sosial arena. Det hjelper dem å få en struktur i hverdagen, og sikre dem et så normalt liv som mulig, selv med smertene, forteller hun.

Guðrun Nilsen mener både helsepersonell og ansatte i Nav i større grad må ta dette på alvor, og samarbeide.

– Pasientene er kommet i en posisjon der verdighet og anerkjennelse står på spill, og deres strategi for å opprettholde verdighet er ønsket om å være i jobb.

Ulikt tidsperspektiv

Et av Nilsens funn er at helsepersonell og pasienter har ulikt tidsperspektiv i forhold til smertene.

– Det er kjent kunnskap at smertene kommer og går. Men informantene mine opplever ikke at helsepersonell alltid er like observant i forhold til det. Som helsepersonell har vi ofte et øyeblikksmøte med pasienten, der vi er opptatt av hvordan tilstanden er akkurat der og da. Pasienten er mer opptatt av å fortelle om hvordan smertene har utviklet seg, hvordan det kommer og går og varierer i intensitet på en uforutsett måte. Øyeblikksfokuset gjør at vi

mister vesentlige ting i møtet med pasienten, sier hun.

Mer kunnskap

Nilsen mener det er nødvendig å gi pasientene mer kunnskap om hva som er typisk for disse lidelsene.

– Det er kjent kunnskap at langvarige sterke smerter fører til at pasienten blir uoppmerksom, glemsk og har vanskelig for å følge med, både i jobb, i media og i omgivelsene. Men informantene selv forstår lite av det, og de vil ofte ikke snakke om det, fordi de er redde for å bli sett på som upålitelige. Derfor er det en viktig jobb for helsepersonell å gi pasientene et bedre innblikk i hva smertene gjør, mener Guðrun Nilsen.

Fleire av informantene hennes opplever det vanskelig å bli trodd av omgivelsene.

– Smertene kommer og går episodisk. Deler av dagen kan de være sengeliggende med kraftige smerter. Andre deler av dagen er de ute og går tur. Mange føler seg mistrodd og mistenkt for å agere syk. Det påvirker både selvbildet og selvfølelsen.

Guðrun Nilsen har hørt mange sterke historier i møtet med informantene. Mange sliter med sinne og aggresjon. Halvparten av dem hun har snakket med forteller at de har prøvd eller vurdert å ta sitt eget liv. Det syns Nilsen er et høyt tall.

– Jeg har ikke spurt spesifikt om det, men ordet selvmord går igjen i alle intervjuene. Det er viktig kunnskap helsepersonell bør ha med seg i møtet med denne gruppen.

I andre sammenhenger hadde de muligens vært beskrevet som ei risikogruppe, sier hun.

Bør følges opp lokalt

Guðrun Nilsen mener tilbudet for denne pasientgruppen ikke er godt nok.

– Ifølge en europeisk surveyundersøkelse i 15 land, har 19 prosent av den voksne befolkningen kroniske smerter som er så omfattende at det går ut over arbeid og hverdagsliv. Det er mye. Samtidig er det utviklet et overraskende lite tilbud til denne gruppen. Medikamentene er ikke utviklet spesielt med tanke på kroniske smerter, heller ikke andre behandlingstiltak som fysioterapi. De tilbudene som finnes gjennom smerteskolere og smertepoliklinikker er få og ikke like tilgjengelige for alle, sier hun.

Guðrun Nilsen foreslår å sette i gang et prøveprosjekt der pasientgruppa følges opp lokalt.

– Interkommunalt samarbeid kan være en måte å organisere det på, spesielt der kommunene er små og det er vanskelig å få tak i spesialkompetanse. Smerteklinikken i alle helseregionene kan ha en veilederrolle, der telemedisin og videokonferanser kan være en vei å gå for å få ut kunnskap. Vi har lite forskningsbasert kunnskap om hva som virker, derfor tror jeg et prøveprosjekt der vi kan finne ut hva som fungerer er en nyttig vei å gå, forteller hun.

De 20 informantene Guðrun Nilsen har intervjuet bor alle i små nordnorske kommuner. De er intervjuet 2-3 timer hver, og Nilsen har brukt narrativ metode, der pasientenes egne fortellinger er det sentrale.

– Kommunikasjon viktig

– Kommunikasjon mellom de ulike faggruppene som behandler disse pasientene er viktig, mener Åsta-Synnøve Myhre, psykiatrisk sykepleier og leder for smerteklinikken ved UNN.

– Vi jobber en god del med lokal oppfølging og har tett kontakt med både primærleger, fysioterapeuter og Nav. Men vi erfarer ofte at det er mangel på kunnskap om fenomenet smerter. Vi opplever at pasientene er mer tilfredse når vi er inne, trolig fordi vi har et annet fokus på helheten. Det kan nok hende vi kan gjøre mer for å bygge opp kompetanse lokalt enn vi gjør i dag. Den viktigste utfordringen er kommunikasjon. Det er fort gjort å tenke båser, og dermed blir ikke tilbudene helhetlige nok, sier Myhre til Sykepleien.

Også Myhre opplever at pasientene ofte ønsker å være i arbeid, men mener det ikke er helt entydig.

– Jeg ser også at mange opplever å få det bedre når de ikke er i jobb, fordi de kan styre tiden mer selv og de opplever mindre stress. Samtidig ønsker mange å ha noe å gå til for å få tankene bort. Men for mange kan det være vanskelig å få til tilrettelagt arbeid, sier hun.

Også Myhre mener det er behov for mer kunnskap.

– Pasientgruppen faller ofte mellom to stoler, de har ikke en egen diagnose, mens mye er rettet inn mot diagnosesystemet. Vi trenger mer kunnskap og forskning for å få det tydeligere opp på dagsorden, og ha fokus på smertetilstanden, ikke bare det å behandle en sykdom, sier hun.



– For mange gjør som før



Fagsjef i Rådet for psykisk helse, Anne-Grethe Skjerve, er både glad og skuffet når hun oppsummerer resultatet etter ti år med Opptrappingsplanen for psykisk helse.

UTFORDRER KOLLEGER: – Det vi snakker om er folks hverdagsliv, og da må vi fagfolk være villige til å gå inn i dette livet, mener fagsjef i Rådet for psykisk helse, Anne-Grethe Skjerve.

Opptrappingsplanen i psykisk helse er en av de største evalueringene Forskningsrådet har utført. Den har vært en såkalt «følgeevaluering» som har gått så lenge opptrappingsplanen har vart, fra 1999 til 2008. En 148-siders rapport ble overlevert til helse- og omsorgsminister Bjarne Håkon Hanssen 17. juni. Den inneholdt syntesen av 20 ulike prosjekt og 70 ulike delrapporter.

– Jeg er glad for at opptrappingsplanen har satt større fokus

på psykisk helse og at tjenesten er blitt tilført flere ressurser. Samtidig er jeg skuffet over at altfor mange tjenestesteder gjør for mye av det samme og ikke har fornyet seg i tråd med de faglige føringene som lå i opptrappingsplanen, sier Anne-Grethe Skjerve.

Nødvendig opptrapping

Skjerve har jobbet innen psykisk helsevern siden slutten av 70-tallet. Som psykiatrisk sykepleier har hun arbeidet på sykehus, diverse institusjoner og i kommunehelset-

jenesten. Da opptrappingsplanen kom i 1998, jobbet hun i Oslo kommune.

– Det var svært viktig å få en opptrappingsplan for psykisk helse. Vi som jobbet i tjenesten opplevde hver dag mangler i alle ledd i behandlingsskjeden. Folk fikk ikke den hjelpen de skulle ha og altfor mange psykisk syke ble lagt inn på sykehus. Vi hadde et svingdørstilbud hvor mennesker ble skrevet ut av sykehus til ingenting, for raskt å komme tilbake på sykehuset, sier Skjerve.

Fortsatt mangler

– Psykisk helsevern handler først og fremst om vanlige mennesker. Mennesker som sliter med hverdagslige ting. Det er her vi må starte, sier Skjerve.

Hun mener opptrappingsplanen også var klar på dette når den ønsket å løfte fram de gode tilbudene. Tilbud som reduserer bruk av tvang, skaper flere fornøyde brukere og gir mer individuell tilpasset hjelp.

– Opptrappingsplanen staket ut en retning som jeg var fornøyd med, sier Skjerve.

Fortsatt har vi for mye skrivebords-psykiatri hvor ting skal løses på et kontor lengst inn i gangen.

– På hvilke måte?

– Det ble lagt vekt på at psykisk syke skulle få hjelp i nærmiljøet, og at man så langt det var mulig skulle unngå å ta folk ut av den sammenhengen hvor de levde. I stedet for institusjoner skulle man bygge opp alternative tilbud. Ti år etter må vi dessverre konstatere at det fortsatt er mange hull i behandlingsskjeden.

– Hvor har det sviktet?

– Tilbudene er ofte usammenhengende og oppstykket. Mange får fortsatt ikke hjelp med grunnleggende utfordringer i hverdagslivet, fordi tjenestene i for stor grad er sentrert rundt symptomer og for lite rundt den enkeltes livssituasjon. Spør man brukerne om deres ønsker og behov, etterlyser de et sted å bo, alminnelig god økonomi, venner og et sosialt liv, sier Skjerve.

Til tross for at mange av satsingene i opptrappingsplanen var rettet mot å bedre levekårene for denne gruppen har endringene vært relativt små, blir det slått fast i sluttevalueringen.

– Hva burde vært gjort annerledes?

– Sykehusene og kommunene har hatt for stor frihet til å velge hvordan tjenestene til psykisk syke skulle drives og organiseres. Helsemyndighetene har i for liten grad gått inn og styrt utviklingen, slik at man faktisk fikk et tjenestetilbud tilpasset de psykiske sykes behov, mener fagsjefen.

– Det har også vært lite vilje blant mange fagfolk til å utvikle og fremme kulturer og holdninger som gir pasientene reell innflytelse og medvirkning. Fortsatt har vi for mye skrivebordspsykiatri hvor ting skal løses på et kontor lengst inn i gangen. Familien og nettverket blir i for liten grad trukket med.

For dårlig samarbeid

Samhandling og brukermedvirkning var viktige stikkord i opptrappingen. Her gjenstår det mye, ifølge Skjerve.

– Samhandlingen er mange steder neglisjert. I stedet for å støtte hverandre opplever man fortsatt at første- og andrelinjetjenesten er mer opptatt av å kritisere hverandre.

– Om opptrappingsplanen langt på vei har oppfylt de tallmessige målene som var satt i forhold til økt kapasitet og bemanning i kommunene og spesialisthelsetjenesten, er vi langt fra i mål når det gjelder kvaliteten på tilbudene, mener Skjerve.

I tillegg til økt kvantitet handler det ifølge fagsjefen like mye om holdninger til brukere og pårø-

kompaniskap med pasienter og pårørende. Mangler vi ferdigheter i nettverksarbeid må vi skaffe oss det, sier Skjerve.

– Hva når opptrappingsplanen nå er avsluttet?

– Øremerking var helt nødvendig. Men på et eller annet tidspunkt må kommunene ta et selvstendig ansvar for helsetjenesten til psykisk syke. Den store utfordringen er at mange politikere er likegyldig og tilsynelatende hjelpeløse når det gjelder psykisk syke.

For å bøte på dette reiser representanter fra Rådet for psykisk helse rundt til landets kommuner for å informere om psykisk helsevern, forteller Skjerve. Budskapet er enkelt: Det som koster er å ikke gi de psykisk syke gode tjenester

det er store variasjoner i hvordan DPS-ene jobber. Noen jobber slik opptrappingsplanen la opp til, med utadrettet og forebyggende virksomhet i samarbeid med brukerne og kommunene. Men altfor mange har dessverre ikke gjort annet enn å endre navn, og ellers fortsatt å jobbe som tidligere, sier Skjerve.

Se framover

– Hva er viktig framover?

– Opptrappingsplanen startet en flytting av allmennpsykiatriske tjenester fra sykehusavdelingene i retning av de lokale miljøene der problemene utspiller seg og menneskene skal leve sitt liv. Samordning av DPS og kommunalt psykisk helsearbeid er neste skritt, sier Skjerve.

– Jeg ønsker meg kommunale psykiske helsesentre som kan gi tilbud i forhold til et størst mulig spekter av de psykiske lidelser lokalbefolkningen sliter med. Det må ikke være slik at en pasient som sliter med spiseforstyrrelse blir avvist fordi «slik behandling driver ikke vi».

– Det betyr selvsagt ikke at vi ikke trenger sentraliserte psykiatriske tjenester, understreker Skjerve. Dette gjelder blant annet behandling av alvorlige psykiske lidelser.

– Men en spisset og sentralisert spesialisthelsetjeneste må også bygge på prinsippene om nærhet, individtilpasning og brukermedvirkning. Spesialisthelsetjenesten må ikke bli en selvtilstrekkelig institusjonstjeneste, men gi kompetent spesialistbehandling for å bevare og gjenetablere en rask tilknytning til dagligliv, nettverk og lokalsamfunn, sier Anne-Grethe Skjerve og viser til Rådet for psykisk helse sin rapport «Spesialisthelsetjeneste på brukerens arena».

Psykisk helsevern handler først og fremst om vanlige mennesker. Mennesker som sliter med hverdagslige ting.

rende, synet på psykiske lidelser, hvilke tilbud som hjelper og hvem som har ansvar for å yte denne hjelpen.

Stå på egne bein

– Det er hevdet at opptrappingsplanen har gått for langt i å desentralisere tilbudene?

– Tvert om har vi kommet for kort. Jeg tenker da blant annet på vurderings- og behandlingsskapasiteten i førstelinjetjenesten. For det vi snakker om er folks hverdagsliv, og da må vi fagfolk være villige til å gå inn i dette livet. Det er ikke snakk om å sende folk til en reparasjon i dag og en annen i morgen. Vi må gå inn i et

når de trenger det, og at det er uverdigg i forhold til psykisk syke og deres pårørende.

DPS-ene et framskritt

Skjerve mener oppbyggingen av distriktspsykiatriske sentre (DPS) har vært en viktig og nødvendig kursendring. Nå er deler av den tidligere sykehustjenesten flyttet til DPS-ene som kan møte brukerne nærmere der de lever, og samtidig bidra til å lette samarbeidet mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten.

– Utfordringen framover blir å følge opp innsjon om å gi et tilbud til psykisk syke der de lever. Det er bare å konstatere at

Fra rapporten

Evalueringsrapporten har sett på mange ulike deler innen psykiatrien.

Her er bare et lite utvalg av funnene og anbefalingene:

Mer tvang

Bruken av tvangsmidler (mekaniske, korttidsvirkende medikamenter og isolering) har økt fra 2001 til 2007. Økningen var størst fra 2003 til 2005, mens det har vært en reduksjon fra 2005 til 2007.

Bra med øremerking

Å øremerke midlene til å bygge ut det psykiske helsetilbudet har vært lurt. Det har vært treffsikkert og effektivt og har gitt en tilleggsverdi, særlig for de små kommunene. Øremerkingen har utløst en egeninnsats i kommunene og har stilt krav til planer og rapporteringer.

– Vi deler kommunenes bekymring for at bortfallet av de øremerkede midlene vil føre til dårligere kommunalt tilbud til mennesker med psykiske lidelser, sier professor Svein Friis som har ledet Forskningsrådets styringsgruppe for evaluering av opptrappingsplanen.

Kvantitet framfor kvalitet

De fleste kvantitative målene i opptrappingsplanen er nådd og vel så det. Kapasiteten er økt, det er flere omsorgsboliger og flere helsetjenesteårsverk. Døgncapasiteten hos de distriktspsykiatriske sentrene er økt, det samme har bemanningen ved barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker. Også den polikliniske aktiviteten har økt.

– Men det er lagt mest vekt på å opprette tilbud, mindre på kvalitet i tilbudene. Vi anbefaler at det utvikles meningsfulle kvalitetsindikatorer slik at man får et økt fokus på kvalitet, sier Friis.

Fortsatt huller

Det er fortsatt huller i behandlingsskjeden ved at samarbeidet mellom fastlegen og kommunens ansatte på den ene siden og spesialisthelsetjenesten på den andre siden ikke fungerer godt nok eller er fleksibelt nok.

Bedre tilbud til eldre

Styringsgruppen anbefaler videre at det blir et bedre tilbud til eldre med psykiske lidelser og til pasienter med lettere psykiske lidelser som angst og depresjon.

– Særlig eldre med senil demens trenger større satsning siden dette er en gruppe som bare vil øke. Den vil kreve mer enn alle de andre gruppene til sammen, sier Friis.

– Bedre, men ikke



glimrende

Det er klart det blir kø til andrelinjetjenesten når førstelinjetjenesten ikke finnes!

Helseminister Bjarne Håkon Hanssen

Med opptrappingsplanen i psykiatri synes helseministeren mye er bedre, men han vil gjøre mer innen brukervedvirkning, tvang, DPS-ene og samhandling.

Sykepleien fikk vekse noen ord med ministeren om hva han tenker etter å ha sett rapporten fra de ti årene med opptrappingsplan for psykisk helse.

– Kortversjonen av rapporten er at mye er bedre, men ikke slik at det er glimrende. Det farligste som kan skje er at feltet glemmes, nå når opptrappingsperioden er over, sier han.

Brukermedvirkning og tvang

Hanssen har vært på Jæren distriktpsikiatriske senter (DPS) hvor han har latt seg imponere av resultatene av å innføre to-tre brukerstyrte senger.

– Flere har gjort dette, men på Jæren har de gjort det systematisk. Erfaringen er at bruken av sykehussenger er halvert og bruk av tvang er redusert med to tredeler, forteller han.

Rapporten dokumenterer store forskjeller i bruken av tvang i Norge, noe som skyldes kulturforskjeller ved de ulike institusjonene. Det er for eksempel fire ganger så mye bruk av tvang i Østfold som i Sogn og Fjordane.

– Man kan si mye rart om østfoldinger, men så ille er de ikke. Vi kan ikke leve med den forskjel-

len det er i bruk av tvang i Norge, slår ministeren fast.

Vil styrke førstelinjetjenesten

De andre to områdene Hanssen ønsker å ta fatt i, er DPS-ene og samhandling. Fortsatt er det slik at 85 prosent av de ansatte i psykiatrien arbeider i andrelinjetjenesten. Det betyr at det å få hjelp tidlig er en åpenbar svakhet i psykiatrien.

– Vi har det samme problemet innen rus. Hvis du går til fastlegen din og sier du har jobb, familie og venner, men ønsker hjelp til å takle alkoholproblemet ditt, får du ikke den hjelpen før det er så ille at du har mista jobben, familien og vennene, sier han.

Han innrømmer for Sykepleien at han nærmer seg desperasjonen i diskusjon med kritikere som bare vil snakke om ventelister og at det skyldes manglende sengeplasser.

– Svaret er ikke mangel på senger, men mangel i kommunene. Det er klart det blir kø til andrelinjetjenesten når førstelinjetjenesten ikke finnes! Vi må heller forhindre at den køen oppstår.

Han henviser til Sverige som bare har 50 psykiatriske senger

per 100 000 innbyggere mens vi i Norge har 110. Italia har ti.

– Psykiatri og rusfeltet i Norge har et veldig sterkt reparasjonsfokus som gjør at vi ikke greier å fange opp tidlig. Det er ikke bærekraftig i det lange løp, slår helseministeren fast.

Lærdom til ny rusplan

Hanssen skryter av opptrappingsplan som en måte å jobbe på, og synes det motbeviser at politikere bare prater og prater ingenting skjer.

– Når politikere i Norge bestemmer seg for noe, har vi stor gjennomføringskraft. Systematisk arbeid gir resultater, og opptrappingsplanen i psykiatri har vært fulgt opp av ulike regjeringer. Vi trenger samme systematiske arbeid på rusfeltet, så vi kan hente erfaring herfra til å lage den nye opptrappingsplanen til rusfeltet, sier han.

– Vil det skje selv om Siv Jensen skulle bli sjef etter valget?

– Ja, Stortinget har sagt det, det står mer om det i siste budsjettinnstilling til Helse- og omsorgskomiteen.

OPPTRAPPINGS-FAN: Helse- og omsorgsminister Bjarne Håkon Hanssen liker opptrappingsplan-måten å jobbe på, og vil trekke lærdom fra evalueringen med seg til den neste opptrappingsplanen for rusfeltet.

Mannen som ville redde verden

Drømmen var å bli distriktslege i ei lita bygd i Norge. I stedet ble han det for hele den fattige delen av verden. Møt Tore Godal, nordmannen som statsministeren sier har reddet flest menneskeliv siden Fridtjof Nansen.

Tore Godal har dårlig tid. Mesteparten av fembarnsfarens tilmålte år på denne planeten er brukt, og fremdeles dør det et barn hvert 30. sekund. Mens kullingene fra medisinstudiet trekker seg tilbake i en rolig pensjonisttilværelse, intensiverer han innspurten. Som spesialrådgiver for statsministeren har han nylig flyttet fra statsministerens kontor til Utenriksdepartementet for å være nærmere administrasjonen og bli enda mer effektiv.

På telefonsvaren ber han folk om ikke å legge igjen beskjed, siden han ikke hører på dem. Han har ingen tid å miste. FNs tusenårsmål om å redusere barne- og mødredødeligheten ligger langt etter skjema og finanskrisen vil øke denne dødeligheten i fattige land hvis vi ikke foretar oss noe. I tillegg må han minske 10/90-gapet – verden retter bare 10 prosent av sin medisinske og helsefaglige forskning mot 90 prosent av den globale sykdomsbyrden.

Og så har Sykepleien bedt om to timer til intervju og fotografering! Han gir oss én og synes han har vært sjenerøs.

Godal har bedret helsen for mennesker i de fattigste landene siden tidlig på 1970-tallet. Han har publisert mer enn 300 studier i vitenskapelige tidsskrifter relatert til immunologi, smittsomme sykdommer, kreft og

internasjonal helse. Han har ledet høyt forankrede prosjekter for Verdens helseorganisasjon (WHO) mot tropesykdommer og var også den som fikk Bill and Melinda Gates Foundation til å støtte opprettelsen av den globale vaksinealliansen (GAVI), med 750 millioner dollar.

– Søknaden måtte ikke være lengre enn fem sider så den kunne leses på golfbanen. Det blir 150 millioner dollar per side. Et tips jeg har formidlet videre til Forskningsrådet, betror Godal.

Bill Gates innrømmet fire år etter at han skalv litt på hånden da han undertegnet sjekken fordi han

ikke visste hva som ville komme ut av den.

– Men både han og Melinda har sagt at dette er den beste investeringen de noensinne har gjort, sier Godal, som selv ledet GAVI i fem år.

Han snakker lavt og sakte selv om han har hastverk, men rasjonerer på ordene.

I 2005 ble den verdenskjente immunologen headhunted til statsministerens kontor. Han har i dag ansvaret for at Norge skal bidra til å

oppfylle to av FNs åtte tusenårsmål innen 2015. Det dreier seg om intet mindre enn å få ned barne- og mødredødeligheten med henholdsvis to tredeler og tre firedeler innen 2015. Målet er å få minst 10 milliarder dollar mer per år til dette arbeidet i 2015 fra verdenssamfunnet.

– Tore Godal er trolig den personen som har lært meg mest om barne- og mødrehelse. Han er en av de beste på sitt område internasjonalt, og han har vist meg at vi med enkle midler kan redde mange av de 10 millioner mødrene og barna som dør hvert år, skryter statsminister Jens Stoltenberg til Sykepleien.

Jeg dro ut fordi jeg hele tiden har hatt interesse for tropemedisin. Det er en kronisk infeksjon.

Både statsministeren og Godal synes det er i partnerskap med det offentlige og det private at man får de beste resultatene. Det betyr at Godal må farte verden rundt i møter med politiske toppledere, private investorer, legemiddelindustri og helseorganisasjoner. Ikke akkurat hva den stillfarne prestesønnen fra Rauland og Furnes så for seg da han drømte om fremtiden på Hamar katedralskole. Ikke engang da han gjorde sine tese-studier til doktorgraden om skjoldkjertelen og im-

Hvem: Tore Godal
Utdanning: Lege med doktorgrad innen immunologi
Yrke: Spesialrådgiver ved statsministerens kontor
Alder: 70 år
Hvorfor: Fordi han er den nordmannen som har reddet millionvis av mennesker og nesten ingen i Norge vet hvem han er.

munitet ved Kaptein W. Wilhelmsen og Frues Bakteriologiske institutt i 1965, hadde han slike vyer.

– Min store drøm var å bli distriktslege i en liten dal eller en liten bygd i Norge. Jeg ønsket å ha hele det totale ansvaret for å løfte folkehelsen der.

– *Hva gjorde at veien din ble såpass internasjonal og orientert mot den tredje verden?*

– Eventyrlyst! Da professor Morten Harboe spurte meg om jeg ville bli med til Etiopia for å forske på lepra i 1970, og sa han bare ville reise hvis jeg kom etter, tenkte jeg at det var første og siste gang jeg fikk sjansen til å oppleve Afrika. Dermed gjorde jeg det, før jeg ble distriktslege.

Alt Godal gjorde etter dette, gjorde han «før han skulle bli distriktslege». Ikke før i 1980, da han var 41 år, sa han til seg selv: «Nei, Tore. Det blir nok litt farlig for pasientene hvis du nå skulle bli distriktslege».

Forskningsarbeidene til Godal fra Etiopia om spedalskhet (lepra) ble klassikere og blir stadig sitert. Han syntes han lærte så mye i Afrika at han takket ja til tilbudet om å bli konsulent for WHO i 1973–1974 for å starte et stortiltropemedisinsk forskningsarbeid (TDR), som etter hvert skulle ta opp kam-



UKJENT FJES: Til tross for kjendisstatus blant verdens helse- og politikertopper, hender det folk tar feil av Tore Godal og Bjørn Tore Godal. Da Bjørn Tore ble utenriksminister hadde Dagens Nyheter i Sverige bilde av Tore.



pen mot åtte tropesykdommer.

Etterpå ble det 12 år som sjef på immunologiavdelingen på Radiumhospitalet før han igjen dro til WHO. Der fikk han ansvaret for TDR-prosjektet, med støtte fra Verdensbanken og FNs utviklingsprogram. Fire av sykdommene er nå så godt som under kontroll: elefantseyke, chagas, elveblindhet og spedalskhet. Men fortsatt jobbes det med de fire tunge: malaria, leishmaniasis, sovesyke og bilharzia.

Godal er flink til å skaffe penger til de ulike prosjektene han har ansvaret for.

– Jeg er fokusert på å oppnå resultater og har alltid blitt kritisert sterkt for å være utålmodig, noe som gir tillit blant givere, innrømmer han.

Hans eldre bror, Ingvald, som i sin tid var stortingspolitiker for Telemark Høyre, forteller om grunnen til at Godal sluttet på Radiumhospitalet og dro til WHO for andre gang i 1986. Da den nye arbeidsmiljøloven som skulle sikre medbestemmelse på arbeidsplassen kom i 1977, orket han ikke mer.

– Han måtte bruke halvparten av tiden i møter, blant annet med vaskekonene om hvor de skulle henge klutene sine. Men han ville jo heller hjelpe de dødssyke pasientene, sier storebroren.

– Ha-ha, nei, det der er et typisk Ingvald-perspektiv. Jeg tror jeg var med i ett sånt møte. Jeg dro ut fordi jeg hele tiden har hatt interesse for tropemedisin. Det er en kronisk infeksjon, repliserer lillebror til sitt forsvar.

– Er du medlem i Arbeiderpartiet?

– Det svarer jeg ikke på. Det gjorde ikke faren min heller.

– Statsministeren har sagt at du trolig er den nordmannen som har reddet flest menneskeliv siden Fridtjof Nansen. Han redda mellom seks og sju millioner. Enn du?

– Nei, vi snakker om allianser her, det er mange som har bidratt. GAVI har reddet over tre millioner liv. Og TDR-forskningen på myggnett har gjort at vi vil kunne

redde de fleste som i dag dør av malaria.

90 prosent av dem som dør av malaria er barn. Godal ledet forskningen som viste at ett av fire barn kan reddes ved bruk av impregnerte myggnett som enten fører til at myggen flyr vekk eller dør. Som et resultat av det, er myggnett nå en nøkkelkomponent i kampen mot malaria.

– Men dødeligheten har lenge ligget på 1 million årlig. Hvorfor ser vi ikke noen nedgang?

– Det er en nedgang, men dataene ligger noe etter. Jeg tror vi snart vil se en dramatisk reduksjon.

– Hvor langt har dere kommet i studiene med malariavaksiner?

– Resultatene viser 50 prosents beskyttelse. Det er et spørsmål om det er godt nok, men hvis du redder 50 prosent fra å dø, er jo det i seg selv noe. Nå skal det settes i gang en stor undersøkelse i mange land, omtrent etter modell fra myggnettundersøkelsen.

– **Tore er kalkulert risikovillig** og kreativ i å søke nye måter å jobbe på. Han har en faglig og politisk bevegelse samtidig i alt han gjør, sier

Paul Fife, leder av avdelingen for global helse og aids i Norad.

Muligens er det denne kreativiteten som har ført til at et prosjekt i GAVI også har måttet tåle kritikk, blant annet fra amerikanske profesorer innen bioetikk og vaksineforskning. AMC står for Advanced Marketing Commitment, og er en finansieringsmekanisme som GAVI har testet ut for å få legemiddelindustrien til å utvikle vaksiner for ignorerte sykdommer i u-land. Pilotprosjektet har konsentrert seg om en vaksine mot lungebetennelse. Finansieringsformen anklages for å misbruke pengene siden 75 prosent av det som gis fra donorlandene går i lomma på legemiddelindustrien mens bare 25 prosent går til å dekke vaksinekostnadene. Ved i stedet å presse industrien til å gi produsentlisenser til u-landene, kan flere reddes, hevder kritikerne.

– Dette er en manglende forståelse for realitetene i utviklingsland. Til nå har det tatt 20–30 år før en vaksine blir produsert i et u-land etter at den er introdusert i et i-land. AMC kan fremskynde dette. Kritikerne må gjerne komme med et alternativ som redder like mange liv

for en lavere sum, sier Godal.

Han legger til at GAVI har tatt kritikken alvorlig og utnyttet den til å forhandle fram en bedre pris på vaksinen. Pilotprosjektet skal evalueres, men nå er det lansert. Malariavaksinen er en god kandidat til å bli den neste AMC-vaksinen.

Tusenårsmålene har vist seg vanskelige å nå. Foreløpig er barnedødeligheten redusert med en tredel fra 13 millioner i 1990 til 9,2 millioner i 2007.

– Vi har halvparten igjen, men har brukt to tredeler av tiden, derfor må framgangen bli betydelig raskere.

– Og hvordan ligger dere an med mødrene?

– Der er vi kommet veldig kort. Det er så å si ingen reduksjon.

– Hva er problemet?

– Det er flere. Det har med ulik begrepsforståelse og kvinnens stilling i samfunnet å gjøre, sier Godal og forklarer:

– Begrepene «safe motherhood» og «skilled birth attendance» ble lansert i 1988, men er veldig tøyelige begrep som det ikke har vært en klar definisjon på. De er nå blitt klarlagt. Fødselen må være på klinikk med enten en jordmor, sykepleier eller lege til stede.

I India har de god erfaring med å betale for at kvinnen kommer til klinikk for å føde. Da får hun dekket reisen og har et forhandlingskort mot svigermor som ikke vil kaste bort penger på at hun skal dra på klinikk.

– På tre år har India lyktes å få opp andelen kvinner som føder på klinikk fra 700 000 til 7 millioner. Allerede i startfasen i 2006 viste tallene en reduksjon i dødelighet på 20 prosent. Slik resultatstyrt finansiering ønsker vi også å innføre i Afrika, med noen justeringer.

– Skal du jobbe med dette til 2015?

– He-he, nei, vi får ta ett år om gangen nå, da.

Timen er over. Godal haster videre til neste møte. Han må redde noen millioner til der ute i distriktene.

Vil ha Magnetsykehjem i Oslo

Det startet med Magnet-sykehus i USA. Nå får Oslo sine første Magnetsykehjem.

Utviklingen av Magnetsykehus startet i 1983 på initiativ fra American Academy of Nursing (AAN). Tanken var at dersom sykehuset satset på sykepleiekompetanse, ville kunnskapsmiljøet ved sykehuset virke som en magnet på dyktige sykepleiere. Man ville styrke rekrutteringen av nye sykepleiere og holde på dem som allerede var ansatt.

Inspirert av USA-modell

I dag har ideen spredt seg til flere land, og forskningsresultater fra Magnetsykehus i henholdsvis England, Australia, New Zealand, Russland og Armenia, viser forbedring i kvaliteten på sykepleien.

Nå ønsker Sykehjemsetaten og NSF å innføre Magnetsykehjem/rekrutteringssykehjem i Oslo.

– Vi har allerede startet et samarbeid med NSF om utvikling av et rekrutteringssystem etter modell av Magnetsykehusene i USA. Modellen må imidlertid tilpasses norske forhold og sykehjemsetatens intensjoner med prosjektet. Vi har mottatt midler fra Oslo kommune for å utvikle konseptet, sier direktør

i Sykehjemsetaten i Oslo, Bente Riis.

I første omgang skal det igangsettes piloter på to sykehjem som skal utvikles til rekrutteringssykehjem. Tåsenhjemmet er ifølge direktøren valgt ut som et av pilotsykehjemmene, mens andrevalget står mellom Silurveien, Lindeberg omsorgssenter eller Smestadshjemmet. I tillegg til kompetente sykepleiere, er vi opptatt av å rekruttere andre viktige faggrupper for å gi et helhetlig tilbud ved sykehjemmene våre.

Konkurranse

– Vi har utlyst en konkurranse blant de kommunale sykehjemmene for å velge ut hvem som skal være med i dette prosjektet, sier Riis.

Sykehjemmene er bedt om å begrunne hvorfor de mener deres sykehjem er aktuelt for å utvikle konseptet videre basert på følgende områder; ledelse, fagutvikling og kompetansebasert praksis.

Kriteriene for Magnetsykehjem i Norge er foreløpig ikke utarbeidet, men Bente Riis opplyser at de vil arbeide videre med en prosjektplan som skal beskrive et kriteriesystem som en fremtidig sertifiseringsordning kan sees opp mot.

– Eksempler på slike kriterier kan være null ufaglærte i staben, lav turnover, lavt sykefravær og at alle ledernivåer har lederutdanning, sier hun.

Komplett brystpleie



Philips AVENT manuell brystpumpe*

Inkluderer en myk massasjepute på insiden av pumpen med fem myke massasjeputer som forsiktig masserer området rundt brystvorten og etterligner babyens suging for å stimulere en naturlig melkestrøm.

Philips AVENT elektronisk brystpumpe*

Med tekniske funksjoner som lærer og fortsetter mors egen pumperytme. I motsetning til alle andre håndholdte brystpumper, gir denne moren full kontroll over sugeskraft, hurtighet og rytme.



Philips AVENT Niplette

En enkel løsning for innovervendte brystvorter: Med en skånsom sugefunksjon drar Niplette brystvorten utover. Ved kontinuerlig bruk kan den gi permanent korreksjon ved bruk åtte timer om dagen i 1 - 3 måneder.

Philips AVENT brystskjold

Brystskjoldene er laget av svært fin, myk, lukt- og smaksfri silikon som beskytter såre og sprukne brystvorter under amming. Tilgjengelig i to størrelser: liten og standard.



Liten: 15 mm i diameter
Standard: 21 mm i diameter



Philips AVENT Ventilerte brystskjold

Beskytter såre og sprukne brystvorter, samtidig som det slipper til luft for at de skal helbredes raskere. Det lette trykket kan også avhjelpe melkespreng. Philips AVENT brystmelkopsamlere (uten hull) samler opp overflødig brystmelk under amming eller pumping.

Philips AVENT ammeinnlegg

Myke, diskrete ammeinnlegg med god passform og en unik firelags, trygg konstruksjon som garanterer førsteklasses absorbering og komfort.



Philips AVENT VIA oppbevaringssett for brystmelk*

VIA er et praktisk, plassparende lagringssystem som gjør at du kan bruke samme kopp for å pumpe, lagre og mate babyen din med brystmelk. VIA-koppene er sterile og kan brukes om igjen helt de begynner å vise tegn på slitasje.

Dersom du ønsker tilsendt vareprøver på noen av de aktuelle produktene (elektrisk pumpe er ikke tilgjengelig som demo) for å vise dem til pasientene dine, vennligst kontakt oss på: Midelfart Sonesson AS, Postboks 144 Skøyen, 0212 Oslo. Tel: 24 11 01 81, telefax: 24 11 02 90, kmh@midelfartsonesson.no

www.philips.com/AVENT



* Produktene inneholder ikke bispfenol-A (BPA)



Britt Helen Haukø,
spesialsykepleier, psyk. avd.
Sykehuset i Namsos



John H. Starnes,
førstelektor ved Høgskolen i
Nord-Trøndelag, avd. Namsos/
Namsos Opplæringscenter

Samtlige foreldre var glade for at de tok imot tilbudet om BT og anbefalte det til andre.

Det hjelper å snakke med barna

Å delta i barnas time har bedret kommunikasjonen mellom psykisk syke foreldre og barna deres.

Voksne for Barn (2008) (1) hevder at cirka 90 000 barn i Norge vokser opp med foreldre med psykiske problemer, og cirka 200 000 med foreldre som ruser seg. En person som er psykisk syk har ofte nok med sin egen situasjon, og mange klarer ikke å opprettholde en adekvat følelsesmessig tilknytning til barnet. Utallige studier viser at barn som vokser opp der en eller begge foreldrene er psykisk syke, har høyere risiko for utviklingsforstyrrelser, sykdom og redusert livskvalitet (2, 3, 4,5).

Tabubelagt

Psykisk sykdom er fortsatt tabubelagt, noe som ofte medfører at forholdet holdes hemmelig. Dermed får de det gjelder liten erfaring i å snakke om forholdene og mange har faktisk heller ikke ord å bruke. Mange barn klarer da ikke å sortere sin virkelighetsoppfatning i det «uforklarlige» eller sette opplevelsene sine i en sammenheng. Barns kunnskap om foreldrenes sykdom er

ofte mangelfull og sporadisk uten at de forstår at noe er galt. Situasjonen for barna blir ytterligere komplisert dersom mor eller fars sykdom sammenfaller med fravær av andre betydningsfulle personer som den andre forelder, besteforeldre og venner. Hvis familien lider under dårlig økonomi, disharmoni, er sosialt isolerte, arbeidsledige eller sliter med rusproblemer forverres situasjonen ytterligere. Alvorlighetsgraden øker jo yngre barnet er når omsorgspersonen blir syk, og ved lengre tids sykdom. Det er ikke uvanlig at barna tillegger seg selv skylden for foreldrenes sykdom og det foreldereren ikke makter.

Mange års stressforskning dokumenterer at langvarig stress, spesielt i tidlig barnealder, øker risikoen for sykdom (6,7). Energi bindes opp i en kaotisk situasjon og resulterer i utrygghet, tapt læring, utvikling og livsglede. Kvello (8, s. 55) sier at barndommen er en sårbar fase fordi mange av de viktigste utviklingsmes-

sige milepæler allerede passerer i løpet av de første fem årene. Det gjelder hjernens og nervesystemets utvikling, tilknytningsevne, emosjonsregulering, selvaksept og sosiale ferdigheter. Men det betyr ikke at alle barn som har foreldre med psykisk sykdom ikke får nødvendig omsorg og oppfølging.

Barnas time

Ved psykiatrisk avdeling ved Sykehuset i Namsos inviterer vi rutinemessig foreldre (eventuelt andre nærpersioner) og barn mellom to og 18 år til «Barnas Time» (BT) snarest etter forelderens innleggelse. BT er et psykoedukativt tilbud som ledes av to veiledere, der det undervises om psykisk sykdom generelt og om foreldrenes sykdom spesielt. Vi vektlegger å alminneliggjøre tanker og følelser barna i denne situasjonen har, for eksempel ansvar, skyld og skamfølelse. Vi arbeider også med å oppklare feiltolkninger og styrke barnas stilling generelt. I første del

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på www.sykepleien.no

Søkeord:

Psykisk helse
Pårørende
Kommunikasjon
Barn



FØLER SKYLD: Barn av psykisk syke foreldre tillegger gjerne seg selv skylden for mors eller fars sykdom.
Arkivfoto: Erik M. Sundt

av timen hjelper veilederne til med å sette ord på sykdom, symptomer, tanker og følelser. Dette blir gjort mens foreldre og barn er i samme rom. På den måten forsøker vi å bryte tausheten rundt det som er vanskelige og tabubelagt. De får «nye ord» som kan bidra til å

forklare og forstå situasjonen. Et mål med BT er å forebygge forvirring, usikkerhet, uvitenhet og redusere stresset mange barn opplever i denne situasjonen. Etter en slik samtale i fellesskap gir foreldre barna tillatelse til å prate videre med veilederne og forlater rommet. Vår erfaring er at

når foreldrene går ut forteller og spør barna mer. I siste del av timen samles familien igjen. Veilederne forteller foreldrene, eller hjelper barna å spørre eller fortelle, hva de og barna har funnet ut er viktig å snakke om. Dette kan være en start på å snakke om det vanskelige og tabubelagte.

I timen forsøker vi også å avdekke hjelpebehov og tilby tilpasset oppfølging. Tilbudet er basert på at barna får det bedre ved å snakke og bli informert om foreldrenes sykdom, og den ofte uforutsigbare situasjonen dette medfører. Flere studier både nasjonalt og internasjonalt (2,9,10,11) ▶

viser til gode erfaringer med arbeid i grupper, der foreldre og barn deltar for å bedre kommunikasjonen i familien og øke kunnskapen.

Gode tilbakemeldinger

Barnas time har eksistert i seks år og vi sitter igjen med et klart inntrykk av at barn og foreldre er lettet over å få hjelp til å snakke sammen om vanskelige og tabubelagte temaer. Vi har mottatt positive tilbakemeldinger fra behandlere i poliklinikk, psykiatriske sykepleiere i kommunen og foreldre, som setter pris på at det finnes et tilbud som inkluderer barn. Det bør stilles høye faglige og etiske krav for å anbefale og ta i bruk et slikt tilbud, og som terapeuter bør vi forsikre oss om at metoden virker og er til hjelp. Ifølge Rundskriv (IS 5/2006) (12) mangler barn og unge av foreldre med psykisk sykdom og/eller rusavhengighet oppfølging. Spesielt gjelder det kartlegging av denne målgruppen, og å avdekke behov og tilby adekvate tiltak. Derfor var det interessant å avdekke foreldre og barns erfaringer med BT og tiden etterpå. Vi forsøkte å belyse følgende spørsmål:

1. Hvilken betydning har Barnas Time hatt for kommunikasjon mellom foreldre og barn?
2. Bidro Barnas Time til bedre mestring av hverdagen for foreldre og barn?

Metode

For å kunne si noe om effekt over tid tok vi utgangspunkt i ti familier som deltok i BT frem til for nøyaktig seks måneder siden. Åtte av familiene sa ja til å delta. Familiene hadde fått det samme tilbudet, men med noen tematiske ulikheter avhengig av foreldrenes sykdom og hva som ble tatt opp i timene.

I fem av familiene var det barn over ti år, som ble intervjuet med foreldrenes tillatelse. Utvalget besto av fire gutter og fire jenter med en gjennomsnittsalder på 12 1/2 år. Syv barn

ble ikke intervjuet fordi de var under ti år. Vi antok at barn under ti år ville ha vansker med å huske så langt tilbake i tid. Foreldre og barn ble intervjuet hver for seg. Foreldreintervjuet varte i cirka 45 minutter, mens barneintervjuene varte i cirka 20–30 minutter. Intervjuene ble tatt opp på lydband og skrevet ned i sin helhet.

Intervjuguide ble utarbeidet med utgangspunkt i det vi betraktet som relevant for våre problemstillinger, her eksemplifisert med spørsmål til barn og foreldre innen følgende områder: Organisering, kommunikasjon, kunnskap og trygghet.

Resultater

Alle barna husket at de deltok i timen og «damene» som ledet timen. Fem av barna hevdet at det som det ble snakket om i timen var til hjelp

senere. Tre tvilte litt, men fortalte senere i intervjuet om situasjoner som viste at de hadde brukt det de hadde lært i timen både i samtale med foreldre og venner.

Seks av åtte barn opplevde at det var greit å få være en stund alene med veilederne: «Det kan hende det ikke er så lett å snakke om ting som har med foreldre å gjøre når de er der. Man kan såre dem». Ingen kunne tenkt seg BT annerledes. Tre av barna kunne tenkt seg flere timer, to visste ikke og en sa nei «for jeg var til helsesøster etterpå».

Samtlige foreldre var glade for at de tok imot tilbudet om BT og anbefalte det til andre. Alle fikk informasjon om tilbudet i avdelingen og mente de hadde forstått hva det gikk ut på før de takket ja.

Fikk videre oppfølging

Barna i fem av åtte familier fikk

tilbud om annen oppfølging etter BT. Timen fungerte dermed som en arena for å avdekke behov og gi andre tilbud, og etablere kontakt om oppfølging. Halvparten av familiene ønsket de hadde fått konkret avtale om ny BT og dermed oppfølging etter utskrivelse.

Seks av barna var tydelige på at BT hadde hjulpet dem når de skulle snakke med mor eller far om situasjonen rundt sykdommen. Flere hadde spurt mamma eller pappa om sykdommen etter innleggelsen. Fire av barna sier at foreldrene har snakket med dem om sykdommen sin og seks hevder de snakker mer med foreldrene etter BT. Av åtte foreldrepar hevdet seks at BT hadde påvirket måten de snakket sammen på. De hadde tidligere manglet ord og begreper for å forklare om sykdommen og

familiens situasjon. Måten veilederne snakket med barna på, ble en modell for hvordan de selv kunne snakke med dem om situasjonen. Seks av foreldrene opplevde at det ble lettere å snakke om at de selv var/hadde vært syke.

Kommuniserte bedre etterpå

Fire foreldre-par hevdet de har henvisning til BT når de senere har snakket om hendelser knyttet til sykdommen. Flere opplevde at de hadde fått hjelp til å bryte tabu og lært å forholde seg til sannheten og at dette har gjort kommunikasjonen lettere. Tre hevdet at de tidligere hadde tydd til nødløgn, men at «nå vet vi at ungene vet». To mødre mente de ikke kommuniserte bedre etter timen. Begge mente likevel at det var viktig med informasjon generelt.

Fem foreldre-par svarte klart ja på at de hadde lært noe i BT. De var

blitt mer bevisste på barnas tanker, hadde fått mer kunnskap om sykdommen og lært hvordan de kunne kommunisere med «nye» ord, bryte tabuer og unngå løgn. En forelder opplevde å få lite igjen, en kunne ikke gi svar og en hadde kunnskap før. Syv foreldre-par opplevde likevel at innholdet i BT var relevant for dem.

Forsto sykdommen bedre

Av barna var det to som husket at de hadde lært noe om sykdommen, symptomer, og behandling. To husket at «det ikke er ungenes skyld at forelderen er syk». Syv av barna opplevde at de forsto mer om hva som feilte forelderen etter timen, og alle forsto at mamma eller pappa trengte å være på sykehuset en stund. Alle sa de hadde fått vite noe om behandlingen.

Alle barna svarte at det hjalp å få delta i BT og at det ble bedre etterpå. Alle barna trodde at forelderen fikk hjelp på sykehuset og fem kunne gi svar på hva de mente var til hjelp. Alle barna trodde BT ville være til hjelp for andre barn med innlagte foreldre: «Ja, en får vite litt og snakke om det med folk som kan litt om psyken». Barna signaliserte også at de følte seg tryggere når tausheten var brutt og de fikk gi uttrykk for følelsene sine.

Økt trygghet

Seks av de 15 barna som deltok fikk videre oppfølging som følge av at de var blitt oppdaget «tidlig». Tre barn fra to familier fikk barnevernstiltak, to barn fra to familier fikk gjennomgå BAPP-kurs (kurs over ti uker for barn til foreldre med psykiske lidelser eller rusproblemer). Ett barn fikk ukentlige samtaler med helsesøster i en periode.

Foreldrene hevdet at BT var med på å øke tryggheten for barna. Å snakke med utenforstående (veilederne) ble opplevd som positivt. Det betydde mye at de ble informert om sykdommen, fikk satt

ord på forelderens atferdsendring og behandlingen de mottok. Barna fikk større forståelse for situasjonen og det ble enklere for dem å fortelle venner og nærmiljø om forelderens sykdom. Seks av åtte foreldre/par hevdet de opplevde større trygghet etter BT.

Bedre mestring i hverdagen

Gjennomgående opplevde foreldrene at barna fikk økt kunnskap. De ga uttrykk for at barna lærte ord og begreper som hjalp dem til å forstå situasjonen bedre. De fleste synes det ble enklere å kommunisere med barna om det som var vanskelig. Flere fortalte at barna grublet mindre og sov bedre, noe som blant annet resulterte i mindre trøtthet og krampling om morgenen. To mødre fortalte om «nødløgner» de hadde brukt for å forklare hvorfor de lå så mye på sofaen og barn som anklaget dem for å være late. Nå opplevde de at barna forsto mer, og at de selv kunne svare ærlig på spørsmål. En far fortalte at barnet hans ikke visste hva som egentlig feilte ham og at han selv deltok i «storfamiliens nødløgn». Nå snakket alle i storfamilien åpent om sykdommen og følgene av den.

Diskusjon

Målet med studien var å avdekke om BT har hatt betydning for kommunikasjonen og om BT bidro til bedre mestring av hverdagen for foreldrene og barna som deltok. Et viktig mål med BT er at det skal virke forebyggende og redusere sjansen for at barna skal utvikle symptomer. Barn av psykisk syke tilhører en risikogruppe og det kreves spesiallagde programmer som går ut over det man vanligvis forbinder med primærforebygging.

Resultatene fra intervjuene tyder klart på at deltakerne har både bedre kommunikasjon og økt mestring etter TB. Den største endringen er at de har fått ny kunnskap om sykdommen, nye ord og begreper og forståelse av hvordan de kan

bruke dette i kommunikasjonen om tabubelagte emner. Likeså er det å legge bort nødløgner av betydning for åpenhet. Åpenhet vil medføre redusert stress både for den som må lyve og den som dermed hindres i å spørre. Barna får ofte med seg mer enn vi tror og når de opplever at foreldrene lyver forstår de intuitivt at dette skal de ikke spørre mer om. Det er heller ikke lett for foreldre å forklare situasjonen for barna når de selv mangler kunnskap, ord og begreper som egner seg. Hvis man føler seg ubekvem ved å snakke om noe er det lettere å la være.

Godt grunnlag

Bevisstgjøringen som skjer i forbindelse med BT ser ut til å gi foreldre og barn et redskap til å gå videre i løsningen av eventuelle problemer. For å komme videre kreves det imidlertid at de fortsetter å arbeide for å bedre kommunikasjonen på egenhånd, eller tar imot tilbud om oppfølging. Med BT har vi kommet et stykke på vei og lagt et grunnlag for videre arbeid med et ofte tabubelagt område. Flere snakker bedre med hverandre i familien og dermed blir det mindre taushet. Vi mener at kunnskap og bevisstgjøring har bidratt til at barna er bedre rustet til å takle situasjonen med en psykisk syk forelder. Det grensesprengende i dette arbeidet er at man tar opp problemet og ufarliggjør det, og at vi gjennom BT kan avdekke en del behov hos foreldre og barn som følge av sykdommen. Metoden bærer i seg en del allmenne elementer som det i dag er stor enighet om at er grunnleggende for en harmonisk utvikling.

Det er samsvar mellom innholdet i intervjuene i studien og det som er referert til i litteraturen. Vi erfarte at det ble snakket lite med barna om sykdom og situasjonen i familien. Barna torde ikke spørre, de manglet kunnskap og forståelse for det de observerte. De var usikre på hva de kunne spørre om, følte utrygghet og ubehag. Solbergs studie fra 2003

viste også at familien snakket bedre med hverandre etter å ha deltatt i samtalegrupper, og det ble lettere for barna å be om hjelp, mindre taushet, og økt aksept for å uttrykke seg.

Barn er gode observatører, men de fantaserer og trekker egne konklusjoner som kan være verre enn virkeligheten. De forholder seg derfor kanskje tause, spør ikke og unngår å belaste foreldre de ser sliter. Foreldre kan oppfatte dette som hensiktsmessig for seg selv, i alle fall om de lever i den tro at taushet er best. Når vi forteller foreldrene at det er det som ikke snakkes om barna har vondt av, vil de fleste forsøke å endre på det, men noen trenger hjelp for å komme i gang.

Avslutning

Undersøkelsen gjør det enklere for oss å si noe om hva barna opplever som viktig. Det blir lettere for oss å anbefale, og gi råd til andre aktuelle tjenesteytere som møter foreldre og barn i liknende situasjoner. BT bygger på en grunnleggende tro på at det vil beskytte barna å snakke og at foreldrealliansen ikke vil bli lidende av det. Vi ønsker at voksenpsykiatrien, som tradisjonelt ikke har tatt barneperspektivet på alvor, nå i større grad vil gjøre det, og etterspørre hvordan barna opplever sin livssituasjon. Det er viktig at det finnes arenaer hvor barnas behov kan avdekkes og hvor hensiktsmessig oppfølging kan tilbys. Rundskriv IS 5/2006 (12) påpeker mangler i forhold til oppfølging av barn og unge av foreldre med psykisk sykdom. Der er lite samsvar mellom den kunnskapen vi har og det tilbud vi gir. Alle foreldrene i denne studien anbefalte tilbudet til andre i samme situasjon. De sier klart at de er bekymret for at egen sykdom kan belaste barna, og de fleste takker ja til tilbud om oppfølging. Når foreldrene mener det er til hjelp, forplikter det. Mangel på tiltak ligger altså ikke i motvilje hos foreldrene.

I denne studien har vi lagt barnas

og foreldrenes vurderinger til grunn. Før ytterligere studier er gjennomført bør man være varsom med å generalisere. Selv om barn forstår, organiserer og strukturerer sin virkelighet annerledes enn voksne, var vårt utgangspunkt at barn ikke bare er tenkende, reflekterende og kompetente, men også nødvendige bidragsytere for å forbedre praksis.

Det ble gitt økonomisk støtte til studien fra Helse Midt- Norge og Høgskolen i Nord- Trøndelag.

LITTERATUR

1. Voksne for barn, Vfb.no (2008) Risikoutsatte barn – tall og fakta.
2. Skjerfving A. Barn til psykisk størda forelder. Sårbarhet, risiko og skyddande faktorer. Stockholm: FO-enhetenpsykiatri. Vestre Stockholms sjukvårdsområde, 1996.
3. Vik K. Psykisk sykdom hos foreldre hva med barna? Tidsskr nor Lægeforen 2001; 121 (29): 3437.
4. Wang A, Goldschmidt V. Interviews with psychiatric inpatients about professional intervention with regard to their children. Acta Psychiatr Scand 1996; 93: 57-61.
5. Glaser D. Emotional abuse and neglect: a conceptual framework. Child abuse & neglect 2002; 26: 697- 714.
6. Sapolsky R. Why stress is bad for your brain. Science 1996; 273: 749-750.
7. Teicher M, Andersen S, Polcari A, Anderson C, Navalta C, Kim D. The neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment. Neuroscience and Biobehavioral Reviews 2003; 27: 33-44.
8. Kvello Ø. Utredning av atferdsvansker, omsorgssvikt og mishandling. Oslo: Universitetsforlaget, 2007.
9. Ahlgren B. Usynlige unge børn og unge med psykiske syge forældre. København: Hans Reitzels Forlag, 2001.
10. Lindstein T. Vändpunkten. At arbeta med barn till alkoholister. Stockholm: Förlaghuset Gothia, 1995.
11. Solberg A. Hjelp til barn som har foreldre med psykiske lidelser. Sol: NOVA, 2003.
12. Rundskriv IS- 5/2006. Oppfølging av barn til psykisk syke og/eller rusavhengige foreldre. Oslo: Sosial og helsedirektoratet, 2006.



**Æ trur æ foretrekker champagne på ei sydhavsøy
omgitt av havfruer framfor statlig norsk eldreomsorg.
Men æ må ha fruen med!**

Steinar Bastesen

Selvhjelp på helsa løs

Søker du etter å finne din indre styrke? Eller vil du få flatere mage på 1-2-3? Kanskje ønsker du å bli flinkere til å ta ordet i forsamlinger, eller er målet sort belte i effektivitet? Uansett – det finnes en bok der ute som garanterer deg å nå målet ditt. Et kjapt søk på sjangeren «selvhjelp» hos en tilfeldig valgt norsk bokhandlarkjede lar deg velge og vrake mellom drøyt 20 000 titler. Så tidlig som i 1859 gikk folk mann av huse for å sikre seg boken «Self-Help». Den skotskfødte forfatteren Samuel Smiles, senere kalt selvhjelpslitteraturens far, vip-pet selveste Charles Darwin av pinnen med sin banebrytende bok. Budskapet er enkelt; du er din egen lykkes smed, og har selv nøkkelen til din suksess. I dag er selvhjelp og selvutvikling Big Business. Senest i fjor toppet selvhjelpsboka «The Secret» bestselgerlistene her hjemme. Bokas «hemmelighet» er at du ved hjelp av tankens kraft kan bli, få eller gjøre alt du vil. En fersk kanadisk studie viser imidlertid at bøker som denne kan gjøre vondt verre. For personer med dårlig selvbilde kan det ifølge forskerne virke mot sin hensikt å manipulere hjernen til å tenke positivt. Paradoksalt nok viste resultatene at humøret var bedre når de tillot seg å tenke negativt. Always Look on the Bright Side of Life? Kanskje ikke.



Clairaine Johnson

Forfatterintervjuet: Mannejakten

Vi må få flere menn inn i pleie- og omsorgsyrkene, mener Helge Svare. Og han vet hvordan vi skal få det til også.



Helge Svare er bekymret. Ifølge beregninger fra Statistisk sentralbyrå (SSB) kan antall eldre fordobles innen år 2050. Og forsiktige prognoser viser at vi vil trenge minst 54 000 nye årsverk for å møte behovene innen eldreomsorgen i løpet av de neste tjue årene.

– De utfordringene er det ingen selvfølge at vi klarer å møte, sier han.

Han presiserer at økningen av antall eldre selvsagt ikke er problematisk i seg selv. Det er snarere et sunnhetstegn at vi lever lenger. Problemet er ifølge Svare at interessen for å jobbe med eldre er sterkt synkende.

– Det finnes knapt noe viktigere velferdsprosjekt enn å snu denne utviklingen, og gjøre det som er mulig for å gi dagens og fremtidens

pleietrengende eldre et så godt liv som mulig.

I boken «Menn i pleie og omsorg – brødre i hvitt» tar Helge Svare utgangspunkt i erfaringene han gjorde seg for noen år tilbake, da foreldrene hans ble for gamle og skrøpelige til å bo hjemme og måtte flytte på sykehjem.

– I løpet av den tiden de bodde på sykehjem, var jeg en hyppig gjest der. Og jeg gjorde meg en rekke erfaringer.

– Som for eksempel?

– At arbeidsstokken nesten utelukkende besto av kvinner. På avdelingen der moren min bodde, var det bare én mannlig pleier.

Da Svare ble spurt om å delta på MIO-prosjektet (Menn i Omsorgsyrkene) var han ikke vond å be. MIO er et samarbeidsprosjekt mellom Høgskolen i Telemark og Arbeidsforskningsinstituttet i Oslo, og Svares bok bygger på forskningsresultatene av prosjektet.

– Hvorfor er du så opptatt av eldreomsorg?

– Eldreomsorg angår absolutt alle, meg selv inkludert. Jeg mener vi bør være mye mer opptatt av hvordan dagens eldre har det, og hvordan vi vil få det den dagen vi selv er pleietrengende.

I boken beskriver Svare en tydelig kultur blant sykepleiere, som han mener aktivt har bidratt til å holde menn ute. Nå skal vi heller ikke gå langt tilbake i historien før menn fikk formell adgang til sykepleieryrket. Først i 1948 åpnet sykepleierloven for at menn kunne søke

opptak til sykepleierstudiet i Norge. Men selv da unnlot mange skoler å ta opp menn grunnet «vanskelige internatforhold».

– I boken ramser du opp minst ti grunner til at menn holder seg borte fra pleie- og omsorgsyrkene. Hva mener du er den viktigste grunnen?

– Jeg vil gjerne fastholde at dette er veldig sammensatt. Men jeg tror den viktigste årsaken er at de oppfattes som kvinneyrker. Grunnen til det er at de andre argumentene ikke holder mål.

Svare viser til argumenter om lav lønn, rutinepreget, skittent og tungt arbeid.

– I politiet får man like lav lønn, men det skremmer ikke menn fra å jobbe der. Og rutinepreget, tungt og skittent arbeid finner du på en rekke andre arbeidsplasser. Derfor står jeg igjen med kjønn som hovedforklaring.

Helge Svare er spesielt opptatt av å trekke frem eksperimentet «Sol-kollen» når vi snakker om boken. Prosjektet, som så langt er det eneste i sitt slag i Norge, innebar planmessig å øke andelen menn på et sykehjem for å se hvordan det ville påvirke livet ved sykehjemmet i bred forstand.

Bo- og behandlingssenteret «Sol-kollen» er en kommunal institusjon som åpnet dørene i 2007. Allerede mens senteret var under bygging, ble det inngått en avtale mellom kommunen og MIO-prosjektet om at den somatiske avdelingen ved senteret skulle inngå i forsøket, som innebar å øke andelen mannlige ansatte

3 om epilepsi

Anbefalt av
Inger Frogg Jørgensen,
psykiatrisk sykepleier



Gitte Meyer og Mogens Dam:
Sjælens sorte huller – epilepsi og bevidshet
En veldig informativ bok, ført i pennen av en av Danmarks fremste forskere innen epilepsi. Med seg på laget har han vitenskapsjournalist Meyer som gjør fagterminologien forståelig for de fleste.



Hilde M. Solheim Løvli og Jane Gravklev-Ludvigsen:
Epilepsiens mange ansikter
En annerledes bok, fordi den er basert på personlige bruker-erfaringer. Forfatterne mestrer å formidle til både pårørende og fagmiljøer hvordan epilepsi kan gi endringer i livskvalitet og få konsekvenser for livsutfoldelse.



Karl Otto Nakken:
Fra epilepsikoloni til spesialsykehus
Boken er et lite stykke norgeshistorie. Den gir sammenfattende glimt fra epilepsiomsgen som utspant seg i Norge på Solberg gård i Bærum gjennom de drøyt siste 100 år.

De ansatte får det bedre når det er en bedre kjønnsbalanse

ved avdelingen til rundt 50 prosent. Slik gikk det imidlertid ikke. På det meste var andelen mannlige ansatte oppe i rundt 25 prosent.

– «Solkollen» fremstår likevel som en god illustrasjon på hvordan bedre kjønnsbalanse gir økt trivsel. Ikke minst ga de kvinnelige ansatte uttrykk for at de trivdes bedre på jobben med flere menn i arbeidsmiljøet. Og flere menn lot seg rekruttere til sykehjemmet. Til og med noen som i utgangspunktet hadde andre planer.

– *Hvorfor er det så viktig å få menn inn i pleie- og omsorgsyrkene?*

– For å dekke behovet for arbeidskraft. Men også fordi miljøet blir bedre. De ansatte får det bedre når det er en bedre kjønnsbalanse. Og det vil sannsynligvis generere en positiv effekt på beboerne.

– *Hvordan kan vi rekruttere flere menn inn i pleie- og omsorgsyrker?*

– Det er viktig at arbeidsplassene får tilstrekkelige ressurser til å gjøre arbeidet interessant. Her har kommunene et spesielt ansvar.

NSF bør jobbe med fagutvikling og ledelse, og sørge for at videreutviklingen av dette styrkes. Videre bør rekrutteringskampanjer og annet rekrutteringsmaterieil designes på en måte som også menn kan kjenne seg igjen i.

Svare mener det bør lages et system som senker terskelen for dem som er interessert i å prøve seg i et pleie- og omsorgsyrke – gjerne før de setter i gang med en utdanning.

– Opprett kortvarige vikariater der menn får oppleve hvordan det er å jobbe med eldre. Opprett egne, tidsbegrensede rekrutteringsstillinger som er designet spesielt for dette. Utlys sommervikariater og ekstrastillinger der menn blir oppfordret til å søke. Og gjør det lett for de ufaglærte mennene som jobber i pleie- og omsorg å ta utdanning. Se på dem som en ressurs, som kommende sykepleiere.

foto **Geir Arne Johansen**
foto **Stig Weston**



Helge Svare

Aktuell med: Menn i pleie og omsorg – brødre i hvitt

Utdanning: Doktorgrad i filosofi

Yrke: Seniorforsker på Arbeidsforskningsinstituttet

Bosted: Oslo

Alder: 49



Søker Garborgs arvtaker

I anledning åpningen av Nasjonalt Garborgsenter våren 2011, har Garborgsenteret og Det Norske Samlaget gått sammen om å arrangere en romankonkurranse. Arne Garborg skildret i sin tid de store omveltningene og datidens maktforhold i samfunnet. Nå søkes hans «arvtaker», som på spennende og overraskende vis vil sette søkelyset på vår tids utfordringer. Frist for innsending av manus er 1. april 2010.

Kilde: samlaget.no

De psykisk utviklingshemmedes rystende historie

Anmeldelse: Det er en hjerteskjærende beretning forfatter, vernepleier og journalist Halvor Fjermeros har skrevet. Basisen for store deler av boken er hans inngående kunnskap om omsorgen for psykisk utviklingshemmede, i en historisk sammenheng. De feildiagnostiserte inkludert.

Her leveres et historisk dokument. Det handler ikke bare om den til tider tvilsomme omsorgen her til lands. Forfatterens kunnskapsnivå er høyt, og boken kan fungere som et komprimert sammendrag av mye allerede eksisterende litteratur. Den kan betraktes som en innfallsport for alle som vil lese mer eksplisitt om hvert tema.

Bakgrunnen for mye av den dokumenterte historikken er lagt til sentralinstitusjonen Emma Hjorths Hjem på Tokerud gård i Bærum, med andre ord en vesentlig del av åndssvakeomsorgen (som det da het) i Norge.

Også HVPU-reformen, som ble gjennomført tidlig på 1990-tallet, legges under lupen.

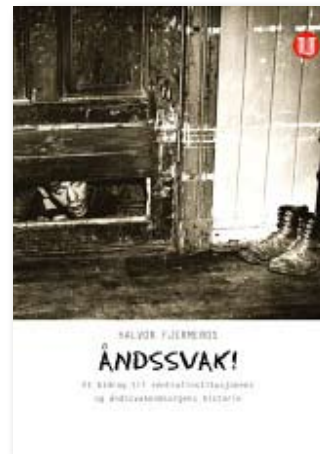
Som anmelder opplevde jeg å få en opplysende dannelsesbok i fanget, og ikke minst holder forfatterens store og personlige engasjement konsentrasjonen på plass. Leseren blir behørig presentert for blant annet sentralinstitusjonenes plass og virke, krigsoppgjør og rasehygiene. Fjermeros har ikke slurvet med bakgrunnsstoffet eller kildematerialet.

Det gis nyanserte bilder av nasjonale og internasjonale størrelser, som på godt og vondt har satt merke etter seg, og av hverdagsmenneskene. Et eksempel er den omstridte overlegen Ole B. Munch ved Emma Hjorths Hjem, som vi blir grundig presentert for. Ingen helt enkel eller ydmyk herre, men et kjempende menneske med ideologier må han ha vært.

Boken er en politisk pamflett på

vegne av mange. Alle samfunns- lag er representert. Den prosaiske formen er helt riktig for stoffet som formidles. Det jeg innledningsvis kalte hjerteskjærende, kan ikke leseren verge seg mot uansett. Man legger ikke denne boken fra seg uberørt.

Litterære referanser, det være seg til Tarjei Vesaas, Gabriel Scott eller M. Foucault og mange andre betydelige størrelser, bekrefter historien som vi helst ikke vil tro på. Fjermeros har tidligere skrevet «Om hundre år er allting glemt» (1998) i anledning Emma Hjorths Hjems hundreårsdag. Og han gjentar det nå: «Om hundre år når allting er glemt, er det kun poesien som er tilbake». Men så lenge bøker som denne får leve og blir lest kan ingen tillate seg å glemme. Boken etterlater ingen leser historieløs. Universitetsforlaget burde derfor denne gangen påkostet seg stive permer.



Åndssvak!
Et bidrag til sentralinstitusjonens og åndssvakeomsorgens kulturhistorie

Av Halvor Fjermeros
320 sider
Universitetsforlaget 2009
ISBN: 978-82-15-01362-6

Anmelder: Inger Frogg Jørgensen, psykiatrisk sykepleier

Verktøy for brukervedvirkning

Anmeldelse: Brukervedvirkning har fått en politisk og lovmessig forankring innenfor feltet psykisk helse. Men hvordan få til brukervedvirkning i praksis? Dette er meget aktuelt for alle som arbeider innenfor helsefeltet, og det viktigste temaet for forfatterne i denne boka.

Marianne Storm er sykepleier og doktorgradsstipendiat innenfor ledelse, og medforfatterne har god innsikt i feltet psykisk helse, hva gjelder både det faglige og brukerperspektivet. Dette gjør boken nyansert.

Foruten en teoretisk forankring av brukervedvirkning, er hovedfokuset satt på strategi og prosess, både på individ, gruppe og systemnivå.

Boka problematiserer det som kan påvirke gjennomføring av brukervedvirkning, ikke minst hvordan

makten til ansatte kan være til hinder, bevisst eller ubevisst. «Å gi slipp på makt og autoritet kan utfordre helsepersonell og deres verdier, og det kan resultere i at brukervedvirkning ikke omsettes til handlinger i praksis», skriver Storm. Medvirkning skal innebære å styrke pasientens makt over sin egen situasjon.

Det er egne kapitler, som trinn for trinn demonstrerer hvordan ansatte ved et distriktpspsykiatrisk senter samarbeider med brukere og pårørende, for å fremme brukervedvirkning der dialogkonferansen får stor plass.

Et eget kapittel viser hvordan fasilitator hjelper til å tilrettelegge endringsprosessen over tid for personalet og brukerne. Fasilitator har en viktig rolle som tilrettelegger, og har sine spesifikke oppgaver. Vi får

demonstrert noe av det kreative innholdet i verktøykassen som kan tas i bruk for å fremme bevisstgjøringsprosessen i gruppene. Forfatteren er klar på at fasilitator selv ikke bør jobbe ved den arbeidsplassen der hun eller han skal drive veiledning.

Målfrid J. Frahm Jensen har flere gode innspill som erfaringskonsulent, og hun har satt opp spørsmål til refleksjon i egne bokser underveis.

Boka er enkel og konkret. Den kan være til god nytte som inspirasjon og verktøy for brukervedvirkning i både praksisfelt og høyskoler innenfor feltet psykisk helse. Vi har satt flere av kapitlene opp på pensum fra høsten 2009 ved videreutdanningen i psykisk helsearbeid ved Høgskolen i Oslo, og flere studenter har allerede hatt glede av boka i arbeidet med sin fordypningsoppgave.



Brukervedvirkning i psykisk helsearbeid

Av Marianne Storm, med bidrag fra Åslaug Botnevik Rennesund og Målfrid J. Frahm Jensen
156 sider
Gyldendal 2009
ISBN: 978-82-05-39166-6

Anmelder: Hjørdis Fodstad, 1. lektor, HiO

Månedens bok

Jeg – Individets kulturhistorie

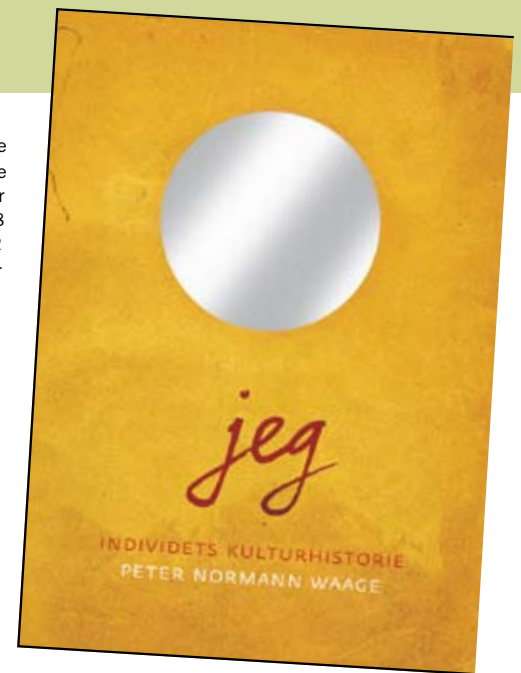
Av Peter Normann Waage

670 sider

Schibsted forlag, 2008

ISBN: 978-82-516-2600-2

Anmelder: Karl-Henrik Nygaard, rådgiver



Hvem er egentlig «jeg»?

Menneskets opplevelse av seg selv har forandret seg sterkt gjennom tidene. Boken starter med Adam og Eva.

Anmeldelse: Peter Normann Waage er en kunnskapsrik og dyktig formidler av historie. På en personlig måte forteller han hvordan individet har blitt definert og forstått, og hvordan mennesker gjennom århundrer har opplevd seg selv som enkeltindivider. Han bruker kunst, myter og episke fortellinger for å formidle stoffet. Rammen er i hovedsak europeisk kultur og historie, Russland inkludert. Forfatteren kjenner russisk kultur og tradisjon særlig godt. Individet sett i lys av andre kulturer er ellers ikke direkte tatt opp. Islam nevnes kun i liten grad. Det er mest menns liv og individualitet som behandles.

Waage peker på at det først er i det siste århundret at kvinner har blitt tildelt særlig verdighet som personer og individer. Historisk har de tilhørt familien. Dette prøver forfatteren å kompensere for ved å trekke frem viktige kvinneskikkelser i bokens ulike kapitler.

Etter en generell innledning om ulike måter å forstå individet på, tar han for seg myter helt tilbake til starten – til syndefallet – der hvor

individets historie egentlig starter. Mennesket opplever seg som noe selvstendig. Det er et handlende subjekt som kan sette seg opp mot Gud. Det preges av overmot, skam og død. Her er det vist gjennom myten om Adam og Eva, Prometheus og faraoen Akhnatons.

Det finnes ikke noen annen og bedre oppskrift for fremtidsmennesket enn at det finnes ingen oppskrift.

Vi ledes deretter videre til antikken slik den kom til uttrykk i Athen, Jerusalem og Roma. I Athen er Sokrates og Platon viktige aktører. Kvinnene levnes imidlertid liten ære og posisjon. Unntaket er Aspasia fra Milet. Hun var berømt for sin filosofiske dannelse og talekunst, ble omtalt som en kvinnelig Sokrates, men drev også bordell. Når bystatene bryter sammen overtar romerne hegemoniet. En sekt rundt Jesus i Palestina dukker opp. Med utgangspunkt i Jesus beskriver Waage hvordan individet fremstår som prinsipp, som enkeltmenneske og person, eller roller.

Leseren føres videre gjennom en tusenårig middelalder. Waage bruker blant annet Augustin, Faustusskikelsen og andre myter for å forklare hvordan individets indre verden defineres. Kunnskapen som formidles om renessansen er enorm, slik den også er det når han leder

leseren inn i den nyere tid. Her blir individet et rettssubjekt som krever sin rett.

Det 19. århundre defineres som individets århundre. Betydningen av å gjøre selvstendige valg står sentralt. Menneskets selvstendighet er imidlertid ikke entydig. Ytre krefter legger premisser for dets selvstendighet. Rudolf Steiner, Jean Paul Sartre og Simone de Beauvoir er viktige, slik også Karl Marx og Sigmund Freud er det. Der hvor eksistensialistene trekker frem individets iboende frihet, avgrenser Marx og Freud friheten ved å peke på de begrensende murer som fins i

materielle forhold og seksualitet.

Boken avslutter med det 20. århundre, før forfatteren på en tankevekkende måte lar oss se potensielle konflikter i en tid der alt blir tillatt. Waage peker på viktige etiske utfordringer i samtiden. Han mener det liberale samfunnet bærer i seg en indre totalitær holdning. Mistenkeliggjøringen av muslimer som gruppe nevnes. Da blir det viktig med en moralsk appell om å se mennesker som individer og ikke som representanter for gener, klasseinteresser eller annet. Den grunnleggende vestlige verdi er idealet om det frie, ansvarlige individet som gir både seg selv og andre verdighet. Det finnes ikke noen annen og bedre oppskrift for fremtidsmennesket enn at det finnes ingen oppskrift. Individet må selv finne ut når det skal si ja eller nei.

Boken har fyldige noter, en detaljert litteraturoversikt og et grundig personregister. Dette er en bok som vil vare lenge, og den kan leses av alle som bryr seg om historie og menneskeverd.



Hvilken sykdom er tema i romanen «Øya» av Victoria Hislop?

Svar: Leprosi (Spedalskhet)



Klinisk Organisasjonspsykologi
Av Per Øystein Saksvik og Kjell Nytrø (red.)

Samspeilet mellom individ organisasjon

Omtale: Grenseflaten mellom arbeidsliv og klinisk psykolog belyses i denne boken, som har som mål å formidle kunnskap om problemstillinger knyttet til arbeidslivets krav og muligheter. For studenter og andre som ønsker et supplement til en generell innføring i arbeids- og organisasjonspsykologi.



Blodprøver
Av Peter Fahmy og Troels Bygum Knudsen

Nyttig verktøy i klinisk arbeid

Omtale: Boken beskriver bruk, bakgrunn og tolkning av de mest brukte blodprøvene, med særlig vekt på de relevante kliniske opplysningene. Den er delt inn i tre deler: En generell del som omhandler praktisk blodprøvetaking, en alfabetisk oppslagsdel som beskriver blodprøver, og en del om utvalgte organprøver og prøvesamlinger. Boken retter seg primært mot sykepleiere.



Funksjonshemning – Sentrale ideer, modeller og debatter
Av Alexander Kwesi Kassah og Bente Lilljan Lind Kassah

Generelt om funksjonshemning

Omtale: Boken gir en innføring i teoretiske perspektiver, modeller og sentrale debatter innenfor funksjonshemningsfeltet. For alle som ønsker en bedre forståelse av funksjonshemning som begrep og som studie- og praksisfelt.



Asperger syndrom – Høytfungerende autisme og beslektede vansker
Av Dr. Tony Attwood
Oversatt og tilrettelagt av Jon Fauskanger Bjåstad

Følelser og mestring

Omtale: Programmet «Å utforske følelser» er i utgangspunktet laget for små grupper med barn som har Asperger syndrom eller høytfungerende autisme, men kan også tilpasses større aldersspenn. Det kognitivt atferdsterapeutiske og strukturerte programmet, har som mål å øke kognitiv kontroll over følelser, og bidra til angst- og sinnemestring.



Kroppskunnskap
Av Kristin Heggdal

Nytt forskningsbasert pasienttilbud

Omtale: Kroppskunnskap er en grunnleggende prosess for utvikling av personlig kunnskap om egen kropp, mestring, helse og velvære. I boken presenteres Kroppskunnskap som hovedbegrep i en ny teori og modell for helsefremmende arbeid. For helsepersonell, studenter, sosialarbeidere og andre som arbeider med mennesker rammet av langvarig sykdom og skade.



Mitt liv som menneske – Psykisk helse slik barn, ungdom, foreldre og deres hjelpere ser det
Av Rolf Rohde og Stéphanie Vildalen (red.)

Mennesker om psykisk helse

Omtale: Gjennom tegninger, dikt, dagboknotater, historier og artikler viser barn, ungdom, foreldre og deres hjelpere hvor vanskelig og utfordrende livet kan være. Samtidig synliggjør boken håpet som ligger i at endring er mulig.



Hva leser du nå?

– Jeg er nettopp ferdig med «Hjemkomsten» av Victoria Hislop, sier **Janne Sonerud**, divisjonsdirektør for Sykepleie ved Akershus universitetssykehus.

– I påsken leste jeg hennes forrige bok «Øya», og den likte jeg kanskje bedre enn denne.

– Jeg tok frem en bok i sommer som jeg leste første gang for mange år siden; «Ona fyr» av Ingebrigt Steen

Jensen. Det er en bok jeg synes det er fint å ta frem og bla litt i.

– Ellers går det mye i krim. Jeg sluker alt fra norske krimforfattere som Unni Lindell, Anne Holt, Jo Nesbø og Karin Fossum. De to sistnevnte kommer så vidt jeg vet med nye utgivelser i høst, og det gleder jeg meg veldig til.

Selmas skjebne

Utenpå er Selma i **Marie Osmundsens** roman «Selmas vår» en middelaldrende, litt lubben og gråhåret sykepleier. Men bak fasaden skjuler det seg et dramatisk liv.

1 Hvorfor har du skrevet denne boken?

Jeg har et behov for å gi en stemme til de menneskene som det er veldig mange av, men som sjelden blir hørt. De som gjør de lite påaktede jobbene, men som er helt uunnværlige. Og så har jeg tenkt mye på hvor grensen går mellom det vi kaller god eller dårlig psykisk helse. Jeg ønsker å alminneliggjøre disse begrepene. Tankene rundt disse temaene har vært en spore til å gå i gang med boken.

2 Hvorfor bør den leses?

Forhåpentligvis vil man sitte igjen med noen spørsmål og problemstillinger man kan gruble videre på.

3 Hvem bør lese den?

Alle. Den kan leses av den som vil underholdes, og av den som vil ha noe å tenke over. Jeg skulle forresten ønske at flere politikere og personer på ledernivå leste boken. At det var mer tid i deres hverdag til å lese skjønnlitteratur. Den kan utfordre oss på en litt annen måte enn faglitteraturen, og vi blir kan-



9 spørsmål til Marie Osmundsen

skje sittende tilbake med litt større ydmykhet.

4 Hva liker du selv best ved boken?

Vel. Nå er på en måte denne skuta sjøsatt, og dermed litt utenfor rekkevidde. Men jeg tror jeg liker den lille sekvensen der Selma går ut i hagen, og sørger over stesønnen som har blitt borte, veldig godt.

5 Hva synes du boken mangler?

Jeg har ennå ikke opplevd følelsen

av å ha utgitt den perfekte bok. Noen ganger leser man igjennom det man har skrevet og tenker «dette er genialt», mens andre ganger synes man det er flaut.

6 Hva er den siste fagboken du har lest?

«Lords of the Golden Horn» av Noel Barber, som handler om det Ottomanske rikets undergang. Den er spennende og aktuell med tanke på hvordan politikken har formet seg frem til i dag.

7 Og siste skjønnlitterære?

Jeg leser mye parallelt, men den siste skjønnlitterære boken jeg leste må være krimromanen «Dark Fire». Den omhandler 1540-tallets England. Boken er veldig fascinerende, og den er skrevet av C.J. Sansom.

8 Hva inspirerer deg til å skrive?

Tanker og spørsmål som jeg ikke helt klarer å slippe og som ikke lar meg være i fred. Selve skriveprosessen er et forsøk på å skape en struktur for meg selv.

9 Hvilken bok drømmer du om å skrive?

Det spørsmålet fikk jeg en gang for mange år siden, og da svarte jeg at jeg kunne tenke meg å skrive en hel bok om lykken. Det hadde vært spennende, men jeg tror det er kjempevanskelig. Men drømmen består.

tekst **Geir Arne Johansen**
foto **Trine Mikkelsen**



Over 5000 på ICN-kongress

27. juni til 4. juli deltok over 5000 representanter, av dem rundt 60 fra Norge, på den internasjonale sykepleierkongressen i Durban i Sør-Afrika. For første gang holdt norske representanter foredrag.

129 land og 2 millioner sykepleiere er medlemmer i International Council of Nurses (ICN), den ver-

densospennende organisasjonen for sykepleiere, opprettet i 1899. ICN holden denne typen kongress

hvert fjerde år.

Sykepleiernes arbeidsmiljø, helse og menneskerettigheter og globalisering var blant hovedtemaene på kongressen. Det ble avviklet cirka 380 foredrag og workshops. I tillegg ble en rekke postere presentert.

Hvert land kan være medlem i ICN med én sykepleierorganisa-

sjon. Norsk Sykepleierforbund representerer norske sykepleiere.

ICN har utviklet et etisk regelverk for utøvelse av sykepleie. Organisasjonen er spesielt opptatt av faglige spørsmål innen sykepleiepraksis, lovverk som regulerer sykepleie og sykepleieres sosioøkonomiske velferd.

Tuberkulose fortsatt hett tema

Mens Vestens medier er opptatt av svineinfluensa, dør 120 000 av tuberkulose hvert år bare i Sør-Afrika. Førstelektor Jorunn Mathisen fortalte hvordan sykdommen ble bekjempet i Norge.

Helsetilstanden i forskjellige land var et hovedtema på ICN-kongressen. Og tuberkulose rammer fremdeles hardt i mange land. Tidlig på 1900 tallet var Norge et av landene med høyest forekomst av tuberkulose.

– Tuberkulosen var på tilbakegang før antibiotika kom. Dette var takket være sykepleiere som gikk inn i arbeidet andre ikke ville ha. Det kostet mange sykepleiere livet, fortalte førstelektor Jorunn Mathisen i sitt foredrag på ICN-kongressen.

– Sykepleiere underviste familier om hvordan servise og bestikk skulle rengjøres. Isolasjon av den tuberkuløse pasienten for å hindre smittespredning var et viktig forebyggende tiltak. Sykepleierne var opptatt av at dette skulle gjøres på en skånsom måte. De skulle vise vennlighet og gi råd uten å virke som inspektører.

En annen virkelighet

Gerry Elsdon er et kjent fjes i Sør-Afrika fra TV og radio. Det som

skiller henne ut fra mange andre sørafrikanere, er at hun åpent tør å si at hun har tuberkulose (TB)

– Tuberkulose er stigmatisert. Folk i Sør-Afrika tør ikke teste seg fordi de er redd folk skal tro de har hiv. Koblingen mellom TB og hiv er blitt så sterk at det er vanskelig å få gehør for at man kan ha TB uten å ha hiv. Dermed er det også vanskelig å få folk til å teste seg, sier Elsdon.

Gikk ut før ryktene

Elsdon fikk tuberkulose i 2000, men begynte ikke behandling før ett år etter.

– Jeg var også redd for å bli stigmatisert.

På venterommet på TB-klinikken kjente folk henne igjen.

– Jeg tenkte det var best å gå ut i media og fortelle at jeg ble behandlet for TB før andre medier gikk ut og sa jeg hadde hiv, forteller hun.

Elsdon forteller at de som har TB og forteller det, skys som pesten.

– Familie og venner er redd de skal smittes og unngår dem. «Ikke pust i nærheten av meg», er ikke

uvanlig å høre. Resultatet er at mange låses inne på sykehus og institusjoner som er å regne som fengsler. Med opplysningsarbeid er ikke det nødvendig. TB pasienter kan jobbe så lenge de behandles for sykdommen, sier hun.

Frisk og sunn

Hun har vært TB-fri siden 2002. Målet hennes er å vise at TB kan kureres hvis du bare tester deg og begynner behandling. Hun har gitt TB et ansikt. Elsdon har fått mange spørsmål på hvorfor hun fortsetter å stå frem som tidligere TB-syk etter at hun er kurert.

– Jeg gir ikke opp denne kampen før TB slutter å ta livet av oss sørafrikanere, sier hun.

Elsdon synes det er et paradoks at en sykdom som er 100 prosent kurerbar, tar over 120 000 liv i Sør-Afrika hvert år. 461 000 smittes, og bare 10 prosent får behandling.

– Det er en tragedie spesielt ettersom behandlingen er helt gratis i Sør-Afrika, sier hun.

Jeg skjemmes ikke

– Media er opptatt av å dekke fotball VM 2010, som skal være her i Sør-Afrika. Hvordan skal vi arrangere et VM når det er farlig å puste inn luften her. TB kan ramme alle. Selv Mandela har hatt TB. Dette er en luftbåren sykdom, sier hun.

Elsdon er rak i ryggen og smiler

mens hun sier at hun ikke skjemtes over å ha hatt TB.

– Det er viktig at vi som har hatt sykdommen står frem. Vi må gi TB et ansikt slik at folk forstår at det går an å bli frisk. Det er ingenting sexy med TB, sier hun.

Elsdon ønsker seg store veggplakater rundt om i hele landet om TB. På plakatene skal det gå klart frem at TB kan kureres og at en test kan redde ditt liv og din familie.

– Det internasjonale samfunnet må også fokusere på sykdommen. Vi må tale med en felles stemme i denne kampen. Vi kan stoppe det, sier hun.



ÅPEN: Gerry Elsdon er kjendis i Sør-Afrika og har valgt å fortelle om sin tuberkulose.

Land med høy forekomst av tuberkulose

Albania, Armenia, Aserbajdsjan, Bosnia-Hercegovina, Bulgaria, Estland, Georgia, Hviterussland, Kasakstan, Kirgisistan, Kroatia, Latvia, Litauen, Makedonia, Moldova, Romania, Russland, Serbia, Montenegro, Tadsjikistan, Turkmenistan, Tyrkia, Ukraina og Usbekistan. Alle land utenom USA, Canada, Australia, Japan og Ny-Zealand.

Hva er tuberkulose?

Tuberkulose er en alvorlig, smittsom sykdom som skyldes bakterien *Mycobacterium tuberculosis*. Sykdommen angriper oftest lungene og kan da smitte gjennom dråpesmitte og nær kontakt. Sykdommen kan angripe alle organsystemer i kroppen, som lymfeknuter, urin- og kjønnsorganer, bein, ledd, bukhinne, tarm, hud og sentralnervesystem.

Voldtekt som våpen:

– Ingenting har hjulpet

Seksuell vold er blitt krigsstrategi. Styresmakter erstatter krigsmaskiner med voldtektsmaskiner. Det er minst like effektivt, hevder Paula Donovan i sitt foredrag på ICN-kongressen.



– Ingenting veldedige organisasjoner eller FN-kampanjer har gjort for å bekjempe seksualisert vold har hjulpet.

Kraftsalven kommer fra Paula Donovan (bildet). Hun er en prisvinnende hiv/aids-aktivist, har selv jobbet i FN-systemet, og er ansatt i organisasjonen AIDS Free World. Hun mener seksuell vold er et globalt problem som må håndteres deretter.

– Regimer bruker seksuell vold systematisk i sin krigsstrategi. Det er en billig og effektiv måte å terrorisere et samfunn på, sier hun.

Soldater lærer opp

Donovan hevder at enkelte regimer nå lager voldtektsmaskiner av sine soldater.

– Soldatene lærer å de-humaniserer kvinner og å se på dem som fienden. Når kvinner blir redde for å gå ut, selv for å hente vann og brensel, har soldatene nådd sitt mål. Samfunn bryter sammen og det er en enkel sak for krigsherrene å kue befolkningen, sier hun.

Donovan har selv hørt vitnesbyrd fra kvinner som har vært utsatt for slik vold i flere land. Mange av dem i Afrika. Hun understreker imidlertid at systematiske voldtekter som strategi kan skje hvor som helst – også i Europa.

– Vi så mye av dette under krigen

på Balkan. Jeg har selv hentet inn vitnesbyrd fra kvinner på Balkan, i Kongo og Zimbabwe, for å nevne noen land.

Gir statistikk et ansikt

Ifølge FN vil hver tredje kvinne verden over blir utsatt for seksuell vold i løpet av livet.

– En av tre virker som statistikk, helt til hvert ansikt får en historie. Historiene kvinnene fortalte var så forferdelige, så grusomme, at det er vanskelig å skjønne at de hadde overlevd.

Historien om Mercy

– Jeg husker spesielt godt en historie. Den passer godt å fortelle her ettersom dette er en sykepleiekongress, sier Donovan og forteller følgende historie fra Kongo:

Mercy var noen og tyve år da hun drev gårdsarbeid relativt langt borte fra der hun bodde. For å komme til jordet, måtte hun gå igjennom et skogsområde. Hun var livredd for dette. Hun hadde hørt at flere kvinner hadde blitt overfalt og voldtatt på vei gjennom skogen. Det hadde ikke skjedd på noen måneder, så Mercy la i vei med babyen sin bundet fast til ryggen. Det verste skjedde denne dagen. To menn overfalt henne. Mennene bandt henne fast til et tre, mens ungen fremdeles var fastbundet til ryggen hennes. De begynte slå.

– Det så ikke ut til å være et seksuelt motiv bak angrepet til å

begynne med, forteller Donovan.

Mercy var mest bekymret for barnet sitt som var klemt mellom Mercy og treet. En av mennene kuttet henne til slutt løs. Mercy trodde hun kanskje slapp unna. Den ene mannen stakk av, mens den andre rev i stykker klærne hennes og voldtok henne.

– Voldtekten var så voldsom og grov at Mercy spurte mannen flere ganger «hvorfør gjør du dette mot meg?» Hun fokuserte på å holde øynene åpne mens mannen voldtok henne. Han svarte til slutt: «Fordi jeg er allerede død».

Da han var ferdig spyttet han på henne, trakk på babyen og tok fram sin pistol. Han stakk den opp i Mercys vagina og trakk av.

– At hun overlevde dette fysisk, er utrolig nok i seg selv. En lege på sykehuset fortalte meg etterpå at Mercy hadde vært på sykehuset flere ganger og gått igjennom mange fisteloperasjoner, men ingen var vellykket. Underlivet hennes var helt ødelagt. Hun vil være kateterisert for resten av livet. Hun gjennomførte imidlertid gymnas mens hun lå på sykehuset og er nå snart ferdig med sin sykepleierutdanning, forteller Donovan.

Lite forskning

Hvorfor, og hva som får vanlige menn og menn som har kommando over væpnede grupper til voldtar kvinner, vet man ikke så mye om. Det er få undersøkelser som tar for seg overgriperne.

To kvinnelige forskere, Maria Stern og Maria Eriksson Baaz, en fra Sverige og en fra Kongo, har nylig publisert «Why do soldiers rape?»

– Uten unntak sa soldatene som ble intervjuet at å voldta kvinner

er uakseptabel oppførsel. Men så begynte de å rasjonalisere. De påsto blant annet at det er to typer voldtekter: Voldtekt ut ifra lystbehov og ondskapsfull voldtekt, forteller Donovan.

Voldtekt ut fra lystbehov var ifølge soldatene en rett de har når de er langt borte fra familie. Soldatene får liten eller ingen betaling. De kan derfor ikke kjøpe sex av prostituerte. Ondskapsfull voldtekt beskriver soldatene som voldtekt som gjøres når de føler seg hjelpeløse, frustrerte, maktesløse og sinte over å være soldater.

Mange steder er soldatene kledd i filler, lønn utbetales ikke, de får ikke mat og de får ikke den respekten de selv synes de fortjener. De blir sinte på sine offiserer og de som skulle betalt dem. Frustrasjonen tar de ut over kvinnene.

Voldtekt som strategi

Etter konflikten i Rwanda og Bosnia-Hercegovina i 1993-1994, ble voldtekt for første gang betegnet som en forbrytelse mot menneskeheten av det internasjonale samfunnet. Men voldtekt har vært en del av strategien til soldater siden tidenes morgen. Ifølge Donovan har soldater og statsmenn for lengst funnet ut at dette er en billig og effektiv måte å demoralisere et samfunn på. Denne strategien er blitt populær å bruke også i andre sammenhenger enn i krig.

– I Zimbabwe har president Mugabes parti satt dette i system for å få politisk makt, forteller Donovan.

Organisasjonen hun jobber i (Aids Free World) holder nå på å nøste opp Mugabes terrorpolitikk foran valget. Donovan har selv hentet inn mange vitneprov fra kvinner i Zimbabwe.

UTSATT: Både i Kongo (bildet) og andre afrikanske land har kvinner blitt utsatt for brutale og systematiske voldtekter av de stridende parter.

– Mugabe laget egne baser hvor hans tilhengere og soldater gjennomførte voldtekter og tortur. Kvinner, spesielt de som markerte seg som motstandere av Mugabe i lokalsamfunnet, ble bortført, torturert, voldtatt. Kvinnene ble voldtatt med fjeset mot gulvet, det er en effektiv måte å dehumanisere kvinnene på. De ble slått med klubber under fotsålene, de ble utsatt for psykisk tortur, måtte gå gjennom gatene nakne i gåsegang. Historiene fra hele landet var så like at det var tydelig at dette var en metode som var satt i system, forteller hun.

Ingenting hjelper

Donovan mener verdenssamfunnet med FN i spissen ikke tar ansvar. De følger ikke opp.

– Verdenssamfunnet bruker ikke de internasjonale instrumentene de kan benytte. Ingen av kampanjene, eller det arbeidet frivillige og ideelle organisasjoner gjør, er i nærheten av å være så gjennomtenkte og effektive som forbrytelsene som begås når det gjelder seksualisert vold. Vi har alle mulige slags FN-resolusjoner som ikke har noen effekt. De blir ikke brukt mot regimer som gjennomfører systematiske voldtekter og overgrep.

Alle medlemslandene i FN er forpliktet til å overholde resolusjon 1325. Resolusjonen sier at ofre for krig og som får sine liv ødelagt, må være med rundt fredsbordet når fred forhandles.

– Det skjer aldri, og har aldri skjedd, sier hun.

Fine ord, feige ledere

Resolusjon 1820 sier at det ikke under noen omstendigheter skal gis amnesti til ledere som har forbrutt seg mot menneskeheten.



– Likevel snakker de nå om å gi amnesti til alle fra Mugabe (Zimbabwe) til Omar al-Bashirs (diktator i Sudan). Vi skriver fine ord ned på et papir. Vedtar det. Snur oss rundt, og gjør det som er enklest. Verdensledere sitter rundt de samme bordene og snakker sammen på

G8-møter eller hva det enn er. De som har brutt menneskerettighetene burde bli behandlet deretter, som kriminelle.

Hva kan man gjøre?

– Jeg mener statsledere som vet at dette foregår i sine land, er nødt til

å ta ansvar. Dersom de ikke klarer å få bukt med problemene, må be om hjelp uten ifra. Hvis de velger å ignorere hva som foregår under deres ledelse, må verdenssamfunnet sette inn sanksjoner for å vise at seksualisert vold satt i system ikke er akseptabelt, sier Donovan til Sykepleien.



Med dette spørsmålet startet Bill Holzemer sitt ICN-foredrag om sykepleierutdanning i USA.

– Hvorfor er nyutdannede så inkompetente?

Det er ikke bare i Norge at gapet mellom teori og praksis er en utfordring.

– Jeg tror alle sliter med dette og kjenner problemet, sier Bill Holzemer.

Han er professor ved sykepleierutdanningen ved UCSF.

Vil det samme

Holzemer mener at for å utdanne sykepleiere som er klare til å fungere i jobb, må praksisfeltet og

utdanningene jobbe sammen.

– Målet er det samme for begge sider. Utdanningene ønsker å produsere kvalifiserte sykepleiere. Praksisfeltet ønsker også det. Vi er ikke fiender. Vi må løse dette sammen, sier han.

Kjappe endringer

En av metodene for å tette gapet mellom teori og praksis, mener Holzemer er ny forskning.

– Nye behandlingsmetoder, nye

medisiner og ny forskning skjer så fort at det er vanskelig for utdanningene å holde følge, sier han.

Han mener noen av utfordringene kan løses ved å ta i bruk nye teknologiske hjelpemidler.

– En annen måte å minske gapet, er at begge sider jobber sammen for å finne finansieringsordninger som kommer begge parter til gode, sier Holzemer.

Ny ledelse i ICN

De neste fire årene er det Rosemary Bryant som skal lede ICN.

NSF støttet Bryants kandidatur til ledervet. Siden 2005 har hun sittet som andre nestleder i ICN. Hun overtar nå jobben som president og avløser Hiroko Minami.

Den nyalgte presidenten er fra Australia. Hun har bred faglig bakgrunn i akutt sykepleie og kommunehelsetjeneste. I tillegg har hun sittet i mange offentlige styrever og utvalg. Hun har også vært konsulent for WHO og vært direktør for Royal College of Nursing i Australia.

Med seg på laget får Bryant 14 styremedlemmer. Noen nye og noen gjenvalgte.

De nye styremedlemmene er:

Sylvia Denton (Storbritannia), Marion Guy (New Zealand), Masako Kanai-Pak (Japan), Elizabeth Oywer (Kenya), Maria Angela Elias Marroqin (El Salvador), Peter Pozun (Slovenia), Marlene Smady (Canada), Maria Augusta Sousa (Portugal)

Disse fortsetter:

Rudolph Cini (Malta), Anna Karin Eklund (Sverige), William Holzemer (USA), Julita Sansoni (Italia), Beatriz Caravalló Suárez (Colombia), Teresa J.C. Yin (Taiwan).

SJEF: Rosemary Bryant er ICNs nye president. Foto: John Robinson

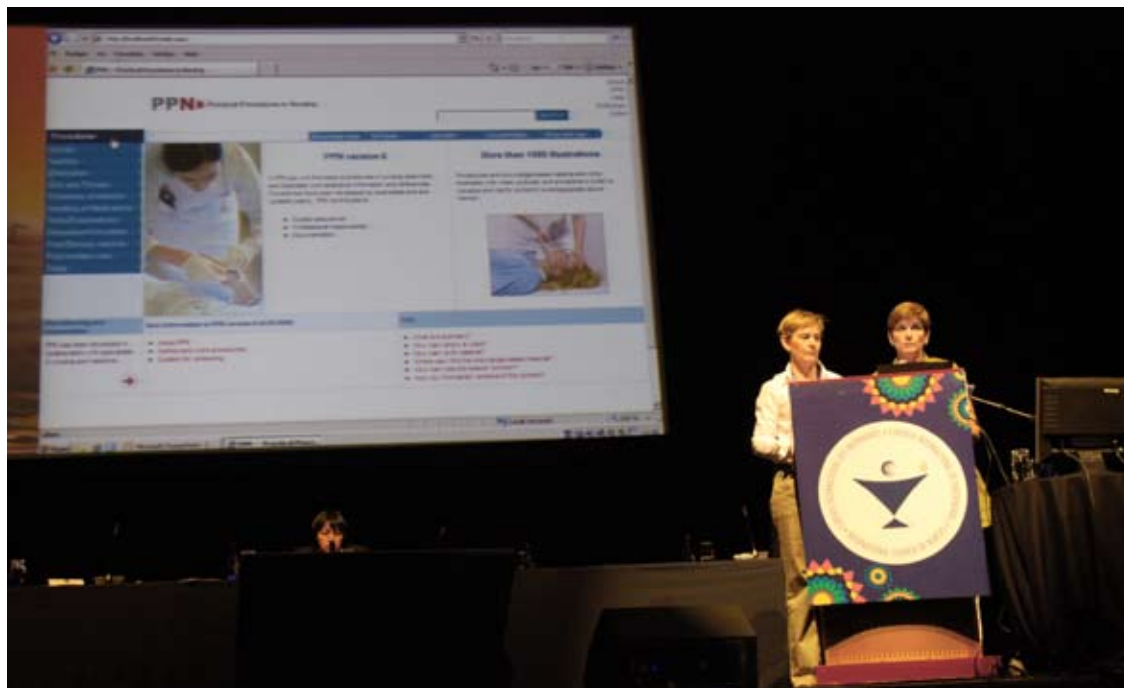


Økende interesse for PPS

Kvalitetssikringsverktøyet PPS ble viet stor oppmerksomhet på ICN-kongressen. Nå melder stadig flere sin interesse.

– Responsen etter foredraget var overveldende, sier forlagsredaktør i Akribe, Marit Solhaug.

Drøyt 1000 deltakere hadde møtt opp da hun med kollega Anne-Karine Hjortnæs presenterte prosedyreverktøyet PPS under temaet «Feilbehandling og pasientsikkerhet» på ICN-kongressens siste dag. I løpet av kongressen hadde også mange vært innom Akribes stand for å hente informasjon.



OM PPS: Marit Solhaug og Anne-Karine Hjortnæs under foredraget. Foto: NSF/Øyvind Nordbø

Grunnleggende sykepleie

Kvalitetssikringsverktøyet PPS (Praktiske Prosedyrer i Sykepleietjenesten) er en database som presenterer grunnleggende sykepleieprosedyrer på en systematisk måte. Pasientens grunnleggende behov er i fokus, og verktøyet skal sikre felles prosedyrer og riktig behandling uavhengig av om pasienten mottar sykepleie på et sykehus, sykehjem eller hjemme.

– Jeg tror mye av grunnen til at dette skapte såpass gjenklang der nede, er at dette er noe som sykepleiere kjenner seg igjen i, på tvers av landegrensene, sier Solhaug.

Hun legger til at verktøyet egner seg like godt i undervisningssammenheng som i praksis. Ifølge kommersielt ansvarlig i Akribe, Oddvar Paulsen, har flere allerede etterspurt verktøyet på andre språk.

Flere språk

– Vi har blant annet fått forespørsler fra interessenter i Norge, som ønsker å bruke verktøyet på andre språk i forhold til fremmedspråklige.

Til nå er det utarbeidet en pilotutgave på engelsk, som Solhaug brukte under sin presentasjon i Durban. Interessen har så smått begynt å melde seg også fra utlandet, opplyser Paulsen.

– Vi har fått noen henvendelser, blant annet fra USA. Utover høsten vil vi undersøke realiteten i denne interessen, og vurdere mulighetene våre ut ifra det.

Fra før har Helse Nord, Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst inngått rammeavtale med Akribe om kjøp av PPS.

Flere norske foredragsholdere

NSFs nestleder Unni Hembre holdt foredrag om kvalitetsindikatorer for bestemte felt innen sykepleie. Kvalitetsindikatorene er et resultat av arbeidet forskere i tilknyttet Sykepleiernes Samarbeid i Norden har gjort.

- Heidi Aagaard presenterte resultater fra en nasjonal undersøkelse om mat og måltider i sykehjem.
- Marit Strandquist foreleste om

Kompass. Det er et kompetansebasert og brukerrettet styringssystemet for hjemmesykepleie, bemannede boliger og sykehjem.

- Linda N. Bakken er høskolelektor og stipendiat ved Høgskolen i Buskerud/UiO. Hun presenterte sitt og Anners Lerdals bidrag i Post-Stroke prosjektet. Fokus er kartlegging av slagpasientenes søvn og søvnmønster i akutfasen etter første gangs slag.
- Jorunn Mathisen snakket om sykepleierens bidrag i kampen mot tuberkulose. (Se side 43).
- Liv-Karin Halvorsen Bastø snakket om spriket mellom praksis og teori i sykepleierutdanningene.
- Laila Garberg Hagen foreleste om hvordan europeere kan undervise i etikk i Afrika.

Mer om foredragene kan du lese på www.sykepleierforbundet.no og www.sykepleien.no

tekst Geir Arne Johansen / Kari Anne Dolonen



OM KVALITET: NSF's nestleder Unni Hembre holdt foredrag på kongressen



Trener telemedisin i Telemark

Kreftpasienten har fått utlagt tarm. Hjemmesykepleien har stelt stomien etter at pasienten ble utskrevet fra sykehus. Hun vil ennå ikke gjør det selv. Nå skal mann og datter skifte på stomien for første gang ved hjelp av videostøttet veiledning fra hjemmesykepleiekontoret. Plutselig løsner stomiposen, faller av og innholdet renner ut.

Det kunne vært virkelighet, men denne gangen er det en øvelse. Sykepleierstudentene i Porsgrunn har

siste innspurt før de om noen dager skal få papiret på at de er klare for arbeidslivet. Høyskolen har ekstra godt utstyr for å trene på moderne ikt, som denne veiledningen via video.

Linn Sørensen er for anledningen stomipasient. Janniche Steffensen og Marianne Westvik er pårørende. Inne på vaktrommet kan Caroline Bonnet Stulen både se og høre sine medstudenter.

– Vanskelig å få til, sier «mannen».

– Nei, dette skal vi klare, sier «datteren».

De fikler med stomiposen. Hjemmesykepleieren på pc-skjermen forteller hvordan de må klippe til stomiposen for å få det tett.

– Uff, det lukter, sier «pasienten».

– Dere kan jo luften, foreslår sykepleieren på vaktrommet.

Full oversikt

Scenen er øvingsrommet på skolens kliniske ferdighetssenter. Senteret har tre slike rom med sju senger. I taket over hver seng er det en svart halvkule. Det er kameraet. I tillegg er det et litt større kamera som kan

dreie 360 grader og gir oversikt over hele rommet. De tynne, korte halene som henger i taket er mikrofoner. På vaktrommet er det også tre kameraer, som filmer de som veileder. Disse bildene vises på pc-en ved pasientsengen.

Studenten på vaktrommet har ett stort og flere små bilder på skjermen sin. Hvis hun vil, kan hun zoome, tilte og panorere kameraene i pasientrommet. Pc-en ved pasientsengen viser bilde av sykepleieren som veileder fra vaktrommet. Både lyd og bilde er altså toveis. ▶

De er framtidens sykepleiere.
Nå øver de på telemedisin.
Omsorg og teknologi kan være
to sider av samme sak.





STOMIØVING:

Caroline Bonnet Stulen (til venstre) kan manøvrere kameraene i forskjellige vinkler og få flere bilder opp på skjermen samtidig. På den andre siden av kameralinsen (bildet til høyre) viser Marianne Westervik (til v.) og Janniche Steffensen hvordan skriftene av stomi skal utføres.

«Pasient» for anledningen er Linn Sørensen.





Stipendiat og førstelektor Hilde Solli og høyskolelektor Inger Åse Reiersen følger med. De er svært fornøyde med det avanserte utstyret som gir studentene deres en unik mulighet til realistiske øvelser i telemedisin.

– Vi vil øke studentenes kompetanse i omsorgsteknologi. Jeg liker uttrykket. Helseutfordringen er omsorg, verktøyet er teknologi. Vi må definere hva vi skal bruke den til, sier Solli.



FORELESNING: Sykepleier Bodil Bach ved Nasjonalt Senter for Samhandling og telemedisin vet det meste om hva som foregår innen telemedisin. Her foreleser hun via videokonferanse fra Tromsø. Ved kateteret sitter Hilde Solli.

Jevnt og trutt har de søkt om midler til nytt utstyr. Sykepleierutdanningen har fått investeringsmidler fra høyskolen. Første gang var i 2003. Fra Norsk Sykepleierforbund har de fått frie midler til å innføre elektronisk pasientjournal i helsesøsterutdanningen.

– Du må ha en idé og et kostnadsoverslag. Får du nei – søk en gang til, sier Solli.

– Vi vil gi kunnskap om hva teknologi kan brukes til. For å velge det rette, må man vite hva som fins: Hva skal vi bruke, hva skal vi ikke bruke.

Første året lærer Porsgrunn-studentene om elektronisk pasientjournal.

– Men spesialisthelsetjenesten her i Telemark har ennå ikke startet opp med elektronisk journal for sykepleiedokumentasjon. Derfor venter vi med å bruke dette. Men så snart sykehusene starter, vil vi ta det inn i andreåret, sånn at vi bruker samme system.

Må slette opptakene

Tredjeåret er det altså telemedisin. De svarte, runde øynene overvåker hendelsene i rommet. Alle kameraene er ip-baserte.

Bruken av data er godkjent av Datatilsynet. Også her må opptakene slettes etter sju døgn, slik regelen også er for butikker og bensinstasjoner. Skolen har sikret at data ikke er tilgjengelig på nett, blant annet ved hjelp av brannmurer. I tillegg har studenter, lærere og superbrukere ulik tilgang til programmet.

I det virkelige liv må pasienter gi sitt samtykke før denne type teknologi kan brukes i deres hjem.

Sparer folk med mer teknologi

Halve kullet har telemedisin denne dagen og er delt i to grupper. De har felles forelesning. Omlag 30

nesten-sykepleiere sitter spredt i salen. De hører alvorlig på Hilde Solli som snakker om folketall og alderssammensetning og økende behov for helsetjenester. Gapet mellom behov for helsetjenester og tilgjengelige helsearbeidere er noe av bakgrunnen for den nasjonale satsingen på teknologi i helsevesenet.

Et avsklipp om mangel på helsepersonell kommer opp på lerretet.

– Men kommunen nedbemanner jo, sier en student.

– Ja, i vår kommune sier de at de skal skjære enda mer ned, sier en annen.

Og Solli forteller om en pasient som fikk sårstell av hjemmetjenesten. Såret ble infisert. Det viste seg at han som stelte såret var en permittert platearbeider med førstehjelpskurs.

– Men det er jo billigere å ansette pleiemedarbeidere enn sykepleiere. Slik vil mange tenke, argumenterer en kommende sykepleier.

– Ja, men kompetansen vår er viktig for pasienten, og vi sykepleiere er verdt lønnen. Pasientene trenger oss. Vi har ansvar for å formidle det, sier rollemodell Solli og forteller at siden 1990-tallet har det kommet flere planer fra Helsedepartementet om ikt i helsevesenet.

– Har dere hørt om e-resept?

Det har de fleste ikke.

– Hørt om e-helse?

Nei. Ingen.

Kols-tips hjem i stuen

Solli kjører film, et klipp fra tv-programmet Puls. Kolspasienten i Finnmark får veiledning om trening via bildetelefon. Hun forteller hvor deilig det er å slippe å stresse seg ut av huset, og at hun kan bruke sin begrensede energi til hobbyen sin med å lage smyk-

ker i stedet for slitsom reising til sykehuset.

Filmen viser også Steinar Pedersen fra Nasjonalt Senter for Samhandling og Telemedisin (NST) som opplyser om siste nytt i mobilteknologi. Når en ungdom med diabetes måler blodsukkeret, går resultatet automatisk til foreldrenes telefon.

Studentene får servert en ny filmbit. To eldre menn i Vestfold har begge koner som er blitt syke, men som fortsatt bor hjemme. Den ene har fått slag, den andre er dement. Nå chatter de to mennene med hverandre via nettet. Det er kommunen som har hjulpet dem med opplegget. De bruker også bildetelefon.

Den ene mannen forteller at det er en selvfølge at han skal ta seg av konen sin, selv etter at hun er blitt syk.

– Vi gikk aldri noe sted uten at vi var to. Nå er vi to hjemme, sier han.

– Ååhh, sukker studentene i salen, noen med blanke øyne.

Solli forteller at den ene er nå blitt enkemann. Etterpå har han fått fortsette i en nettgruppe for etterlatte.

Det er pause.

– Interessant tema, bekrefter studentene.

En av dem viser til kolspasienten:

– Fint at hun kan bruke energien til det hun har lyst til.

Diagnose på avstand

Nå skal teknikken rigges til. Bodil Bach ved NST skal forelese. Hun er i Tromsø, men det gjør ingenting. Videokonferanse løser den saken.

Der kommer hun opp på lerretet. Bach er sykepleier og vet det meste om hva som skjer innen telemedisin.

Studentene er tilbake og Bach starter:

– Vi som fagpersoner er med og styrer utviklingen. Vi må si hva som er nyttig for oss.

Definisjonen på telemedisin er medisin praktisert på avstand. Den trenger ikke være veldig stor. Nå brukes teknikken også innenfor samme lokale helseforetak.

Hudtjenesten i Nord-Norge var tidlig ute og startet allerede i 1989. Et sår i Hammerfest kunne studeres nøye av en lege i Tromsø. Og sykepleierne har fått mange gode råd om sårstell i årenes løp.

Teledialyse er derimot nytt. Mer og mer av dialysen vil foregå hjemme hos pasienten. Mellom Tromsø, Alta, Hammerfest sendes nå data ved hjelp av teledialyse.

Tvillinger født med videoveiledning

VaKe står for Videobasert akuttmedisinsk samhandling. Det passer godt for Svalbard, som er en to timers flyreise unna et akuttmottak. Da en tvillingfødsel var i gang på øyen, ble jordmoren veiledet av en gynekolog i Tromsø. Fødselen gikk fint.

Teknologien er velegnet for kompetanseheving, mener Bach og viser til www.eksemkolen.no som et godt eksempel. Også barn kan ha nytte av helse på nett: www.morild.org hjelper dem med psykisk syke foreldre. Der fins det blant annet et lukket snakkerom for disse barna, drevet av Sørlandet sykehus.

– Blir pasientinformasjonen sikret godt nok? lurer studentene.

Bach mener det er sikret i Norsk Helsenett der sendingene blir krypterte.

– Og 1. juli kommer den nye helseregisterloven. Den sørger for lettere tilgang på pasientjournaler. Men pasientene må først gi sitt samtykke.



ROLLESPILL: Caroline Bonnet Stulen og Janniche Steffensen skal øve på forflytning, og perlekjedet må av når sistnevnte skal spille sykehjemspleier.

En annen i salen er bekymret over at teknologien kan erstatte nærkontakten med pasienten, og om dette er etisk forsvarlig.

– Ikke bekymre deg. Men dette må alltid vurderes, mener Bach.

– Og hva hvis teknikken svikter? Hva gjør man da?

– Da kan vi fremdeles bruke den gode, gamle telefonen, sier Bach.

Forelesningen er over og Bach og Solli konstaterer at det gikk veldig fint med lyden i dag. Bedre enn forrige gang.

Den terminale pasienten

Studentene skal øve mer på



TERMINALT: Den terminale kreftpasienten, sett fra vaktrommet.



FJERNUNDERVISNING: Hjemme hos den terminale kreftpasienten, spilt av Caroline Bonnet Stulen, ser hun og Janniche Steffensen veiledningen på skjermen.

Bra løsning, men ikke alene. Når temaet er følelser, er det bedre å være i situasjonen.

Sykepleierstudent Marianne Westervik

► telemedisin. Nå dreier det seg om forflytning.

Pasienten på sykehjemmet har hatt hjerneslag med venstresidig utfall. Personalet får veiledning når pasienten skal over fra seng til stol. Studentene bytter på rollene, så alle får prøvd seg som veiledere. Denne gangen er de to på vaktrommet.

Janniche Steffensen tar av seg perlene: «Spiller vi, så spiller vi», sier hun og går inn i rollen som smykkefri sykehjemssykepleier. Veilederne anbefaler easyslide. Flyttingen går greit, pasienten blir ivaretatt.

Siste øvelse er hjemme hos en terminal kreftpasient. Nå skal mannen hennes snakke med sykepleieren på skjermen.

– Barna sliter. Den ene har sluttet å snakke, forteller faren.
 – Er de sammen med mor?
 – Nei, hun vil ikke at barna skal se henne dårlig.
 – Har du noen å snakke med?
 – Snakker jo litt med svigermor.
 Samtalen forsetter videre om hvilken bistand familien trenger. Faren vil helst slippe å forholde

seg til nye fagpersoner. De blir enige om at sykepleieren skal komme hjem til dem en tur.

Må skjerpe språket

Etterpå oppsummerer studenter og lærere.

Viktig å være ekstra tydelig i kommunikasjonen når det går via skjerm, mener studentene.

– Det kan være utfordrende å formidle kroppslig kunnskap, sier Reierson.

– Hadde dere hatt mer tid, ville dere lært mer teknikk, for eksempel å zoome, påpeker Solli.

Ingen tenkte på at veilederen kunne vise stomiposen via kameraet på vaktrommet når hun forklarte hvordan den skulle håndteres.

– Vi må lære nye kommunikasjonsmetoder når vi får nye verktøy, anbefaler Solli.

– Vi må tenke nøye på hva vi sier så vi ikke blir misforstått, sier en student.

– Ble du ivaretatt som pasient? Følte du deg trygg? spør læreren studenten som var pasient.

– Ja, de var flinke til å inkludere



meg og spørre om det går greit.

– Vi må lære å formulere oss kort og greit. I går var det en student som sa: «Easyslide skal være som en beltevogn som ruller framover.» Det var godt sagt, sier Solli.

Studentene har nettopp erfart at de på vaktrommet må være obs på at de i andre enden hører det de sier. Lett å glemme når pasientene ikke er i nærheten.

– Vi hørte at de sa «terminalpasienten». Kanskje ikke så hyggelig



å høre for den det gjelder, selv om hun vet det.

Steffensen synes at stomiveiledningen egnet seg godt for teleteknologi.

– Bra løsning, men ikke alene. Når temaet er følelser, er det bedre å være i situasjonen, mener Marianne Westervik.

Linn Sørensen er enig:

– Ja, da er det best med ekte øyekontakt. Vi har jo lært om den gode samtalen. Teknologien skapte avstand.

Prøver ut på Sunnaas

Solli er ikke nødvendigvis enig med studentene.

– Vi er jo vant til å betro oss i telefonen. Nå ser de hverandre i tillegg. Er det fordi det er et ukjent medium? undrer hun.

– Vi formidler jo allerede alvorlige budskap via telefon. Men når vi også ser ansiktsuttrykket til motakeren, vil vi kanskje bruke andre deler av oss selv for å møte den omsorgen vi da ser at de behøver. Solli holder på med doktorgrad.

Den dreier seg om relasjonen mellom helsepersonell og eldre pårørende til pasienter med slag og demens når de bruker bildetelefon og snakker om som kommunikasjonsverktøy.

– Klarer du som lærer å holde deg oppdatert nok på området når du skal undervise?

– Ja og nei. Ja, fordi jeg har jobbet med dette i mange år. Jeg leser om det og doktorgraden min er knyttet til temaet. Men for å få aktuell kunnskap om Norge har vi

knyttet til oss Bodil Bach. Hun får inn ferske eksempler.

Som et bevis på at de er aktuelle med øvelsene sine viser de to sykepleielærerne til et nytt prosjekt på Sunnaas sykehus. Rehabiliteringspasientene som er kommet hjem prøver ut kameraer hjemme hos seg. Hjemmesykepleierne blir veiledet av spesialsykehuset i oppfølgingen av pasienten.

– Dette er spennende. Ikke fjernt. Vi ønsker å være i forkant.



Slik er videreutdanningen

Videreutdanningen i helse- og sosialinformatikk ved UiA er et påbyggingsstudium med 60 studiepoeng, og tas som deltid over to år.

Siden 2000 har 172 studenter fullført studiet, og de som ønsker en mastergrad i helseinformatikk kan søke om å studere ett år videre ved Aalborg universitet (nettbasert og på deltid). Dette gir «Mastergrad i Sundhetsinformatikk».

Institutt for helsefag arbeider for at studentene skal kunne få tilbud om det tredje året i masterstudiet ved UiA fra høsten 2010.

Kilder: Institutt for helsefag og UiA.no

Ikt i helsetjenesten er et arbeidsområde i sterk vekst. For helseminister Bjarne Håkon Hanssen (Ap) er ikt-området svært viktig i samhandlingsreformen som blir lagt frem for Stortinget i juni. Et første skritt var å ta over Norsk Helsenett og etablere et statsforetak for ikt i helse- og omsorgssektoren fra 1. juli.

– Elektroniske løsninger vil være en viktig del av fremtidens helse-tjeneste. Ikt – sektoren og helsesektoren trenger fagpersoner som har basiskunnskap i både helsefag og ikt, og som kan være brobyggere for at elektroniske løsninger tas i bruk og videreutvikles til pasientenes beste, sier universitetslektor Mariann Fossum ved Institutt for helsefag.

Fossum er en av koordinatorene for studiet ved UiA.

Mest sykepleiere

Hovedgruppen som rekrutteres til studiet er sykepleiere. Andre aktuelle søkergrupper er radiografer, leger, vernepleiere, barnevernspe-

dagoger, bioingeniører, ergoterapeuter, fysioterapeuter, sosionomer og tannleger.

– I løpet av studiet lærer studentene mer om teknologi, systemutvikling, evaluering, ledelse, helse- og sosialpolitikk, forskningsmetode og prosjektarbeid. Kunnskapen og prosjektene som studentene gjennomfører i grupper, setter studentene i stand til å gjennomføre og evaluere ikt-prosjekter i helsesektoren, sier Fossum.

Andreas Hering har jobbet som sykepleier siden 1990, og var avdelingssykepleier da han begynte å videreutdanne seg i helse- og sosialinformatikk i 2004. Mens han studerte ble han it-rådgiver i Helse Bergen.

– Det var en direkte følge av studiet at jeg kunne takke ja til å bli ikt-sjef i Helse Bergen. Jeg begynte å studere på UiA fordi jeg hadde lyst til å formalisere it-kunnskapene. Studiet har gjort at jeg har fått denne blandingskompetansen mellom helsefag og ikt som er veldig viktig. Blanding av ikt,

Helse i hvert

Helse- og sosialinformatikkstudiet ved Universitetet i Agder (UiA) har gitt sykepleierne Linn Darlèn Gjølstad (30) og Andreas Hering (42) nye jobbmuligheter i Helse-Norge.

teknologiforståelse, helsepolitikk, medisinfaglige temaer og organisasjonsteori var midt i blinken for meg. Vi trenger sykepleiere og leger som kan mer enn bare helse, sier han.

Hering er i dag fagprosjektleder for felles elektronisk pasientjournal (EPJ) i Helse Bergen.

Linn Darlèn Gjølstad (30) var nyutdannet sykepleier i 2001 og avsluttet masterstudiet i 2005. De siste to årene har hun jobbet som rådgiver i avdelingen for it-strategi i Helsedirektoratet.

– Informasjonssystemer innenfor helsesektoren er en viktig del av jobbhverdagen til helsepersonell, og det blir et viktig satsingsområde fremover. Jeg så at ikt ble brukt mye da jeg jobbet som sykepleier ved Sørlandet sykehus i Arendal, og kompetanse på ikt-feltet ga meg nye muligheter. Da jeg ble ansatt på Radiumhospitalet satte de stor pris på denne kompetansen, og jeg fikk mulighet til å delta i ulike prosjekter i forbindelse med innføring av elektronisk pasient-

journal der. Du får rett og slett nye jobbmuligheter med dette studiet, sier Gjølstad.

Trenger ikke være dataekspert

Både Hering og Gjølstad understreker at de ikke hadde hatt de jobbene de har i dag hvis ikke det var for helse- og sosialinformatikkstudiet.

– Etter Helsereformen i 2002 har det blitt en samordning av ikt-tjenestene regionalt og på nasjonalt nivå. Kompetanse i helseinformatikk er nødvendig å ha i helseforetakene. Behovet for kombinasjonen ikt og helsefag er stort, og studiet svarer 100 prosent på dette. Det er nødvendig at man ser sammenhengen på sykehuset, og ser på det som en enhet og del av en behandlingsskjede som skjer langt utover sykehuset. Det er dette samhandlingsreformen handler mye om, sier Hering.

– Jeg mener studiet svarer på utfordringene ved å innføre ikt i helsevesenet, håndtering av store prosjekter, hvordan få mennes-

tastetrykk



MASTERGRAD: Universitetslektor og koordinator Mariann Fossum sammen med fagutviklingssykepleier Torunn Vatnøy ved akuttmottaket Sørlandet sykehus HF i Arendal. Vatnøy har en mastergrad i helse- og sosialinformatikk.

ker til å bruke IT og behovet for kompetansen helsefag og ikt, sier Gjølstad.

I tillegg til endringer i arbeidssituasjonen til Hering og Gjølstad etter endt studium, så har det også ført til høyere lønn, mer ansvar og generelt bedre arbeidsvilkår.

Hering oppfordrer departementet og Helsedirektoratet til å satse mer på tilrettelegging for kompetanse i helse- og sosialinformatikk i helseforetakene.

– Ha krav til de ansatte om denne blandingskompetansen mellom ikt og helse, sier Hering.

De to tidligere studentene understreker at du ikke trenger å være dataekspert for å ta studiet.

– Sykepleierne må ikke la seg skremme av det teknologiske i studiet. Sunn fornuft og motivasjon er det som trengs i ikt-verdenen. Vi trenger flere for å normalisere dette

arbeidsfeltet. Det er ikke farlig, det er morsomt, sier Hering.

Tidligere studenter har stiftet forumet www.helseinformatikk.com.

Nye ikt-verktøy:

Eldre sykepleiere presses

Et nytt norsk forskningsprosjekt undersøker årsakene til at eldre sykepleiere går av før tiden, mens legene fortsetter – skjermet fra strømmen av nye ikt-verktøy i helsesektoren.

– Vår hypotese er at ikt kan skremme sykepleiere over 50 år til å slutte før tiden, sier prosjektleder og seniorforsker Ann Therese Lotherington ved Norut i Tromsø.

I vår fikk hun innvilget støtte fra Forskningsrådet til en grundig undersøkelse av ikt og eldre ansatte i helsesektoren. Til grunn for prosjektet ligger observasjoner av eldre

sykepleiere som slutter før tiden.

Lotherington fastslår at det ikke er noen løsning å vente på at yngre generasjoner som er mer vant med ikt, skal overta funksjonene.

– Helsesektoren innfører stadig mer ny teknologi, noe som treffer alle ansatte uansett alder, ifølge forskeren.



Fakta

Forskningsprosjektet «Ageing Healthcare Workers and ICT: Making healthcare workplaces healthy for 50+», er ledet av Ann Therese Lotherington ved Norut i Tromsø. Hun samarbeider med spesialister fra Universitetet i Tromsø, konsulentselskapet Opinor og University of Southampton.



FRUSTRERT: Hjelpepleier Mari-Ann Tjørsvåg ved Stavanger universitetssjkehus har ikke tid til å sette seg ned og «leke» med dataprogramvare, slik de ikt-ansvarlige anbefaler for å lære å bruke nye verktøy. – Det er frustrerende å ikke være god nok til å bruke pc-ene, sier Tjørsvåg.

ut – legene går fri

Legesekretærer

Lotherington samarbeider med en gruppe norske og engelske forskere som skal gjennomføre spørreundersøkelser blant helsearbeidere, intervju helsepersonell, ledelse og fagforeninger, analysere dokumenter, observere helsearbeidere på jobben og ha uformelle diskusjoner med kildene. Målet er å finne tiltak

som kan gjøre det akseptabelt for eldre helsearbeidere å stå lenger i jobbene sine. Ifølge forskerne er kjønn og profesjon viktig for å forstå hvordan sykepleierne pålegges ikt-oppgaver.

– Teknologien virker ikke inn på legenes jobb på samme måte som på sykepleierne. Leger har legesekretærer som kan føre pasientjourna-

ler, motta diktat og skrive e-post, påpeker Lotherington.

Lager dokumentarfilm

Prosjektet inneholder også en dokumentarfilm, som blir en del av både forskningsprosessen og bearbeidningen av resultatene. Formålet er å lette forskernes arbeid med å analysere egne aktiviteter, som lett kan

bli automatiske eller rutinepregede. Forskerne skal se på opptakene sammen med sykepleierne og legene, som utgangspunkt for refleksjon.

– Vi kommer til å filme helsepersonell i deres daglige gjøremål, sier Lotherington, som håper filmopptakene senere kan brukes til opplæring og workshops for helsepersonell.

Sykepleiere i pc-kø mens pasientene venter

Leder Nina Horpestad i Sykepleierforbundet i Rogaland kritiserer rammene for ikt- bruk ved sykehusene. Opplæringen er for dårlig, og det er feilslått å skyldes på manglende pc-erfaring hos eldre sykepleiere, mener hun.

Ledende tillitsvalgte og forskere er kritiske til arbeidsforhold og kvalitet på helsetjenester under omstillingen fra tradisjonell til digital kommunikasjon.

– De aller fleste ser fornuften i elektronisk samhandling og informasjonsdeling i helsetjenesten. Det er raskere og mer effektivt å jobbe digitalt. Problemet er miljøet og rammene sykepleierne må jobbe under, sier Nina Horpestad, leder i Norsk Sykepleierforbund i Rogaland.

Ved Stavanger universitetssjukehus (SUS) må mellom sju og ti sykepleiere på en avdeling dele på én eller to pc-er. Ifølge Horpestad er pc-ene plassert på trange vaktrom med mye støy.

– Det er vanskelig å konsentrere seg når man bruker utstyret, noe

som øker sjansene for å gjøre feil, sier Horpestad.

Dårlig opplæring

SUS har innført flere omfattende datasystemer på kort tid. Ifølge ansvarlig for ikt-opplæring ved SUS Jone Thu, trenger organisasjonen ro til å bli fortløig med systemene før sykehuset introduserer flere nye hjelpemidler. Thu mener imidlertid at yngre sykepleiere er mer positive enn sine eldre kolleger til nye ikt-verktøy.

– Det virker som en utbredt holdning blant både sykepleiere og erfarne sykepleiere at de unge takler de nye systemene best. Deres generasjon er vokst opp med datamaskiner, derfor tror jeg det faller mer naturlig for dem, sier Thu.

Nina Horpestad avviser at eldre sykepleiere skulle ha større problemer med nytt ikt-utstyr enn de yngre kollegene.

– Det eneste jeg kan tenke meg, er at de eldre er mer nøyaktige og påpasselige i sin bruk av ikt-verktøy, slik at de bruker noe mer tid enn de yngre, sier Horpestad.

Manglende oppfølging

Muligheten for individuell oppfølging er begrenset etter den ordinære opplæringen i ikt ved SUS, noe som ifølge sykehuset skyldes ressursmangel. Sykepleiere støter ofte på elektroniske pasientjournaler som avviker fra eksemplene i ikt-opplæringen, ifølge lokale tillitsvalgte. Dermed oppstår et behov for ekstra brukerstøtte.

– De ikt-ansvarlige sier ofte at



LIKE GODE: Leder Nina Horpestad i Norsk Sykepleierforbund Rogaland avviser at voksne sykepleiere har større vansker med ikt enn de yngre.

vi bør «leke» med programvaren for å lære den bedre. Det har vi sykepleiere rett og slett ikke tid til, og det er frustrerende å måtte stå i kø for å legge inn eller hente ut informasjon når man har pasienter som trenger pleie og tilsyn, sier Horpestad.

tekst **Stian Danielsen** foto **Hung Ngo**



Mette Gjendem Lien,
fagutviklingssykepleier,
Seksjon for klinisk immunologi
og infeksjonsmedisin,
Rikshospitalet,



Kristin Joan Skaarud,
koordinerende fagutviklings-
sykepleier Medisinsk Klinikk,
Rikshospitalet

Hvordan HIV smitter

– og hvordan det ikke smitter

For å bekjempe stigmatiseringen av HIV-positive må kunnskapsnivået blandt helsepersonell økes.

HIV-positives fysiske og psykiske helse påvirkes av følelsen av at andre gir dem selv skylda for HIV-diagnosen.

Siden testingen av Human Immunodeficiency Virus (HIV) ble tilgjengelig i Norge i 1985, er det meldt totalt 4015 personer med HIV. Av disse er 2011 smittet heteroseksuelt, 1258 er smittet ved sprøytemisbruk, 46 via blod/blodprodukt, 59 fra mor til barn og 89 annet/ukjent (1).

Påvirker livskvalitet

Takket være høyaktiv antiretroviral terapi (HAART) har HIV-positive i Norge gått fra å være akutt livstruende syke til å ha en kronisk sykdom (2). Litteratur viser at HIV-positive stigmatiseres i ulik grad (3), og ifølge Cameron (2007) er Acquired immune deficiency syndrom (AIDS) den sykdommen som trolig er mest stigmatisert i historien (4). Begrepet AIDS brukes når en person med HIV har så svekket motstandskraft at den ikke klarer å uskadeliggjøre vanlige smittestoffer som virus, bakterier og sopp (5). Fangen (2002) fant at det er utstrakt stigmatisering av HIV-positive i Norge (6). Stigmati-

sering av HIV-positive kan påvirke deres livskvalitet (7) og evne til å følge opp legemiddelregimet, som igjen kan forverre symptomene og prognosen, og gi økt resistensutvikling (1). Redsel for avvising og dårlig behandling kan føre til at mange holder sin HIV-status for seg selv (3,7). Mange HIV-positive frykter at sykdommen skal bli avslørt, noen frykter avsløring og stigmatisering av HIV/aids mer enn å dø (7, 8). Hemmeligholdelse av HIV-diagnosen kan føre til sosial isolasjon i en fase hvor man kan ha stort behov for sosial støtte (3). Det kan også føre til selvforakt, skyldfølelse, og selvedestruktiv oppførsel (3). Herek (1999) beskriver hvordan pårørende til HIV-positive opplever stigmatisering på grunn av at de assosieres med HIV (3). Dette er problemstillinger man møter i klinisk praksis.

Årsaker til stigmatisering

Det kan være flere årsaker til at HIV-positive opplever stigmatisering. Enkelte er redde for sykdommen aids og ønsker å beskytte

seg mot sykdommen. I tillegg kan HIV-positive identifiseres med andre grupper som stigmatiseres, eksempelvis sprøytemisbrukere, homofile, innvandrere og flyktninger (3,9). Andre faktorer ved HIV som kan føre til stigmatisering er at det er en smittsom sykdom, den smitter blant annet seksuelt, og sykdommen er forbundet med døden. Dette er temaer som er forbundet med tabu, og som kan gjøre det vanskeligere å leve med sykdommen. Utilstrekkelig kunnskap om HIV og smittemåter kan bidra til stigmatisering av HIV-positive (10). Klinisk praksis bekrefter at dette også er tilfelle i helsevesenet. I samtale med helsepersonell som ikke til daglig jobber med HIV-positive, kommer det fram at enkelte tar ekstra forholdsregler for å være på den sikre siden, i stedet for å konsultere litteratur.

Bakgrunn

Hensikten med denne artikkelen er å belyse hvordan HIV smitter/ikke smitter, og å belyse på hvilke måter

www.sykepleien.no

Les mer og finn
litteraturhenvisninger på
www.sykepleien.no

Søkeord:
HIV/AIDS
Infeksjon
Livskvalitet



BLIR ISOLERTE: Mange HIV-positive opplever sosial utstøting både på jobb og i omgangskretsen.
Illustrasjonsfoto: Colourbox



HIV-positive opplever stigmatisering. Følgende problemstilling søkes besvart i artikkelen:

1. Hvordan smitter/smitter ikke HIV?
2. På hvilke måter opplever HIV-positive stigmatisering?

Metode

Denne artikkelen er basert på erfaringer fra klinisk praksis, litteratursøk og hospitering på Aksept – senter for alle berørt av HIV. Litteratursøk ble gjort i Medline Ovid, Cinahl, PsycInfo, NorArt og SweMed, i tidsrommet 2004 til 2008. Søkeordene var aids, HIV, quality of life, attitude to AIDS, stigma, HIV infected patients eller persons, stereotyping og prejudice, og kombinasjoner av disse.

Hvordan smitter HIV?

HIV er en virusinfeksjon som smitter gjennom blod, sæd, skjedesekret og morsmelk. I praksis betyr dette at man må beskytte seg mot smitte ved seksuell kontakt og blodsøl, ved å forebygge stikkuehell, og ved å unngå å dele urene sprøyter. Det er også fare for smitte fra mor til barn under svangerskap, fødsel og amming. Det er anbefalt å benytte hansker ved direkte kontakt med blod, spinalvæske, urin, avføring og andre kroppsvæsker hos denne pasientgruppa på lik linje med alle andre pasientgrupper.

HIV smitter ikke:

- Ved vanlig sosial omgang
- Gjennom hel hud
- Gjennom luft og vann
- Gjennom mat og drikke
- Via spisebestikk, servise og lignende
- Via sengetøy, håndklær og lignende
- Via toalettseter og badebasseng
- Ved kysning
- Ved nysing og hoste
- Gjennom svette
- Gjennom snørr og tårer

HIV-viruset er et retrovirus som angriper en type av de hvite blodlegemene som styrer resten av immunforsvaret vårt. Dette medfører nedsatt immunforsvar som gjør oss ekstra utsatt for infeksjoner (12). Når man har blitt testet positivt for HIV vil man være HIV-positiv og kunne smitte andre for resten av livet (1, 5, 11). »

Variierende grad av stigmatisering

The joint United Nations programme on HIV/aids (UNAIDS)

definerer HIV-relatert stigma og diskriminering som: «...a 'process of devaluation' of people either living with or associated with HIV and AIDS. Discrimination follows stigma and is the unfair and unjust treatment of an individual based on his or her real or perceived HIV status» (13).

Litteraturen viser at HIV-positive opplever stigmatisering i variierende grad. «Det er glædelig at konstatere, at næsten to ud af tre angiver, at de ikke har opplevet nogen form for diskriminering inden for de sidste fem år – men også beklagelig at se, at der samtidig er en del HIV-smittede, som faktisk har opplevet at blive diskriminert» (8). Dette må, som det presiseres i rapporten, sees i sammenheng med at mange (19 prosent) ikke har fortalt noen, eller kun har fortalt maks to personer, om sin HIV-smitte. I tillegg beskriver Levekårsundersøkelsene fra Norge (2002) og Danmark (2007) at mange HIV-positive velger med omhu hvilke personer de forteller om diagnosen til, avhengig av hvem de tror kan støtte dem og

take en slik situasjon (6, 8). Dette bekreftees i klinisk praksis. De færreste vil kunne være åpne om diagnosen på lik linje med andre diagnoser uten lignende stigma.

Holder diagnosen skjult

Følgende problemer er funnet hos HIV-positive: angst, depresjon, følelse av isolasjon, sinne, redsel, uro, flauhet og fornektelse (7). Evans (2001) beskriver at mennesker med lav selvtillit har høyere risiko for å utøve usikker sex og rusmisbruk (9). HIV-positives

farge, og det kan være vanskelig å ta tablettene i enerom på jobb. Dette kan føre til at enkelte glemmer å ta tablettene eller tar dem til feil tidspunkt, noe som igjen kan øke resistensutvikling og forverre sykdomsbildet (1).

Blir isolerte

Åpenhet om HIV-diagnosen kan også påvirke vennskap og familiære forhold. Fangen (2002) fant at enkelte av respondentene har fått dårligere forhold til sine foreldre etter at de har fortalt om diagnosen. Han fant også at nesten halvparten av de HIV-positive mottar mindre fysisk nærhet fra andre, og godt over en fjerdedel opplever at andre er redd for dem og holder fysisk avstand. En respondent sa: «Søsteren min mente jeg hadde ødelagt hele familien. Hun sa at 'du får ikke ta i ungene mine.' Hun ville ikke at jeg skulle komme på besøk der.» Noen respondenter beskriver at de har blitt utsatt for voldsom rykteflom på grunn av antakelser om at de er HIV-positive, og at de på grunn av dette har måttet flytte. Noen forteller om baksnakking og trakassering, og noen har også opplevd å miste kontakten med familie og venner (6). Respondentene i den danske levekårsundersøkelsen svarer at det ikke er det å bli tatt mer hensyn til, eller å motta mer omsorg og støtte, som gir dem mest glede ved åpenhet om diagnosen, – det er rett og slett det å bli behandlet som før (8). Fangen (2002) fant at flere HIV-positive opplever sosial isolasjon som resultat av å være åpen om diagnosen. En av grunnene kan være at HIV-positive av forskjellige årsaker kan reagere på diagnosen med å isolere seg. «En måte å unngå å bli utstøtt av andre på, er som kjent å isolere seg». Over 1/3 av respondentene på spørreskjemaet har fått mindre kontakt med venner og familie på grunn av HIV-diagnosen. Hos noen er

Økt undervisning om HIV, smittemåter og stigmatisering på skoler, høyskoler, i sykepleierutdanningen og innenfor andre helsefaglige utdannelser vil være av stor betydning.

fysiske og psykiske helse påvirkes av følelsen av at andre gir dem selv skylda for HIV-diagnosen. En av respondentene fra Levekårsundersøkelsen i 2002 uttalte: «Å ha HIV blir sett på som noe man har sørget for selv.» Noen respondenter sier også at det ville vært lettere å stå fram med diagnosen dersom man var blitt smittet via blodtransfusjon (6). Kleven (2006) fant at noen av respondentene opplever usikkerhet i forhold til om avsløring av diagnosen vil føre til aksept, og at det derfor er tryggest å holde den skjult (14).

Åpenhet om HIV-diagnosen kan føre til vansker med å få jobb, og enkelte har opplevd stigma og sosial utstøtning på jobben. Dette kan føre til at enkelte velger å holde diagnosen skjult (6). Enkelte går heller ned i stillingsbrøk for å kunne være i jobb enn å være åpne om diagnosen, og mister dermed velferdsrettigheter. Enkelte pasienter har fortalt at et av problemene ved ikke å være åpen om diagnosen på jobb, er å ta legemidlene til faste klokkeslett. Legemidlene har lett gjenkjennelig størrelse og

årsaken helseproblemer som følge av HIV-diagnosen. Fangen (2002) fant også at frykten for reaksjoner og fordømmer kan være større enn de reelle konsekvensene åpenhet har. Mange beskriver også positive konsekvenser med å stå fram med sin HIV-diagnose (6).

I møte med helsepersonell

HIV-positive opplever også stigmatisering i sitt møte med helsepersonell. Levekårsundersøkelsen fra Norge 2002 viser at HIV-positive har et relativt positivt forhold til helsevesenet. Likevel har de fleste enkelte negative erfaringer. Flere respondenter erfarte at helsepersonell tar flere forholdsregler enn nødvendig. En respondent forteller at hun fikk telefonrøret pakket inn i plast på sykehuset, en annen opplevde å bli lagt på kontaktsmitteisolat uten at hun hadde annen smittsom sykdom (6). Kleven (14) fant at flere av respondentene hadde hatt vonde opplevelser på grunn av uvitenhet i helsevesenet, men flere beskriver at tilliten til helsevesenet fremdeles er der (14). Stigmatiserende hendelser kan føre til engstelse for om taushetsplikten blir overholdt. Dette bekreftes i klinisk praksis. I samtale med helsepersonell som ikke til daglig jobber med HIV-positive erfarer jeg at det er utilstrekkelig kunnskap. Eksempler på dette kommer fram i følgende historier pasienter har fortalt meg:

- En voksen HIV-positiv kvinne opplever å bli ropt opp på venterommet av en sykepleier kledd i smittefrakk og hansker, etter at andre pasienter på venterommet har blitt møtt av en sykepleier i vanlig uniform.
- En ung HIV-positiv mann opplever at sykepleier som skal sette perifer venekanyler tar på seg smittefrakk, munnbind, hette og hansker.
- En voksen HIV-positiv mann opplever at sykepleier tar på

seg hansker for å plukke opp hodeputen hans som falt på gulvet. Til sammenligning skifter hun ikke putetrekket før hun legger puta tilbake i pasientens seng.

- En HIV-positiv pasient overflyttes til en overvåkingsavdeling. Lege og sykepleiere tar imot pasienten inne på en firemanns overvåkingsstue, med tre andre pasienter og deres pårørende til stede. Legen er på vei ut av rommet, snur seg til sykepleierne og sier høyt: «Husk at pasienten er HIV-positiv».
- Flere HIV-positive har fortalt meg historier om hvordan de har blitt møtt på tannlegekontoret. Noen blir avvist som pasient når tannlegen får kjennskap til diagnosen, mens andre opplever at store deler av tannlegekontoret er pakket inn i plast.
- Bioingeniører tar med rekvisisjon for blodprøver inn på dobbeltrom, og medpasient får anledning til å se at det er avkrysset på ledsmitte og det er gul overstrykningstusj som indikerer smitte over hele navnelappen.

Flere HIV-positive har fortalt at de forventer at helsepersonell har mer kunnskap om HIV og smittemåter enn andre. Negative erfaringer med helsepersonell kan føre til redusert åpenhet om diagnosen (14).

Konklusjon

Teori og praksis viser at det fremdeles er utstrakt stigmatisering av HIV-positive. Mye tyder på at en del av stigmatiseringen, både i samfunnet generelt og i helsevesenet, skyldes utilstrekkelig kunnskap. Ifølge yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere har hver sykepleier et ansvar for fortløpende å oppdatere sin kunnskap om sine pasienter (15). Det er fortsatt mye som gjenstår med

å øke kunnskapen om HIV. Økt undervisning om HIV, smittemåter og stigmatisering på skoler, høyskoler, i sykepleierutdanningen og innenfor andre helsefaglige utdannelse vil være av stor betydning. For å kunne overvinne stigmatiseringen i klinisk praksis må kunnskapsnivået heves, blant annet ved å utvikle evidensbaserte undervisningsprogram som er enkle å bruke (9). Ved Seksjon for klinisk immunologi og infeksjonsmedisin på Rikshospitalet har sykepleierne Ingrid Jahren Scudder og Line Volstad Melbye utviklet et evidensbasert undervisningsprogram for HIV-positive, som skal starte med antiretrovirale legemidler (16). I tillegg til undervisning av HIV-positive, brukes dette undervisningsprogrammet til

kompetanseutvikling for nyansatte sykepleiere, leger og studenter.

Ifølge UNAIDS er det viktig å presisere at dersom et menneske har fordømmer mot et annet menneske, kan han eller hun likevel velge ikke å opptre på en urettferdig og diskriminerende måte. Dette er i samsvar med yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: «Sykepleie utviser respekt for og ytes uavhengig av alder, hudfarge, trosoppfatning, kultur, funksjonshemming eller sykdom, kjønn, seksuell legning, nasjonalitet, politisk oppfatning, etnisk bakgrunn eller sosial status» (15). I 2009 har det blitt publisert en ny levekårsundersøkelse for HIV-positive. Denne undersøkelsen viser at HIV-positive fortsatt blir stigmatisert (17).

LITTERATUR

1. Folkehelseinstituttet 2009, www.fhi.no http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5619&MainArea_5661=5619:0:15,4427:1:0:0:::0:0&MainLeft_5619=5544:68062::1:5625:1:::0:0, http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5799&MainArea_5661=5799:0:15,1904:1:0:0:::0:0&MainLeft_5799=5544:55711::1:5800:56:::0:0
2. Frøland S. Antiretroviral behandling av HIV-infeksjon anno 2001. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 29: 121.
3. Herek GM. AIDS and stigma. American behavioural scientist 1999; 42: 1106-1116.
4. Cameron E. Legislating an epidemic: the challenge of HIV/AIDS in the workplace. ILO Headquarters 2007
5. Fakta om hiv og aids, brosjyre fra Statens institutt for folkehelse i samarbeid med Statens helsetilsyn, 2001
6. Fangen K, Grønningseter A, Lorentzen T, Øverås S. Levekår og livskvalitet blant HIV-positive, Fafo, 2002
7. Abel E, Rew L, Gortner EM, Delville CL. Issues and innovations in nursing practice, cognitive reorganization and stigmatization among persons with HIV. Journal of Advanced Nursing 2004; 47(5): 510
8. Carstensen M, Dahl A. HIV og levekår – en undersøgelse af smittedes levekår og livskvalitet i Danmark, HIV Danmark, 2007
9. Evans D. The stigma of "sexuality". I: Mason T, Carlisle C, Watkins C, Whitehead E. Stigma and social exclusion in healthcare. London: Routledge 2001; 104-125
10. Loftheim IR, Rodkjær L. Stigmatisering av hiv-pasienter. Sygeplejersken 2003; 17 SIDE?
11. www.aidsmap.com <http://www.aidsmap.com/en/docs/8038675C-57CB-44D1-9A7F-23B49B782644.asp>
12. Medisinsk Ordbok. Oslo: Kunnskapsforlaget, 1998
13. The joint United Nations programme on HIV/AIDS, UNAIDS http://data.unaids.org/pub/Report/2008/jc1420_stigma_discr_en.pdf
14. Kleven R. Mellom skam og aksept. Masteroppgave i sosiologi, Universitetet i Oslo 2006
15. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, ICNs etiske retningslinjer 2007 <http://www.sykepleierforbundet.no/getfile.php/www.sykepleierforbundet.no/Etikk/NSF%20Yrkesetisk%20nettversjon.pdf>
16. Scudder IJ, Melbye L. Opplæringsprogram antiretrovirale legemidler. Rikshospitalet 2004. Upublisert materiale
17. Grønningsæter A, Mandal R, Nuland B, Haug H. Fra holdninger til levekår, Liv med hiv i Norge i 2009, Fafo, 2009



Trine Utken Sørensen,
prosjektleder

Sykehusinfeksjoner og håndteringen av antibiotika er en økende utfordring i Nordvest-Russland og da spesielt i forhold til resistensproblematikken.

www.sykepleien.no

Les mer og finn
litteraturhenvisninger på
www.sykepleien.no

Søkeord:

Hygiene
Internasjonalt samarbeid
Undervisning
Antibiotika

Lærer om smittevern

I 2003 tok ansatte ved UNN initiativet til å starte en desentralisert utdanning i smittevern og hygiene for helsepersonell i Arkhangelsk.

I 1989 ble professor Anders Forsdahl og Tove Forsdahl invitert til det Medisinske fakultet ved universitetet i Arkhangelsk. Tove Forsdahl var på det tidspunktet sjefsykepleier ved Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN). Under oppholdet besøkte hun forskjellige sykehus for å få kontakt med sykepleierne. De var nysgjerrige og overlesset henne med spørsmål, om arbeidsforhold, rettigheter og utdanning sykepleierne hadde i Norge. Fem år etter, i 1994, var samarbeidet en realitet.

Nært samarbeid

Et rikt og nært samarbeid har utviklet seg gjennom årene og et stort nettverk er etablert på begge sider. Arbeidsformen har vært gjensidig hospitering og undervisning, først per bilde/telefon, men senere via telekommunikasjon. Det har gitt oss en bedre forståelse for hverandres arbeidsform, måte å tenke på, samt et bedre kjennskap til hverandres kultur.

I løpet av disse årene er flere tema innen sykepleie og sykdomslære berørt. Smittevern og sykehushygiene var ett av fagområdene som hyppigst ble tatt opp av våre russiske kolleger. Sykehusinfeksjoner og håndteringen av antibiotika er en økende utfordring i Nordvest-Russland og da spesielt i forhold til resistensproblematikken. På grunn av den store interessen for fagfeltet, foreslo vi på UNN i 2003 å starte en desentralisert utdanning i smittevern og hygiene for helsepersonell i Arkhangelsk. De ble meget begeistret for forslaget.

Planlegging og strategi

Før vi kunne starte med prosjektplanleggingen måtte vi forankre ideen hos ledelsen og i fagmiljøet ved

UNN. Prosjektet fikk bred støtte fra første stund. Det mest nærliggende var å oversette UNNs håndbok i smittevern og hygiene. Den er utformet i tråd med internasjonale retningslinjer. Vi søkte Helse- og omsorgsdepartementet om finansiering og det fikk vi. Oversettelsen til russisk ble avsluttet i januar 2004.

Nøkkelpersonen på russisk side var professor Tatijana Bazhukova, leder av Mikrobiologisk institutt ved det Medisinske fakultet i Arkhangelsk, som ble en uvurderlig ressursperson i prosjektgruppen. Hun rådet oss til å få prosjektet forankret i Helsedepartementet i Arkhangelsk. Det ble gjort, og departementet ble en viktig støttespiller, samarbeidspartner og banebryter for prosjektet på russisk side.

Prosjektgruppen fikk fire medlemmer, to fra hver side av grensen. De russiske representantene var Tatijana Bazhukova, og prosjektleder og sykepleier Raisa Grosheva fra Helsedepartementet. De norske var prosjektleder og sykepleier Trine Utken Sørensen og hygiene-sykepleier Guri Albrigtsen, UNN. Gruppen begynte å utarbeide en fagplan for utdannelsen. Arbeidstittelen ble: «Utdanning i smittevern og hygiene for helsepersonell i Arkhangelsk fylke». Da fagplanen var ferdig utarbeidet på forsommeren 2004, innkalte Helsedepartementet i Arkhangelsk fylke til et informasjonsmøte med alle sykehusdirektørene og representanter fra Folkehelsen i Arkhangelsk. Med noen unntak fikk prosjektet bred oppslutning. Dermed var siste brikke på plass for godkjenning og vi kunne starte opp med forprosjektet.

Prosjektet blir etablert

Det ble etablert en prosjektorganisa-

sjon slik at prosjektet formelt ble forankret både i ledelsen og fagmiljøet på begge sider, med lik mulighet for innflytelse. Styringsgruppen og prosjektgruppen ble satt sammen av like mange representanter fra hvert land. Det ble lagt stor vekt på å få et felles eierskap til dette samarbeidsprosjektet. Helsesjefen og direktør for Folkehelsen i Arkhangelsk og direktør og avdelingsleder ved Mikrobiologisk avdeling på UNN utgjorde styringsgruppen. Prosjektgruppen ble supplert med et medlem tilknyttet Høyskolen, Avdeling for helsefag, Tromsø og et fra det Internasjonale kontoret i Arkhangelsk. I tillegg ble en faglig rådgiver fra norsk side tilknyttet prosjektet.

«Utdanning i smittevern og hygiene for helsepersonell i Arkhangelsk fylke» er en etterutdanning for ulike kategorier av helsepersonell. Den er basert på de internasjonale retningslinjene for smittevern og hygiene. Utdannelsen er organisert som et samlingsbasert deltidsstudium over et år, med to samlinger per semester. Studentene skal innlevere en hjemmeoppgave på 15 sider som forsvares muntlig. Studiet er vektet med 15 studiepoeng, men per i dag har det ingen verdi på russisk side. Russland har underskrevet Bolognaavtalen, men den blir ikke iverksatt før tidligst i 2011.

Informasjonsmaterialet samt prosjektgruppens prosjekt- og fremdriftsplaner, foruten undervisningsplanene og alt av undervisningsmaterieell, ble oversatt. Men undervisningen gikk på engelsk med tolk. Når forelesningene (i power point) var oversatt til russisk, ble det lettere for studentene å følge med. Forelesningene ble senere samlet i et kompendium.

etter norsk modell



SMITTEFOREBYGGING: Undervisningen baserer seg på de internasjonale retningslinjene for smittevern og hygiene. Foto: Colourbox

Første samling

Pilotprosjektet startet opp høsten 2005 med seks studenter fra forskjellige sykehus i regionen. Det ble plukket ut ressurspersoner fra de sykehusene som vi hadde hatt et tidligere samarbeid med. Det var av stor betydning at piloten ble vellykket. Den første samlingen ble lagt til Tromsø. Det var en tverrfaglig gruppe og det var viktig å få et felles eierskap til utdannelsen. I Russland er utdanningene mer hierarkiske, de har ikke noen tradisjon for å arbeide tverrfaglig. Samlingen startet med en helg med uformelt samvær. Titlene ble lagt på hylla, man delte rom og måltidene ble tilberedt i fellesskap. Det sosiale samværet og de faglige diskusjonene førte til at det ble knyttet kontakter, vennskap ble etablert og det oppsto et sterkt faglig fellesskap.

Tilbake i byen ble det en bolk med teoretisk og praktisk undervisning og hospitering. Det ble lagt vekt på at studentene fikk innføring i infeksjonsforebyggende metoder ved UNN. Studentene omtaler oppholdet som svært vellykket, inspirerende

og lærerikt. De var mest opptatt av hvilke metoder som var overførbare og så klart at det var mangt å ta tak i hjemme i Russland. Men de konstaterte også at økonomien er en begrensende faktor.

Fra første stund ble det fokusert på den fremtidige hjemmeoppgaven. For studentene ble dette en ny utfordring, spesielt for sykepleierne. De har ingen tradisjoner i sin utdanning for å skrive oppgaver. De første studentene fikk veiledning på hjemmeoppgaven både fra norsk og russisk side. I arbeidet med oppgavene hadde studentene brukt ulike metodiske innfallsvinkler av både kvantitativ og kvalitativ karakter. Det ble brukt spørreskjema, gjort observasjoner og intervjuer. Vi ble positivt overrasket over de ulike faglige vinklinger og kvaliteten på oppgavene. Et gjennomgangstema var håndhygiene – både forståelsen av den og betydningen av den. Oppgavene ble oversatt til engelsk for de norske sensorene.

Evaluering og tilpasning

Ved andres gangs gjennomføring ble

hovedansvaret for veiledning ivare tatt av fagpersoner i Arkhangelsk, med anledning for supplement fra norsk side.

Pilotprosjektet ble evaluert som meget positivt og lærerikt, men det ble gjort noen korreksjoner for å tilpasse det til de russiske forholdene. Dette er en utdanning som ikke er forankret i det russiske utdannings-systemet og som på sikt må implanteres i de allerede eksisterende utdannelsene. Dermed bruker studentene sin fritid til blant annet å skrive hjemmeoppgaven. Det ble derfor nødvendig å justere læreprosessen. En del av undervisningen fra Norge var planlagt å gå via videokonferanse, men teknikken fungerte ikke som den skulle. Det førte til frustrasjon på begge sider. For å komme à jour med undervisningen ble det satt opp en ekstra undervisningsblokk.

Høsten 2006 ble det tatt opp 16 studenter. Målet var å inkludere ulike helseprofesjoner og deltakere fra ulike institusjoner ved opptaket. Slik ble tverrfaglighet og mulighet for tverrinstitusjonelt samarbeid ivare tatt. For dette kullet var russisk side

mer aktivt inne både med forelesninger og veiledning.

Målsettingen for prosjektet var at våre kolleger i øst gradvis skulle overta ansvaret for prosjektet og ha fullt ansvar ved tredje opptak. Norske lærerkrefter var tungt inne i undervisningen i piloten, men etter hvert overtok våre russiske kolleger. Det var meningen at de som hadde deltatt i de foregående kullene etter hvert skulle delta i undervisningen, men det ble bare noen få som påtok seg den oppgaven.

For kullet høsten 2007 overtok russerne hele ansvaret, med veiledning fra norsk side. Regional Centre of Postgraduate Education for Health Workers (RCPE) har nå overtatt ansvaret for etterutdanningen

Oppsummering

Målsettingen vi hadde om at etterutdanningen skal lede frem mot kunnskaps- og fagutvikling for praksis må sies å være oppnådd. Det ble ytterlig demonstrert når studentene etter avsluttet utdanning la frem sine oppgaver for forsamlingen ut fra en praktisk innfallsvinkel. Utdannelsen har gitt økt kompetanse som har hatt flere konkrete resultater: Det har blitt opprettet et par stillinger for hygiene-sykepleiere. Ved flere sykehus har det blitt iverksatt tiltak som er en direkte konsekvens av forhold som ble avdekket i studiene studentene gjorde som grunnlag for de skriftlige oppgavene. Flere av de tidligere studenter underviser nå i smittevern og hygiene og har en sentral rolle ved sitt eget sykehus. Det første de tok fatt i var prosedyrene for håndhygiene. En sa: «Vi forstår nå at det ikke er bare å behandle infeksjoner, vi må også forebygge» Det er hengt opp plakater om prosedyrene for håndhygiene ved flere sykehus. To studenter fra Folkehelsen i Arkhangelsk revurderte sine kontrollrutiner etter endt utdanning.

Anne Grete Orlie om teknologisering av sykepleieyrket

Fra: Jesperud aktivitetssenter, Bydel Stovner

Yrke: Psykiatrisk sykepleier og daglig leder



Vær et medmenneske

Klassifikasjonssystemenes inntog i sykepleieteori og -praksis bidrar til et reduksjonistisk menneskesyn. Dette fikk Anne Grete Orlie erfare da hennes sønn ble rammet av blind vold og døde etter 14 dager på sykehus.

Mitt utgangspunkt for å skrive denne artikkelen er å utfordre kollegaer, og spesielt sykepleiere i klinisk praksis som har veilederansvar: Hvordan står det egentlig til med sykepleierutdanningen? Hvilket ansvar hviler på praksisfeltet og hvilket ansvar hviler på kunnskapsfeltet? Hva ønsker vi av fremtidige sykepleiere? Jeg er bekymret for at vi i vår teknologiske tidsalder blir mer opptatt av å sikkerhetsklare og klassifisere våre tjenester, enn faktisk å bruke tiden sammen med pasientene.

Min historie

Kunnskap alene kan aldri erstatte møtet med et annet menneske. Jeg skal utdype dette nærmere fra min egen erfaring som pårørende. Kristian, sønnen vår på 18 år, ble for snart fire år siden brutalt utsatt for blind vold, og døde av skadene 14 dager senere på sykehus. De 14 dagene står som spikret i bevisstheten min, og jeg kan når som helst ta fram minnene og reflektere over hva det gjorde med meg som mor, sykepleier og medmenneske.

Jeg hadde tilbrakt åtte timer ved sykesengen på mottak før en sykepleier kom bort til meg og spurte: Hvordan har du det? Jeg skal aldri glemme den omsorgen hun viste meg og som satte fart i den videre behandlingen. I den dypeste fortvilelse hadde jeg sittet ved min sønns seng uten å få kontakt med han. Jeg overhørte krangel på telefonen som gjaldt overføring til intensivavdeling. Der var det fullt så de kunne ikke ta ham imot. Etter mye om og men ble han likevel tatt imot. Vi ble levnet så lite håp! Hjerneskadene var så store, med knusningskader. Vi fikk spørsmål, om vi var villige til å donere organene hans ved hjernedød. Teknisk sett ble alt gjort som kunne gjøres: to operasjoner, nedkjøling. Han pendlet mellom liv og død i 14 dager. Denne vekslingen mellom alt håp ute, til full behandling, for så å avslutte all behandling, kan ingen andre enn de som gjennomgår det sette seg inn i. I denne fasen kom en sykepleier inn til oss med en lapp der det sto: «Dere er fantastiske

foreldre som har en fantastisk gutt.» Det var som å få en engel inn i en mørk nattetime. Men historien stopper ikke her. Kristian ble koblet fra respirator og pustet selv. Tiden på intensivavdeling ble avsluttet. Nå ble han sendt til sengepost. Der fikk vi oppringning midt på natten, om at vi måtte komme med en gang. Kristian holdt på å kveles i sitt eget slim. En uerfaren sykepleier klarte ikke å se de mest elementære av alle sykepleieoppgaver. Hele tre ganger ble vi tilkalt av samme årsak. Vi ble helt utslitte av å passe på

Kunnskap og medmenneskelighet

Grunnleggende sykepleie, som stabilt sengeleie og frie luftveier ble ikke godt nok ivaretatt. Sant skal sies, det var sykepleiere som gjorde en god jobb. Det var tydelig forskjell på når Kristian lå godt og de gangene vi fant ham i en krøll midt i sengen. I vår situasjon fikk de små grunnleggende handlingene frem betydningen av respekt og verdighet ved livets avslutning. For meg handler det om å kunne omsette sykepleiekunnskap til et estetisk og godt praktisk håndverk. Det vanskeligste for meg var ikke at noen var uerfarne, men

Jeg hadde tilbrakt åtte timer ved sykesengen på mottak før en sykepleier kom bort til meg og spurte: Hvordan har du det?

at de ikke selv så sine begrensninger. De visste ikke selv, hva de ikke kunne. Å erkjenne at jeg som sykepleier ikke har den nødvendige erfaring, har jeg selv kjent på i utøvelsen av faget. I all ydmykhet har jeg forståelse for at man som sykepleier noen ganger kommer til kort og gjør feil. Tilsynelatende gjorde sykepleierne som behandlet Kristian så godt de kunne, men det var ikke godt nok. Det var de verste 14 dager jeg har opplevd i livet mitt, med unntak av de gode opplevelsene

av medmenneskelighet kombinert med kunnskap. Likevel ser jeg framover. Sorgen kan jeg klare å leve med, selv om vi aldri får Kristian tilbake. Jeg skriver dette i håp om at det kanskje kan løfte fram noen etiske dilemmaer i utøvelsen av faget vårt. Det gjelder fremtidens sykepleiere. Når jeg skriver om mine erfaringer, er det fordi vi må tørre å ta et oppgjør med vår egen utdanning, holdninger og etikk i utøvelsen av faget vårt. Det handler om verdien av å utøve grunnleggende sykepleie, om å utvikle et faglig og ideologisk skjønn, som jeg mener dagens klassifikasjonssystem ikke makter å fange opp.

NIC, NOC og NANDA

Første gang jeg hørte om sykepleierdiagnoser var i 2002. Senere stiftet jeg bekjentskap med NANDA (North American Diagnosis Association), NIC, (Nursing Interventions Classification) og NOC (Nursing Outcomes Classification) (1). I perioden 2001–2009 er DIPS ASA den største leverandør av elektroniske pasientjournaler i Norge. Her er det lagt til rette for at sykepleiere kan legge inn diagnoser på pasientene ved hjelp av klassifikasjonssystemet NANDA (2). På Norsk Sykepleierforbunds nettsider står det at NSF anbefaler at Internasjonalt Klassifikasjonssystem for Sykepleierpraksis, ICNP, integreres i alle elektroniske pasientjournaler knyttet til sykepleiernes dokumentasjon av helsehjelp (3). Jeg kjenner ikke til dette klassifikasjonssystemet og vet lite om hvilke fordeler det kan ha fremfor tidligere nevnte klassifikasjonssystem.

Som praksisveileder er jeg opptatt av å finne gode modeller som kan bidra til å knytte teori og praksis tettere sammen. Vi trenger en felles forståelse som kan styrke vår yrkesbevissthet og stoltheten vi har for faget vårt. Som flere før meg har påpekt, passer ikke NIC, NOC, og NANDA inn praksisfeltet psykisk helsearbeid.

«Klassifikasjonssystemene fanger ikke opp det komplekse og dynamiske mangfoldet av



NÆRHET VIKTIG: NIC, NOC og NANDA må ikke gå på bekostning av god omsorg. Foto: Colourbox

LITTERATUR

1. Johnson M, et al. NANDA, NOC and NIC linkages: Nursing Diagnoses, Outcomes, and Interventions. (2nd ed.) St. Louis, MO: Mosby, 2006.
2. DIPS ASA: om veiledende behandlingsplaner sist oppdatert 20.06.2006. <http://www.dips.no/dips-new.nsf/> (22.02.09)
3. Norsk Sykepleierforbund (NSF). NSF anbefaler ICNP. [https://www.sykepleierforbundet.no/portal/page/portal/NSF/\(01.04.09\)](https://www.sykepleierforbundet.no/portal/page/portal/NSF/(01.04.09))
4. Terkelsen T. Er sykepleierdiagnoser relevant i psykisk helsearbeid? Tidsskrift for psykisk helsearbeid 2009; 1: 4–13
5. Von Krogh G. Begreper i psykiatrisk sykepleie – sykepleiediagnoser, ønsket pasientstatus og sykepleieintervensjoner. 1. utgave. Bergen: Fagbokforlaget, 2002.
6. Dahl K. Dokumentasjon og prosess: Dilemmaer i et historisk perspektiv. <http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=667> (19.02.09)
7. Heggdal J. Kunnskap mer enn fag, publisert 21.02.09 i Aftenposten, debatt. <http://www.aftenposten.no/meninger/debatt/article2940494> (09.04.09)

menneskelige følelser, tanker og atferd;» sier Toril Borch Terkelsen i en artikkel i tidsskrift for psykisk helsearbeid. Hun setter spørsmålsteget ved om sykepleiediagnoser er relevant innenfor psykisk helsearbeid. Bakgrunnen for artikkelen er et åtte måneders feltarbeid i en psykiatrisk rehabiliteringsavdeling, der hun begrunner sine standpunkter (4).

Med fare for å gjøre meg selv til skyteskive, våger jeg å komme med den påstanden at klassifikasjonssystemet NIC, NOC og NANDA, er et rigid, autoritært og gammelmodig klassifikasjonssystem. Resultatet blir et reduksjonistisk menneskesyn. Jeg skal begrunne min påstand.

Humor

Jeg kunne brukt mange eksempler, men har tatt et eksempel fra boken «Begreper i psykiatrisk sykepleie» som er et viktig bidrag for å tilpasse klassifikasjonssystemet NIC, NOC, NANDA til norsk hverdag (5). Boka er delt i fire deler. Den tar for seg sykepleieassistanse, pasientproblematikk, ønsket pasientstatus i sykepleie og til slutt sykepleieintervensjoner. Forfatteren skriver innledningsvis; «For studenter vil begrepene kunne fungere som knagger der teori og praksis bindes sammen.» (s. 13)

Jeg har valgt sykepleierintervensjon etter NIC, kode 5320, som har overskriften «Humor». En kan forstå sykepleierintervensjonen som en handling sykepleieren gjør for å løse, fjerne, eller forebygge behov hos pasienten som er problematiske å tilfredsstille som følge av pasientens helseproblem.

Alle sykepleieintervensjoner har sin egen kunnskapsbase og stiller krav til kompetanse for utøvelse, uansett om de er selvstendige eller ordinære. (ibid. s.184.) Humor vil i praksis si å peke på forhold ved situasjoner som er humoristiske, slik at pasienten kan smile, le og oppføre seg løssluppet og lektent. (ibid. s. 231) I siste avsnitt kan vi lese: «humor må ikke brukes i forhold til pasienter med former for kognitiv svikt, som regressive psykoser

og demenstilstander (ibid. s. 231)».

I tillegg til spesialutdanning i psykiatrisk sykepleie, har jeg en videreutdanning innen faget aldersdemens, og sju års erfaring fra en spesialenhet for aldersdemente. Jeg tror ikke jeg kunne klart den oppgaven uten å være bevisst på bruken av humor. Selvsagt skal ikke humor brukes på bekostning av pasientens tilstand. Men brukt med vennlighet, kan man nå mye lenger med et smil og en god latter enn med alvor og et reservert kroppsspråk.

Et eksempel

Jeg skal i det følgende bruke et eksempel fra et møte med en vakker, eldre dame, som jeg skulle hjelpe med morgentoiletet. Hun så ned på sine tunge nakne bryst, tok et godt tak under hvert av dem, og deklamerte; «Fader vår, kopp og skål». Det utløste latter og morgenstellet gikk som en lek. For å bygge videre på denne gode stemningen, brukte jeg bevisst budskapet hun prøvde å formidle. En sterkt religiøs dame med velutviklet sans for humor som kunne kommunisere godt, på tross av sin demensdiagnose. Humor kan kombineres med alvor uten at det blir vulgært eller nedlatende, hvis man vet å bruke situasjonen. Det jeg ønsker å få frem er at det ikke er sykepleierintervensjonen som er avgjørende, men pasientens utspill. Gjennom mitt kjennskap til hennes historie, visste jeg at denne damen kunne sin bibel og sitt fadervær. Vi delte en felles forståelse, og sammen fikk vi frem det gode i øyeblikket. Kjernen og innholdet i det hun sa fortalte meg hvem hun egentlig var. Vi kan ikke lese oss til denne unike historien gjennom et klassifikasjonssystem. Svakheten ved NANDA, NIC og NOC slik jeg ser det, er at systemet ikke fanger opp enkeltmenneskets historie, det er sykepleierintervensjonen som er styrende. Skulle jeg holdt meg til boka ville det være helt feil i dette tilfellet, overfor en person med demensdiagnose, å bruke humor. Men for meg var det essensielt å

bygge videre på de menneskelige følelsene, som kom til uttrykk gjennom humor og gudstro, i et møte med et medmenneske. Vi står i stor fare for å skape tapere ved å tilpasse mennesker til vårt klassifikasjonssystem, fordi det er vi, som eksperter, som definerer problemområder og resultater. Hvilke resultater og for hvem?

Avslutning

Florence Nightingale (1820–1910) hadde stor innflytelse på det vestlige tenkesett langt inn i det 20. århundre. Sykepleierfaget ble styrt av moralske plikter, sykdomslære og praktiske retningslinjer og prinsipper. Den rådende sykepleieideologiske forankring fant man i medisinsk terminologi, etter en naturvitenskapelig tradisjon. I tillegg kommer selve skjønnets i utøvelsen av faget, noe Kari Martinsen forklarer som en fenomenologisk vitenskapstradisjon. Kari Martinsen har vært kritisk til selve tenkningsgrunnlaget som sykepleierprosessen bygger på (6).

Jomar Talsnes Heggdal, sier vi må beholde målet om å skape kritiske studenter som kan relatere faget sitt til andre områder enn akademia, i en debatt med overskriften: «Kunnskap er mer enn fag». Alle utdanningsløp fordrer at en må ha kunnskap om det feltet man skal studere. Men det viktigste er at man evner å kombinere kunnskapen med en dypere forståelse (7). Alt henger sammen. Som sykepleiere er vi nødt til å ha kjennskap til religion, naturens oppbygning, samfunnsproblemer, globalisering, språk, filosofi og etikk. Målet er å utdanne kloke og dyktige sykepleiere som bruker evnene sine til samfunnets beste, i møte med den dypeste respekt for livet.

Helt til slutt vil jeg takke mine studenter som har oppmuntret meg til å skrive denne artikkelen, jeg har skrevet den også for dem. Min innfallsvinkel har vært å vise erfaringer fra praksis sett opp mot et klassifikasjonssystem. Hva jeg tenker om NANDA, NIC og NOC? Svaret må bli, svada – ikke godt nok.

Far og sønn er på kano-tur. Bølgene blir store og kanoen velter. Far, uten redningsvest, slår hodet og blir bevisstløs. Guttens redningsvest klarer ikke å holde hodet hans over vann.

En vennegjeng finner dem. Hva skal de gjøre? Har ulykkesfuglene kun fått respirasjonsstans? Eller også hjertestans?

Det er bare øvelse. 11. juni. Om halvannen uke er de sykepleiere, nå over studentene førstehjelp. Stedet er Haraldsplass diakonale høgskole.

Skikkelig realistisk, synes studentene. Intensivsykepleier Anne-Mari Ose gir lure råd.





Marie Aakre om uenige pårørende

Leder, Rådet for sykepleieetikk, skriver hver måned i Sykepleien

Alder: 60 år

Fra: Trondheim

Utdannet sykepleierleder, -lærer og -veileder



Åndelig overgrep?

Rådet for sykepleieetikk mottar stadig spørsmål, fortellinger og etiske dilemma fra sykepleiere. En sykepleier på en palliativ enhet sendte nylig en lærerik fortelling til oss som vi tror flere kan ha nytte av å reflektere over. Hun skriver;

På sengeposten der vi jobber har vi flere unge døende pasienter med kompliserte problemstillinger. Dette stiller store krav til personalet. Vi må ha gode kunnskaper om symptomlindring, gode praktiske ferdigheter og ha personlige egenskaper som gjør at vi er i stand til å stå i dette utfordrende arbeidet.

Vi har et godt og bredt tverrfaglig team som består av leger, sykepleiere, fysioterapeuter, sosionomer, prester, psykolog og frivillige hjelpere. Avdelingen er et spesialisthelsetjenestetilbud i lindrende behandling, og avdelingen jobber helhetlig i møte med mennesker.

Vanskelig barndom

Pasienten er en ung kvinne på cirka 30 år. Hun har kort sykehistorie med diagnosen ca. coli med utbredt metastasering. Da hun ble innlagt hadde hun mange plagsomme symptomer. Hun var avmagret, hadde smerter og kvalme. Vi får vite at hun har kort forventet levetid, og målet er hjelp til å lindre hennes

plager og at hun får dø på vår sengepost.

Pasienten har en kjæreste. Han er den som pasienten definerer som sin nærmeste pårørende. Pasienten har mor og far og to voksne

Det er vanskelig for mor å akseptere at hun ikke er den viktigste personen i datterens liv.

søstre. Foreldrene til pasienten tilhører indremisjonen og er slik vi oppfatter dem svært pietistiske i sitt livssyn.

Pasienten forteller at hun har hatt en vanskelig barndom og flyttet hjemmefra tidlig på grunn av sine foreldres religiøse overbevisning. Kjæresten hennes forteller oss at hun ble både fysisk og psykisk mishandlet i barndommen. Hun var i flere år ikke troende, men har imidlertid i det siste fått tilbake troen på Gud.

De traff hverandre i februar, og pasienten har vært alvorlig syk hele tiden etter at de ble kjærester.

Kjæresten viktigst

Pasienten har de siste årene hatt lite eller ingen kontakt med sin familie, men dette har den siste tiden blitt bedre. Det har vært flere samtaler der familien har fått informasjon om sykdommen og forventet utvikling. Kjæresten og pasientens foreldre har hatt relativt dårlig kontakt. De er ikke på bølgelengde. I situasjonen som har oppstått er det vanskelig for mor å akseptere at hun ikke er den viktigste personen i datterens liv.

Kjæresten til pasienten er en flott mann. Han har et vinnende vesen og blir godt kjent med personalet. Han har en personlighet som gjør at mange blir glad i og opptatt av han.

Han følger tett opp når pasienten er innlagt, sover i senga med henne, de spiller kort, ser på fotball, gjør alt det som unge par kan gjøre ut



PÅTRENGENDE? Hvordan skal helsepersonell takle situasjonen når pårørende er uenige om hvordan samles rundt den døende? Foto: Colourbox

av en slik situasjon. Personalet som ser dette opplever et sterkt kjærlighetsforhold.

Blir sliten

Dagene og ukene går og pasienten lever og lever. Kjæresten blir mer og mer sliten og bruker personalet til trøst og støtte. Han skal starte på en utdanning som han har gledet seg til, samtidig er han usikker på om det går an å være glad i en slik situasjon.

Når personalet kommer inn på sykerommet er det stille. Situasjonen er vanskelig for alle.

Pasienten blir liggende på sengeposten vår lenge. Hun har ikke egen leilighet og ønsker ikke å flyttes. Alle lurte på hvor lenge hun vil leve. Vi forklarer at hun har et sterkt hjerte,

er ung og kan leve lenge. Pasienten har flere ganger gitt uttrykk for at hun er sliten og ikke orker å leve lengre. Hun synes prosessen drar ut i langdrag. Etter grundig medisinsk gjennomgang får hun støtte på at det er rett å avslutte intravenøs væskebehandling. Hun blir raskt svakere. «Da dør jeg vel snart», spør hun? Dette er tøft for familien som nå er mer til stede. De gråter og ber.

Ber og synger

Kjæresten har som nevnt et vanskelig forhold til foreldrene, og en dag kommer han fortvilet ut på korridoren og forteller at et åndelig overgrep skjer inne på pasientrommet.

Han er opprørt og trenger samtale med personalet. Overgrep, oi det er et sterkt ord. Hva er det? Det han forteller og kaller for et overgrep er at foreldrene ber og synger for pasienten. Når personalet kommer inn på sykerommet er det stille. Situasjonen er vanskelig for alle.

Hva er vår rolle i dette?

I ettertid har vi som jobbet nært rundt pasienten hatt debriefing og internundervisning om situasjonen der vi drøftet flere lærerike spørsmål som vi sender videre:

- Hva ville du/dere ha gjort en slik situasjon?
- Hva er et overgrep? Foregår det et åndelig overgrep her?
- Hvordan spiller vår egen tro og religiøsitet inn på våre vurderinger i situasjonen?
- Hva er vår rolle som personale i den eksistensielle omsorgen?

Ruth Opsal

Ruth Opsal ble født 12/1-1908 og sovnet inn på Norabakken sykehjem 14/6-2009. Et langt og innholdsrikt liv er over.

Hun var yngst av 9 søsken, oppvokst på gården Kaas på Veldre.

Tante Ruth har fortalt meg mye om sin sykepleiergjerning. Sykepleierutdanning tok hun ved Røde Kors Klinikkk i Oslo 1940 med praktisk eksamen 10. april 1940. Da lå det fullt av sårede soldater fra Blücher på Klinikken. De ordinære pasientene ble flyttet ned til søsterhjemmet, hvor elevene hadde praktisk eksamen.

Ruth Opsals sykepleierkarriere startet som assistentsøster. Senere ble hun avdelingssøster, operasjonssøster og operasjonsoversøster ved Røde Kors Klinikkk i Oslo.

I januar-juli 1945 var hun operasjons- og oversøster ved Feltsykehus I i Nord-Sverige og Nord-Norge. Fra juli til november 1945 var hun operasjons- og oversøster ved Garnisonssykehuset i Bardufoss.

Ruth fortalte fra feltsykehus i Sverige at de reiste halvannet døgn med toget fra Falun og opp til Øvre Toneå ved finskegrensen. Der overtok de en full militærleir, med mange forskjellige brakker. Det var vinter, 42 kuldegrader første uka, og det var vanskelig å finne vann. De måtte smelte snø, tok snø opp i militærhelmen og smeltet den for å vaske seg om morgenen. Det var operasjonsstue, røntgenavdeling, laboratorie- og sengeavdeling. Sengeavdelingen var full av både medisinske og kirurgiske pasienter. Det var mange som hadde lungebetennelse. Penicillin kom som et pulver som det var vanskelig å bruke i april 1945. De hadde mange operasjoner, og det var problematisk å få sterilisert instrumentene. Tre små primuser trengtes for å varme opp autoklaven til kokepunktet. Søster Ruth hadde ansvar både for å assistere legen, operasjonssykepleie og for narkose på åpen maske.

I 20 år, fra 1953–1973 var Ruth



Foto: Privat

Opsal oversøster ved Røde Kors Klinikkk i Oslo. Å starte hjelpepleierutdanning var det hun anså som det viktigste hun hadde fått til i sin sykepleiergjerning. Ruth skrev en artikkel i Sykepleien nr. 21 i 1959, som også sto i Morgenbladet: «Er sykepleieutdannelsen pedagogisk forsvarlig?» Der skriver hun bl.a.:

«Våre myndigheter må holde opp med å utvide sykehuskapasiteten inntil man kan skaffe det forsvarelige antall sykepleiersker. Og så må vi sykepleiersker legge vår utdanning slik an at vi i fremtiden best mulig kan dekke behovet,

både kvalitativt og kvantitativt for pasientens skyld».

Året etter flyttet sykepleierskolen ved Røde Kors Klinikkk til Lørenskog. Det var av flere grunner stor sykepleiemangel på denne tiden. Sykehusene var basert på sykepleieelever som arbeidskraft. Det kom ny sykepleielov i 1960, hvor fylkene tok over ansvaret for sykepleieskolene, og skolen fikk egen administrasjon og ble fristilt fra sykehuset. På denne måten var Røde Kors sykepleierskole forut for sin tid, ved at den flyttet over til Lørenskog, det nye fylkessykehus for Akershus. Men dette skapte store

problemer for Røde Kors Klinikkk. Der mistet man verdifull arbeids-hjelp som sykepleierelevene representerte. Klinikken sto nesten uten hjelp.

Ruth fortalte at Norsk Sykepleierforbund ikke ville ha hjelpepleierne, de ville ikke ha halvstuderte sykepleiere. Ruth sier: «Det var det jeg gikk inn for at det ikke måtte bli. Jeg var meget streng der. Det var strenge instruksjoner: så langt, men ikke lenger. Ikke noe som gikk inn i den direkte behandlingen av pasienten, å sette en sprøyte for eksempel. De fikk lære å håndtere en sprøyte, og om risikoen ved å sette en sprøyte. Men de må aldri trekke opp en sprøyte og sette den selv. Det må alltid stå en sykepleier bak og kontrollere. Sykepleieren står ansvarlig for det hjelpepleieren gjør».

Hjelpepleierskolen overtok sykepleierskolens lokaler etter flyttingen til Lørenskog.

Ruth underviste på hjelpepleierskolen, men hadde en assistent som tok praksis, undervisning i sykepleie og sengereing. Ruth hadde altså oversøsterjobb i tillegg til undervisningen. Hun hadde timer i etikk og etikette. Sykepleiere fra Klinikken og enkelte leger underviste også.

Det fungerte etter hvert fint med hjelpepleierne, fortalte Ruth. «Til og med på operasjonsavdelingen måtte vi gå inn med hjelpepleiere, de assisterte ikke, men de fikk gå til hånd. Vi hadde dyktige operasjonssøstre som satte dem i sving. Dette var den første hjelpepleierskole i landet, det tror jeg ingen vet».

Ruth Opsal har gjennom sin sykepleiegjerning bidratt vesentlig til sykepleiehistorien. Hun har gjennom sine fortellinger gjort denne historien levende for meg. Det har vært til stor inspirasjon i mitt arbeid som sykepleielærer. TUSEN TAKK, TANTE RUTH!

Guri Rosseland Rummelhoff

Gjesteskribent Martine Aurdal

Yrke: Leder av samfunnsavdelingen i Dagbladet

E-post: mau@dagbladet.no



Nå kan du velge størrelsen på lommeboka di

Norge har stått stille i sommer, men noen har jobbet målbevisst i kulissene.

Valget i september står om viktige verdispørsmål, og både regjeringspartiene og opposisjonen har finpusset argumenter og strategi og ladet batteriet før en hard valgkamp. Noen verdier er mer håndfaste enn andre.

Aldri så galt at det ikke er godt for noe, heter det. Finanskrisa er bra for regjeringen. Sikkert ikke for privatøkonomien til folk som Jonas Gahr Støre, men i alle fall for regjeringens mulighet til å bli gjenvalgt. Regjeringen Stoltenberg blir i så fall den første norske regjering på 16 år som blir nettopp det. Styringsslitasje er nemlig langt mer vanlig i det norske politiske landskapet enn styringstillegg.

Neste regjering vil uansett ikke bli avklart før de siste stemmene er telt, for det finnes flere regjeringsalternativer etter valget enn partiene tør å snakke høyt om på forhånd. På borgerlig side har Fremskrittspartiet vært tydelige på at det ikke vil støtte noen regjering som de ikke sitter i selv. Siv Jensen vil bli statsminister. Hva Høyreleder Erna Solberg vil, er ikke like tydelig. Hun er selvsagt partiets statsministerkandidat, men Høyre verken vil eller kan stille noe ultimatum i forhold til mulige sengepartnere i regjering. De kan ikke danne regjering uten å forholde seg til Frp, og Venstre og KrF har på sin side allerede nektet å sitte i regjering med Siv Jensens parti. Senterpartiet og SV kjører hardt på rødgrønt flertall, men får de ikke det, kan en ren Ap-regjering være et vel så sannsynlig alternativ.

På sine ulike kammer sitter partilederne og tenker. De regner på stemmer og scenarier, de prøver så godt de kan å være forberedt på alle mulige utfall av valget. Det er så sant som det sjelden er; velgerne bestemmer. Du.

Det er ikke bare partiene som har forberedt politikk i sommer. Sykepleierforbundets leder Lisbeth Normann har jobbet hardt. Det siste året har hun markert seg så godt at hun også har inntatt en av plassene på Kapitals årlige liste over landets mektigste kvinner. Hennes kommentarer har blitt flittig tilbudt oss journalister, hver eneste gang vi har skrevet noe som grenser inntil sykepleierens interesser i valgkampen. Normann vet at det spiller en rolle hvem som kommer i regjering etter valget, og hun gjør sitt beste for å presse samtlige partier til å ta hensyn til akkurat deres stemmer. Det er særlig ett tema som står høyt på hennes liste, et tema som viser at Normann vet hva som påvirker både maktbalansen og livet deres mest: Penger.

Derfor fremmer Normann likelønn i alle fora, og presser samtlige partier til å ta uttrykt stilling til forslaget om en likelønnsnett til ansatte i kvinnedominerte yrker of-fentlig sektor. Forslaget ble reist i fjor, av den statlig oppnevnte likelønnskommissjonen. Det er nemlig mellom kvinner og menn med høyere utdanning, at lønnsforskjellene er aller størst. Hvis vi skal viske ut lønnsforskjellene mellom norske kvinner og menn, må sykepleiere og lærere tjene mer enn dere gjør, i forhold til tilsvarende mannsyrker. En likelønnsnett vil ikke løse problemet, men vil være et viktig bidrag på veien.

Til tross for Normanns arbeid, er utsiktene til en likelønnsnett ikke så lyse som støtten fra partiene kan tilsi. SV vil ha det, Senterpartiet

vil ha det, KrF vil ha det og Høyre vil ha det. Til og med Fremskrittspartiet foreslo like før ferien å opprette en likelønnsnett, selv om de ikke har noe punkt om dette i partiprogrammet. Også Venstre støttet forslaget. Når de rødgrønne hevder at Frps forslag er valgflesk og ikke villet politikk, har de sannsynligvis mye rett i antakelsen. Men Lisbeth Normann er smartere, når hun roser Frp og Høyre for å gå inn for en likelønnsnett. Kanskje kan et forlik snekres.

Arbeiderpartiet kan ikke gå sterkt inn for noen likelønnsnett, så lenge LO ikke vil ha det. Samarbeidet mellom de to organisasjonene er for sterkt, og det inntektspolitiske samarbeidet bygger på at de mannsdominerte, konkurranseutsatte yrkene i privat sektor forhandler først

På sine ulike kammer sitter partilederne og tenker. De regner på stemmer og scenarier, de prøver så godt de kan å være forberedt på alle mulige utfall av valget.

og får mest. Derfor prøver Lisbeth Normann og Unio-leder Anders Folkestad både å påvirke LO-leder Roar Flåthen, og påvirke de andre partiene til så klart å ta stilling til en likelønnsnett, at de vil måtte stemme for i Stortinget. Det kan gå, men det holder hardt. Det står om størrelsen på lommeboka di.

SYKEPLEIENS ØVRIGE GJESTESKRIBENTER I 2009:



Anders Folkestad
Leder i Unio



Martine Aurdal
Programleder



Gøhril Gabrielsen
Sykepleier.
Forfatter av boka «Ujevne hendelser»



Trude Aarnes
Jordmor og privatpraktiserende
sexolog



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



redaksjonssjef
Bjørn Arild Østby
tlf. 22 04 33 59
bjorn.arild.ostby@sykepleien.no

MAGASINET



Journalist/gruppeleder
Marit Fonn
tlf. 22 04 33 68
marit.fonn@sykepleien.no



Journalist (vikar)
Geir Arne Johansen
tlf. 22 04 33 67
geir.arne.johansen@sykepleien.no



Journalist
Eivor Hofstad
tlf. 22 04 33 71
eivor.hofstad@sykepleien.no



Journalist
Susanne Dietrichson
tlf. 22 04 33 53
susanne.dietrichson@sykepleien.no



Fagredaktør
Torhild Apall Dybvik
tlf. 22 04 33 76
torhild.apall@sykepleien.no

JOBB



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



Journalist
Kari Anne Dolonen
tlf. 22 04 33 69
kari.anne.dolonen@sykepleien.no

SykepleienForskning



Redaktør
Anners Lerdal
tlf. 22 04 33 63
anners.lerdal@hibu.no

NETT



Journalist/webredaktør
Lily Kalvo
tlf. 22 04 33 66
lily.kalvo@sykepleien.no

DESK/LAYOUT



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



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



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



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

ANNONSER



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



Markedskonsulent, produkt
Lise Dyrkoren
tlf. 22 04 33 72
lise.dyrkoren@sykepleien.no



Markedskonsulent, stilling
Finn Simonsen
tlf. 22 04 33 52
finn.simonsen@sykepleien.no

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

Medlemsbutikken blir bedre

Leser et innlegg fra Anita Storbakken i Sykepleien 10/09, og har behov for en kommentar. For det første; jeg forstår veldig godt din irritasjon over å måtte betale 100 kroner i porto og frakt for bestilling av varer i nettbutikken vår. Det har du all grunn til å reagere på. Vi har tatt dette opp flere ganger med vår nåværende leverandør, uten at det har forbedret situasjonen. Det beklager vi! Vi har derfor nå ute et anbud til flere leverandører hvor dette er et sentralt punkt. Våre medlemmer skal ikke belastes urimelig ved

bestilling gjennom nettbutikken. I den samme gjennomgangen vil vi legge om nettbutikken til å bli en utvidet fordelsbutikk der alle fordeler ved å være medlem i NSF kommer tydelig frem – som rimelige forsikringer, pc-avtaler og så videre.

Vi håper du har tålmodighet med oss, og at du kommer tilbake når vi er oppe og går med ny fordelsbutikk.

Signy Svendsen,
kommunikasjonssjef i NSF

Sommerflokere?

Sykepleien skriver at helsevesenet sliter med bemanningskabalene om sommeren. Jeg vil bare gi min opplevelse av sommerflokene i helsevesenet.

Jeg kontaktet Adecco Bemanningsforetak, og meldte meg «under fanen» hos dem, da jeg så at de søkte sykepleiere til sommervikariater på fortrinnsvis sykehuse- ne i de nordlige fylkene. Jeg kunne se at jeg innehar de kvalifikasjonene som de ønsket. Det vil si at jeg er en sykepleier med snart 20-års

erfaring fra ulike avdelinger på sykehus og hjemmepleie. I tillegg er jeg spesialsykepleier i anestesi, med erfaring fra ulike spesialiteter, og i tillegg har jeg erfaring med barneanestesi. Jeg fikk beskjed om å sende mitt cv til Trondheim, og siden har jeg ikke hørt ett ord fra dem. Så jeg har litt vanskelig for å forstå at det kan være så kritisk og vanskelig å få feriekabalen til å gå opp.

Inge Georgsen

Legger ikke ned

I Sykepleien nr. 10, 2009 skriver Nina Brandal Riise under «Meninger» at Høgskolen i Oslo er i ferd med å avvikle videreutdanningen i psykisk helsearbeid. Dette medfører ikke riktighet. Vi har per i dag ingen planer om å legge ned studiet. Vi har derimot denne høsten utvidet opptaket og tilbyr både heltids- og deltids plasser parallelt med at vi tilbyr masterstudie i psykisk helsearbeid.

Kari Toverud Jensen, dekan ved Avdeling for sykepleierutdanning, HiO



Hva politikere bør vite

Først vil jeg gratulere som vinnere av årets beste fagblad. Sykepleien skriver i nr 10/2009 om de 90 000 sykepleiere som utgjør like mange velgere ved årets valg. Jeg jobber som helsesøster. Jeg savnet at forebyggende helsearbeid til barn og unge var med i denne artikkelen. Vi opplever at dette feltet blir glemt i svært mange sammenhenger. Vi opplever at vi får stadig økte oppgaver, men økningen i antall stillinger øker ikke tilsvarende. Forebyggende helsearbeid er vanskelig å måle og derfor lett å saldere bort i trange økonomiske tider. Det er store forskjeller mellom kommuner; det kan være avhengig av politikernes vilje til å satse på dette arbeidet og gode ledere som fronter det. Et eksempel på at vi er glemt, er i sykehusenes praksiskonsulentordning. Den skal bedre samarbeidet mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det er flere leger som jobber i denne ordningen. Deres arbeid retter seg mot fastleger. Noen få sykepleiere i praksiskonsulentordningen har sykehjem og hjemmesykepleie som målgruppe. Ingen har helsestasjons- og skolehelsetjenesten som målgruppe. Etter mine begreper er også helsestasjons- og skolehelsetjenesten en primærhelsetjeneste. Vi samarbeider mye med spesialisthelsetjenesten. NOUen som kom ut i 2004 som het «Fra stykkevis til helt» nevnte ikke helsestasjons- og skolehelsetjenesten når de beskrev primærhelsetjenesten. Jeg må si jeg blir forundret når til og med helsemyndighetene utelater denne tjenesten.

På vegne av meg selv og sikkert også mange andre helsesøstere vil jeg være svært takknemlig om Sykepleien vil sette fokus på forholdene til helsestasjons- og skolehelsetjenesten omkring i landet.

Kjellaug Edland

Sykepleien 12/09

Gresk drama

Som første sykehjem i Norge reiste både brukere og ansatte ved Øyane sykehjem på ferietur til Hellas. Lavt sykefravær og fornøyde ansatte var noen av gevinstene. Men det hele foregikk ikke uten dramatikk.

Rødt for likelønnsnett

Sykepleien Jobb 08/09 har et oppslag om partienes syn på likelønn. Imidlertid er det bare tatt med de partiene som allerede er representert på Stortinget. Jeg har derfor bedt om spalteplass for å klargjøre Rødts syn på kvinnelønn (fra prinsipp- og arbeidsprogrammet):

Rødts mål er et samfunn uten utbytting og undertrykking. I et samfunn av frie mennesker vil kjønn ikke lenger ha betydning for den enkeltes økonomiske, politiske, kulturelle eller sosiale stilling og muligheter, og menneskene vil ikke bli sortert etter om de blir født som jenter eller gutter. Rødt slåss mot alle former for undertrykking av kvinner, for frigjøring av kvinner og for reell likestilling mellom kvinner og menn. Kampen må føres på alle samfunnsområder, politisk, økonomisk, teoretisk og ideologisk.

Kvinnene utgjør nesten halvparten av arbeidstakerne, men tjener systematisk mindre enn menn, på alle områder – de får kvinnelønn. Nesten halvparten av kvinnene jobber deltid. Dette skyldes først og fremst at arbeidslivet er organisert ut fra et premiss om at menn

skal være hovedforsørgere og at kvinner skal ha hovedansvaret for omsorgs- og husarbeid. Mange kvinner får heller ikke fulltidsjobb.

Grunnlaget for kvinnelønna er altså kapitalismens forsørger-system. Familien er ikke bare en samlivsform, den er også en økonomisk enhet med privat ansvar for å forsørge familiemedlemmene og for å ha omsorg for barn, eldre og syke. Kvinneundertrykkinga er vevd inn i kapitalismen på en måte som opprettholder den kjønnsbestemte arbeidsdelinga både i familien og i samfunnet: Menn, med høyest lønn og heltidsarbeid, er hovedforsørgere, kvinner tilpasser yrkeslivet sitt etter arbeidet i familien. Derfor tjener de mindre og forsørger-systemet videreføres. De blir også oftere nødt til å ta midlertidige jobber og arbeide på usikre kontrakter. Forsørger-systemet styrker menns makt over kvinner og barn. Kvinner som lever alene, med eller uten barn, blir de fattigste.

Rødt vil slåss for økonomisk sjølstendighet for kvinner. Kvinnelønna må heves med sikte på å avskaffe lønn etter kjønn. Enefor-

sørgere må sikres økonomisk. Det må innføres seks timers normalarbeidsdag med full lønnskompensasjon og gode og gratis offentlige tjenester for barn og eldre. Staten må gi økonomisk støtte til alle barn, slik at de får like muligheter uavhengig av foreldrenes økonomi.

Kvinnedominerte yrker lønnes dårligere enn mannsdominerte yrker, både i offentlig og privat sektor. Sjøl innen samme yrkesgruppe tjener menn ofte mer enn kvinner. Kvinner lønnes lavere enn menn fordi de er kvinner. Dette er uttrykk for maktforholdet mellom kjønnene, og er vevd inn i det kapitalistiske økonomiske systemet, der kvinners arbeidskraft har mindre verdi.

Rødt arbeider for:

- seks timers normalarbeidsdag med full lønnskompensasjon
- å fjerne all lønnsdiskriminering knytta til kjønn
- å bekjempe lønnsystemer som fører til individuelle personlige tillegg
- egen kvinnepott fra regjering/Storting for å utjamne lønnsulikhetene

- å sikre at gravide ikke diskrimineres i arbeidslivet
- at trygde- og pensjonsregler ikke skal virke diskriminerende for kvinner
- sjølstendig opptjening av fødselsstønad for begge foreldre
- at retten til foreldrepenger ved fødsel og adopsjon også skal gjelde for mødre på attføring.

Stig Riise Pettersen, sjukepleier og 3.-kandidat for Rødt i Rogaland



Kompetanseutvikling ga ikke økt lønn

Det er med nysgjerrighet og undring jeg leser om at et av målene innenfor sykepleiearenaen er å heve kompetansen blant sykepleiere og beholde fagfolk. I dette ligger også spørsmålet om økt lønn.

Jeg ble i vår ferdig med studiet i veiledning og coaching, som tilsvarer 60 studiepoeng. Studiet er selvfinansiert, og blitt fullført ved siden av jobb og familie.

Under studiet hadde vi mange dyktige og kjente forelesere, deriblant forelesere med lang sykepleiefaglig bakgrunn.

Veiledning og coaching består blant annet av å veilede mennesker ut fra forutsetninger og ønsker inn i en positiv retning i livet.

Gjennom samtaler vil veileder og coach kunne ta i bruk ulike verktøy og metoder for å bygge opp tillit, trygghet og motivasjon, som fremmer en dialog. Dette kan være byggesteiner for å finne en plattform for konstruktive samtaler i en til en-samtale eller i grupper, og for å få fram en samhandling. Det er samtaler som handler om å se mennesket som en helhet.

I min hverdag som sykepleier praktiserer jeg den kunnskapen jeg har tilegnet meg gjennom studiet.

Etter studiet ønsket jeg å søke om lønnsforhøyelse, da jeg mente grunnlaget for det absolutt var til stede. Samtidig som jeg vet at min arbeidsgiver bevisst bruker min

kompetanse i daglige sykepleieoppgaver.

Min tillitsvalgte på arbeidsplassen tok kontakt med fylkeskontoret, og fikk til svar at min veiledning og coaching-utdanning ikke er et godt nok grunnlag for å få en tittel og lønnsforhøyelse som en spesialsykepleier. Dette på bakgrunn av at det var flere yrkesgrupper som tok samme utdanning, og at det da ikke er rettet kun mot sykepleiere.

I tillegg var møte med min arbeidsgiver basert på argumenter om at det ikke var budsjett til en sykepleier med en slik kompetanse som min. Det var heller ikke vanlig å gi økt lønn på bakgrunn av en slik utdanning.

Jeg er stolt av min videreutdanning, og at min personlige kompetanse som innebærer kunnskaper, holdninger og ferdigheter som må til for å løse problemer og oppgaver, er blitt et sterkere fundament. Et fundament jeg vil bringe med meg videre som sykepleier.

Jeg vil med dette påstå at dersom det skal være et grunnlag for kompetanseutvikling, må det også gis rom for en verdsetting og anerkjennelse av andre videreutdanninger som også ikke er av de tradisjonelle.

Sykepleier og veileder/coach

Ikke spar på helsen!

Dette er en melding i siste nummer av Sykepleien. Men på hvilken måte får vi bedre helse?

Får vi bedre helse av å bruke mer penger på helse og velferdstjenester? Kan økte rammer og økt bemanning gi enkeltmennesker bedre helse? Vi er et av de land i verden som bruker mest helsekroner på våre innbyggere. Sykehusbudsjettene er doblet på syv år – fra 50 til 102 milliarder. Ofte er det slik at det som har mest prestisje eller de som «roper høyest» får mest av disse helsekronene. Vi bruker mest, men er vi best?

Eldrebolegen (som er villet og ønsket) er kanskje den største utfordringen fremover. Cirka halvparten av ressursene i helsetjenesten blir brukt i siste leveår, men vi bruker forholdsvis lite på forebygging. Det er flott at vi blir gamle. Høy levealder betyr at folk er ved god helse og at vi har gode velferdsordninger, men flere eldre betyr også at det blir flere som er syke og har behov for helsetjenester. I 2040 vil det bli være dobbelt så mange personer over 80 år – som det er i dag. Men det vil ikke være like sterk vekst i aldersgruppen som kan ta seg av alle de gamle. Vi har ikke nok hender til å ta oss av alle som i fremtiden vil bruk for tjenester fra helsetjenesten.

Kan det være på tide å tenke litt annerledes på hvordan vi skal satse i helsevesenet i tiden fremover, når vi vet at det er lite sammenheng mel-

lom mye tilbud av helsetjenester og hvor frisk folk er? Iona Heath skriver i en artikkel i British Medical Journal: “The more people are exposed to contemporary health care, the sicker they feel”.

I Trondheim kommune har vi de siste fem årene hatt en økt satsning på helsefremmende arbeid for eldre. Flere kommuner i Norge er nå i gang med dette arbeidet med litt forskjellige virkemidler. I Trondheim har vi satset på hjemmebesøk til 75-åringer med oppfølging til de som trenger det. Målsettingen med besøkene er å styrke den enkeltes egenomsorgsevne, blant annet ved å ha fokus på kunnskap og trygghet i forhold til å mestre sitt eget liv. Vi tror at økt deltakelse betyr et bedre liv. Vi tilbyr også livsstilskurs for 70-åringer og har et samarbeid både med andre enheter i kommunen og frivillige lag og organisasjoner. Det som overrasker meg er at dette har så lite fokus blant sykepleiere. Mange andre land jobber også helsefremmende i forhold til eldre, og vi vet at av dem som foretar hjemmebesøkene i andre land er 80 prosent sykepleiere. Jeg etterlyser derfor et større engasjement blant sykepleierne og fagbladet vårt, og minner også om at vi arrangerer en landsomfattende konferanse i helsefremmende arbeid for eldre i Tønsberg i september.

Toril Nervik, sykepleier i aldring og eldreomsorg, masterstudent helsefremmende arbeid i lokalsamfunn, Høgskolen i Gjøvik.

Blad og nett gir deg mest

- Trenger du mer informasjon om et fagtema du leser om i Sykepleien?
- Ønsker du å se hva andre sykepleiere mener?
- Vil du selv igangsette eller delta i debatter?
- Vil du se hva som rører seg for sykepleiere hver dag?

Besøk Sykepleien.no – dine egne nettsider!

sykepleien

Hør på de ansatte!

Adressa kan mandag 6. juli melde at Trondheim kommune mistet 250 000 dagsverk på grunn av sykefravær i fjor, verst er det i helse og velferd, sykehjem og hjemmetjenester med henholdsvis 13,2, 14,5 og 14,3 prosent sykefravær. På Dagsrevyen og i TV2-nyhetene samme dag meldes det at fagforbundene har kartlagt 4 400 brudd på arbeidsmiljøloven på 22 uker i Helse Bergen.

Trondheim kommune kalkulerer fraværet til 161 millioner kroner og mener at et «tillitsprosjekt» lignende det i Mandal kommune nok er løsningen på fraværet. I artikkelen reflekteres det også over hvordan det er mulig å få så høyt sykefravær all den tid det er en IA-kommune hvor målet jo tross alt er å redusere slikt fravær. Trondheim kommune slår fast at de tiltak de har satt i verk for å redusere fravær ikke har fungert som forventet. I Helse Bergen mener fungerende personaldirektør at «omfanget av lovbrudd ikke er så stort som kartleggingen til fagforbundene tilsier.» Dette begrunnes med at ett lovbrudd genererer flere brudd og at det registreres lovbrudd som slett ikke er det. I Helse Bergen velger man da å ikke anerkjenne noen av de framlagte tallene da de «sannsynligvis» ikke er helt korrekte.

At disse tilsynelatende to forskjellige sakene kan bunne i en og samme årsak nevnes ikke med ett eneste ord; stadig mindre folk til å gjøre stadig flere oppgaver innenfor helsevesenet. At Trondheim kommune privatiserer den enkelte ansattes sykefravær og dermed skal påføre de fra før syke og slitne enda litt dårligere samvittighet synes jeg er en skam for arbeidsgiversiden i helsesektoren! Det nevnes i artikkelen at nevnte tillitsprosjekt skal føre til at den enkelte ansatte tar mer ansvar. Det er ikke slik at de ansatte i helsevesenet er uansvarlige, og la oss for alt i verden slippe å gå hjemme med enda litt dårligere

samvittighet på grunn av at vi er borte. Vi er allerede klar over at det omtrent aldri leies inn ved sykefravær og at «vårt» fravær betyr at de få som er på jobb bare må løpe enda litt fortere. Helse Bergen velger den taktikken som kan ses i omtrent alle landets barnehager når man får høre noe man ikke liker om seg eller sine, de holder seg for øyne og ører og nekter å se og høre på kritikken. De ansatte der må da altså fortsatt finne seg i å gå doble vakter og jobbe mer ulovlige helger.

Verken i Trøndelag eller på Vestlandet ser man at det er for stort sprik mellom ressurser og oppgaver og man ser dermed ikke nødvendigheten av å øke bemanningen. At ansatte er slitne, stadig melder om redsel for å gjøre feil, føler at de ikke makter å gjøre en god nok jobb og, av lege, vurderes til å ikke være frisk nok til å jobbe, ses på som kostbart og «sannsynligvis» ikke riktig. Hva er det som skal til for at arbeidsgiverne hører på sine ansatte? Må man selv bli pasient og oppleve kvalitetsbristen på kroppen? Når deres ansatte blir syke av å ikke strekke til, og finner over 4000 brudd på lovverket på et halvt år, så må dere gå i dere selv og se litt lenger enn til neste budsjett! Norsk lovverk er ikke en norm man kan rette seg inn etter der det passer, det SKAL følges! Slitne ansatte i helsevesenet på grunn av høyt sykefravær og ulovlige vakter rammer til slutt de svakeste av de svake; pasientene vi er der for å passe på. At man er utslitt allerede før vakta begynner er langt fra optimalt når man skal vurdere symptomer, virkning/bivirkning av medikamenter, endring i generell tilstand og etter dette sette i gang relevante tiltak. Dette er den hverdagen de fleste av oss lever i nå, la det ikke bli verre.

Kenneth Grip, tillitsvalgt i Norsk Sykepleierforbund

Savner oversøster

Jeg tillatter meg å be om spalteplass for det vedlagte verset jeg har skrevet. Det er ikke bare nostalgia, men et savn av en rollemodell for alle sykepleierne på avdelingen. Oversøster-oversykepleier slik jeg har opplevd henne, er på en mellomstor barneavdeling med 60 – 100 senger. Det dreier seg altså ikke om en sjefsykepleier på et helt sykehus. Hun skal i mine øyne heller ikke ha slike oppgaver som en sjefsykepleier har.

Det er viktig å poengtere at dette ikke er noe forsøk på å innføre sestetertittelen igjen, men for oss som vokste opp med denne tittelen ble det en helt naturlig betegnelse som vi vanskelig kan gi slipp på. Det

vil være en avsporing å henge seg opp i det. Oversøster Helga Nyhus ville ikke ha følt seg vel ved å bli kalt oversykepleier, tror jeg. Jeg har for øvrig vist begge de to navngitte dette verset.

Min bakgrunn er pediatrik med 20 års erfaring både fra RH og Ullevål. De siste 20 årene som sjef på Barneavdelingen og som klinikkoverlege på Kvinne-Barn klinikken, de siste fem årene sammen med Turid Lund som klinikkoversykepleier i en todelt ledelse. Todelt ledelse var en interessant modell og den fungerte godt der hvor kjemien var god. Mitt lille vers har altså ingenting med den erfaringen å gjøre.

OVERSØSTER

*Oversøster var en hedersbetegnelse
Den sto for holdninger og myndighet
og engasjement for sykepleien
Jeg savner henne
på avdelingene nå til dags
Hun som ga avdelingen sjel
og identitet
Hun som møtte barn og foreldre
med empati og varme
Hun som trøstet foreldrene*

*etter livets tyngste opplevelse
plutselig uventet spedbarns død
Hun som også møtte foreldre
til mishandlede barn med medfølelse
i den situasjonen de var
som ulykkelige medmennesker
Hun var en rollemodell
Jeg savner henne
som avdelingens ansikt utad*

Tilegnet oversøster Helga Nyhus og oversykepleier Turid Rye Pedersen, to som fylte rollen — hver på sin måte.

Med hilsen Sverre Halvorsen, professor emeritus, Barnesenteret Ullevål universitetssykehus

**Behandling / forebygging av
ligge- og trykksår**

Wima-labben
Avlaster områder som er utsatt for
ligge- og trykksår
Bedrer mulighetene for sårleging
Behagelig i bruk, - luftig, lett, stabil
og varmeisolerende



Wima produkter

Les mer om Wima-labben på vår nettside:
www.wima.no

Tlf. 71 51 42 84 Fax 71 51 40 73 P.b. 28, 6538 Averøy



tekst **Eivor Hofstad**

Ta vår aktuelle og nådeløse kunnskapsquiz.

1 Hva gjør adjuvansen som tilsettes vaksiner?

- A: Øker holdbarheten
- B: Sikrer sterilitet
- C: Bedrer immunresponsen

2 Hvor mange ekstra intensivsenger kan det trenges samtidig i de tyngste ukene av den kommende pandemien, i tillegg til de 200 som vanligvis er belagt?

- A: 200
- B: 500
- C: 1000

3 Hva er MSIS?

- A: Meldingssentral for interne sykehuskonflikter
- B: Meldingssystem for smittsomme sykdommer
- C: Pasientorganisasjon for multipel sklerose- og ischemisk slag-rammede

4 Hvor lang tid tar det fra du drikker alkohol til det går over i blodet?

- A: Fem minutter
- B: 20 minutter
- C: 50 minutter

5 Hva kommer navnet på hormonet «insulin» av?

- A: Øy
- B: Sukker
- C: Tørst

6 Hva er du hvis du har amaurose?

- A: Beinskjør
- B: Angrepet av rødt utslett
- C: Blind

7 Hva lider du av hvis du har kommabasiller?

- A: Trang til å snakke uten stopp
- B: Kolera
- C: Hyppige besvimelsesanfall

8 Hva er miltstuvning?

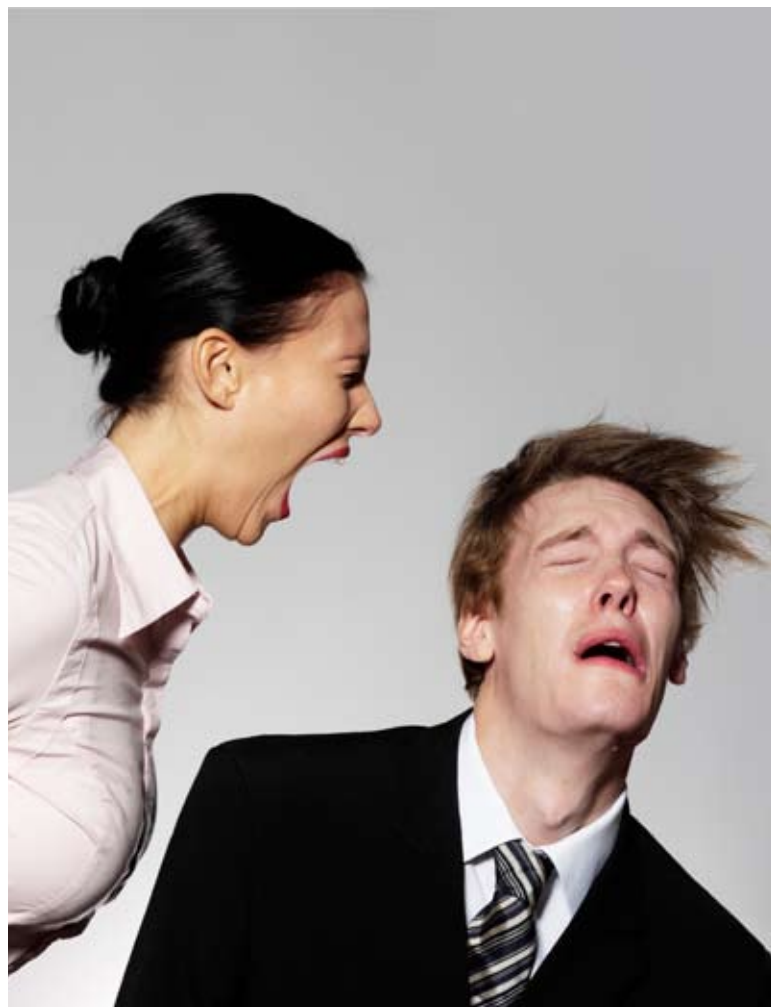
- A: Sting
- B: En svensk rett à la lungemos
- C: Miltbrann

9 Hvor stor er milten?

- A: Som en knyttneve
- B: Som en bønne
- C: Som et riskorn

10 Og hva er blant miltens oppgaver?

- A: Å rense urinen
- B: Å bidra til immunforsvaret
- C: Å produsere hormoner



INTERN KONFLIKT: En sak for MSIS, kanskje? Foto: Colourbox



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



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



3-5 poeng: Bra. Men kanskje på tide med den videreutdanningen du har tenkt på så lenge?



0-2 poeng: Ikke bra. Hold deg mest mulig på vaktrommet og lat som du dokumenterer. (Sjekk at du virkelig er autorisert.)

Svar: 1C, 2C, 3B, 4B, 5A (av latin: insula, insulin ble foreslått av den engelske fysiologen Edward Albert William Sharpey, 1850-1935), 6C, 7B, 8A, 9A, 10B



UTDANNING: Sykepleierelever ved Bergen Kommunale Sykepleierskole på 1950-tallet. Skolen, søsterhjemmet og sykehuset dannet en enhet som et lite minisamfunn. Det meste av elevenes sosiale aktiviteter var knyttet til institusjonen, og det var her elevene hadde sine venner.

Veloppdragne 50-tallssøstre

«Vårt høyeste ønske var at søstrene skulle få den aller beste utdanning som kunne skaffes dem – ja, det måtte absolutt bli den aller beste utdannelsen i landet.»

Dette var visjonen til de tre stifterne av Bergen Kommunale Sykepleierskeforbund for 101 år siden. Gjennom etableringen av landets første treårige skole og landets første forskole gjorde oversøstrene Camilla Struve, Marie Joys og Betty Bull en stor innsats for sykepleiefaget og sykepleierutdanningen i Norge. (Johanne Louise Larsen: Sykepleierutdanningen i Bergen 1908-2006).

Den første kommunale sykepleierskole så dagens lys ved Ullevål sykehus i 1901. Elevtiden var seks

måneder det første året, men ble utvidet til 12 måneder året etter.

I 1907 begynte Bergen kommune å arbeide med planene om å opprette sin egen skole, og i juni 1908 vedtok formannskapet å opprette en treårig sykepleierskole. Bergen Kommunale Sykepleierskeforbund var det offisielle navnet fram til Norsk Sykepleierskeforbund ble stiftet i 1912.

Gjennom de første 50 årene av Bergen Kommunale Sykepleierskoles historie var sykehuset elevenes

klasserom. Både teoretisk undervisning og utvikling av praktiske ferdigheter foregikk der. Sykehuset var også forpliktet til å sørge for hjem til alle elevene. Skolen, søsterhjemmet og sykehuset dannet en enhet som et lite minisamfunn. Her fikk de sin utdanning, de arbeidet på stedet og det var også deres hjem.

Det var en meget streng skole de unge damene gikk i på denne tiden. Det er ingen tilfeldighet at begrepet «hjem» blir benyttet. Fritid var det lite av, og den skulle helst nyttes til oppbyggelige aktiviteter, men noen ganger var det lov å gå på bytur eller på besøk til familie og kjente. Det var imidlertid ikke tillatt å overnatte borte, og elevene måtte være tilbake på

søsterhjemmet seinest klokka ti om kvelden. Trusselen om å bli «hjemsendt» dersom reglene ikke ble fulgt, var skremmende.

Selv om stadig flere skoler ble treårige, måtte sykepleierskolen i Bergen kjempe flere harde kamper mot legeföreningen. Der talte sterke krefter for kortere utdanning. Først etter at loven av 1948 og vilkårene fra 1950 ble vedtatt var enhetlig sykepleierutdanning sikret.

Og da den nye sykepleieloven trådte i kraft i 1960, bidro den til viktige endringer i forholdet mellom skole og sykehus. Blant annet krevde loven at grunnskolene i sykepleie skulle ha eget styre og en leder eller rektor som var godkjent av departementet.

Forbundsleder Lisbeth Normann

Stilling: Forbundsleder i NSF

E-post: lisbeth.normann@sykepleierforbundet.no



Om å våge!

Det å skulle ha en aktiv samfunnsrolle er ikke enkelt med 88 000 medlemmer og deres like mange meninger i ryggen. Men faren for kritikk fra egne rekker kan ikke hindre oss i å ta stilling.

En av våre oppgaver som politisk ledelse i Sykepleierforbundet er, som også landsmøtet slo fast, å ha en samfunnspolitisk rolle. Det betyr at vi skal delta i debatter og saker som på en eller annen måte omhandler oss sykepleiere og vår lønns- og arbeidssituasjon, våre kolleger i inn- og utland, våre pasienter, norsk helsevesen og andre forhold som berører vårt yrke. Det være seg hvordan eldre blir behandlet på sykehjem, hvordan konflikt og krig rammer, overgrep mot barn der helsesøstre har en viktig funksjon og så videre.

En av våre hovedsaker dette året er likelønn, hvor målet er å få politisk flertall for likelønn innen 2011. Nettopp fordi likelønn står høyt på vår politiske dagsorden, hadde jeg i kjølvannet av Fremskrittspartiets landsmøte et utspill der jeg kritiserte partiet for ikke å ha fått inn likelønn i sitt partiprogram. Bakgrunnen for kritikken

var at Siv Jensen benyttet både 1. mai-talen og landsmøtetalen til å snakke om likelønn. Men da det kom til stykket, klarte ikke partiet å få nedfelt dette i sitt partiprogram. Som kjent er det partiprogrammet som er førende for partiets politikk. Det å fremme forslag på Stortinget er vel og bra, men det forplikter ikke dersom Frp skulle komme i posisjon etter valget.

Så vet vi alle hvordan mediene jobber; de tenker overskrifter. Og de som kun leste overskriftene, kunne få en opplevelse av at jeg advarte medlemmene i NSF fra å stemme Frp ved valget. Det har jeg ikke gjort. Jeg presiserte i alle intervjuene at Norsk Sykepleierforbund er et partinøytralt forbund. Vi har kritisert både SV og Ap som vi mener ikke har vært tydelige nok på likelønn, og vi har møtt på pressekonferanse med Høyre da de la frem sin «kompetansepotte».

For oss er det resultatet som teller.

Etter dette utspillet har vi fått mange reaksjoner fra egne medlemmer. På samme måte som vi fikk mange reaksjoner fra medlemmene da Forbundsstyret vedtok en uttalelse der vi fordømte brudd på folkeretten i Gaza. Vi er glade for at våre medlemmer gir oss tilbakemeldinger – både ros og ris, at dere er samfunnsengasjerte og har meningers mot. Vi liker å ha engasjerte og ivrige medlemmer.

Vi ber imidlertid om forståelse for at vi må ta stilling og ha et tydelig budskap dersom vi skal kunne spille en rolle i norsk samfunnsliv. Da betyr det at vi nok til tider «trækker noen på tærne». Som for eksempel at enkelte medlemmer nok følte kritikken mot Frp som urettferdig. Da er det viktig å «skille snørr og barter». Vi kommer ikke med kritikk og støtte for å gi vår tilslutning til en part i en sak eller konflikt. Vår agenda er medlemmenes beste. Vår oppgave er å sørge for de beste resultater for dere som er medlemmer. Og da må målet hellige middelet. Skal vi oppnå det vi har satt oss som mål – som for eksempel likelønn – må vi benytte virkemidler vi mener fører til resultater.

Men; vi kan ikke ta alle kampene alene. Derfor trenger vi ditt engasjement. Jeg ber dere bruke energien der den trengs; i diskusjoner på arbeidsplassen, i lokalsamfunnet, i lokalmediene og der aktuelle spørsmål er «snakkis». Vi trenger alle de gode kreftene skal vi oppnå resultater. Vi må dra i flokk og ikke motarbeide hverandres gode intensjoner. For meg er det viktig å vite at du kan stole på at det er din sak vi jobber for hver eneste dag. Og ta våre utspill til inntekt for dette!



TRENGER GODE KREFTER: NSF trenger ditt engasjement, skriver Lisbeth Normann. Arkivfoto fra 1. mai i Oslo i 2006: Ellen Morland



NSF markerte seg på internasjonalt sykepleierkongress

I månedsskiftet juni–juli gikk den verdensomfattende sykepleierkongressen i regi av ICN av stabelen. Hele 92 land var representert på kongressen, der Norsk Sykepleierforbund gjorde seg godt markert blant foredragsholderne.

5000 sykepleiere var samlet i Durban i Sør-Afrika da ICN, International Council of Nurses, avholdt kongress. Hvert fjerde år arrangerer ICN slik verdensomfattende kongress med et utall av foredrag, workshops, symposier og diskusjoner. Temaene var mange, men selvsagt med klar fellesnevner: sykepleier og sykepleiefaget.

Felles kvalitetsindikatorer

Representanter for Sykepleiernes Samarbeid i Norden, SSN, holdt symposium på ICNs kongress i Durban der temaet var utvikling av kvalitetsindikatorer. SSN mener det bare er et tidsspørsmål før EU utvikler felles europeiske standarder for blant annet pasientsikkerhet og kvalitet for sykepleie. De nordiske sykepleierorganisasjonene har derfor gått sammen for å utvikle nordiske indikatorer for å påvirke hvordan sykepleie skal måles. I dette arbeidet har nestleder i NSF, Unni Hembre, en sentral plass. De skandinaviske representantene redegjorde under kongressen for det arbeidet som nå gjøres på nordisk plan for å komme politiske beslutninger i forkjøpet.

– Vi ønsker å utvikle indikatorer som vi kan overlevere Nordisk Råd som våre innspill til deres arbeid. På den måten får vi lagt premisser for egen yrkesgruppe, slo Unni Hembre fast.

SSN skal i september ha møte med lederen for arbeidsgruppen som jobber med dette spørsmålet



Presidenten i det malawiske sykepleierforbundet, Isabella Musisi og forbundsleder Lisbeth Normann holdt felles symposium under ICN-kongressen i Durban i juli.

i Nordisk Råd, og legge frem sin innstilling.

Fra profesjon til forhandling

Flere av de sykepleierorganisasjonene som er medlem av ICN er rene profesjonsorganisasjoner, uten forhandlingsrett. NSF har i en årrekke bistått organisasjoner som har ønsket å endre sin posisjon til fagorganisasjon.

Presidenten i det malawiske sykepleierforbundet, Isabella Musisi,

fortalte forsamlingen om det tette samarbeidet med NSF for å etablere et fagforbund.

– I 2007 ble vi et fagforbund med forhandlingsrett. Vi har nå 6000 av landets 8000 sykepleiere som medlemmer, og kan nå bli en mer slagkraftig organisasjon, fortalte Musisi.

Også i Zambia gikk sykepleierorganisasjonen fra å være «association» til å bli «organisation». Dette hadde sykepleierne ventet på lenge,

og rekrutteringen skjøt fart.

– På 57 år hadde daværende profesjonsorganisasjon rekruttert 5000 medlemmer. Etter at vi ble et fagforbund, har vi i løpet av to år rekruttert 6.500 medlemmer. I dag organiserer vi 12.500 av totalt 15.000 sykepleiere, fortalte presidenten for ZUNO, Zambia Union of Nurses Organisation, Tom D. Young'ana.

Young'ana forklarer suksessen med at de nå kan forhandle både



lønn og lover, og har klart å bli en betydelig maktfaktor.

Solgte inn PPS

Akribe hadde fått kongressenterets «storstue» da forlagsredaktør Marit Solhaug foreleste under tema «Feilbehandling og pasientsikkerhet» og presenterte PPS. Over 1000 delegater hadde møtt frem for å høre om kvalitetsstyringsverktøyet utviklet av NSF-eide Akribe Forlag.

De fremmøtte fikk en profesjonell gjennomgang av PPS som verktøy – både når det gjelder innhold, funksjonalitet og struktur. Flere etterspurte løsningen på andre språk.

Dette er en løsning som mange ser betydningen av for å sikre felles prosedyre og riktig behandling – og derigjennom sikre pasientene mot feilbehandling.

Gode resultater med KOMPASS

Under kongressen deltok også prosjektleder for KOMPASS, Marit Strandquist. Hun redegjorde for løsningen og de gode resultatene av dette styringssystemet.

Evalueringer som er gjort i kommuner der KOMPASS er tatt i bruk, viser at kvaliteten på omsorgen har økt og at pasientene føler seg tryggere.

– I tillegg har motivasjonen og trivselen blant de ansatte økt. De ansatte blir mer selvstendige, de har økt påvirkning på egen arbeidssituasjon og vet hva som forventes av dem, sa prosjektlederen.

På bakgrunn av dette har kommuner opplevd en nesten halvering av sykefraværet, og dette har ifølge Sundquist ført til markant reduksjon i overtid.

– En kommune har fra ett år til et annet redusert kostnadene ved overtid fra USD 81.000 til USD 39.000, fortalte hun tilhørerne.

Målet er å implementere KOMPASS som et nasjonalt system.

Artikler fra ICN-kongressen finnes på www.sykepleierforbundet.no og www.sykepleien.no

ICN

- er en verdensomspennende organisasjon med 2 millioner sykepleiere i 129 land som medlemmer
- ble opprettet i 1899
- hvert land kan være medlem med én sykepleierorganisasjon. Norsk Sykepleierforbund representerer norske sykepleiere

Samhandlingsreformen – fra intensjon til handling!

Det er nødvendig å sikre kompetente kontaktpersoner for pasienter der de oppholder seg, også der de er midlertidig. Koordinering og samhandling mellom nivåer og fagområder i helsetjenesten er avgjørende for å oppnå helsetjenestens målsettinger.

I den nylig lanserte Samhandlingsreformen har regjeringen tatt dette alvorlig. En lovpålagt plikt skal sørge for at pasienter får en kontaktperson som koordinerer helsetjenestene rundt den enkelte pasient.

– Stortingsmeldingen er likevel uklar med hensyn til hvilke konkrete pasientgrupper ordningen med pasientkoordinator skal gjelde for. For at dette ikke skal bli en sovende ordning, må målgruppen defineres klart, sier forbundsleder Lisbeth Normann i en kommentar til reformen.

– Videre står det i meldingen at «det praktiske opplegget rundt koordinatorfunksjonen ikke skal

legge urimelig byrder på virksomhetenes arbeidssituasjon». En slik formulering kan bidra til at ordningen ses på som en salderingspost i sykehusenes og kommunenes budsjetter. NSF mener det må tydeliggjøres at en slik funksjon skal prioriteres, og at dette er et ledelsesansvar, legger hun til.

Sykepleiernes rolle

NSF mener kompetansebehovet til pasienten må styre hvem som skal inneha koordineringsfunksjonen.

– Det er dessuten viktig at det ikke er et system, men en person som representerer koordineringsfunksjonen. Når det gjelder det store volumet av pasienter, som

trolig vil være eldre og kronikere, er det naturlig at sykepleiere innehar denne funksjonen, sier Normann.

Hun understreker videre at denne ordningen må fungere i alle deler av helsetjenesten, og at ansvaret ikke kan hvile på en virksomhet alene. Det er nettopp i kryssingspunktet mellom tjenestene at behovet for koordinering og samhandling er størst.

Kompetanseoverføring

Ikke bare pasienter og pårørende trenger en kontaktperson: Også helsepersonell må vite hvor de kan henvende seg for å få nødvendig pasientinformasjon og kompetan-

seoverføring. Derfor må det være kompetente kontaktpersoner for pasienter der de oppholder seg, også der de er midlertidig som på sykehus.

– Dette vil bidra til at alle nødvendige forberedelser er gjort når pasienten overføres til et annet behandlingsnivå – gjennom bedre kommunikasjon og informasjonsutveksling, kvalitetssikring og samhandling rundt pasienten både i spesialist- og kommunehelsetjenesten. Mye tyder på at en slik ordning vil føre til økt pasientsikkerhet og bedre pasientopplevd kvalitet, samt reduserte kostnader gjennom raskere og mer effektiv pasientflyt, hevder Normann.

I DAG KAN VI GJØRE MER



GARDASIL®

Vaksine mot humant papillomavirus
Type 6,11,16,18
Rekombinant, adsorbent

**Den firevalente
vaksinen som skal
beskytte mot
livmorhalskreft*
– for bred beskyttelse
og tidlig nytte**



Livmorhalskreft*



Premaligne genitale lesjoner

- Livmorhalsen
- Vulva
- Vagina



Eksterne kjønnsvorter

Forårsaket av HPV 6,11,16 og 18**





MEDISINER GIR MUNNTØRRHET

- DET KAN VÆRE SKADELIG FOR DEG ⁽¹⁾

Hva kan munntørretet lede til?

- Dårlig ånde
- Hull i tennene
- Såre, sprukne slimhinner
- Ubehag ved å snakke, spise og svelge

Xerodent gir trippel beskyttelse!

- ✓ Eplesyre
 - Stimulerer spyttsekresjonen
 - Opprettholder pH balansen
- ✓ Fluor
 - Styrker emaljen og reparerer små hull
- ✓ Xylitol
 - Hemmer bakterievekst



"Fluoridholdige sugetabletter (fortrinnsvis Xerodent) som inneholder eplesyre for å stimulere sekresjonen (...) bør være førstevalg for pasienter med egne tenner."
Kilde: Den norske tannlegeforening "Tidende" 2005; 115: 642 - 6

1. <http://www.dinside.no/helse/diverse/munn-og-tannhelse/far+ikke+hjelp+for+munntorrhet/art796497.html>

FØRSTEVALGET

Xerodent® - ved munntørretet!

e-post: kundeservice@actavis.no, tlf: 815 22 099 (man-fre 9-15)

Kun på apotek.