

Har en sykepleier i magen

Side 29



Unngår operasjon

Uroterapeuten kan komme langt i å hjelpe kvinner med urinlekkasje.

Side 66

Likelønnsløfteren

Lisbeth Normann har stor fallhøyde foran vårens oppgjør.

Side 84



Sykepleien

CATHRINE SANDNES: Når en mann velger som en kvinne, velger han en lavere lønn enn sin far.

4 | 2010
18. mars
2010
98. årgang

100 millioner på avveier

Men pasientgruppene har fått det de skulle, mener helsedirektør Bjørn-Inge Larsen.

LOETTE®

LEVONORGESTREL 100µg / ETINYLØSTRADIOL 20µg

...en lavdosert p-pille¹

Trygg bruk av p-piller

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

Ref.: Statens legemiddelverk

The Pfizer logo is located in the bottom right corner of the advertisement. It consists of the word "Pfizer" in a white, sans-serif font, set against a dark, rounded rectangular background.

1) Referanse: SPC Loette

TABLETTER, filmdrasjerte: Hver aktiv tablett inneh.: Levonorgestrel 100 µg, etinylostradiol 20 µg, laktosemonohydrat, hjelpestoffer. Fargestoff: Rødt jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). Hver inaktiv tablett inneh.: Laktosemonohydrat, hjelpestoffer. Fargestoff: Titandioksid (E 171).

INDIKASJONER: Antikonsepsjon.

DOSERING: Tablettene må tas som angitt på pakningen, hver dag til omtrent samme tid. 1 tablett tas daglig i 28 etterfølgende dager. Etter at den siste inaktive tablett er tatt, starter en med nytt brett dagen etter. I løpet av de 7 dagene med inaktive tabletter inntrener en bortfallsblødning. Oppstart: Ingen tidligere hormonell prevensjonsbruk (i løpet av den siste måneden); Medisinerings skal starte på dag 1 i kvinnens normale syklus. Det er tillatt å starte på dag 2-7, men da anbefales i tillegg en annen prevensjonsmetode (f.eks. kondomer og sæddrepende middel) i løpet av de 7 første dagene en tar tablettene.

SKIFTE FRA ET ANNET KOMBINASJONSPREPARAT: Medisineringsen bør starte dagen etter den vanlige tablettfrie perioden eller perioden med inaktive tabletter til foregående kombinasjonspreparat. Skifte fra et rent progestogenpreparat (minipille, progestogeninjeksjon/implantat): Kvinnen kan når som helst skifte fra minipille og begynne med preparatet neste dag. En bør starte dagen etter fjerning av et implantat eller, dersom en bruker injeksjon, dagen etter neste injeksjon skal foretas. I alle disse situasjonene, anbefales å bruke en tilleggsprevensjon de 7 første dagene en tar tablettene. Etter abort i 1. trimester: Medisineringsen kan starte umiddelbart. Andre prevensjonsmetoder er ikke nødvendig. Etter fødsel eller abort i 2. trimester: Siden den umiddelbare postpartumperioden er assosiert med en økt risiko for tromboemboli, skal p-piller ikke anvendes tidligere enn 28 dager etter fødsel, hos ikke ammende eller etter abort i 2. trimester. Tilleggsprevensjon anbefales de 7 første dagene. Dersom samleie har funnet sted, må graviditet utelukkes før en starter med et kombinasjonspreparat, ellers må kvinnen vente på sin første menstruasjonsperiode. Effekten av p-pillene reduseres når tabletter glemmes eller ved oppkast. Se pakningsvedlegg.

KONTRAINDIKASJONER: Skal ikke brukes av kvinner med noe av følgende: Tromboflebitt eller tromboemboliske lidelser, dyp venetrombose, en tidligere historie med dyp venetrombose eller tromboemboliske lidelser, cerebrovaskulære eller kardiovaskulære lidelser, trombogene valvulopati, arvelig eller ervervet trombofili, migrene/hodepine med fokale neurologiske symptomer, slik som aura, trombogene rytmeforstyrrelser, alvorlig diabetes med vaskulære forandringer, alvorlig ubehandlet hypertensjon, kjent eller mistenkt cancer mammae, cancer i endometriet eller andre verifiserte eller mistenkte østrogenavhengige neoplasier, kolestatisk gulsott under graviditet eller gulsott ved tidligere bruk av p-piller av kombinasjonstypen, leveradenomer eller leverkreft, udiagnostiserte unormale vaginalblødninger, verifisert eller mistenkt graviditet, hypersensitivitet overfor noen av preparatets innholdsstoffer.

FORSIKTIGHETSREGLER: Før behandling initieres, foretas grundig undersøkelse inkl. mammaundersøkelse, blodtrykkmåling, samt en grundig familieanamnese. Hypertensjonen og typen av etterfølgende undersøkelse bør være basert på etablerte retningslinjer og tilpasses individuelt. Forstyrrelser i koagulasjonssystemet skal utelukkes hvis det i nærmeste familie allerede i yngre år har forekommet tromboemboliske sykdommer (først og fremst dyp venetrombose, hjerteinfarkt, slaganfall). Ved unormale vaginalblødninger skal undersøkelser gjennomføres for å utelukke kreft. Kvinner fra familier med økt forekomst av brystkreft eller som har benigne brystknuter, må følges opp spesielt nøye. Sigarettøyking øker risikoen for alvorlige kardiovaskulære bivirkninger ved bruk av p-piller. Denne risikoen øker med alder og mye røyking og er ganske markert hos kvinner over 35 år. Kvinner som bruker p-piller må på det sterkeste anbefales ikke å røyke. Bruk av kombinasjons-p-piller er assosiert med økt risiko for arterietrombose og tromboemboli. Rapporterte hendelser inkl. hjerteinfarkt og cerebrovaskulære hendelser (iskemi og blødningslag, transitorisk iskemisk attack). Eksponering for østrogen og progestagener bør minimeres. Forskrivning av kombinasjons-p-piller med minst mulig østrogen- og progestageninnhold anbefales. Risikoen for arterietrombose og tromboemboli øker ytterligere hos kvinner med underliggende risikofaktorer. Må brukes med forsiktighet hos kvinner med risikofaktorer for kardiovaskulære lidelser. Eksempler på risikofaktorer for arterietrombose og tromboemboli er: Røyking, hypertensjon, hyperlipidemi, overvekt og økt alder. Kvinner som bruker perorale kombinasjons-p-piller og som har migrene (spesielt migrene med aura), kan ha økt risiko for slag. Opptrer tegn på emboli (f.eks. akutte brystmerter, tungpustethet, syns- eller hørselsforstyrrelser, smerter og hevelse i en eller begge underekstremitetene) under behandlingen skal preparatet seponeres og pasienten undersøkes nøye. Bruk av kombinasjons-p-piller er assosiert med økt risiko for venetrombose og tromboemboli. Den økte risikoen er størst blant førstegangsbrukere det første året. Risikoen er imidlertid mindre enn under graviditet. Venøs tromboembolisme er dødelig i 1-2% av tilfellene. Risikoen øker ytterligere hos kvinner med tilstander som predisponerer for venetrombose og tromboembolier.

EKSEMPEL PÅ RISIKOFAKTORER FOR VENETROMBOSE OG TROMBOEMBOLIER ER: Overvekt, kirurgisk inngrep eller skader som øker risikoen for trombose, nylig gjennomgått fødsel eller abort i 2. trimester, forlenget immobilisering og økt alder. Om mulig, bør behandlingen med kombinasjons-p-piller avbrytes 4 uker før og 2 uker etter elektiv kirurgi hvor det er økt risiko for trombose og ved forlenget immobilisering. Bruk av p-piller er assosiert med godartede adenomer i lever, selv om insidensen av disse er sjeldne. Risikoen synes å øke med varigheten av behandlingen. Disse ytrer seg som akutte buksmerter eller akutt intraabdominal blødning. Preparatet skal da seponeres og pasienten undersøkes nøye. Ruptur kan forårsake død gjennom intraabdominal blødning. Kvinner som tidligere har hatt kolestase forårsaket av perorale kombinasjons-p-piller, eller har hatt kolestase under graviditet, har større risiko for å få denne tilstanden ved bruk av perorale kombinasjons-p-piller. Pasienter som bruker perorale kombinasjons-p-piller bør derfor overvåkes nøye, og dersom tilstanden vender tilbake, bør behandlingen avbrytes. Det er rapportert tilfeller av retinalvaskulær trombose. P-piller må seponeres dersom det forekommer uforklarlige delvis eller fullstendige synsforstyrrelser, proptose eller dobbeltsyn, papilloedem, eller skader i retinavaskulaturen. Glukoseintoleranse er rapportert og kvinner med diabetes eller nedsatt glukosetoleranse skal følges nøye opp. Dersom kvinner med hypertensjon velger å bruke p-piller, må de overvåkes nøye og dersom signifikant økning av blodtrykket oppstår, må preparatet seponeres. Bruk av perorale kombinasjons-p-piller kan være assosiert med økt risiko for cervical intraepitelial neoplasie eller invasiv livmorhalskreft hos enkelte kvinnepopulasjoner. Imidlertid er det fremdeles kontroversielt hvorvidt omfanget av slike funn kan skyldes forskjeller i seksuell atferd eller andre faktorer. Adekvate diagnostiske tiltak er indisert ved udiagnostisert abnormal underlivsblødning. Utvikling eller akutt forverring av migrene eller utvikling av hodepine med annet forløp som er tilbakevendende, vedvarende eller alvorlig, krever at p-piller seponeres og at årsaken vurderes. Kvinner med migrene (spesielt migrene med aura) som bruker kombinasjons-p-piller kan ha økt risiko for slag. Gjennombrudds-

blødninger og sporblødninger sees spesielt de 3 første månedene. Adekvate diagnostiske tiltak må iverksettes for å utelukke kreft eller graviditet ved gjennombruddsblødninger på samme måte som ved annen unormal vaginalblødning. Dersom patologi er blitt utelukket, kan fortsatt bruk av de perorale kombinasjons-p-pillene eller bytte til annen formulerings løse problemet. Noen kvinner kan oppleve postpille amenoré muligens med anovulasjon, eller oligomenoré, spesielt når slike forhold har eksistert tidligere. Kvinner som behandles for hyperlipidemi skal følges tett. En liten andel kvinner vil få ugunstige lipidforandringer når de bruker p-piller. Ikke-hormonell prevensjon bør vurderes ved ukontrollert dyslipidemi. Vedvarende hypertriglyseridemi kan forekomme. Økninger i plasmatriglyserider kan føre til pankreatitt og andre komplikasjoner. Akutt eller kronisk leverdysfunksjon kan nødvendiggjøre seponering inntil leverfunksjonen normaliseres. Pasienter som blir klart deprimeret når de bruker p-piller, må forsøke å klarlegge om symptomene er relatert til medikamentet. Kvinner med en sykehistorie med depresjon skal observeres nøye og preparatet skal seponeres dersom det utvikles alvorlig depresjon. Pasienter bør informeres om at preparatet ikke beskytter mot hiv-infeksjon (AIDS) eller andre seksuelt overførbare sykdommer. Preparatet bør ikke brukes ved sjeldne arvelige problemer med galaktoseintoleranse, en spesiell form for hereditær laktasemangel (Lapp lactase deficiency) eller glukose-galaktosemalabsorpsjon. Utsettelse av menstruasjonsperioden kan utsettes ved først å ta de rosa tablettene og så kaste brettet uten å ta de 7 hvite tablettene. Start deretter direkte på et nytt brett.

INTERAKSJONER: Nedsatt serumkonsentrasjon av etinylostradiol kan føre til økt insidens av gjennombruddsblødninger og uregelmessig menstruasjon, og kan muligens redusere effekten av kombinasjons-p-pillen. Ved samtidig bruk av preparater som inneholder etinylostradiol og forbindelser som kan redusere plasmakonsentrasjonen av etinylostradiol, anbefales en ikke-hormonell prevensjonsmetode (kondom og spermdrepende middel) i tillegg. Ikke-hormonell prevensjonsmetode anbefales brukt i tillegg i minst 7 dager etter seponering av substanser som kan føre til redusert plasmakonsentrasjon av etinylostradiol. Ved langvarig bruk av slike substanser bør ikke kombinasjons-p-pillen anvendes som primær prevensjon. Det anbefales å bruke tilleggsprevensjon over en enda lengre periode etter seponering av forbindelser som inducerer hepatiske mikrosomale enzymer og fører til redusert plasmakonsentrasjon av etinylostradiol. Det kan enkelte ganger ta flere uker inntil enzyminduksjonen er fullstendig normalisert, avhengig av dosen, behandlingsvarigheten og eliminasjonshastigheten til den induserende forbindelsen. Diaré kan øke tarmmotiliteten og derved redusere hormonabsorpsjonen. På samme måte kan medikamenter som reduserer tarmoverføringstiden redusere hormorkonsentrasjonene i blodet. Interaksjoner kan oppstå med medikamenter som inducerer mikrosomale enzymer som kan minske etinylostradiolkonsentrasjonen (f.eks. karbamazepin, oksykarmazepin, rifampicin, barbiturater, fenylbutazon, fenytoin, griseofulvin, topiramid, enkelte proteasehemmere, ritonavir). Atorvastatin kan øke serumkonsentrasjonen av etinylostradiol. Medikamenter som opptrer som kompetitive inhibitorer for sulfonering i gastrointestinale veggen kan øke biotilgjengeligheten av etinylostradiol (f.eks. askorbinsyre, paracetamol). Substanser som hemmer CYP 3A4 isoenzymer, f.eks. indinavir og flukonazol, kan også øke biotilgjengeligheten av etinylostradiol. Konsentrasjonen av etinylostradiol vil kunne minske etter inntak av visse antibiotika (f.eks. ampicillin, tetracyklin) pga. redusert entero-hepatisk resirkulering av østrogen. Etinylostradiol kan interferere med metabolismen av andre medikamenter ved å inhibere hepatiske mikrosomale enzymer, eller ved å indusere hepatisk medikamentkonjugering, spesielt glukuronidering. Plasma- og vevskonsentrasjonene vil følge med enten kunne minske (f.eks. lamotrigin) eller øke (f.eks. ciklosporin, teofyllin, kortikosteroider). Toleandomycin kan øke risikoen for intrahepatisk kolestase ved koadministrering med perorale kombinasjons-p-piller. Det er rapportert at bruk av perorale kombinasjons-p-piller øker risikoen for galaktoré hos pasienter som behandles med flunarizin. Gjennombruddsblødninger er rapportert ved samtidig bruk av johannesurt (Hypericum perforatum). Effekten av preparatet kan reduseres, og ikke-hormonell tilleggsprevensjon anbefales ved samtidig bruk med johannesurt.

GRAVIDITET/AMMING: Studier antyder ingen teratogen effekt ved utilsiktet inntak i tidlig graviditet. Overgang i placenta: Se Kontraindikasjon. Overgang i morsmelk: Både østrogen og gestagener går over i morsmelk. Østrogen kan redusere melkeproduksjonen samt endre morsmelkens sammensetning. Bør ikke benyttes under amming.

BIVIRKNINGER: Bruken av kombinasjonspreparat er assosiert med en økt risiko for arterielle og venøse tromboser og tromboemboliske tilstander, inkl. hjerteinfarkt, slag, transitorisk iskemisk attack, venøs tromboemboli og pulmonær emboli. En økt risiko for cervixneoplasier og cervixkreft og en økt risiko for brystkreft. Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Kvalme, oppkast, magekramper, oppblåst mage, smerter. Hud: Akne. Metabolske: Vektforandringer (økning eller reduksjon). Neurologiske: Humørforandring inkl. depresjon, angst, svimmelhet, endret libido. Urogenitale: Gjennombruddsblødninger, og/eller sporblødning, dysmenoré, endret menstruasjonsmengde, cervixerosjon og -sekresjon, vaginitt inkl. candidiasis, amenoré. Øvrige: Hodepine, inkl. migrene, væskeretensjon, ødemer, brystmerter, ømme bryster, forstørrede bryster, sekresjon fra brystene. Mindre hyppige: Gastrointestinale: Endret appetitt. Hud: Kløe, vedvarende melasmer, hirsutisme, hårtapp. Metabolske: Endring i serumlipidnivå, inkl. hypertriglyseridemi. Sirkulatoriske: Hypertensjon. Syn: Intoleranse for kontaktlinser. Sjeldne (<1/1000): Gastrointestinale: Kolestatisk gulsott, gallesten, galleblærelidelser (forverrer eksisterende lidelser og påskynder utvikling hos symptomfrie), pankreatitt, leveradenomer, leverkarsinomer. Hud: Erythema nodosum, erythema multiforme, angioødem, urticaria. Metabolske: Nedsatt glukosetoleranse, forverring av porfyri, senkning av serumfolatnivået. Neurologiske: Forverring av chorea. Sirkulatoriske: Forverring av varikøse vener. Syn: Opticusneuritt, retinal vaskulær trombose. Urogenitale: Postpille amenoré, spesielt når slike forhold har eksistert tidligere. Øvrige: Hemolytisk uremisk syndrom, anafylaktiske reaksjoner inkl. urticaria og angioødemer, forverring av systemisk lupus erythematosus.

OVERDOSERING/FORGIFTNING: Symptomer: Kvalme, oppkast, brystømhet, svimmelhet, buksmerter, tretthet/utmattelse, blødninger ved seponering hos kvinner. Behandling: Intet spesifikt antidot. Dersom videre behandling av overdose er nødvendig, rettes denne mot symptomene. Se Giftinformasjonens anbefalinger G03A.

ANDRE OPPLYSNINGER: Bruk av p-piller kan påvirke resultatene av enkelte laboratorietester, inkl. biokjemiske parametre knyttet til lever-, thyreoidea-, binyre- og nyrefunksjoner, plasmanivå av proteiner (f.eks. kortikosteroidbindingsglobuliner og lipid/lipoprotein-fraksjoner), parametre i karbohydratmetabolismen og koagulasjons- og fibrinolyseparametre. Vanligvis holder endringene seg innen normale laboratorieverdier.

PAKNINGER OG PRISER: 3 × 28 stk. (kalenderpakn.) kr 242,70.

Sist endret: 19.08.2009

(priser oppdateres hver 14. dag, ev. refusjon hver måned)

Sykepleien

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

E-post:

redaksjonen@sykepleien.no
interaktivt@sykepleien.no

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

Medarbeidere:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Grafisk formgiver Hege Holt (permisjon)
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

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

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

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

Repro og trykk
Stibo Graphic AS



SYKEPLEIENS FORMÅLSPARAGRAF:

Sykepleien skal utøve saklig, uavhengig og kritisk journalistikk forankret i Norsk Sykepleierforbunds formålsparagraf. Redaktørplakaten og pressens Vær Varsom-plakat. Tidsskriftet har som oppgave å sette sykepleierens 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 all stoff som publiseres i elektronisk form.

Gjesteskrivere:



Cathrine Sandnes sin kamerat har nettopp lest to bind av Karl Ove Knausgårds «Min kamp» og innsett at han kanskje er presset inn i en tvangstrøye av likestilling og feminisme. Eller er det kanskje slik at «det mandige» er for trangt til å romme et helt menneske? Side 90.



Per Nortvedt Det er ikke lett å få beskjed om at ditt syke barn ikke kan helbredes. I en slik situasjon må sykepleierne fange opp hva slags bearbeiding pårørende og pasienter trenger. Side 82



Trude Brita Nergård skriver om eldre innvandrere i kronikken. Flere av dem innser nå at kanskje barna ikke vil kunne ta seg av dem når de ikke lenger klarer seg selv, viser Nergårds forskning. Side 80



Terje Anderssen forteller i spalten verkstedet om kapnografi, som måler pasientens utåndede nivå av forbrenningsgasser. Side 44.



Innhold

Sykepleien

AKSJONISTEN: «Knausgård formul

Hva skjer

- 7 Aksjonisten
- 8 Hva skjer – smånytt
- 10 På vei mot ny IA-avtale
- 12 Psykiatrien fortsatt «psyk»
- 14 Fløy 111 ganger rundt ekvator
- 16 Kjempebøter for korridorpasienter
- 18 Likelønnsnett! Glem det.
- 22 Flere slutter enn begynner
- 24 Store avvik i legemiddelhåndtering
- 26 Kutter i uføres pensjon
- 29 Vi bare spør Harald Eia

Der ute

- 40 Lav terskel hele døgnet – hele året
- 44 Verkstedet
- 47 Min jobb
- 48 Kunst mot kreft
- 50 Øyeblikket
- 52 Mandalsmetoden



58

52

14

Tema: Budsjettrot i Helsedirektoratet

- 30 Prosjektpenger gikk til drift
- 32 «Vi ser ikke bort ifra at det kan dreie seg om enda større beløp»
- 34 Helsedirektoratets forklaring
- 36 – Møter bort pengene
- 36 Statsbudsjett og kontrollen med pengene
- 37 – Rydd opp!

30



erer sin elendighet uten å bli oppfattet som ynkelig. Det kaller jeg genialt!»

4 • 2010

18. mars 2010 • 98. årgang

Fag og bøker

- 58 Etikk i praksis
- 62 Sykepleiere må være med å påvirke
- 66 Gir hjelp ved urinlekkasje
- 70 Forfatterintervjuet: Runar Hauge
- 72 Det metodiske hjørnet
- 73 Bokanmeldelser
- 74 Quiz
- 74 Fagnytt

Mennesker og meninger

- 76 Lisbeth Normann om omstillinger
- 77 Siden sist og meninger
- 78 Terapi
- 80 Trude Brita Nergård om eldre innvandrere
- 82 Dilemma
- 84 Tett på Lisbeth Normann
- 88 Hør her: Steinar Marthinsen vs. Merete Norheim Morken
- 90 Refleks: Cathrine Sandnes

- 91 Stillingsannonser
- 106 Meldinger, skoler og kurs

Gjesteskribenten

«Foreldrene reiste hjem i sjokk. Hva sviktet?»

Per Nortvedt

82



«Tre milliarder er ei pølse i slaktetida.»

84



40



Anna Oppedal Tokheim, Möller's ernæringsfysiolog

Det finnes ingen snarvei til god helse



56-09

Hvorfor er Möller's Tran viktig for barn og gravide?

Under svangerskapet og i barndommen skal barnets kropp og hjerne utvikle seg og vokse. Da er riktig næring ekstra viktig. Möller's Tran inneholder en unik kombinasjon av naturlige næringsstoffer som er viktige for fosterets og barnets helse.

“Gi daglig tilskudd av vitamin D fra fire ukers alder ved å gi tran”
- Helsedirektoratet

OPTIMAL UTVIKLING AV HJERNEN

Möller's Tran er rik på den spesielle omega-3-fettsyren DHA, som er nødvendig for å bygge cellene i hjernen. Forskning viser at mors inntak av DHA er viktig for optimal utvikling av hjerne-, nerve- og synsfunksjon hos fosteret og hos spedbarnet i ammeperioden. Det er viktig at barnet fortsetter å få tilført DHA for hjernens og synets videre utvikling og vedlikehold. En skje Möller's Tran (5ml) gir 1,2 gram omega-3, hvorav hele 0,6 gram DHA.

UTVIKLING AV ET STERKT SKJELETT

Möller's Tran er en god kilde til vitamin D. Vitamin D er viktig for opptak av kalsium i kroppen, og dermed avgjørende for optimal utvikling av skjelettet til fosteret og barnet. Her i Norge, hvor vi har lite sol, viser det seg at mange får for lite vitamin D. En skje Möller's Tran gir 10 mikrogram vitamin D som er den anbefalte daglige dosen til små barn, gravide og ammende kvinner.

TRYGT KVALITETSPRODUKT

Möller's Tran er et naturprodukt laget av norsk arktisk fisk fra Lofoten og Vesterålen. På vei fra fisk til flaske gjennomgår Möller's Tran strenge kvalitetskontroller i alle produksjonstrinn for å sikre et produkt av høyeste kvalitet.

Lær mer om hvordan Möller's Tran lages på mollers.no



VIL DU VITE MER?
www.mollers.no
grønt nr: 800 80 555

MÖLLER'S

GRUNNLAGT 1854





Karl Ove Knausgårds første bok er i boks! Jeg duppet litt av mot slutten, men kom meg ellers gjennom forfatterens lidelser uten nevneverdige irritasjoner. Knausgård, som har lovet oss totalt seks bind om sitt eget liv, ble dels genierklært, dels kritisert fordi han har brukt familie og venner ufiltrert i sin bok. Noen mener at boka har visket ut grensen mellom fiksjon og virkelighet på en så grensesprengende måte at romanen som sjanger etter dette er død. Andre har irritert seg over at Facebook nå har materialisert seg i bokform: Alt det trivielle har fått plass.

Selv stiller jeg meg likegyldig til denne debatten. Min Kamp fungerer av den enkle grunn at den er godt skrevet. Knausgård tar utgangspunkt i det hverdagslige. Men han viser at han er en stor forfatter ved å klippe opp virkeligheten og sette den sammen på nytt på en interessevekkende måte. Språket er befriende fritt for jåleri. Knausgård klarer det kunststykket å betrakte sitt liv ovenfra uten egentlig å abstrahere. Det gjør at vi forstår ham – og dermed oss selv – bedre. Hans prosjekt får vår sympati.

Jeg har i det siste tenkt en del over at ansatte i helsesektoren kan ha noe å lære av Knausgård. Mannen har det jo ikke lett. I barndommen sliter han med faren. Så sliter han med jenter. Når han gifter seg, sliter han med barna og omsorgskokongen som hindrer ham i å skrive bøker. Og så sliter han hele tiden med døden, enda vi bare

Det er en lei tendens til å ikle seg et abstrakt språk.

har kommet til bind 1. Likevel synes vi ikke et øyeblikk synd på ham. Han har åpenbart lyktes med å formulere sin elendighetsbeskrivelse uten at vi oppfatter ham som ynkelig. Selv om han vil fylle nesten en hel bokhylle alene med hverdagslige observasjoner, framstår han som lite masete. Det kaller jeg genialt!

Om sykepleiere hadde snakket like treffsikkert om egen profesjon, hadde slaget om likelønn, bedre bemanning og god faglig ledelse vært halvveis vunnet. Det er jeg helt overbevist om. I likhet med Knausgård vil sykepleiere som yrkesgruppe gjerne at «alle» skal vite om deres smertefulle erfaringer, i deres tilfellet med de dårlige rammevilkårene for utøvelse av faget. Men mens Knausgård tyr til det konkrete, har sykepleiere lenge hatt en lei tendens til å ikle seg et abstrakt språk når de skal få andre til å forstå viktigheten av faget.

1 Hvis du vil få det som du vil, må du klare å formidle et budskap som treffer folk i magen.

MENS SYKEPLEIERE
LETT blir hengende fast i en vag omsorgsgrøt, har Karl Ove Knausgård hatt mot til å beskrive sin livsvarige kamp med livet akkurat som den er. Det virker.

Kanskje fordi de – misforstått – har trodd at man blir tatt mer på alvor ved å bruke et mer «opp høyet» språk. De har snakket i det vide og brede om behovet for tilstrekkelig bemanning og kompetanse. Men de har ikke gitt ordene et innhold som andre kan forstå. Jeg har snakket med mange sykepleiere som, når det kommer til stykket, ikke er særlig flinke til å formulere hvilke konkrete oppgaver de har og hva som skal til for å lykkes. Det er nok noe av forklaringen på at de, til tross for overveldende sympati i befolkningen, ikke har nådd fram med sine krav. Folk har likt dem godt, men de har ikke skjont hva sykepleiere egentlig gjør for noe.

Show it, don't tell it. Det er knepet når du skal nå fram med et budskap. Knausgård forteller oss aldri at han alltid var livredd for faren sin. I stedet skriver han at han som barn alltid visste nøyaktig hvor faren befant seg i huset. Og i stedet for å fortelle oss at han følte seg kontrollert, observerer han at faren på uforklarlig vis «ser rundt hushjørnet». Faren hadde ham i kikkerten, okkesom, og vi som lesere får nesten gåsehud på vegne av barnet.

Denne måten å påkalle vår innlevelse på, bygger på at menneskets hjerne først aktiveres på ordentlig når vi har fått en fysisk impuls som setter oss i bevegelse. Vi må først se og føle, før vi kan tenke. Derfor er jeg redd at sykepleiere kan fortelle til de blir blå i trynet om behovet for mer kompetanse, opptrappingsplaner, ivaretakelse (!) av faget og blablabla. Slike abstraksjoner vil ikke vekke noen indre bilder hos andre enn yrkesgruppen selv. For å bli forstått og få gjennomslag, trenges et språk som skaper en direkte forbindelse mellom harde fakta om sykepleiernes oppgaver og de konkrete, praktiske konsekvensene for pasienten hvis disse uteblir. For til syvende og sist handler god sykepleie kort og godt om å forebygge at pasienter dør før de må.

Eller som Knausgård skriver «For hjertet er livet enkelt: det slår så lenge det kan. Så stopper det.»

Blodfattige Norge

Norge ligger langt nede på listen over antall blodgivere i Europa.

I 2009 hadde Norge om lag 93 000 blodgivere. For å komme på samme nivå som våre naboland, trengs minst 120 000 blodgivere. Røde Kors har sammen med helseforetakene satt i gang en kampanje for å få flere blodgivere. En giver kan gi blod inntil fire ganger i året. I Norge finnes det 60 blodbanker fordelt på 25 helseforetak. Mer informasjon finner du her: www.giblod.no

Er du min type?



Høyt henger de, og dyre er de

Ifølge Aftenposten tjener både Veidirektøren, Jernbanedirektøren, Nav- direktøren og forsvarssjefen mer enn Jens Stoltenberg. Selv helseministeren tjener mer enn ham.

– Lønnsveksten for direktører og sjefer i staten sier derfor ingenting om hvem som gjør en god jobb eller ikke, sier leder av YS Stat, Pål N. Arnesen, til avisen.



Glade egoister og rettfærdige grinebitere

En australsk «humør-studie» viser at glade mennesker er mer egoistiske enn de som er i dårligere humør. Studien ble publisert i tidskriftet Journal of Experimental Psychology. Studien viser at mens man blir mer egoistisk og innadventd av å være glad, gjør litt grettenhet deg mer rettfærdig.



Kilde: forskning.no

Papirløses rett til helsehjelp

Regjeringen bestemte nylig å klargjøre bestemmelsene om rett til helsehjelp for personer uten lovlig opphold i landet. Barn og gravide vil ifølge forslaget fra regjeringen få rettigheter og i stor grad likestilles med dem som har lovlig opphold i landet.

– Jeg er veldig opptatt av at barn og gravide i størst mulig grad sidestilles med personer med lovlig opphold, dette er også i tråd med våre forpliktelser etter Barnekonvensjonen, sier helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen i en pressemelding.

BARN OG GRAVIDE uten lovlig opphold vil få bedre pasientrettigheter. Foto: Scanpix

Hva skjer

Les mer om:

- 12** Psykiatrien fortsatt «psyk» >
- 14** Flyr for mye i NSF >
- 16** Bøtelegger for korridor-pasienter >
- 18** Likelønnsnett! Glem det >
- 22** Flere slutter enn begynner >
- 26** Kutter i uføres pensjon >

sykepleien.no

Er du sinna eller engasjert?

Sitter du på løsninger og meninger om det meste som skjer i helsevesenet? Sykepleien er på jakt etter bloggere som kan bidra til å skape debatt og temperatur på våre nettsider. Meld din interesse til redaktør barth.tholens@sykepleien.no



Norge endelig med i Europeisk pandemiregister



TIL EUROPA: Norske pasientdata er overført til et europeisk register. Foto: Colourbox

Det norske pandemiintensivregisteret (NOPIR) er nå overført til det europeiske pandemiintensivregisteret (The European HINI Flu Registry on Intensive Care). Fristen for å bli med, var 1. mars.

– Arbeidet har tatt lang tid, men vi er fornøyd med at de norske pasientdataene nå er overført til det europeiske registeret innen fristen 1. mars, sier helsedirektør Bjørn-Inge Larsen i en pressemelding.

Han håper forskning på dataene vil kunne gi interessant og viktig kunnskap på sikt.

40 000 journaler kan være feil

Ved en rutinemessig kontroll, oppdaget Helse Nord at noe var galt med nyeste versjon av journalsystemet DIPS. Ord kan falle ut. Det vil si: de blir ikke registrert ved digital diktering når en gjør flere operasjoner i datasystemet samtidig, skriver Helse Nord i en pressemelding.

Siden Helse Nord innførte nyeste versjon av DIPS, er det diktet om lag 40 000 diktater. Ingen sykehus har imidlertid meldt om feil i utsendte epikriser eller notater. Nasjonale helsemyndigheter, Helsetilsynet og øvrige regioner er varslet.

– Dette for å sikre at andre helseregioner med samme programvare gjøres oppmerksom på svakheten og kan gjøre korrigerende tiltak, skriver Helse Nord i en pressemelding.

Frank Oterholt overtar ledervervet i Sentralt Fagforum

Maria Wiberg Tjønnfjord går av som leder av Sentralt Fagforum. Frank Oterholt (bildet) overtar frem til høsten 2011. Hildegunn Synnevåg er valgt som stedfortreder.



Sentralt fagforums arbeidsutvalg vil bestå av følgende frem til høsten 2011:

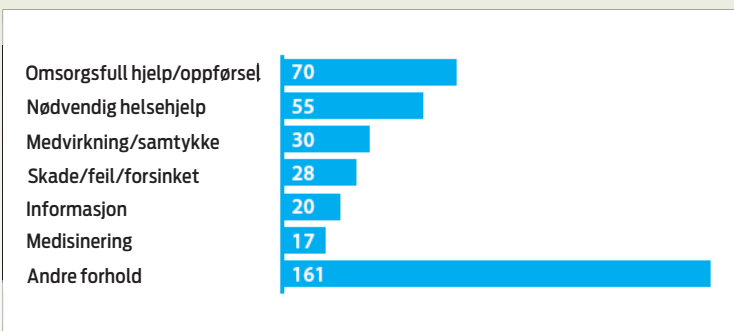
- Leder Frank Oterholt (NSFs faggruppe for veiledere)
- Stedfortreder Hildegunn Synnevåg (NSFs landsgruppe av intensivsykepleiere)
- Medlem Astrid Grydeland Ersvik (NSFs Landsgruppe av Helseøstre)
- 1.vara André Grundevig (Barnesykepleieforbundet NSF)
- 2.vara Mona Wiger (NSFs faggruppe for sykepleiere i Undervisning, fagutvikling og forskning)



INGENTING Å SKJULE - INTERN GRANSKING AV SYKEHUSENES EGNE RUTINER

Klageåret 2009

Pasient- og brukerombudene mottok 2235 klager på kommunehelsetjenesten i 2009. Klagenes som gjelder sykehjem fordeler seg slik (tabell):



Flest henvendelser er knyttet til manglende omsorg og dårlig oppførelse fra helsepersonell ifølge pasientombudet.no sin årsmelding.

Hoftebrudd gir demens

Eldre pasienter med hoftebrudd venter for lenge på operasjon. Jo lenger ventetiden blir, jo større er faren for akutt forvirring, som igjen øker faren for å utvikle demens innen seks måneder etter operasjon. Dette viser en studie utført på Ullevål av lege og stipendiat Vibeke Juliebø i samarbeid med kollegaer fra blant andre Seksjon for sykepleieforskning.

Kilde: Apollon

Meninger fra www.sykepleien.no

Tid og rom for likelønnsløft



» En hel nasjon virker enig med dere, dere fortjener høyere lønn for det arbeidet dere gjør!

anonym

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

Empati under press

» Ikke mye motiverende å få en kommentar fra sin overordnet som dette: «Dersom du ikke liker lukten i bakeriet, kan du jo bare forlate det.»

Ole Eriksen

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

På vei mot ny IA-avtale

- Fortsatt 20 prosent redusert sykefravær sammenlignet med 2001
- Økt sysselsetting for personer med redusert funksjonsevne
- Et halvt år lengre gjennomsnittlig yrkesaktivitet.

Tekst Bjørn Arild Østby

Det er målene i den nye avtalen om inkluderende arbeidsliv (IA) som ble undertegnet av regjeringen og partene i arbeidslivet fem dager før den opprinnelige fristen 1. mars. Avtalen vil løpe ut 2013.

– Avtalen innebærer økt innsats for å forebygge sykefravær og hindre utstøting og frafall fra arbeidslivet, understreket statsminister Jens Stoltenberg på pressekonferansen da han presenterte det han kalte en ny og mer målrettet IA-avtale i forrige måned.

Få ned sykefraværet

Ett av hovedmålene i IA-avtalen er å få sykefraværet ned med 20 prosent i forhold til fraværet i 2001. Det betyr at sykefraværet på nasjonalt nivå ikke skal overstige 5,6 prosent. I fjor var sykefraværet 7,7 prosent, for en stor del langtidsfravær.

sykdom ikke klarer å utføre den jobben de pleier å gjøre.

Den sykmeldte skal sammen med arbeidsgiver utarbeide en oppfølgingsplan allerede etter fire ukers sykmelding. Etter åtte ukers sykmelding må den sykmeldte møte både lege og arbeidsgiver til et felles dialogmøte, for å utrede hva den sykmeldte kan gjøre.

– Ingen er enten helt frisk eller helt syk. Noen sykmeldte kan ikke jobbe under sykdom. De skal ikke tvinges på jobb. For andre kan hel eller delvis jobb være helsefremmende, mens passivitet forlenger sykdommen, mener statsminister Stoltenberg.

Sykmelder skal også strammes opp. De må på obligatorisk opplæring i god sykmeldingspraksis, og vil få systematisk tilbakemelding fra Nav på egen sykmeldingspraksis sammenlignet med andre.

gjeringens egen ekspertgruppe. Den foreslo at arbeidsgiverne bare skal betale sykelønn de ti første dagene, mot 16 i dag, mot at folketrygden etter åtte uker bare skal refundere 80 prosent av sykelønnen dersom arbeidsgiver ikke har lyktes med å få den sykmeldte i minst 20 prosent arbeid.

Alle parter ønsker å se nærmere på forslaget. Finansdepartementet er redd for at de skal sitte igjen med en større regning. Arbeidsgiverne frykter også de vil kunne komme dårligere ut. Fagbevegelsens bekymring er at dette kan føre til at mennesker med svak helse i større grad blir utelukket fra arbeidslivet. Alle parter har vetorett når det gjelder endringer i finansieringen.

Dagens ordning gjelder inntil partene er enige om noe annet.

Fornøyde parter

– Jeg er svært glad for at vi gjennom treparts-samarbeidet har fått en ny IA-avtale på plass, sier statsminister Stoltenberg, og får støtte fra både arbeidsgiverorganisasjonen Spekter og arbeidstakerorganisasjonen Unio.

– Spekter er fornøyd med at den nye IA-avtalen har fokus på systematisk HMS-arbeid. Dette har vært viktig for oss, fordi vi vet det virker og fører til redusert sykefravær, sier administrerende direktør Lars Haukaas.

Unio-leder Anders Folkestad trekker fram at ekstra innsats nå skal settes inn på de områdene og bransjene som har de største utfordringene med høyt sykefravær, som sykehusene og kommunesektoren.

– I den nye avtalen vil bedre tilrettelegging og tidligere innsats være de sentrale suksessfaktorene, mener Unio-lederen. ■■■

«Ingen er enten helt frisk eller helt syk.»

Statsminister Jens Stoltenberg

Økt bruk av gradert sykmelding, bedre og tidligere oppfølging av den sykmeldte og styrking og oppfølging av legenes rolle er de tre viktigste grepene i den nye IA-avtalen for å reduseres det økende sykefraværet.

Gradere sykmelding

Ordningen med aktiv sykmelding avvikles, og vil bli erstattet med gradert eller delvis sykmelding. I stedet for full sykmelding, skal sykmelder i større grad benytte gradert sykmelding, selv om arbeidstaker på grunn av

Regler for sanksjoner overfor sykmelder, arbeidsgiver og arbeidstaker som ikke følger opp avtalen vil partene forhandle om i løpet av året.

Ser på finansieringen

Partene har også valgt å utsette forhandlingene om arbeidsgivers finansieringsansvar. En ekspertgruppe skal se på endringer av finansieringen av sykelønnsordningen i løpet av inneværende år.

Partene sier dermed et foreløpig nei til re-

TEST PASIENTENE: ER DE MUNNTØRRE?

Her er symptomene:

- Såre, sprukne slimhinner
- Sviende fornemmelse i munnen
- Ubehag ved å snakke, spise og svelge
- Dårlig ånde
- Hull i tennene

Sykdom, medisiner, alder og livsstil kan gi munntørret

Det kan være mange årsaker til munntørret. Likevel er det få som er klar over at munntørret kan gi fysiske plager og være sosialt hemmende. Er du helsepersonell, spør pasientene dine om symptomene og sørg for at de får hjelp. Xerodent fremmer spyttsekresjonen, forebygger karies og hemmer bakterievekst i munnhulen.



***FØRSTEVALGET**

Bestill smaksprøver og brosjyrer på e-post:
kundeservice@actavis.no eller tlf: 815 22 099 (man-fre 9-15)

Xerodent® - mot munntørret

Xerodent sugetabletter er et legemiddel som inneholder natriumfluorid. Forsiktighet bør utvises ved naturlig fluorinnhold i drikkevannet over 0,75 mg/l. Fluordosen i sugetablettene virker sammen med fluor fra andre produkter som tannkrem og skyllevæsker. Les pakningsvedlegget.

*Kilde: Den norske tannlegeforening "Tidende", 2005; 115: 642 - 6

Har du tenkt over hvor mange timer om dagen du står og går på hardt underlag? Dette sliter på rygg, ledd og føtter og kan føre til smerter og plager.

MBT er den originale masai-skoen. Vi bruker betydelige ressurser på produktutvikling og forskning. MBT avlaster ledd, trener kjernemuskulatur og bedrer kroppsholdning.



- effekt dokumentert gjennom seriøse, uavhengige studier.
- flere millioner fornøyde brukere verden over.

MBT®
physiological footwear
www.mbt.no

Psykiatrien fortsatt «psyk»

Etter opptrappingsplan og omfattende tilsynsvirksomhet, er en friskmelding av psykiatrien fremdeles langt unna.

Tekst Kari Anne Dolonen

Helsetilsynet i fylkenes landsomfattende tilsyn, ble det påpekt avvik ved 44 av de 56 DPS-ene. Tre av dem fikk merknad. Helsetilsynet gav like mange avviksmeldinger til DPS-ene i 2009 som i 2008, selv om institusjonene fikk muligheten til å rette opp avvik før neste tilsynsbesøk i 2009.

Helsetilsynet skriver i sin oppsummeringsrapport at selv om det er like mange avvik begge årene, er alvorlighetsgraden redusert.

Dårlige system og ledelse

Mange DPS-er manglet systemer for å sikre at søknader og henvisninger blir fanget opp og vurdert av spesialist. Nesten halvparten av DPS-ene avslø henvisninger på feil grunnlag. Årsaken sier Helsetilsynet skyldes at henvisningene er for dårlig fylt ut, og mangler opplysninger som trengs for å gjøre en ordentlig vurdering.

Usystematisk og ufullstendig utredning er området med flest avvik. Flere steder fantes ikke noen fast praksis for hva som skulle fastlegges eller hvilke diagnoseverktøy som skulle brukes, skriver Helsetilsynet. Andre steder var det utarbeidet prosedyrer, men de ble ikke fulgt opp i praksis.

Et annet problem Helsetilsynet peker på er at helsepersonell med ulik kompetanse var med i utredningsarbeidet og at det manglet en praksis som sikret at en spesialist da kvalitetssikret utredningen som ble gjort.

Selv mord

Ifølge Helsetilsynets sammendrag, ser det på papiret ut til at DPS-ene har vurdert risikoen for selvmord hos pasienter. Men gjennom tilsynsbesøkene viste det seg at risikovurderingen mangler innhold og dokumentasjon. Ledelsen ved DPS-ene gikk heller ikke systematisk igjennom arbeidsprosessene for å fange opp hvor det kunne være fare for svikt. Det kan ifølge Helsetilsynet føre til at diagnoser blir gitt for sent, eller at diagnosen er for ufullstendig og

feil. Pasientene risikerer da å få feil behandling og blir påført unødvendig lidelse som kan få uheldige konsekvenser for prognosene til psykisk syke.

Dårlig faglig ledelse blir av Helsetilsynet betegnet som et gjentakende trekk.

I flere av DPS-ene var der ingen sammenhengende plan eller dokumentasjon i journalene på hvordan behandlingen var planlagt og gjennomført. Ansvaret for behandlingen var i noen tilfeller lagt til personer uten spesialistkompetanse, uten at en spesialist hadde vurdert pasienten og uten at det var gitt veiledning til den som var ansvarlig for behandlingen. Da er det vanskelig å etterspore om pasienter får den behandlingen de skulle eller burde ha hatt.

Uten ansvar

Ved noen DPS-er avdekket Helsetilsynet mangel på faglig forankring i faglige avgjørelser. Ledelsen hadde i mange tilfeller ikke rutiner for å ha oversikt over hvilken praksis DPS-et hadde for utredning, behandling og dokumentering.

DPS-er manglet enten prosedyrer og retningslinjer, eller hadde slike verktøy uten at de ansatte visste ikke om dem. Det øker faren for at kvaliteten på tjenestene ikke er bra nok. Pasienter risikerer at de ikke får den hjelpen de har krav på.

Helsetilsynet understreker at det er ledelsen sitt ansvar å sørge for at hvert enkelt helseforetak følger opp forhold som blir varslet eller rapportert. Erfaringene skal fanges opp og brukes systematisk for å gjøre tjenestene bedre og som en kvalitetssikring for tjenestene. ■■■

Tilsyn ved 56 DPS

I 2008 og 2009 gjennomførte Statens helsetilsyn i fylkene tilsyn med spesialisthelsetjenesten ved distriktpsykiatriske sentre (DPS). Totalt fikk 56 DPS-er tilsynsbesøk. 28 DPS-er i 2008 og, 28 i 2009.

EN HALV MILLION NORDMENN HAR TØRRE, SÅRE, RØDE, KLØENDE ELLER SVIENDE ØYNE...



ER **DU** EN AV DEM?



LENZMOIST OG VIZCURE FUKTER OG SMØRER TØRRE, SÅRE ØYNE.

Vizcure – førstevalget for øyne som er tørre og såre.

Dråpene fukter og smører øynene og inneholder bl.a. fuktighetsbindende hyaluronsyre, og vitamin B12 som kan ha en antioksidantisk effekt på øynene dine. Konservert med Oxyd™ som omdannes til salt og oksygen etter få sekunder.

Lenzmoist – det beste alternativet for kontaktlinsebrukere.

Dråpene fukter og smører tørre og såre øyne, samtidig som kontaktlinnene rengjøres for fett og proteiner – mens de ligger på øyet. Konservert med Oxyd™ som omdannes til salt og oksygen etter få sekunder.



Kun på apotek.

Prøv en ny generasjon øyedråper!



MER VIDEO: NSF vil redusere flyreisene, blant annet ved å la fylkesledere bruke videokonferanse i stedet for å reise til møter.

Fløy 111 ganger rundt ekvator

Ansatte i Sykepleierforbundet reiser for mye med fly. Nå er målet å halvere antallet flyreiser.

Tekst **Marit Fonn**

Norsk Sykepleierforbund (NSF) har fått laget sitt første klimaregnskap. Regnskapet viser at de ansatte fløy over 7 000 timer i 2008. Flyreisene står for om lag 75 prosent av bedriftens CO₂-utslipp.

Vil være klimavennlig

På NSF's landsmøte i 2007 ble det vedtatt at klimapolitikk skulle være et innsatsområde. I strategiplanen står det at NSF skal utvikle klimapolitiske tiltak i forhold til indre og ytre miljø.

– Hvis vi skal bedre oss, må vi vite hvordan tilstanden er. Derfor fikk vi laget et klimaregnskap, forklarer seniorrådgiver Liv Heidi Brattås Remo.

Hun leder klimaprojektet i NSF.

Regnskapet omfatter hovedkontoret i Oslo og alle fylkeskontorene, til sammen 216 ansatte.

Norge, mens 5 regnes som svært høyt.

– Utslippene for NSF er store fordi aktiviteter har medført mye reisevirksomhet, sier Claudia Villamor i CO₂focus, som har laget regnskapet på vegne av NSF.

CO₂focus lager klimaregnskap for bedrifter også i Sverige og Danmark.

– Klimaregnskap er et hjelpemiddel slik at det blir lettere å sette seg mål, sier Villamor.

Hun påpeker at NSF har gode data om kilometergodtgjørelse og antall flyreiser.

Reiser mest i Norge

I 2008 ble det registrert 4 557 tur-retur flyreiser i NSF, både innen- og utenlands. Reisene varte i over 7 000 timer.

4 454 818 kilometer ble det fløyet. Det til-



KLIMAVENNLIG: Liv Heidi Brattås Remo i HR-avdelingen skal finne ut hvor miljøvennlig NSF egentlig er – og kan bli. Foto: Marit Fonn

det av disse flyturene. Det skyldes at NSF's fagkongress ble arrangert i Trondheim dette året.

Mellom Oslo og Bergen ble det fløyet nesten 250 ganger tur-retur i 2008. Mellom Oslo og Stavanger ble det rundt 180 flyreiser. Mellom Tromsø og hovedstaden ble det fløyet cirka 125 ganger fram og tilbake.

Avfall fører i liten grad til klimautslipp. Resirkulering av papir medvirker til det.

– Men det er likevel viktig å redusere ulike typer avfall av miljø- og ressurs hensyn, påpeker Villamor.

Glade fylkesledere

NSF er i gang med å redusere antallet flyreiser og har kjøpt inn utstyr til videokonferanser. Flere

«Det er en stor lettelse å reise mindre.»

Hanne Marit Bergland, fylkesleder i Troms

Det vil bli årlige klimaregnskap fram til landsmøtet i 2011. Der skal resultatene legges fram.

Høye utslipp

Hver ansatt i Norsk Sykepleierforbund slipper ut 4,5 tonn CO₂ i året. Det er mye, sammenliknet med andre kontorbedrifter. For denne typen arbeidsplass varierer utslippstallene fra 2,5 til 5 tonn. 2,5 regnes som gjennomsnitt i

svarer 111 ganger rundt ekvator.

De fleste reisene foregikk innenlands. 80 prosent var i Norden, inkludert Norge. 10 prosent ble tatt i Europa, og 10 prosent var interkontinentale.

Oslo-Trondheim på topp

I 2008 fløy NSF-ansatte aller mest mellom Oslo og Trondheim. Nesten 400 tur-retur-reiser var

møter arrangeres nå ved hjelp av telekommunikasjon.

– Vi har ennå ikke oversikt over om det har gitt utslag på antallet flyreiser. Men magefølelsen sier meg at det er blitt bedre, sier Liv Heidi Brattås Remo.

Klimaregnskapet for 2009 blir ikke klart før i høst.

– Målet er å halvere antallet flyreiser, sier Remo.

– Det høres mye ut?

– Ja, vi får se om det er praktisk mulig.

Videokonferanser er brukt til ulike dagsseminarer

– Samfunnspolitisk avdeling er flink til dette. Fylkeslederne er også blitt gode, forteller Remo.

Fylkesleder Oddgeir Lunde i Sogn og Fjordane bekrefter at han gjerne vil fly så lite som mulig.

– Jeg tror vi på fylkeskontorene er mer opptatt av dette enn de på hovedkontoret, sier Lunde.

Fylkeslederne, som ofte har behov for å snakke sammen, sparer mye tid på å slippe å reise til Oslo for et møte på to timer.

Lunde får støtte av Hanne Marit Bergland i Troms.

– Det er en stor lettelse å reise mindre, sier hun.

Også tiden man sparer på å la være å fly, er med i klimaregnskapet.

Nye miljølamper

Elektrisitet og fjernvarme står for knapt 20 prosent av utslippene. Strømbruken varierer med størrelse på lokalene, energikilde og klima.

Å finne presise tall for energibruken per kvadratmeter, har vært vanskelig, fordi leieavtalene er så forskjellige. For å redusere energibruken og for å få bedre oversikt, vil NSF lage nye avtaler med utleierne av fylkeskontorene. For eksempel vil det bli stilt krav om å unngå oljefyring.

I hovedkontoret senkes nå temperaturen i helgene.

– Og vi sparer på belysningen, sier Remo og peker på sin nye lampe ved skrivebordet.

Lyset i lampen reagerer på bevegelse. Den slukker når Remo forlater pulten. Og tennes når hun er tilbake. Etter hvert skal alle kontorene ha slike lamper.

– Det blir penger spart også?

– Ja, det er bonusen. Vi fant ut at på to år sparer vi utgiftene vi nå bruker til å modernisere alle lokalene og tilpasse dem for et bedre klima, sier Remo.

Vil bli miljøfyrtårn

NSF ønsker å bli miljøfyrtårn. For å bli sertifisert, må visse krav oppfylles. Bedrifter som blir godkjent, blir fortløpende kontrollert om de tilfredsstillter kravene.

– NSF vil ikke kjøpe klimavoter. Vi vil ikke skyve miljøproblemene ut av landet, men bidra selv, sier Remo. ■■■



Helleristning, Begbyfeltet,
Fredrikstad.

Foto: Steinar Myhr/NN/Samfoto

**Skånsom med
maksimal effekt:**

En ny generasjon jernetilskudd

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

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

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

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

*REFERANSELISTE:

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

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

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

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

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



Vitalkost
Tlf 33 00 38 70
www.aminojern.no

Kjempebøter for korridor

Hver gang Karolinska universitetssjukhuset i Huddinge har korridorpasienter, får de en regning på 300 000 kroner. Det svenske Arbeidstilsynet og Socialstyrelsen har fått nok.

Tekst **Kari Anne Dolonen** Arkivfoto **Lars-Erik Vollebæk**

Det svenske Arbeidstilsynet og Socialstyrelsen har gjennomført flere tilsyn. Der har de avdekket store overbelegg som de mener truer pasientsikkerheten. Både Arbeidstilsynet og Socialstyrelsen har fått flere bekymringsmeldinger etter tilsynene.

Arbeidstilsynet sier til sykehuset at senger med pasienter ikke skal plasseres nærmere enn 80 centimeter fra vegger eller andre gjenstan-

der som ikke lett kan flyttes. Fra 1. mars i år kan sykehuset forvente å måtte punge ut med 300 000 kroner hver gang de bryter forbudet uten å ha gjort en skriftlig risikovurdering.

Aksepterer ikke sjonglering

Lars-Erik Holm er generaldirektør hos Socialstyrelsen.

– Overbelegget virker å ha blitt akseptert

som en normalt tilstand. Gjennom våre tilsyn har vi vurdert det slik at pasientsikkerheten står i fare. Ved å innføre disse bøtene, ønsker vi å markere at pasientsikkerheten ikke er noe man kan sjonglere med, sier han i en pressemelding.

Gjennom tilsynene har det blant annet blitt avdekket at svært syke og døende pasienter ligger bak skjerm Brett i overfylte pasientrom.

Fakta

Dette krever Socialstyrelsen:

- › Lokaler, utstyr og bemanning må rustes opp.
- › Rutiner må gjennomgås. Risikovurderinger skal implementeres. Gode systemer som kan spore tilbake pasientforløp må også på plass.
- › Pasienter skal alltid kunne være sikre på at de blir behandlet av personell med riktig kompetanse. Selv om de blir overført til en annen avdeling på grunn av plassmangel.

Dette krever Arbeidstilsynet:

- › Pasientsenger skal plasseres på en slik måte at de ikke hindrer arbeid.
- › Det skal gjøres en risikovurdering hver gang en avdeling har flere pasienter enn det som er fastlagt. Risikovurderingen skal være skriftlig. I skrevet skal både psykiske og fysiske arbeidsmiljøfaktorer vurderes. Den skal også inneholde hvilke tiltak som bør iverksettes.

«Overbelegget virker å ha blitt akseptert som en normalt tilstand.» *Lars-Erik Holm, Socialstyrelsen*



asienter

Sykehus med flest korridor-døgn til og med 2. tertial 2009	Periode			
	Totalt korridor-døgn 2008	1. tert 2009	2. tert 2009	Korridorpasienter til og med 2. tertial 2009.
1. Haukeland Universitetssykehus	5627	3027	3204	6231
2. Stavanger Universitetssykehus	12018	2084	2493	4577
3. St. Olavs Hospital	7798	2675	1391	4066
4. Sykehuset Østfold - Fredrikstad	5054	1927	1261	3188
5. Orkdal Sjukehus	7798	2675	160	2835
6. Sykehuset Telemark, Skien	4589	1721	926	2647
7. Ullevål Universitetssykehus	4518	1333	993	2326
8. Aker Universitetssykehus	2890	1528	795	2323
9. Haugesund Sjukehus	3173	868	979	1847
10. Ringerike Sykehus	2431	902	872	1774
11. Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø	3891	747	900	1647
12. Nordlandssykehuset, Bodø	1231	1044	540	1584
13. Nordlandssykehuset, Lofoten	385	1044	540	1584
14. Nordlandssykehuset, Vesterålen	237	1044	540	1584
15. SIV Vestfold, Larvik	125	824	628	1452
16. SIV Vestfold, Sandefjord	9	824	628	1452
17. SIV Vestfold, Tønsberg	2115	824	628	1452
18. Sykehuset Innlandet HF, Elverum/Hamar	550	414	745	1159
19. Universitetssykehuset Nord-Norge, Harstad	449	148	900	1048
20. Sykehuset Førde	1043	638	383	1021
21. Universitetssykehuset Nord-Norge, Narvik	90	52	900	952
22. Haraldsplass Diakonale Sykehus	1336	356	356	712
23. Lovisenberg Diakonale Sykehus	1140	493	215	708
24. Sykehuset Levanger	1659	431	150	581
25. Sykehuset Namsos	1157	363	211	574
26. Diakonhjemets Sykehus	1771	472	66	538
27. Molde Sjukehus	1089	352	165	517
28. Sykehuset Innlandet HF, Gjøvik	1016	239	213	452
29. Blefjell Sykehus, Kongsberg	523	223	228	451
30. Bærum Sykehus	479	306	143	449
31. Sykehuset Innlandet HF, Lillehammer	668	218	187	405
32. Klinikk Hammerfest, Helse Finnmark	212	172	202	374
33. Sykehuset Buskerud	929	168	185	353
34. Ålesund sjukehus	805	277	76	353
35. Sørlandets Sykehus HF, Arendal	830	193	150	343
36. Akershus Universitetssykehus	4756	170	154	324
37. Volda sjukehus	523	213	52	265
38. Voss sjukehus	37	44	154	198
39. Stord Sjukehus	269	91	87	178
40. Helgelandssykehuset, Rana	852	105	65	170
41. Kristiansund sykehus	511	113	48	161
42. Helgelandssykehuset, Sandnessjøen	911	99	32	131
43. Sykehuset Innlandet HF, Kongsvinger	243	68	50	118
44. Sørlandets Sykehus HF, Kristiansand	532	58	19	77
45. Sykehuset Innlandet HF, Tynset	103	38	32	70
46. Odda Sjukehus	83	16	42	58
47. Blefjell Sykehus, Notodden	178	19	19	38
48. Sørlandets Sykehus HF, Flekkefjord	284	16	10	26
49. Helgelandssykehuset, Mosjøen	36	17	8	25
50. Blefjell Sykehus, Rjukan	35	21	1	22
51. Klinikk Kirkenes, Helse Finnmark	1	20	0	20
52. Kysthospitalet i Hagevik	729	0	13	13
53. Nordfjord Sjukehus	29	8	3	11
54. Lærdal Sjukehus	10	5	0	5
55. Korridor-døgn hele landet	89757	31727	23742	55469

Mindre korridor i Norge

Korridorpasienter er også en utfordring for norske sykehus. Statens Helsetilsyn har ved flere anledninger gitt tvangsmulkt, eller varsel om tvangsmulkt til sykehus som ikke klarer å holde korridorene fri for pasienter.

I 2007 fikk blant annet Helse Vest RHF tvangsmulkt på 600 000 kroner per måned inntil de hadde klart å rydde opp. Saken gjaldt først og fremst Sandviken sykehus. Ved et tilsynsbesøk fant Helsetilsynet at sykehuset hadde hatt et betydelig overbelegg over flere år. Tvangsinnlagte pasienter ble lagt på korridor. Underbemanning førte til at pasientene ikke fikk tilstrekkelig observasjon, behandling og omsorg.

6. mai 2008 opphevet Helsetilsynet tvangsmulkten og mente at Helse Vest RHF hadde ryddet opp i saken. Men som vi ser av tallene Sykepleien har hentet inn, ligger Helse Bergen høyt oppe på statistikken over korridorpasienter. Helse Bergen er et av foretakene i Helse Vest RHF.

Ahus frykter økning

Ved Ahus frykter ansatte og Oslopolitikere at nedleggelse av Aker sykehus vil skape opphopning av korridorpasienter. Fra neste år øker pasientgrunnlaget med 60 prosent. Det betyr at Ahus får 160 000 flere innbyggere som de skal kunne ta seg av. For å dekke dette har sykehuset fått 112 nye senger. ■■■

TABELL: Sykepleien har hentet inn tall for hvordan «korridorsituasjonen» ser ut ved norske sykehus. Tallene tyder på at det går rette veien. Antall korridorpasienter er på vei ned. Tabellen viser hvilke sykehus som har flest korridorpasienter (øverst) og de som har færrest (nederst). For 2009 er bare tallene for de to første tertialene klare, altså åtte måneder.

Likelønnpott! Glem det.

De siste ukene har arbeidslivets organisasjoner hatt sine innledende tariffkonferanser foran årets hovedtariffoppgjør. 12. mars startet forhandlingene i privat sektor. Likelønn er prioritert, men får ikke egen pott.

Tekst Bjørn Arild Østby

Selv om partene nettopp har satt seg ved forhandlingsbordet, har vårens tariffoppgjør i lang tid vært diskusjonstema. Ikke så mye konkret har foreløpig kommet fra partene, men regjeringen sendte tidlig ut sitt budskap: I år krever den økonomiske situasjo-

nen i norsk næringsliv at partene går tilbake til moderasjonslinjen.

Fellesforbundet først ut

En egen likelønnpott for høyskoleutdannede i typiske kvinneyrker i offentlig sektor ble lansert

av den regjeringsoppnevnte Likelønnskommissjonen i februar 2008. Et forslag som ikke er blitt applaudert foran årets tariffoppgjør.

– En likelønnpott utenfor rammen for lønnsoppgjøret er tull, har leder i Fellesforbundet, Arve Bakke, gjentatt flere ganger. Han leder forbundet som 12. mars innledet årets forbundsvise forhandlinger i privat sektor.

Bakke synes heller ikke det er grunnlag for krav om mer lønnsmidler til offentlig sektor.

– I de to siste oppgjørene har offentlig sektor fått mer enn private bransjer, slik at en god del av etterslepet (mindrelønnsutvikling for en gruppe i forhold til en annen, *red.anm.*) fra tidligere oppgjør er hentet inn igjen, er meldingen fra Fellesforbundets leder. Han vil i stedet fordele pengene slik at de lavtlønnede får mer enn andre.

Fellesforbundet følger regjeringens oppfordring til moderasjon og varsler at kravene denne gangen vil bli moderate.

– Får regjeringen kontroll med renteøkningen og lavere kronkurs vil prisstigningen bli så lav at det ikke er nødvendig med store tillegg for å opprettholde kjøpekraften, mener Fellesforbundets leder.

Unio-leder Anders Folkestad er innforstått med at det blir trangere rammer ved årets hovedoppgjør, men krever en utvidet frontfagsmodell.

– Tidligere har lønnsveksten for arbeidere i konkurranseutsatt industri blitt lagt til grunn når det skal forhandles om den økonomiske rammen for oppgjøret. Unio krever en utvidet frontfagsmodell, hvor også lønnsveksten til funksjonærene i privat sektor blir regnet inn i den samlede

Tariffoppgjøret

› Tariffoppgjøret 2010 er et såkalt hovedoppgjør. Det vil si at det forhandles om både lønnsstillegg og endringer i de øvrige bestemmelsene i tariffavtalen.

› Forhandlingene starter i privat sektor mellom LO og NHO. Forhandlingene skal være slutført innen 1. april.

› Deretter følger de andre store organisasjonene i privat og offentlig sektor. Disse forhandlingene skal slutføres innen fristen 30. april.

› Dersom forhandlingene ikke fører fram sender hver av partene melding om bruddet til Riksmeklingsmannen, som innkaller til mekling. Hvis ikke mekling fører fram, blir det streik og/eller lockout.



NESTEN: Sykepleierforbundets kamp for en egen likelønnpott for offentlig ansatte med høyskoleutdanning i typiske kvinneyrker, har delvis lyktes. Likelønn blir et høyt prioritert tema i lønnsforhandlingene, men uten de tre milliardene Likelønnskommissjonen anbefalte. Bildet er fra 8. mars i fjor. Arkivfoto: Stig Weston

lønnsveksten, er tilbakemeldingen fra Folkestad.

Likelønn uten pott

Representantskapet i LO vil heller ikke følge Likelønnskommisjonens forslag om en egen likelønnpott. LO vil likevel prioritere likelønn ved årets oppgjør.

– Tariffoppgjøret er det kraftigste verktøyet vi har for å gjøre noe med likelønn. Det er her vi må prioritere, sa LO-leder Roar Flåthen da han i forrige måned innledet til debatt om LOs hovedlinjer for det kommende tariffoppgjør.

Representantskapet var enig med LO-lederen og vedtok at likelønn, i tillegg til sikring av kjøpekraften for alle, skal ha høyeste prioritet i årets tariffoppgjør.

LO vil fronte likelønn og bekjempe lavtlønn, både i privat og offentlig sektor, gjennom en kombinasjon av egne sentrale tillegg, bedring av minstelønnsatser og garantiordninger. Videre heter det at LO vil satse på: «Prioritering av kvinne-dominerte grupper i offentlig sektor innenfor sentralt avtalte rammer.»

Historisk mulighet

– Nå har vi en historisk mulighet til å gjøre noe

med likelønn. Ikke bare det. Denne gangen må vi få til et likelønnsloft i tråd med vedtaket fra siste LO-kongress, mener leder i Fellesorganisasjonen (FO) Randi Reese.

I kongressvedtaket FO-lederen refererer til heter det at «Innenfor rammen av front-fagsmodellen kan økt ramme for oppgjørene i

NSF positiv til LO-vedtak

– Arbeidstakerorganisasjonene står nå samlet om et likelønnsloft, sier Lisbeth Normann, forbundsleder i Norsk Sykepleierforbund (NSF).

I uttalelsen fra LOs representantskap nevnes ikke «likelønnpott» med et ord, uten at det betyr noe for forbundslederen.

«Tariffoppgjøret er det kraftigste verktøyet vi har for å gjøre noe med likelønn.»

LO-leder Roar Flåthen

offentlig sektor brukes for å gi kvinnegrupper som er blitt liggende etter i lønnsutviklingen større tillegg.»

FO-lederen får følge av NTL-leder Turid Lilleheie:

– Vedtaket er tydelig på likelønn. Det gir forbundene innen de enkelte avtaleområder mulighet til å prioritere inne de rammer som gis. Den utfordringen skal vi ta.

– LO og Roar Flåthen sier likelønnpott uten å si det. For meg er ikke begrepet viktig, kall det hva du vil, så lenge vi samles om regjeringens invitasjon om et særskilt likelønnsloft. Det har kvinner ventet på i mange år.

Unio krever likelønnsloft

– En likelønnpott synes å bli kansellert. Men ikke likelønn. Det blir hovedtema under vårens



Effektiv og mild for tørr hud!

Tørr hud er ofte sensitiv, derfor inneholder Decubal kun rene, enkle ingredienser som pleier og gjenoppbygger huden fra topp til tå. Produktene er helt frie for parfyme og fargestoffer og kan brukes av hele familien. Decubal brukes også forebyggende eller som supplerende pleie i forbindelse med lett eksem og psoriasis.



DECUBAL[®] PLUSS
DIN PERSONLIGE HUDPLEIESPESIALIST

- ✓ Gratis vareprøver
- ✓ Gratis eksperthjelp

www.decubalpluss.no



DECUBAL[®]
Eksperten på tørr hud



TULL: Fellesforbundets leder Arve Bakke synes en egen likelønnsnett er noe tull.

DEMPER: Spekter-direktørene Lars Haukaas og Anne-Kari Bratten mener arbeidstakerne må innse at reallønnsvekst ikke kommer på tale i år.

tariffoppgjør, slo Unio-leder Anders Folkestad fast i sin innledning på organisasjonens inntektspolitiske konferanse tidligere denne måneden.

– Hovedoppgjøret 2010 blir gjennomført i en økonomisk vanskelig tid. Det må likevel ikke komme i veien for at det gjennomføres et like-lønnsloft for kvinnedominerte utdanningsgrupper i offentlig sektor finansiert med friske midler, heter det i utkast til Unios inntektspolitisk uttalelse.

– Lav lønn for utdanning og kompetanse er ikke en konkurransefordel for norsk næringsliv, slik enkelte synes å mene. Tvert om er en solid kunnskapsbasert og omstillingsdyktig offentlig sektor et viktig konkurransefortrinn. Det er derfor viktig at offentlig sektor kan tilby konkurransedyktige lønns- og arbeidsvilkår og gode tjenestepensjonsordninger, mener Anders Folkestad.

– Det er blant de kvinnedominerte utdanningsgruppene i offentlig sektor likelønns-gapet er størst, og dette må legges en klar føring på innretningen av likelønnsloftene. Men et lønnsloft i offentlig sektor vil ikke kunne gjennomføres med mindre de respektive sektorer får kompensert fullt ut for sine økte ut-



BESTEMT: LO-leder Roar Flåthen står fast på at like-lønnsproblemet hører hjemme i lønnsforhandlingene.

gifter knyttet til likelønnsloftet, sa Folkestad.

Unio-lederen fikk en utstrakt hånd fra statsråd Karl Eirik Schjøtt-Pedersen.

– Likelønn og utjevning av lønnsforskjeller er viktige mål for inntektspolitikken. Regjeringen er derfor, under visse forutsetninger, innstilt på å gå i dialog med arbeidslivets parter om likestillingsproblemet allerede i forbindelse med tariffoppgjøret i 2010, sa statsråden på Unios inntektspolitiske konferanse.

Neppe ekstra penger

Forhandlingsleder i kommunenes interesseorganisasjon (KS), Per Kristian Sundnes, tror imidlertid ikke det kommer penger fra regjeringen til likelønn i tariffoppgjøret – og vil heller ikke ha det.

– Hvis kommunesektoren skulle få 1 milliard kroner til likelønn i år, så skal de kvinnene som får et løft også ha lønn i årene som kommer. Det vil bli svært vanskelig å få noen garanti fra regjeringen for at kommunenes økte kostnader i årene framover skal dekkes inn, sier Sundnes til Kommunal Rapport.

KS er imidlertid positiv til å bruke årets tariffoppgjør til å jevne ut lønnsforskjeller mellom kvinner og menn.

– Vi er innstilt på at årets oppgjør får en klar og tydelig likelønnsprofil, er meldingen fra forhandlingslederen.

Tid for moderasjon

Arbeidsgiverorganisasjonen Spekter, som blant annet organiserer helseforetakene, ber motparten ta inn over seg finanskrisen.

– Mens verden opplever økonomisk krise, fikk norske arbeidstakere en rekordhøy reallønnsvekst i fjor. Nå må vi være ansvarlige og vise moderasjon, er budskapet fra Spekter. Spekter-direktørene Lars Haukaas og Anne-

Kari Bratten etterlyste større kriseforståelse for norsk økonomi blant arbeidstakerorganisasjonene da de innledet om det forestående lønnsoppgjøret for representanter fra landets helseforetak.

– Arbeidstakerorganisasjonene tar det for gitt at reallønnen skal vokse. Men i år er det kun snakk om å kompensere for prisstigningen, var meldingen fra Lars Haukaas.

Samtidig understreket han at de som venter på en ekstra likelønnsnett fra politikkerne, venter forgjeves.

– Inntektsoppgjøret er og blir partenes ansvar. Man kan ikke springe til politikkerne, som ikke har noe med inntektspolitikken å gjøre, og be om penger utenfor ramma, fulgte Anne-Kari Bratten opp.

Begge var klare på at skal man oppnå likelønn må partene prioritere hvilke grupper man ønsker å heve. Og det må skje innen den økonomiske ramma som trekkes opp for oppgjøret.

De to direktørene mener det er helt avgjørende at lønnsoppgjøret ikke svekker konkurranseutsatt sektor ytterligere i en allerede vanskelig situasjon.

I en kronikk i Ukeavisen Ledelse varsler imidlertid Lars Haukaas at Spekter er rede til å gi sykepleierne økt lønn, men da må sykepleierne være villige til å drøfte turnusordninger og arbeidstidsbestemmelser.

Venter på regjeringen

I Soria Moria II understreker regjeringen at den ser på likelønn og utjevning av lønnsforskjeller som et viktig mål, men overlater til partene i arbeidslivet å gjøre noe med det: «For å oppnå resultater på dette området må partene i arbeidslivet komme til enighet om hvilke yrkesgrupper som skal prioriteres, og det må være enighet om at nye relative lønnsforhold ikke skal utløse kompensasjonskrav fra andre grupper.» Hvis partene blir enige er regjeringen innstilt på å gå inn i en nærmere dialog om likelønnsproblemet allerede i forbindelse med tariffoppgjøret 2010.

– Regjeringserklæringen er vag på dette punktet, men den viser at det finnes penger hvis man vil. Om pengene kommer i selve oppgjøret eller i etterkant er ikke avgjørende, påpeker Unio-leder Anders Folkestad.

Statsminister Jens Stoltenberg er forsiktig med å komme med løfter i forkant av forhandlingene.

– Vi vil ikke starte forhandlingene før vi faktisk sitter og forhandler. Enten rammene er det ene eller det andre handler likelønn først og fremst om viljen til å omfordele. Da må noen grupper få mer, og andre ikke like mye. ■■■

www.sykepleien.no

Følg tariffoppgjøret 2010 på:
www.sykepleien.no



Eucreas Novartis

Antidiabetikum.

ATC-nr.: A10B D08

TABLETTER, filmdrasjerte 50 mg/850 mg og 50 mg/1000 mg: Hver tablett inneh.: Vildagliptin 50 mg, resp. 50 mg, metforminhydroklorid 850 mg (tilsv. metformin 660 mg), resp. 1000 mg (tilsv. metformin 780 mg), hjelpestoffer. Fargestoffer: Gult jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). **Indikasjoner:** Behandling av diabetes mellitus type 2 hos pasienter med utilstrekkelig glykemisk kontroll til tross for maks. tolererbar peroral dose av metformin monoterapi, eller til pasienter som allerede får kombinasjonsbehandling med vildagliptin og metformin som separate tabletter. **Dosering:** Voksne: Basert på gjeldende metformindose innledes behandlingen med 1 tablett 50 mg/850 mg 2 ganger daglig eller 1 tablett 50 mg/1000 mg 2 ganger daglig, tatt morgen og kveld. Anbefalt daglig dose er vildagliptin 100 mg + metforminhydroklorid 2000 mg. Pasienter som får vildagliptin og metformin som separate tabletter kan bytte til Eucreas med tilsvarende dose av hver komponent. Doser >100 mg vildagliptin anbefales ikke. Gastrointestinale symptomer assosiert med metformin kan reduseres ved å ta tabletten sammen med eller umiddelbart etter mat. Eldre ≥65 år: Nyrefunksjonen bør kontrolleres regelmessig. Preparatet anbefales ikke til pasienter ≥75 år pga. begrenset erfaring. Barn <18 år: Sikkerhet og effekt er ikke dokumentert. Nedsatt nyrefunksjon: Se Kontraindikasjoner. Nedsatt leverfunksjon: Bør ikke brukes av pasienter med nedsatt leverfunksjon, inkl. de med ALAT eller ASAT >3 × øvre normalgrense ved behandlingsstart. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. Diabetisk ketoacidose eller diabetisk prekomma. Nyresvikt eller nedsatt nyrefunksjon, definert som ClCR <60 ml/minutt. Akutte tilstander som potensielt kan endre nyrefunksjonen, slik som dehydrering, alvorlig infeksjon, sjokk, i.v. bruk av jodholdige kontrastmidler. Akutt eller kronisk sykdom som kan forårsake hypoksi i vev, slik som hjerte- eller respirasjonssvikt, nylig gjennomgått hjerteinfarkt og sjokk. Nedsatt leverfunksjon. Akutt alkoholforgiftning, alkoholisme. **Amning. Forsiktighetsregler:** Bør ikke brukes ved diabetes type 1. Laktacidose kan forekomme i svært sjeldne tilfeller pga. metforminakkumulering og oppstår primært ved signifikant nyresvikt. Forekomst av laktacidose kan og bør reduseres ved å samtidig vurdere andre risikofaktorer (f.eks. dårlig kontrollert diabetes, ketose, langvarig faste, overdrevet alkoholintak, nedsatt leverfunksjon og enhver tilstand assosiert med hypoksi). Serumkreatinin bør monitoreres regelmessig. Minst 1 gang pr. år ved normal nyrefunksjon, og minst 2-4 ganger pr. år ved serumkreatininnivå i øvre del av normalområdet og hos eldre. Særlig forsiktighet i situasjoner der nyrefunksjonen kan reduseres, f.eks. ved oppstart av behandling med antihypertensiva, diuretika eller NSAIDs. Sjeldne tilfeller av leverdysfunksjon (inkl. hepatitt) er rapportert. I disse tilfellene er pasientene vanligvis asymptomatiske og uten klinisk sekvelle, og leververdiene normaliseres etter seponering. Leverfunksjonstester bør utføres før behandlingsstart, hver 3. måned i løpet av 1. behandlingsår og deretter periodisk. Ved utvikling av forhøyet transaminasnivå bør en ny bekreftende leverfunksjonstest utføres, deretter bør pasienten følges opp med hyppige tester til verdiene er normale igjen. Dersom det observeres en vedvarende økning av ASAT og ALAT på >3 × øvre normalgrense, bør behandlingen seponeres. Ved gulsott eller andre tegn på leverskade bør behandlingen avbrytes. Behandlingen bør ikke gjenopptas når leverfunksjonstestene er normale. Diabetespasientene bør undersøkes med tanke på hudlesjoner i forbindelse med rutinemessig oppfølging. Behandling bør seponeres 48 timer før elektiv kirurgi med generell anestesi, og bør ikke gjenopptas før tidligst 48 timer etter inngrepet. Pasienter som opplever svimmelhet bør ikke kjøre bil eller bruke maskiner. **Interaksjoner:** Vildagliptin er verken et substrat for CYP 450 eller en hemmer/induser av disse og har derfor lavt interaksjonspotensiale. Den hypoglykemiske effekten kan reduseres av visse legemidler, inkl. tiazider, kortikosteroider, thyroideapreparater og sympatomimetika. Inntak av alkohol og legemidler som inneholder alkohol bør unngås med tanke på laktacidose. Ved samtidig bruk av kationiske legemidler som elimineres ved renal, tubulær sekresjon (f.eks. cimetidin) bør glykemisk kontroll monitoreres nøye. Dosejustering innen anbefalt doseringsområde og endringer i diabetesbehandling bør overveies. Eucreas bør seponeres før eller ved i.v. injeksjon av jodholdige kontrastmidler. Behandling bør ikke gjenopptas før 48 timer etter, og kun etter at nyrefunksjonen er undersøkt på nytt og funnet normal. Ved samtidig bruk av legemidler med hyperglykemisk effekt (glukokortikoider, beta2-agonister og diuretika) bør blodsukker måles oftere, spesielt ved oppstart. Dosejustering av Eucreas kan være nødvendig ved samtidig behandling og ved seponering. ACE-hemmere kan redusere blodsukkeret og dosejustering kan være nødvendig. **Graviditet/Amning:** Overgang i placenta: Ikke tilstrekkelige data fra gravide. Dyrestudier med vildagliptin har vist reproduksjonstoksiske effekter ved høye doser. Skal ikke brukes under graviditet. Overgang i morsmelk: Utskilles i melk hos dyr. Skal ikke brukes under amning. **Bivirkninger:** Vanlige (≥1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Kvalme. Nevrologiske: Tremor, hodepine, svimmelhet. Stoffskifte/emæring: Hypoglykemi. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Nevrologiske: Tretthet. Ytterligere bivirkninger som er observert med de enkelte virkestoffene: Vildagliptin: Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Gastrointestinale: Forstoppelse. Hjerte/kar: Perifert ødem. Muskel-skjelettsystemet: Artralgi. Svært sjeldne (<1/10 000): Infeksjoner: Øvre luftveisinfeksjon, nasofaryngitt. Metformin: Svært vanlige (≥1/10): Gastrointestinale: Oppkast, diaré, magesmerter, nedsatt appetitt. Vanlige (≥1/100 til <1/10): Nevrologiske: Metallsmak. Svært sjeldne (<1/10 000): Hud: Hudreaksjoner som erytem, pruritus, urticaria. Lever/galle: Unormale leverfunksjonstester eller hepatitt. Stoffskifte/emæring: Redusert opptak av vitamin B12, laktacidose. **Overdosering/Forgiftning:** En stor overdose metformin (eller samtidige risikofaktorer for laktacidose) kan medføre laktacidose, som må behandles på sykehus. Hemodialyse er den mest effektive metoden for fjerning av metformin. Vildagliptin kan ikke fjernes ved hemodialyse, men hovedmetabolitten som dannes ved hydrolyse kan fjernes. Støttende tiltak anbefales. Se Giftinformasjonens anbefalinger for metformin A10B A02 og vildagliptin A10B H02. **Egenskaper:** Klassifisering: Vildagliptin er en dipeptidylpeptidase-4 (DPP-4)-hemmer. Metformin er et biguanid. Virkningsmekanisme: Vildagliptin gir hurtig og total hemming av DPP-4-aktiviteten, som medfører økning i fastende og postprandialt endogent nivå av inkretinhormonene GLP-1 og GIP. Ved å øke endogent nivå av disse, økes betacellenes glukosesensitivitet, med forbedring av glukoseavhengig insulinsekresjon. Økt endogent GLP-1-nivå øker alfacellenes glukosesensitivitet og gir mer hensiktsmessig glukoseavhengig glukagonsekresjon. Forsterket økning i insulin-/glukagon-ratio ved hyperglykemi pga. økt inkretinnivå gir redusert fastende og postprandialt hepatisk glukoseproduksjon, som igjen gir redusert glykemi. Metformin reduserer hepatisk glukoseproduksjon via hemming av glukoneogenesen og glykogenolysen, øker insulinsensitiviteten i muskler, som forbedrer perifert glukoseopptak og utnyttelse, samt ved å forsinke glukoseabsorpsjonen fra tarmen. Metformin stimulerer intracellulær glykogensyntese og har gunstig effekt på lipidmetabolisme. Kombinasjon av 2 antihyperglykemiske legemidler med komplementære virkningsmekanismer forbedrer den glykemiske kontrollen hos pasienter med diabetes type 2. Absorpsjon: Vildagliptin: Hurtig. Maks. plasmakonsentrasjon etter 1,7 timer. Absolutt biotilgjengelighet 85%. Metformin: Maks. plasmakonsentrasjon etter ca. 2,5 timer. Absolutt biotilgjengelighet 50-60%. Proteinbinding: Vildagliptin: 9,3%. Metformin: Ubetydelig. Fordeling: Distribusjonsvolum: Vildagliptin: 71 liter. Metformin: 63-273 liter. Fordeles i erytrocytter. Halveringstid: Vildagliptin: Ca. 3 timer. Metformin: Ca. 6,5 timer. Metabolisme: Vildagliptin: Hydrolysering til inaktiv metabolitt. Metaboliseres ikke i målbar grad av CYP 450-enzymet. Utskillelse: Vildagliptin: 85% via urin og 15% i feces. Metformin utskilles uendret via urin. **Pakninger og priser:** 50 mg/850 mg : 60 stk. (blister) kr 479,40, 3 × 60 stk. (blister) kr 1368,10, 50 mg/1000 mg: 60 stk. (blister) kr 501,80, 3 × 60 stk. (blister) kr 1435,30. **Refusjon: A10B D08 Metformin og vildagliptin. Refusjonsberettiget bruk:** Behandling av type 2 diabetes mellitus.

Refusjonskode:

ICPC	Vilkår nr	ICD	Vilkår nr
T90	Diabetes ikke-insulinavhengig	E11	Diabetes mellitus type II

Vilkår:
171 i) Refunderes kun til pasienter som ikke oppnår tilstrekkelig sykdomskontroll med metformin og sylfonylurea, eller som av tungtveiende medisinske grunner ikke kan bruke sulfonylurea, og ii) kun til pasienter som ikke bør bruke insulin på det nåværende tidspunkt.
172 Oppstart av behandling skal kun skje i samråd med spesialist i indremedisin, eller sykehusavdeling med tilsvarende spesialitet.

Sist endret: 02.02.2010

Referanser:

- Bosi E, et al. Effects of Vildagliptin on Glucose Control Over 24 Weeks in Patients With Type 2 Diabetes Inadequately Controlled With Metformin. Diabetes Care 2007;30(4):890-895.
- SPC Eucreas

ID-kode: 5864/02.2010

 **NOVARTIS**

Novartis Norge AS • PB. 237 Økern • 0510 Oslo • Tlf: 23 05 20 00 • Faks: 23 05 20 69 • www.novartis.no


vildagliptin/metformin

Ved type 2 diabetes

Når metformin ikke er nok

Eucreas gir mer effekt

- Effektiv HbA1c reduksjon¹
- Ingen vektøkning²
- Lav forekomst av hypoglykemi (1%)²

PÅ BLÅ RESEPT!

TM

er en del av Omsorgsplan 2015 i Stortingsmelding nr. 25 (2005 – 2006). Kompetanseløftet har som mål å sikre nødvendig rekruttering og kvalifisering for å dekke de krevende og økende oppgavene i den kommunale omsorgssektoren i årene framover.

Flere slutter enn begynner

I 2008 ble det utdannet 6 000 personer i helse- og sosialfag. Samme år sluttet 6 700 i pleie- og omsorgssektoren.

Tekst **Bjørn Arild Østby**

Kompetanseløftet 2015 er ett av målene å øke andelen med høyskoleutdanning innenfor pleie- og omsorgstjenesten med 10 prosentpoeng fra 24 prosent i 2005 til 34 prosent i 2015. Det innebærer en gjennomsnittlig økning i andelen med høyskoleutdanning i sektoren på ett prosentpoeng per år. Dette er en ambisiøs målsetting, konkluderer forfatterne bak rapporten «Evaluering av Kompetanseløftet 2015» og begrunner det blant annet med følgende regnestykke:

Utdanningstallene for 2008 (se tabell 1) viser at det ble utdannet rundt 6 000 personer totalt i helse- og sosialfagutdanningene på høyskolenivå.

For sykepleiere er årlig avgang fra yrket beregnet til 13 prosent. Basert på 2006-tall vil det

«Årlig avgang fra yrket er beregnet til 13 prosent.»

Fra rapporten "Evaluering av Kompetanseløftet 2015"

å dekke inn turnover alene kreve 3 200 nyan-satte, gitt uendret arbeidstid. Med opptrappingen på 830 årsverk, omregnet i sysselsatte til 1 000 ansatte, trenger man dermed 4 200 nye sykepleiere per år til sektoren, heter det blant annet. Men tabellen viser at det i 2008 kun ble uteksaminert 3300 nye sykepleiere.

Ikke 1:1-forhold

En ting er antall uteksaminerte. En helt annen ting er hvor de begynner å jobbe. Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at bare rundt 10 prosent av de ny uteksaminerte fra helse- og sosialutdanningene på høyskolene begynner å arbeide i pleie- og omsorgssektoren.

Forestillingen om et slags 1:1-forhold mellom utdanningskapasitet og rekruttering til denne sektoren må ikke bare modifiseres, men forkastes, er rådet fra forskerne bak rapporten.

Kun en liten del av nyrekrutteringen til pleie og omsorg kommer via utdanningssystemet.

Videreutdanninger

I forbindelse med Kompetanseløftet 2015 tas det videre sikte på å gi videreutdanning til 3 000 personer i perioden 2007-2010. Her nevnes

spesifikt videreutdanning i aldring og geriatri, demenslidelser, veiledning og rehabilitering.

I tillegg har forskerne bak evalueringsrapporten sett på videreutdanning innenfor psykisk helsearbeid og rusomsorg.

Tabell 2 viser at opptaket til de aktuelle videreutdanningene var stabilt i 2006 til 2007 mens det var en nedgang fra 2007 til 2008. Størstedelen av nedgangen fra 2007 til 2008 skyldes nedgang i opptaket til videreutdanning innenfor psykisk helsearbeid på rundt 30 prosent. ■■■

Tabell 1
Antall uteksaminerte kandidater i perioden 2005-2008.

Type utdanning	2005	2006	2007	2008
Barnevernspedagog	593	608	592	618
Ergoterapeut	230	219	208	194
Fysioterapeut	255	262	271	276
Sosionom	810	794	819	741
Vernepleier	783	786	826	786
Sykepleier	3 463	3 580	3587	3339
I alt	6 134	6 249	6 303	5 954

Tabell 2
Antall som fullførte videreutdanning i perioden 2006-2008

Type utdanning	2006	2007	2008
Eldreomsorg/geriatri	222	259	279
Rehabilitering	207	487	381
Veiledning	496	642	698
Rusomsorg	130	386	296
Psykisk helsearbeid	768	635	648
I alt	1823	2 409	2 302

Kilde: Database for høyere utdanning (DBH) og Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

ANBEFAL

Flux fra første tann - og livet ut



Nyhet!
Bringebær-
smak!



Flux
sugetabletter
fra 1. tann

Det eneste godkjente
fluortilskuddet til de
minste barna!



Nyhet!



**Flux
Junior**
fra 6 år

Forebygger karies, styrker
emaljen og hemmer bakterie-
vekst. Uten parabener!



**Flux
fluorskyll**
voksne

Forebygger effektivt hull
og lindrer ising i tennene.
Uten parabener!

Flux har styrket tennene til barn og voksne siden 1963.
Men husk at god tannpleie ikke automatisk går i arv
- det må læres.

Bestill smaksprøver og brosjyrer på www.fluxfluor.no eller kundeservice@actavis.no.

Flux sugetabletter er et legemiddel som inneholder natriumfluorid. Forsiktighet bør utvises ved naturlig fluorinnhold i drikkevannet over 0,75 mg/l. Fluordosen i sugetablettene virker sammen med fluor fra andre produkter som tannkrem, skyllevæsker og tyggegummi. Les pakningsvedlegget.



For familien. Mot hull.

Fikk medisin uten å vite det

Omfattende undersøkelse publisert i Sykepleien Forskning viser store avvik i håndteringen av legemidler ved norske sykehjem.

Tekst **Susanne Dietrichson** Foto **Erik M. Sundt**

Problemstillingene som undersøkes er blant annet om legemidler knuses og gis uten at pasientene vet om det, i hvor stor grad pårørende ble involvert, legens rolle, bruk av felleskatalogen og om personalet ser behov for endring av rutiner for medisinerings.

Artikkelen «Legemiddelhandtering i norske sykehjem med fokus på knusing av medikamenter», er skrevet av Øyvind Kirkevold og Knut Engedal. Undersøkelsen omfatter 721 norske sykehjem.

Kontaktet legen

Litt over tusen avdelinger svarte på undersøkelsen. Nesten halvparten av disse avdelingene oppga at de ga medisin knust i pasientenes mat eller drikke uten at pasientene visste det. På over 30 prosent av avdelingene blir pårørende sjelden eller aldri informert eller spurt, selv om det er usikkert om pasientene vet eller forstår spørsmål vedrørende sin egen medisinerings.

«Jeg er sjokkert over at undersøkelsen avdekker en såpass lav evne blant sykepleierne til å forholde seg til lovverket.»

Øyvind Kirkevold, forsker

Imidlertid svarte de fleste avdelingene at de nesten alltid eller som regel kontaktet legen.

Nesten alle avdelingene svarte også at de som regel eller nesten alltid kontrollerte om et legemiddel kan knuses eller deles dersom det er tvil om dette. På spørsmålene vedrørende rutiner for legemiddelhandtering i avdelingene, oppga de fleste avdelingene behov for bedre eller mer kunnskap om legemidler.

Bruker Felleskatalogen

Felleskatalogen er det vanligste hjelpemiddelet

når det gjelder å sjekke om tabletter kan knuses eller ikke. De fleste av avdelingene oppga at de brukte Felleskatalogen, bare et fåtall oppga at de ikke brukte den. Over halvparten av de avdelingene som sa at de brukte Felleskatalogen syntes det var vanskelig å finne og forstå informasjon om knusing og deling av tabletter.

Forsker og forfatter Øyvind Kirkevold ble selv svært overrasket over noen av funnene.

– Jeg synes det er rart at en så stor andel av sykepleierne oppga at de hadde problemer med å finne og forstå informasjon om legemidler kan knuses eller ikke i Felleskatalogen. Jeg har faktisk kontaktet Felleskatalogen og informert dem om dette problemet, og de sa de skulle se på det, forteller han.

– I tillegg er jeg svært overrasket, ja egentlig sjokkert, over at undersøkelsen avdekker en såpass dårlig evne blant sykepleierne til å forholde seg til lovverket. Pasientrettighetslo-

ven sier at pårørende skal involveres hvis pasienten mangler samtykkekompetanse. Ifølge våre tall blir pårørende verken informert eller spurt i nesten halvparten av tilfellene.

Pårørende ikke engasjerte

Nina Steffensen, avdelingsleder på Tåsenhjemmet, kjenner ikke helt igjen problemstillingene som beskrives i Kirkevolds artikkel.

– De fleste pasientene på vår avdeling er så oppegående og friske at de forholder seg aktivt til sin egen medisinerings, hevder hun.



LOVSTRIDIG? På mange sykehjem blir medisin knust i pasientenes mat eller drikke uten at pasientene er klar over det.

– Men hvis det skulle oppstå en situasjon der pasienten ikke lenger kan svare for eller ikke forstår spørsmål om egen medisinerings, hva er da prosedyren?

– Da kontakter vi som oftest legen, som kontakter pårørende hvis det skulle være nødvendig.

Steffensens erfaring er at mange pårørende ikke er så opptatt av hvilke medisiner far eller mor får, men at avdelingen samarbeider med pårørende som engasjerer seg. Hun synes også at det går greit å finne frem og forstå det som står i Felleskatalogen om knusing og deling av medikamenter:

– Det eneste som kan være en utfordring er å finne synonyme preparater som vi faktisk kan bruke. Preparatene som står oppført som synonyme i Felleskatalogen kan ofte ikke brukes fordi de inneholder andre virkestoffer som pasienten ikke tåler, forteller hun. ■■■

Les mer i Sykepleien Forskning, bilaget til Sykepleien.

zendium - mild og effektiv tannkrem

- velg mellom 8 varianter tilpasset forskjellig behov

zendium tannkrem inneholder noen av de enzymer som inngår i spyttet. Voksenvariantene inneholder dessuten colostrum (melkeprotein) som supplerer bestanddelene i spyttet. Alle zendium varianter inneholder natriumfluorid i forskjellige konsentrasjoner, som øker tennenes motstandskraft overfor karies.

Slipemiddel og skummiddel i alle zendium varianter er både skånsomme og effektive. zendium inneholder ikke natriumlaurylsulfat (SLS).

Til pasienter med behov for basis beskyttelse:

zendium Classic

En basis fluortannkrem til hele familien. Inneholder enzymer, sink og colostrum

Fluor: 1100 ppm. RDA*: 75



Til pasienter med spesielle behov:

zendium Sensitive

En ekstra mild og skånsom tannkrem med kaliumnitrat som beskytter følsomme tannhalsar og forebygger ubehagelig ising.

Fluor: 1450 ppm. RDA*: 50

zendium Syreforsvar

En tannkrem som inneholder proteiner som i samspill med spyttet hjelper til med å beskytte tannemaljen mot syreskader.

Fluor: 1450 ppm. RDA*: 80



Til pasienter med lette misfarginger eller et ønske om friskere ånde:

zendium Fresh+White

Inneholder ekstra sink som motvirker dårlig ånde, samt en ekstra rengjørende ingrediens (pyrofosfat), som reduserer misfarginger.

Fluor: 1450 ppm. RDA*: 80

zendium Mild Whitener

Inneholder en ekstra rengjørende ingrediens (pyrofosfat), som reduserer misfarginger skånsomt.

Fluor: 1100 ppm. RDA*: 75

zendium Cool Mint

En basis fluortannkrem med frisk mint, til hele familien. Inneholder ekstra sink som binder de vondtluktende bakteriene, slik at dårlig ånde reduseres.

Fluor: 1100 ppm. RDA*: 80



Til barn:

zendium Første Tann med Postmann Pat

En mild tannkrem til de aller minste barna (0-5 år) med ekstra mild smak og skummiddel.

Fluor: 1000 ppm. RDA*: 60

zendium Junior med Asterix

En mild tannkrem til de litt større barna (6-12 år) med mild smak og skummiddel.

Fluor: 1000 ppm. RDA*: 80



zendium er mye mer enn tannkrem. Vi har også zendium Saliva Gel som motvirker munntørrehet, zendium munnskyll og Postmann Pat barnetannbørste. Les mer på www.zendium.no

Sara Lee Household & Body Care

Postboks 653, 1411 Kolbotn

* RDA: Slipemidler måles i RDA verdier: 0 – 50: lavt slipende / 50 – 100: middels slipende / 100+: kraftig slipende

*Voksenvariantene inneholder små mengder egg- og melkeprotein.



Cialis® - Lilly. Legemiddel mot erektil dysfunksjon. ATC-nr.: G04B E08

TABLETTER, filmdrasjerte 2,5 mg, 5 mg, 10 mg og 20 mg: Hver tablett inneholder: Tadalafil 2,5 mg, resp. 5 mg, 10 mg og 20 mg, laktosemonohydrat, hjelpestoffer. Fargestoff: Jernoksid (E 172), titandioksid (E 171).

Indikasjoner: Behandling av erektil dysfunksjon. Seksuell stimulering er nødvendig for effekt. Ikke indisert for bruk hos kvinner.

Dosering: Anbefalt dose er 10 mg minst 30 minutter før forventet seksuell aktivitet. Hos pasienter hvor tadalafil 10 mg ikke gir tilstrekkelig effekt, kan 20 mg forsøkes. Tas med eller uten mat. Maks. dosering er 1 gang daglig. Tadalafil 10 og 20 mg er beregnet til bruk for forventet seksuell aktivitet, og er ikke anbefalt til kontinuerlig daglig bruk. For responderpasienter som forventer regelmessig bruk (f.eks. minst 2 x ukentlig), kan daglig dosering med laveste tadalafildose være hensiktsmessig, avhengig av pasientens valg og legens vurdering. Hos disse pasientene er anbefalt dose 5 mg 1 gang daglig til omtrent samme tid. Basert på individuell tolerabilitet kan dosen reduseres til 2,5 mg daglig. Hensiktsmessigheten av vedvarende daglig doseringsregime bør vurderes regelmessig. **Nedsatt nyrefunksjon:** Dosejustering ikke nødvendig ved mild til moderat nedsatt nyrefunksjon. Ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon er 10 mg maks. anbefalt dose. Daglig doseringsregime er ikke anbefalt ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon. **Nedsatt leverfunksjon:** Anbefalt dose er 10 mg tatt før forventet seksuell aktivitet. Det foreligger begrensede data vedrørende alvorlig leversvikt («Child-Pugh» grad C). Forskrivning bør baseres på grundig individuell vurdering av nytte-risiko. Det foreligger ikke data for administrering av høyere doser enn 10 mg. Daglig doseringsregime er ikke undersøkt ved nedsatt leverfunksjon, og ev. forskrivning bør baseres på grundig individuell vurdering av nytte-risiko. **Eldre eller diabetikere:** Dosejustering er ikke påkrevd. **Barn og ungdom:** Bør ikke brukes av personer <18 år.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for noen av innholdstoffene. Kan forsterke den blodtrykkenkende effekten av nitrater, og er derfor kontraindisert hos pasienter som behandles med alle former for organisk nitrat. Skal ikke brukes ved hjertelidelser der seksuell aktivitet ikke tilrådes. Legen skal vurdere potensiell risiko for hjerteproblemer som følge av seksuell aktivitet hos pasienter med kjent kardiovaskulær lidelse. Følgende pasientgrupper med kardiovaskulære lidelser er ikke inkl. i kliniske utprøvinger og bruk av tadalafil er derfor kontraindisert: Pasienter med hjerteinfarkt i løpet av de siste 90 dager, pasienter med ustabil angina eller angina som har oppstått under samleie, pasienter med hjertesvikt NYHA klasse II eller høyere i løpet av de siste 6 måneder, pasienter med ukontrollerte arytmi, hypotensjon (<90/50 mm Hg), eller ukontrollert hypertensjon, pasienter som har hatt slag i løpet av de siste 6 måneder. Pasienter som har mistet synet på ett øye pga. non-arteriell iskemisk fremre optikusnevropati (NAION), uavhengig av om denne hendelsen var forbundet med tidligere bruk av en PDE5-hemmer eller ikke.

Forsiktighetsregler: Anamnese og fysisk undersøkelse skal gjennomføres for å diagnostisere erektil dysfunksjon og mulige underliggende årsaker. Før oppstart skal kardiovaskulær status vurderes ettersom det er knyttet en viss risiko for hjerteproblemer til seksuell aktivitet. Tadalafil har vasodilaterende egenskaper som gir svak og forbigående blodtrykkfall, og potensierte dermed hypotensiv effekt av nitrater. Tadalafil kan indusere blodtrykkfall ved samtidig bruk av antihypertensiver. Ved oppstart av daglig tadalafilbehandling bør hensiktsmessig klinisk vurdering ta hensyn til mulig dosejustering av blodtrykkbehandlingen. Alvorlige kardiovaskulære episoder, inkl. hjerteinfarkt, plutselig hjertedød, ustabil angina pectoris, ventrikkelarytmi, slag og transitoriske iskemiske anfall, brystmerter, palpitasjoner og takykardi er rapportert ved bruk av tadalafil. De fleste av disse pasientene hadde preeksisterende kardiovaskulære risikofaktorer. En kan ikke definitivt fastslå om disse episodene er direkte relatert til disse risikofaktorene, til tadalafil, seksuell aktivitet eller en kombinasjon av disse eller andre faktorer. Synsforsrytelser og tilfeller av NAION er rapportert. Pasienten bør rådes til å seponere tadalafil og kontakte lege umiddelbart ved plutselige synsforsrytelser. Økt tadalafilspenning (AUC), begrenset klinisk erfaring og manglende mulighet til å påvirke clearance vha. dialyse medfører at anatomisk deformasjon av penis (f.eks. vinkling, kavernes fibrose eller Peyronies sykdom) eller ved tilstander som gjør dem disponert for priapisme (f.eks. sigmoidcellenemi, multiple myelomer eller leukemi). Ukjent om tadalafil har effekt hos pasienter som har gjennomgått bekkenkirurgi eller radikal ikke nervebevarende prostektomi. Bør ikke brukes ved arvelig galaktoseintoleranse, lapp-laktasemangel eller glukose-galaktosemalabsorpsjon. Samtidig bruk av alfa-1-blokkere kan medføre symptomatisk hypotensjon hos enkelte. Kombinasjon med dokasosin er ikke anbefalt. Forsiktighet bør utvises ved forskrivning av tadalafil til pasienter som anvender potente CYP 3A4-inhibitorer (ritonavir, sakonavir, ketokonazol, itraconazol og erytromycin) da det er observert økt AUC for tadalafil ved kombinasjon av disse legemidlene. Sikkerhet og effekt ved kombinasjon av tadalafil med annen behandling av erektil dysfunksjon er ikke undersøkt og anbefales derfor ikke.

Interaksjoner: I interaksjonsstudier der kun tadalafil 10 mg er benyttet, kan interaksjoner ved høyere doser ikke utelukkes. Effekter av andre legemidler på tadalafil: Tadalafil metaboliseres hovedsakelig av CYP 3A4. En selektiv hemmer av CYP 3A4, ketokonazol (200 mg), dobler tadalafils (10 mg) AUC og øker C_{max} med 15%. Ketokonazol (400 mg) firedobler tadalafils (20 mg) AUC og øker C_{max} med 22%. Ritonavir (200 mg x 2) dobler tadalafils (20 mg) AUC uten endringer i C_{max} . Forsiktighet ved samtidig administrering av andre proteasehemmere, som sakonavir, og andre CYP 3A4-hemmere, som erytromycin, klaritromycin, itraconazol og grapefruktjuice, fordi disse forventes å øke plasmakonsentrasjon av tadalafil. Potensielle legemiddelinteraksjoner foreligger ved mulig inhibering av transportproteiner. CYP 3A4-indusere, rifampicin, reduserer tadalafils (10 mg) AUC med 88%, og det kan forventes redusert effekt av tadalafil. Det kan forventes at samtidig administrering av andre CYP 3A4-indusere som fenobarbital, fentanyl og karbamazepin også vil senke plasmakonsentrasjonen av tadalafil. **Effekter av tadalafil på andre legemidler:** Tadalafil (vist for 5, 10 og 20 mg) forsterker den hypotensive effekten av nitrater. Interaksjonen varer i >24 timer og er ikke detekterbar etter 48 timer. Ved ev. behov for livredende behandling med nitrater, bør det ha gått minst 48 timer fra inntak av tadalafil til nitratbehandling igangsettes. Ved slike tilfeller bør nitrater administreres under tett medisinsk oppfølging og hensiktsmessig hemodynamisk monitoring. Tadalafil øker oral biotilgjengelighet av etinylostradid. En lignende økning kan ventes ved oral administrering av terbutalin. Det er usikkerhet omkring klinisk betydning. Tadalafil (10 mg) administrert samtidig med teofyllin, gir en liten økning i hjertefrekvens (3,5 slag pr. minutt). Effekten er liten og uten klinisk betydning, men bør vurderes når legemidlene administreres samtidig. Tadalafil (10 og 20 mg) er brukt samtidig med warfarin og acetylsalisylsyre uten interaksjoner. Tadalafil (20 mg) er brukt samtidig med angiotensin II-reseptorblokkere (forskjellige typer og doseringer, alene eller i kombinasjon med tiazider, kalsiumantagonister, betablokkere og/eller alfablokkere) og amlopidin uten interaksjoner. Tadalafil (10 mg) er brukt samtidig med enalapril, metoprolol og bendrofluazid uten interaksjoner. Tadalafil (20 mg) er undersøkt i kombinasjon med inntil 4 klasser antihypertensiver. Hos pasienter som tar multiple antihypertensiver synes det som om endringer målt ved ambulatorisk blodtrykkmåling relaterer seg til graden av blodtrykkskontroll. Hos pasienter med godt kontrollert blodtrykk er reduksjonen tilsvarende den sett hos friske. Hos pasienter med ukontrollert blodtrykk er reduksjonen større, men reduksjonen er hos et flertall av pasientene ikke forbundet med hypotensive symptomer. Hos pasienter som samtidig får antihypertensiver kan tadalafil 20 mg indusere blodtrykkfall, som (med unntak for alfablokkere) vanligvis er mildt og sannsynligvis ikke av klinisk betydning. Relevant klinisk rådgivning om mulig blodtrykkfall skal likevel gis til pasienter når de behandles med antihypertensiver. Samtidig administrering av dokasosin (4 og 8 mg daglig) og tadalafil (5 mg daglig og 20 mg som enkeltdose) øker signifikant blodtrykkreduserende effekt av alfablokkere. Effekten varer \approx 12 timer og kan gi symptomer som inkl. synkope. Kombinasjonen anbefales derfor ikke. Slik effekt er ikke rapportert med alfuzosin eller tamsulosin. Forsiktighet skal imidlertid utvises hos pasienter som behandles med alfablokkere, spesielt eldre. Behandling skal startes med minimal dose med gradvis økende dose. Tadalafil (10 eller 20 mg) er brukt samtidig med alkohol (0,08%) uten endringer i alkohol- eller tadalafilkonsentrasjonen. Tadalafil (20 mg) forsterker ikke gjennomsnittlig blodtrykkfall forårsaket av alkohol (0,7 g/kg), men det er observert postural svimmelhet og ortostatisk hypotensjon hos enkeltindivider. Lavere alkoholdoser (0,6 g/kg) ga ikke økt hypotensjon og svimmelhet. Virkningen av alkohol på kognitiv funksjon forsterkes ikke av tadalafil (10 mg).

Graviditet/Amming: Ikke indisert til bruk hos kvinner. Det foreligger ingen data for tadalafil og eksponerte graviditeter. Det er ikke funnet holdepunkter for direkte eller indirekte skadelige effekter mhp. graviditet, embryo-/fosterutvikling, fødsel eller postnatal utvikling.

Bivirkninger: Forbigående og generelt milde eller moderate. Bivirkningsdata for pasienter >75 år er begrenset. **Svært vanlige ($\geq 1/10$):** Gastrointestinale: Dyspepsi. Neurologiske: Hodepine. **Vanlige ($\geq 1/100$ til <1/10):** Gastrointestinale: Abdominale smerter, gastroesofageal refluks. Hjerte/kar: Palpitasjoner, rødme. Luftveier: Nesetetthet. Muskel-skjelettsystemet: Ryggsmerte, myalgi. Neurologiske: Svimmelhet. **Mindre vanlige ($\geq 1/1000$ til <1/100):** Hjerte/kar: Takykardi, hypotensjon (men vanlig ved kombinasjon med antihypertensiver), hypertensjon. Hud: Utslett, urticaria, hyperhidrose. Immunsystemet: Hypersensitiv reaksjoner. Luftveier: Nesetetthet. **Øye:** Uklart syn, følelse beskrevet som øyesmerter, hevelse av øyelokkene, konjunktivall hyperemi. **Øvrige:** Brystmerter. **Sjeldne ($\geq 1/10000$ til <1/1000):** Hjelte/kar: Myokardinfarkt. Kjønnsorganer/bryst: Forlenget erektsjon. Neurologiske: Synkope, slag (inkl. hemoragiske hendelser) og transitoriske iskemiske anfall (vanligst for pasienter med preeksisterende kardiovaskulære risikofaktorer), migræne. **Øye:** Synsfelforandring. **Øvrige:** Ansiktssødem. **Svært sjeldne (<1/10000), ukjent:** Hjerte/kar: Ustabil angina pectoris, ventrikkelarytmi. Hud: Stevens-Johnsons syndrom, ekfoliativ dermatitt. Kjønnsorganer/bryst: Priapisme. Neurologiske: Krampeanfoll, forbigående amnesi. **Øre:** Plutselig døvhøret (plutselig nedsatt eller tap av hørsel er rapportert i et lite antall tilfeller ved bruk av samtlige PDE5-hemmere). **Øye:** NAION, retinal vaskulær okklusjon. **Øvrige:** Plutselig hjertedød (vanligst for pasienter med preeksisterende kardiovaskulære risikofaktorer). Det er rapportert en lett forhøyet incidens av EKG-forandringer, primært sinusbradykardi, hos pasienter behandlet med daglig tadalafil dosering. De fleste av EKG-forandringene er ikke forbundet med bivirkninger.

Overdosering/Forgiftning: **Symptomer:** Enkeltdoser ≤ 500 mg er gitt til friske, og multiple daglige doser ≤ 100 mg er gitt til pasienter. Observerte bivirkninger tilsvarte dem som ble sett ved lavere doser. **Behandling:** Symptomatisk behandling etter behov. Hemodialyse bidrar ubetydelig til tadalafilleliminering. Se Giftinformasjonens anbefalinger G04B E08.

Egenskaper: **Klassifisering:** Middel mot erektil dysfunksjon. **Virkningsmekanisme:** Selektiv, reversibel hemmer av cGMP-spesifikk fosfodiesterase type 5 (PDE5). Når seksuell stimulering forårsaker lokal frigjøring av nitrogenoksid, vil tadalafils hemning av PDE5 forårsake forhøyede nivåer av cGMP i corpus cavernosum. Dette resulterer i relaksering av glatt muskulatur og blodtilstrømning til penis, som igjen frembringer erektsjon. Bedring av erektil funksjon og evnen til å ha et vellykket samleie er vist ≈ 36 timer etter dosering, og evnen til å oppnå og beholde erektsjonen for å gjennomføre samleie er vist 16 minutter etter dosering. Det er ikke observert nedsatt evne til fargediskriminering (blå/grønn). Denne observasjonen er overensstemmende med tadalafils lave affinitet til PDE6 sammenlignet med PDE5. Ingen klinisk relevant nedgang i spermatocty-antall og -konsentrasjon. Det er ikke påvist endringer på motilitet, morfologi og follikelstimulerende hormon. **Absorpsjon:** Raskt. Gjennomsnittlig C_{max} nås etter en median tid på 2 timer. Absorpsjonen påvirkes ikke av matinntak. **Proteinbinding:** Ved terapeutiske konsentrasjoner er 94% bundet til proteiner. Påvirkes ikke av nedsatt nyrefunksjon. **Fordeling:** Gjennomsnittlig distribusjonsvolum er 63 liter, som tilsier at tadalafil fordeles i vev. Mindre enn 0,0005% av administrert dose fremkommer i sæden hos friske forsøkspersoner. **Halveringstid:** Ca. 17,5 time. Lineær farmakokinetikk mhp. tid og dose. Over et doseringsområde på 2,5-20 mg øker spenningen (AUC) proporsjonalt med dosen. *Steady state*-plasmakonsentrasjon nås innen 5 døgn med dosering 1 gang daglig. **Metabolisme:** Hovedsakelig via CYP 3A4. Hovedmetabolitten er metylkatekolglukuronid, som ikke forventes å være klinisk aktiv. **Utskillelse:** Gjennomsnittlig clearance for tadalafil er 2,5 liter/time. Utskilles hovedsakelig som inaktive metabolitter, først og fremst i feces (61%) og i mindre grad i urin (36%). **Nyresvikt:** Ved mild (Cl_{cr} 51-80 ml/minutt), moderat nedsatt nyrefunksjon (Cl_{cr} 31-50 ml/minutt) og hos pasienter med terminal nyresvikt og pågående dialyse, er tadalafileksponeringen omtrent dobel etter administrering av 1 enkeltdose tadalafil (5-20 mg). Hos pasienter med pågående hemodialyse var C_{max} 41% høyere enn hos friske.

Oppbevaring og holdbarhet: Oppbevares i originalpakningen for å beskytte mot fuktighet.

Pakninger og priser: 2,5 mg: 28 stk. (blister) kr 865,30. 5 mg: 28 stk. (blister) kr 865,30. 10 mg: 4 stk. (blister) kr 415,20. 20 mg: 4 stk. (blister) kr 415,20. 8 stk. (blister) kr 795,40. 12 stk. (blister) kr 1175,60.

Sist endret: 23.02.2010

Priser oppdateres hver 14. dag, ev. refusjon hver måned

Kutter i uføres pensjon

Nytt lovforslag vil bety kutt i alderspensjonen til uføre på opp til 18 prosent. Staten vil tjene 15 milliarder årlig i 2050.

Tekst Bjørn Arild Østby

Pensjonsreformen som trer i kraft 1. januar 2011 inneholder muligheten til å gå av med pensjon fra fylte 62 år for alle. Men Stortinget har ennå ikke funnet en løsning på når og med hvilken pensjon uføre skal kunne gå av.

Tidligere denne måneden la arbeidsminister Hanne Bjurstrøm fram et forslag om «midlertidig løsning» for alderspensjonen for uføre. Lovforslaget innebærer at uførepensjonistene fortsatt får uførepensjon fram til 67 år. Da går de over på alderspensjon. Videre foreslår departementet at uførepensjonister med gradert uførepensjon skal kunne benytte seg av fleksibel alderspensjon fra 62 år. Summen av uføregraden og graden for uttak av alderspensjon kan ikke overstige 100 prosent, presiserer departementet på sine nettsider.

Levealdersjustering

I forbindelse med lovforslaget om ny uføretyelse og en varig løsning for uføres alderspensjon, vil også spørsmålet om levealdersjustering for denne gruppen bli vurdert.

Levealdersjustering betyr at om gjennomsnittlig levealder for et årskull øker, vil kullet måtte jobbe lenger for å oppnå den pensjonen de ellers ville fått. Departementet foreslår nå at også uførepensjonister fra 2011 og inntil videre skal omfattes av levealdersjustering. Fram til 2050 antar man at forventet levealder vil øke med fire år, og spare staten for 15 milliarder i året.

Uheldig forslag

Spørsmålet om uførepensjonister skal være omfattet av levealdersjustering har vært omstridt helt siden det ble foreslått av Uførepensjonsutvalget i 2007.

Unio-leder Anders Folkestad er sterkt kritisk til forslaget fra regjeringen og frykter forslaget vil låse fast debatten.

– Det er uheldig for hele debatten om uførepensjon at regjeringen trekker konklusjoner allerede nå, når de vet at dette er komplisert og sensitivt. Uføre er arbeidsuføre per definisjon. De kan ikke arbeide og kan ikke påvirke sin pensjon ved å stå lenger i arbeid, som er en mulighet som ellers trekkes fram i pensjonsdebatten, sier Anders Folkestad. ■■■



Cialis[®]
tadalafil



Styrt av **lyst**

Flere studier viser at flertall menn og partnere foretrekker Cialis[®] framfor Viagra[®], ikke minst pga den lange virketiden.^{1,2} Anbefal gjerne Cialis[®] til din neste pasient med ereksjonsvikt.

Referanse: 1. Dean et al; J Sex Med; 2006; 3:650-661. 2. Mirone et al. BJU Int. 2009. 103:1212-1217.

2010-03-011 | 63805 | NOCUSA00018

Kom i form til sommeren!

Meld på din avdeling til aktivitetskonkurransen!

**ALLE KAN
DELTA!**

Tusenvís av sykepleiere fra hele landet har allerede opplevd entusiasmen som oppstår på arbeidsplassen under en aktivitetskonkurranse. En personlig nettside på dytt.no inspirerer dere til å bli mer fysisk aktive, både på jobben og privat slik at dere som gruppe kan nå et felles mål.

Denne våren skal man "gå" fra Oslo, nedover sørlandskysten og til Kristiansand mellom 27.april og 18.juni. Alle aktiviteter teller, og klarer dere å fullføre løypen i tide er dere med i trekningen av reisegavekort!

Dann lag på arbeidsplassen og meld dere på dere også. Det koster 299 kr eks mva per deltaker. OBS! merk at det tilkommer moms på beløpet.

Les mer om konkurransen på www.dytt.no eller kontakt oss på tlf 22 33 59 00 eller info@dytt.no om dere har noen spørsmål.

Harald Eia

Alder: 44 år

Aktuell som: Sosiolog og programleder i tv-serien Hjernevask.

BAKGRUNN:

I Hjernevask spør Eia: Er vi født sånn eller blitt sånn? Første del handlet om likestillingsparadokset; jo mer likestilte vi er, desto mer tradisjonelt velger vi yrke. Han besøkte sykepleiere på Bærum sykehus. Eia, mest kjent som komiker, har fått kritikk fra sosiologkildene sine for å være tendensiøs og altfor biologivennlig.

Liker tøffe sykepleiere

Er det like godt å legge ned arbeidet med å rekruttere mannlige sykepleiere?

– Nei. Kjønnfordelingen er vel 90-10? Men når vi vet at årsaken delvis er medfødte evner, kan vi lettere gjøre noe med det.

Er det naturbestemt at kvinner velger omsorgsyrker?

– Det medfødte forklarer noe. Ikke alt. Men jeg vet at damer som utdanner seg til ingeniør, ofte ender opp i en personalstilling.

Kjenner du deg igjen?

– Jeg er jo skilt og har barna annenhver uke. Anne har brydd seg litt mer, og det lille ekstra ga store utslag. Nå er jeg nødt til å gjøre noe med det. Men selv om jeg elsker barna mine, vil du aldri høre meg si at nå vil jeg være på kjøkkenet og slutte i jobben.

Ønsker du flere mannlige sykepleiere?

– Ja da.

Hva er en god manns-prosent?

– Hm. Mer enn ti. Men ikke nødvendigvis 50. Det må jo være forenlig med hva folk har lyst til. Mange menn vil sikkert bli sykepleiere, men blir skremt av det massive kvinnetrykket.

Har du selv en sykepleier i magen?

– Det tror jeg absolutt. Jeg liker å se resultater. Men det måtte nok vært akuttsykepleie.

Hvordan fordeler påvirkningen av arv og miljø seg?

– I Norge sies det nå at over halvparten av forskjellene på deg og meg er genetisk betinget. Resten skyldes miljø, hva nå det er. Der ligger jeg nå. Men jeg er åpen for å justere.

Er sosiologene gammeldagse – og biologene moderne?

– Neeeee. Ofte er sosiologene kulere og følger mer med. Biologene er litt naive: «Kan ikke dere skjønne dette, da, det er ikke så komplisert.» Sosiologer er i større grad preget av velferdsstatens verdier.

Hva er det beste å lære av Hjernevask?

– At det ikke er dumt å spørre. Dummenikken stiller ofte lure spørsmål.

Din største aha-opplevelse om kjønnsforskning?

– Da jeg skjønnte at kjønnsforskjeller fins i virkeligheten, men at vi også mentalt leter etter dem. Som om vi er født med en trang til å lete etter mønstre. Det er forvirrende.

Hva har overrasket deg mest?

– Det mest uhyggelige var da jeg spurte assistenten til adopsjonsforsker Plomin om jeg kunne spørre om raseforskjeller. Nei, sa han, de måtte passe på omdømmet. Det er noe der, da, tenkte jeg. Det sjokkerte meg litt.

Hva er det morsomste du har funnet ut?

– At menn fra æreskulturer er mer hissige enn andre. Det kan måles at de blir mer forbanna av små provokasjoner.

Vil du nå endre oppdragelsen av dine to døtre?

– Har tenkt mye på dette. Min søster har hatt store rusproblemer. Jeg har klart meg bra. Mor har klandret seg selv. Jeg har funnet ut at jeg ikke kan forme barna mine, men jeg kan gjøre noe med samspillet og unngå haking og kritisering.

Fått noen reaksjoner fra sykepleiere?

– Nei, men det var artig på Bærum sykehus. En av sykepleierne hadde vært elektriker og hoppet av. Kul historie. De

hadde en tøffere tone enn jeg hadde trodd. Gøy, jeg dras mot det.

Hva vil du si til sykepleierne?

– Takke dem for jobben. Håper jeg aldri får bruk for dem selv. Etter å ha sett dem med egne øyne – kan de ikke få bedre betalt, da!

Tekst Marit Fonn Foto Birgit Dannenberg





Prosjektpenger

- 32 «Vi ser ikke bort ifra at det kan dreie seg om enda større beløp» ›
- 34 Helsedirektoratets forklaring ›
- 36 – Møter bort pengene ›
- 36 Statsbudsjett og kontrollen med pengene ›
- 37 – Rydd opp! ›
- 39 5 på tinget ›

Minst 100 millioner kroner som Stortinget har bevilget til blant annet rus- og psykiatriprosjekter, er av Helsedirektoratet brukt til ordinær drift, ifølge Riksrevisjonen.

Riksrevisjonen refser både direktoratet og departementet for dårlig styring, og mener ledelsen må eller burde ha visst om regnskapsrotet.



TRENGER STØTTE: Prosjektmidlene Stortinget bevilget var ment å gå til pasientgrupper, blant annet til prosjekter innen rus og psykiatri.

gikk til drift →

Direktør i Helsedirektoratet, Bjørn-Inge Larsen, avviser at penger er brukt til andre formål enn dem de var bevilget til.

Kontrollkomiteen på Stortinget ber departementet sørge for at direktoratet betaler tilbake pengene til de gruppene som skulle hatt dem.

Tekst Kari Anne Dolonen og Ann-Kristin Bloch Helmers Foto Stig Weston



FORKLARER: På de neste sidene blir helsedirektør Bjørn-Inge Larsen konfrontert med funnene til Riksrevisjonen.

«Vi ser ikke bort ifra at det kan dreie seg om et enda større beløp. Jens Gunvaldsen, ekspedisjonssjef i Riksrevisjonen

Riksrevisjonen har avdekket store feil i budsjettene til Helsedirektoratet i regnskapsåret 2008. 100 millioner kroner som skulle gått uavkortet til blant annet rus- og psykiatriprosjekter, har ifølge Riksrevisjonen gått til intern drift.

Tekst **Kari Anne Dolonen og Ann-Kristin Bloch Helmers** Foto **Stig Weston**

Rus og psykisk helse var helsepolitiske satsingsområder i 2008, og Stortinget bevilget ekstra penger til disse gruppene.

Helsedirektoratet forvalter penger Stortinget bevilger til ulike formål. Direktoratet hadde i 2008 et budsjett på 9,5 milliarder kroner, hvorav 95 prosent av disse pengene skulle fordeles på 175 tilskuddsordninger.

Tilskuddene skulle gå til kommuner eller frivillige organisasjoner.

Riksrevisjonen har nå kontrollert om alle pengene er brukt i tråd med Stortingets bevilgninger. Og det har de ikke, ifølge revisjonen. 100 millioner kroner av midler Stortinget har bevilget til tilskuddsordninger, har gått til intern drift av direktoratet.

– Vi ser ikke bort ifra at det kan dreie seg om et enda større beløp, sier ekspedisjonssjef i Riksrevisjonen, Jens Gunvaldsen.

– *Hvor alvorlig er dette?*

– 100 millioner kroner er mange penger – selv i et rikt land som Norge. Riksrevisjonen mener det er svært alvorlig at så mange penger er brukt til andre ting enn det Stortinget har bestemt, sier han.

– Stortinget har bevilget pengene fordi de skal gå til visse brukergrupper. Systemene skal da sørge for at det skjer. Det har både departementet og direktoratet ansvar for. Når det svikter, er det alvorlig, sier Gunvaldsen.

Departementet har i Stortingsproposisjon 1 og videre i tildelingsbrevet til Helsedirektoratet feilbudsjettert mellom tilskudds- og driftsmidler.

Direktoratet har videre brukt minst 100 millioner kroner av tilskuddsmidlene til drift, ifølge Riksrevisjonen.

Rus og psykiatri

Budsjettmerkningen er den strengeste reaksjonsformen Riksrevisjonen kan komme med.

– Det er ganske få virksomheter hvert år som får merknad, sier Gunvaldsen.

Direktoratet er den eneste av Helse- og omsorgsdepartementets 11 virksomheter som får merknader i revisjonen. Helseforetakene er ikke med i Riksrevisjonens regnskapsrevisjon.

– *Vet dere hvem som ikke har fått pengene de skulle hatt?*

– Vi vet at midler er tatt fra tilskuddsordninger og ført som drift. Det vi kan si, er at mange av disse millionene skulle gått til prosjekter innen blant annet psykiatri og rus, sier han.

– *Hvordan vet dere det?*

– Fordi dette er de største budsjettpostene. Når vi gjør en revisjon og finner ting som ikke er i tråd med lover og regler, velger vi ofte ut de store budsjettpostene. Vi ser at det flere steder er ført driftsutgifter på poster som skulle gått uavkortet til en pasientgruppe, sier Gunvaldsen.

Ifølge ham bør Helsedirektoratet kunne svare mer detaljert på hvilke prosjekter som ikke har fått pengene de skulle hatt.

– Det er deres jobb å rydde opp i dette etter at vi har påpekt feilene, sier Gunvaldsen.

Reiser og konferanser

Driftsutgifter er et felles begrep som omfatter mange typer utgifter som brukes til å drive en virksomhet, for eksempel Helsedirektoratet.

Eksempler på driftsutgifter er ifølge Riksrevisjonen lønn, lokalleie, reiseutgifter, kurs og konferanser, konsulenttjenester, inventar og utstyr.



UNDRENDE: Ekspedisjonssjef Jens Gunvaldsen (foran) og avdelingsdirektør Knut Lien har funnet store feil i budsjettene til Helsedirektoratet. – Jeg stiller meg undrende til direktoratet og departementets forståelse av denne saken, sier Gunvaldsen.

Stortinget vedtar årlige budsjetttrammer som blant annet fastsetter størrelsen på Helsedirektoratets driftsutgifter. Helse- og omsorgsdepartementet utarbeider deretter et tildelingsbrev til direktoratet hvor de samlede økonomiske rammene for direktoratet inngår.

– Ført på feil post

Direktør i Helsedirektoratet, Bjørn-Inge Larsen, benekter at det er pasientgrupper som ikke har fått de pengene de skal.

På gjentatte spørsmål fra Sykepleien, svarer helsedirektøren:

– Helsedirektoratet har ført utgifter på feil post når driftsmidler har blitt ført på tilskuddsposter. Ordinær drift kan forstås som midler til lønn og husleie. Det er det ikke snakk om her, ifølge helsedirektøren.

– For direktoratet føres evalueringer, kampanjer og konferanser som driftsmidler. Problemet er at budsjetter til disse tingene ofte er gitt på tilskuddspost og utgiftene blir dermed belastet tilskuddspost, hvilket ikke er i henhold til Statens kontoplan, ifølge Larsen.

– At utgiftene er ført på feil post i vårt regnskap, medfører imidlertid ikke at midlene er brukt til andre formål enn dem de var bevilget til. Midlene er derimot ført feil i regnskapet, med tanke på Statens kontoplan, og dette jobber direktoratet sammen med Helse- og omsorgsdepartementet nå med å rette opp, sier Larsen til Sykepleien.

Helseminister Anne-Grete Strøm-Erichsen i Helse- og omsorgsdepartementet ser alvorlig på at det er budsjettet feil mellom tilskudds og driftsmidler, og har nå satt i gang et arbeid med å gjennomgå regnskapsføringen mellom tilskudds- og driftsmidler i Helsedirektoratets regnskap.

Helseministeren avviser imidlertid å ha kjennskap til at noen grupper ikke har fått pengene de skal.

– Departementet er ikke kjent med at noen tilskuddsmottakere ikke har fått tilskudd fordi deler av bevilgningen har gått til statlig drift. Vi er orientert om at direktoratet i intervju med Sykepleien har uttalt at direktoratet ikke har fått tilbakemeldinger på feil i utbetalinger av tilskudd, sier helseministeren.

– Utgiftene relaterer seg til konsulenttjenester for evalueringer, informasjons- og kampanjetiltak, publikasjoner samt kurs-, konferanse- og opplæringskostnader knyttet til handlingsplaner og tilskuddsordninger. Dette er produkter og tjenester som også kommer tilskuddsmottakere og brukerne til gode. Det har ikke blitt ført lønnskostnader på tilskuddspostene, sier helseministeren.

Undrende til direktoratets tolkning

Ekspedisjonssjef Jens Gunvaldsen i Riksrevisjonen er forevist svarene fra Helsedirektoratet og Helsedepartementet.

– Jeg stiller meg undrende til Helsedirektoratets forståelse av saken, sier han.

– I Riksrevisjonens rapport heter det at 100 millioner kroner ikke er brukt i samsvar med Stortingets forutsetninger for bevilgningene, og at regnskapsføringen er i strid med bevilgningsreglementet. I sin innstilling har Kontroll- og konstitusjonskomiteen også forutsatt at tilskuddsmottakerne blir kompensert. Ut fra dette er det vanskelig å forstå hvordan direktoratet og departementet kan oppfatte at dette bare er et regnskapsteknisk problem, sier han.

Går gjennom budsjettene

Kontroll- og konstitusjonskomiteen krever at departementet sørger for at direktoratets feilbruk av tilskuddsmidler blir rettet opp.



- Har dette blitt gjort?
- Nei, sier Bjørn-Inge Larsen i Helsedirektoratet.
- De 100 millioner kronene har gått til legitime formål med hensyn til bevilgningene, på mange steder formål som Stortinget eksplisitt har beskrevet i sin budsjettbehandling, eller formål som Helse- og omsorgsdepartementet har bedt Helsedirektoratet om å gjennomføre i tildelingsbrevet til Helsedirektoratet.
- Tar dere denne kritikken alvorlig?
- All kritikk fra Riksrevisjonen er alvorlig, og tas alvorlig. Vi har sammen med Helse- og omsorgsdepartementet prøvd å rydde i dette. Det vi gjør er å gå gjennom disse budsjettpostene, så det vil vises mer nyansert hvilke deler av bevilgningen av en handlings-

« Stortinget har bevilget pengene fordi de SKAL gå til visse brukergrupper. Systemene skal da sørge for at det skjer. *Jens Gunvaldsen, Riksrevisjonen*

plan som bør være på en 60-post eller 70-post, sier helsedirektør Bjørn-Inge Larsen.

Enkelt forklart er 60-poster penger som skal til kommunene, og 70-poster penger som skal til frivillige organisasjoner eller andre. Ordinær drift skal føres på 20-poster.

Ingen garantier

– Kan du garantere at pengene på Helsedirektoratets budsjett har gått til det Stortinget har bestemt?

– Det er alltid farlig å bruke ordet garantere for alt man gjør. Helsedirektoratet er en stor virksomhet. Vi har 175 tilskuddsordninger og forvalter over ti milliarder kroner. Noen komplett blanko på at alt er perfekt, vil jeg ikke avgi.

Han mener imidlertid at kritikken fra Riksrevisjonen på bruken av de 100 millioner kronene, ikke går på at pengene ikke er brukt til legitime formål.

– Har Kontroll- og konstitusjonskomiteen på Stortinget misforstått, som ber dere om å rette opp i dette?

– Nei, vi holder på å rette opp.

– Hva skal dere rette opp?

– Det vi skal rette opp er først og fremst å vise hvilke poster disse utgiftene hører hjemme på.

– Men det Kontroll- og konstitusjonskomiteen ber om, er at direktoratets feilbruk av tilskuddsmidler blir rettet opp, slik at tilskuddsmottakerne blir kompensert. Mener du at det er en feilslutning fra Kontrollkomiteen på Stortinget at det er noen grupper som skal ha tilbakebetalt penger?

– Jeg tør ikke kommentere den kommentaren fra komiteen, det spørsmålet må du stille til departementet.

– Så det du sier, er at det ikke er noen tilskuddsmottakere som skal bli kompensert her?

– Ja, slik jeg oppfatter kritikken fra Riksrevisjonen, så tror jeg ikke at konsekvensene av det revisjonen peker på, er at noen frivillige eller kommuner har fått for lite penger, sier Larsen.

– Og du mener at Riksrevisjonen heller ikke mener det?

– Ja, det er slik jeg oppfatter Riksrevisjonens kritikk.

Har ikke ryddet opp

– Hva gjør dere nå med denne saken?

– Vi jobber nå med å gå gjennom disse postene og føringene. Vi har ikke avdekket at noen ikke har fått pengene de har krav på, vi oppfatter heller ikke at Riksrevisjonen mener det.

– Har dere rettet opp i budsjettene nå?

– Nei, vi har ikke rukket det. For 2009-budsjettet blir det det samme. I 2010 håper vi at vi klarer å gjøre noe med det, men helt bra blir det ikke før 2011. Da håper vi det er ordentlig ryddet i statsbudsjettet på dette.

– Kanskje skulle vi tatt kontakt med Helse- og omsorgsdepartementet om dette tidligere, og sagt at dette kan fremstå som uryddig, og at det fremstår som rart at dette blir belastet på 60-post når det egentlig er en 20-post. Men det er en annen type kritikk enn at vi har misbrukt penger, sier helsedirektør Bjørn-Inge Larsen.

– Må eller burde visst

Riksrevisjonen mener ledelsen i direktoratet og departementet må eller burde ha visst om budsjettrotet.

– Tyder revisjonen på at det er snakk om bevisst feilføring?

– Vi kan ikke si noe om dette har vært bevisst feilføring eller ikke, men feilene er av en slik karakter at ledelsen i direktoratet må ha visst – eller burde ha visst om dette, sier ekspedisjonssjef Jens Gunvaldsen i Riksrevisjonen.

– Tyder denne saken på dårlig ledelse?

– Det dreier seg i alle fall om dårlig styring, sier han.

– Tyder revisjonen på at helseministeren eller helsedirektøren har

Helsedirektoratets forklaring på budsjettrotet:

Dette er den regnskapstekniske forklaringen til Helse- og omsorgsdepartementet:

– Riksrevisjonen kritiserer oss for feil postering av utgifter. Helsedirektoratet får budsjetter til våre 175 tilskudd på en av tre typer kontoer: 20-poster som er til spesielle driftsutgifter og unntaksvis noen tilskudd, hvor Helsedirektoratet selv med legitimitet kan bruke penger, 60-poster, hvor vi skal tildele penger til kommuner, og 70-poster, hvor pengene skal gå til frivillige organisasjoner og andre. Når Stortinget vedtar å tildele oss penger, for eksempel i handlingsplan for rus eller penger på psykisk helsefeltet, så skjer ofte det at pengene kommer

som en 60-bevilgning. Men Stortinget har uttalt gjennom budsjettbehandlingen at det skal gjennomføres en evaluering, kampanje eller tiltak både i kommunen og blant frivillige organisasjoner. Når Helsedepartementet så skriver sitt tildelingsbrev til oss, og tildeler oss penger, så kommer pengene for eksempel bare på en 60-post, men i realiteten står det i tildelingsbrevet at vi skal ha konferanser, evalueringer og kampanjer. Konferanser, evalueringer, kampanjer fremstår som driftsutgifter i våre budsjetter. Og det er ikke legitimt at vi har gjort det med tanke på hvilken post vi har fått pengene, fordi handlingsplan rus setter pengene på en 60-post, men

det er legitimitet i den forstand at Helsedepartementet har bedt oss om å gjøre det, og Stortinget har beskrevet at vi skal gjøre det, i sin bevilgning.

Det vi oppfatter som Riksrevisjonens kritikk, er at det ikke er riktig struktur på hvordan disse postene er håndtert i bevilgningene til oss, og dermed heller ikke riktig håndtert fra vår side når vi fører utgiftene på post. De kampanjene vi fører på 60-poster, burde vært ført på en 20-post. Vår forståelse av dette, er at den viktigste feilen vi har gjort, er at vi og departementet ikke har vært tydelige nok i å beskrive hva som skal være på 20, 60 og 70-poster.



OPPRYDNING: Direktør i Helsedirektoratet, Bjørn-Inge Larsen, lover ryddige budsjetter fra 2011.

vært klar over at 100 millioner av tilskuddsmidlene er brukt til drift?

– Visste de det ikke, er det også et tegn på dårlig styring. Vet de det, burde de forhindre det, sier Gunvaldsen.

– Forholder oss ikke til Stortinget

Helsedirektør Bjørn-Inge Larsen sier han først fikk vite om budsjettfeilene da Riksrevisjonen gjorde ham klar over det.

– Riksrevisjonen mener dette tyder på dårlig styring i direktoratet og departementet?

– Det høres alvorlig ut, og jeg har ikke behov for å skyve fra meg ansvar. Men den veldig sterke kritikken som går på at noen ikke har fått de pengene de skal ha, mener jeg Riksrevisjonen ikke har rettet. Vi rydder i dette. Det er ikke slik at frivillige organisasjoner ikke har fått det de skal, sier han.

På gjentatt spørsmål om det er en feilslutning av Kontrollkomiteen som krever at tilskuddsmottakerne må få kompensasjon, svarer helsedirektør Bjørn-Inge Larsen at han ikke vil mene noen ting om det, og:

– Vi forholder oss ikke til Stortinget, vi forholder oss til Helse- og omsorgsdepartementet.

Store beløp

Gunvaldsen kan ikke huske andre revisjoner hvor så store

beløp er blitt feilført som driftskostnader.

Riksrevisjonen ber i sin merknad departementet og direktoratet om å rydde opp i regnskapsføringen.

« Vi rydder i dette. Det er ikke slik at frivillige organisasjoner ikke har fått det de skal. *Helsedirektør Bjørn-Inge Larsen*

– Det må bli tydelig hva som er drift, og hva som er utgifter som skal gå direkte til brukergruppene. Det må bli krystallklart at pengene Stortinget bevilger skal gå uavkortet til brukergruppene. Det er uheldig når dette blandes sammen.

– Slipper ikke saken

Hvilke konsekvenser regnskapsrotet skal få, er det Stortinget som bestemmer.

– I tillegg vil vi følge dette opp. Vi slipper ikke saken før alt er i orden, sier Gunvaldsen.



– Møter bort pengene

Jon Storaas, daglig leder av Rusmisbrukernes interesseorganisasjon (RIO), synes budsjettrotet i Helsedirektoratet er alvorlig, men tror ikke det er første gang.

Tekst **Kari Anne Dolonen** Foto **Rio**



SELVERFART: Jon Storaas leder RIO, en organisasjon som drives av tidligere rusmisbrukere. Han mener det sjongleres mye med penger i kommunene.

Det er ikke bra i det hele tatt. Dessverre tror jeg ikke det er enestående. Generelt har jeg inntrykk av at også de pengene som går uavkortet til prosjekter, blir brukt til drift. Det vil si at pengene «møtes bort». I prosjekter går man i møte, på møte, på møte. Ofte er det lite igjen av prosjektmidler som kommer de faktiske brukerne eller pasientene til gode, sier Storaas.

– Er du sikker på at RIO har fått de pengene Stortinget har bevilget?

– Vi er under en stor budsjettpost sammen med mange andre frivillige organisasjoner. Vi har ikke anledning til å gå så dypt inn at vi kan se om vi har fått de pengene vi skal ha, sier han.

Han mener det i kommuner er mye sjonglering med penger i budsjetter.

– Opptrappingsplanen i psykisk helse er et godt eksempel på det. Jeg kaller hele planen for Norges største vits. Andre ganger kan det være helt riktig å omrokere midler, men det er ikke greit at Helsedirektoratet bruker 100 millioner til drift som skulle kommet prosjekter til gode, sier han.

«Dessverre tror jeg ikke det er enestående. Jon Storaas

Statsbudsjettet og kontrollen med pengene

1. Skatteinntektene fordeles en gang i året over statsbudsjettet. Størsteparten av potten går til felles velferdsgoder som helse, vei og skole.
2. Arbeidet med budsjettet starter omtrent et år før det legges frem for Stortinget. Finansdepartementet samordner alle innspill fra departementer og komiteer. I begynnelsen av oktober legger regjeringen så frem sitt forslag til statsbudsjett.
3. Etter at det er gjort, diskuteres budsjettforslaget i komiteer og i partiene. Regjeringen forhandler med andre partier for å sikre at budsjettet blir vedtatt i Stortinget. Opposisjonen utarbeider ofte egne alternative budsjetter.
4. Statsbudsjettet skal være endelig vedtatt innen 15. desember.
5. I juni revideres budsjettet. Da har politikerne i Stortinget mulighet til å omrokere penger dersom det er nødvendig.
6. Riksrevisjonen skal passe på at skattepenger blir brukt slik Stortinget har bestemt. Det gjør de blant annet gjennom sin årlige regnskapsrevisjon.
7. Resultatene av regnskapsrevisjonen kommer en gang i året for hvert departement i Dokument nr. 1. I denne rapporten står det om alt er i orden. Det vil si om pengene er brukt til det formålet Stortinget har bestemt.
8. Når Riksrevisjonen finner feil, gir de merknader til departementet det gjelder. I denne saken handler det om Helsedepartementet. Når Riksrevisjonen gir en merknad, er det alvorlig.
9. Riksrevisjonen fortsetter å følge opp feilene til departementet har lukket avvikene.
10. Riksrevisjonen legger frem sin rapport for både Stortinget og for Stortingets kontroll- og konstitusjonskomité.
11. Stortingets kontroll- og konstitusjonskomité følger opp Riksrevisjonens merknader. De kan også selv også komme med merknader og kommentarer til departement og kreve at de retter opp eventuelle feil, slik de har gjort i denne saken.



– Rydd opp!

- ALVORLIG: Bent Høie, leder i helse- og sosialkomiteen på Stortinget, forventer at både Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet retter seg etter Riksrevisjonens og Kontroll- og konstitusjonskomiteens merknader.

Leder av Helse- og omsorgskomiteen på Stortinget, Bent Høie, mener Riksrevisjonens rapport forteller om et stort behov for opprydning. Både i Helsedirektoratet og i Helse- og omsorgsdepartementet. Fra Stortingets kontrollkomité er kritikken minst like krass.

Tekst **Kari Anne Dolonen** Foto **Stig Weston**

En av mine hovedbekymringer som stortingsrepresentant er at penger vi bevilger, brukes feil. Nettopp slik Riksrevisjonens rapport viser. Jeg synes det er spesielt alvorlig når det går ut over pasienter og deres rettigheter. Stortinget legger klare føringer på hva pengene vi bevilger skal gå til. Det er helt klart fra vår side hvilke grupper som skal nyte godt av dem, sier leder av helse- og sosialkomiteen, Bent Høie.

– Riksrevisjonens påpekninger, og mine egne erfaringer, forteller at det er behov for en kraftig opprydning i direktoratet.

Mer til byråkrati

Selv om Helsedirektoratet stadig bruker mer penger på byråkrati, er ett av problemene ifølge Høie, at det ikke klarer å behandle søknader fra organisasjoner, kommuner og pasientgrupper raskt nok.

– Hvert år møter jeg representanter fra interesseforeninger og pasientgrupper. De kommer med forslag til mange prosjekter og tiltak. Ut ifra mange av disse historiene, bevilger Stortinget ekstra penger for at nettopp disse prosjektene og tiltakene skal settes i gang, forteller han.

– I noen tilfeller er disse pengene gått til byråkrati i stedet for tiltak for pasientene. Det er alvorlig, sier han.

Mye ut av lite

– Ett eksempel: Stortinget bevilget penger til forebygging av hiv, og

til rusforebyggende arbeid. Når året var omme, var det mer penger igjen i potten Stortinget hadde bevilget. Pengene som ikke var brukt opp, ble inndratt. Det var ikke mangel på verken gode søknader eller prosjekter. Problemet var at direktoratet ikke klarte å behandle alle søknadene. Som folkevalgt synes jeg dette er svært alvorlig. Gjennom slike prosjekter og tiltak får vi som samfunn ofte mye ut av små midler.

Høie vet ikke hvilke prosjekter som ikke har fått sin andel av de 100 millioner kronene som Helsedirektoratet har brukt til andre ting.

– Riksrevisjonens gjennomgang viser at det ikke alltid er slik at pengene er brukt opp, men de er rett og slett blitt brukt feil, sier han.

Ikke beroliget

Departementet har svart Riksrevisjonen. Høie er derimot ikke beroliget av departementets forklaring.

– De innrømmer at det er alvorlig at penger brukes feil, men sier samtidig at det har med kultur å gjøre. Jeg mener det vitner om at departementet ikke tar saken alvorlig nok.

Riksrevisjonen har også pekt på store svakheter i Helse- og omsorgsdepartementets budsjettering og regnskapsføring. Det gjelder også for Statens legemiddelverk og Folkehelseinstituttet.

– Det er svært alvorlig når departementet feilbudsjetterer. Dette området behandles i Stortingets kontrollkomité. Det er de som følger opp denne saken, sier Høie.



Stortingets kontrollkomité har også lest Riksrevisjonens rapport. Leder Anders Anundsen (Frp) mener Helsedirektoratet bør lese merknaden fra komiteen nøye.

I sine merknader påpeker komiteen at «departementet ikke har rettet opp direktoratets feilbruk av tilskuddsmidler på en slik måte at tilskuddsmottakerne er kompensert. Komiteen forutsetter at dette rettes opp.»

– Det er ikke mulig å tolke Riksrevisjonen annerledes enn at 100 millioner kroner er gått til drift av Helsedirektoratet, og ikke de prosjektene Stortinget bevilget pengene til, sier Anundsen.

– Jeg er overrasket over at direktoratets oppfatning avviker fra Riksrevisjonens oppfatning. Det er lite som tyder på at dette kan forklares med feilføring i regnskapet til direktoratet.

Komiteen han leder har reagert kraftig på rapporten.

– I våre kommentarer til rapporten sier vi blant annet at vi deler

og skal nå ha opprettet systemer som gjør at dette ikke skjer igjen.

– Hvis det viser seg at departementet og direktoratet ikke retter opp dette, hvilke konsekvenser får det?

– Som komité har ikke vi noen reaksjonsmuligheter. Men Stortinget kan fatte konkrete vedtak om pålegg til regjeringen og at det kan vedta kritikk mot statsråden.

Det som er normalt, er ifølge Anundsen at departementet retter seg etter en enstemmig komité.

Anundsen opplever at både direktoratet og departementet innrømmer å ha brukt 100 millioner kroner feil.

– Merknadene fra Riksrevisjonen er ikke tilbakevist på noen måte fra departementets side, sier han.

– Må lese nøye

Helsedirektoratet tolker Riksrevisjonens merknader annerledes. De mener de kun har ført bevilgninger på feil poster, men at alle har fått pengene sine.

Anundsen har sett på svarene Sykepleien har fått fra direktoratet.

– Jeg mener fremdeles merknadene fra komiteen og Riksrevisjonen er riktig. Nemlig at prosjekter som er tiltenkt midler, ikke har fått dem. Drift i et direktorat er mer enn husleie og lønn til ansatte. Jeg kan ikke se fra Helsedirektoratets svar at det er grunnlag for å mene noe annet enn det Riksrevisjonen har lagt til grunn for sine merknader.

– Har du forståelse for at direktoratet tolker Riksrevisjonens anmerkninger annerledes?

– Nei, jeg synes egentlig Helsedirektoratet bør lese merknaden fra komiteen nøye. Det er jeg sikker på at departementet har gjort. Men jeg må si jeg er litt overrasket over Helsedirektoratets tolkninger og svar til Sykepleien, sier han. ■■■

«Drift i et direktorat er mer enn husleie og lønn til ansatte.» Anders Anundsen (Frp)

samme syn som Riksrevisjonens skriver i sine merknader. Komiteen har til og med gått litt lenger i sin kritikk. Vi ber departementet om å få på plass systemer som hindrer at noe slikt skal skje igjen. I tillegg ber vi departementet om å sørge for at prosjekter som skulle hatt disse pengene, får dem, sier han.

Anundsen vet ikke konkret hvilke prosjekter som ikke har fått penger fra bevilgningen.

– Ikke tilbakevist

Departementet har også gitt uttrykk for at dette er alvorlig,



- LES NØYE! Leder i Kontroll- og konstitusjonskomiteen på Stortinget, Anders Anundsen (Frp) mener Helsedirektoratet bør lese merknaden fra komiteen nøye, og sørge for at prosjekter som ikke har fått penger de skulle hatt, får det.

5 på «tinget»

Tekst **Kari Anne Dolonen**
Foto **Stortinget**

Sykepleien har stilt fem sykepleiere på Stortinget følgende spørsmål: Hva tenker du om at Helsedirektoratet har brukt over 100 millioner kroner til drift istedenfor prosjekter Stortinget har vedtatt at pengene skal gå til?



Kari Henriksen, (Ap)

– Jeg synes det er bra at vi har Riksrevisjonen som oppdager det dersom pengene brukes annerledes enn det Stortinget har bestemt. Jeg føler meg stort sett trygg på at det skjer. Det er imidlertid også min jobb som stortingsrepresentant å etterspørre hvordan oppfølgingen av vedtak gjøres. Vi må også passe på.



Laila Marie Reiertsen (Frp)

– Jeg kjenner ikke saken direkte, men det kan virke som om at Helsedirektoratet får for lite penger og at det er et resultat av kamuflerte driftsbehov. Hvis det er det som er årsaken, må det frem. Uansett skal ikke tilskuddsmidler brukes til drift.



Ingjerd Schou (H)

– Jeg synes ikke dette er tillitvekkende. Det er en uting. Vi må sørge for at direktoratet har en basisbevilgning og organisering som gjør at penger Stortinget bevilger går uavkortet til prosjektene. Tiden er moden for å se på hvordan Helsedirektoratet ledes og administreres. Som stortingsrepresentant er jeg ikke alltid sikker på om penger vi bevilger, går til de sakene vi har bestemt. Det er ikke fordi jeg har mistillit til ledelsen i Helsedirektoratet, men har en følelse av at byråkratiet spiser opp midler fordi de er u hensiktsmessig organisert.



Laila Dåvøy (KrF)

– Jeg reagerte veldig på dette. Penger som Stortinget bevilger, skal gå til de prosjektene vi har bevilget pengene til. Jeg synes ikke dette er tillitvekkende. Kontroll- og konstitusjonskomiteen har også bedt nokså tydelig om at pengene som er gått til drift skal tilbakebetales til de prosjektene de var ment å gå til.



Tove Lise Torve (Ap)

– Min umiddelbare reaksjon er at dette er beklagelig. Jeg kjenner ikke saken, men som stortingsrepresentant forventer jeg at de vedtak som Stortinget fatter blir fulgt opp.



80 000

helsearbeidere har tilgang til PPS

Stadig flere integrerer PPS i sitt journalsystem. Den enkelte bruker slipper dermed å forholde seg til flere systemer, og pasientene sikres lik behandling.

Vil du vite mer om PPS og integrasjon med andre systemer, gå inn på våre nettsider

www.akribe.no/pps

PPS 
Praktiske Prosedyrer i Sykepleietjenesten

Ønsker nasjonal satsning på e-læring

Helse Sør-Øst hadde nylig et e-læringsseminar med selebert besøk fra Storbritannia. Dr. Julia Moore, direktør for e-Learning for Healthcare (e-LfH), delte sine erfaringer med å innføre et prisvinnende e-læringsprogram i samarbeid med NHS (National Health Service).

– Vi opplever at vi er på riktig vei når det gjelder satsning på e-læring, sier e-læringskoordinator i Helse Sør-Øst, Merete Laugerud Holsted (bildet).

– Noe av det Julia bekrefter for oss er den viktige satsningen på egenproduksjon av kurs og den sterke involveringen av dyktig fagpersonell. At vi tenker utveksling og deling som et prinsipp er også noe Julia fremhever som viktig for at e-læring skal være et godt verktøy for fremtiden. Ønsket er at vi får en nasjonal satsning på e-læring innen helsevesenet i Norge, avslutter Holsted.



Foto: Privat

Svensk sjuksköterskeförening 100 år

I år er det 100 år siden svenske sykepleiere dannet Svensk sjuksköterskeförening. Da som nå var det etikk- og utdanningsspørsmål som utgjorde hovedarbeidsområdene for organisasjonen. I dag jobber det over 100 000 sykepleiere i Sverige, og foreningen har 76 000 medlemmer.

Det blir ulike aktiviteter i forbindelse med jubileet. Blant annet utgis en historiebok. Det holdes en vandrestilling på Historisk museum i Stockholm fra 30. mars til 11. april.

I Sverige finnes også Vårdförbundet, som konsentrerer seg mer om arbeidsforhold og helsepolitikk nasjonalt og internasjonalt. Vårdförbundet organiserer sykepleiere, jordmødre, biomedisinske analytikere og røntgensykepleiere og har 111 000 medlemmer. Det er vanlig at svenske sykepleiere er medlem av begge organisasjonene.



Foto: Beate Ørbeck

15 kulturveiledere i Oslo

Mer enn hver femte pasient ved Oslo universitetssykehus er flerkulturell. Derfor har sykehuset utdannet sitt første kull med kulturveiledere i samarbeid med Høgskolen i Oslo. Det er et deltidsstudium med 15 studiepoeng. Formålet har vært å øke de ansattes kunnskap om det kulturelle

mangfoldet pasientene på sykehuset representerer.

De 15 studentene er blant annet sykepleiere, ambulanspersonell, tillitsvalgte, fysiokjemikere, vernepleiere, psykologer og postverter. De skal nå fungere som en ressurs i sine fagmiljøer i møtet med pasienter fra andre kulturer.

Det jobbes med å få til et nytt kurs med søknadsfrist i mars neste år.

– Vi oppfordrer alle yrkesgrupper som jobber i helse-sektoren og som har kontakt med minoritetspråklige pasienter til å søke. Vi ser gjerne at leger og psykologer blir med. De var ikke representert i første kullet, sier Hege Linnestad (bildet), seksjon for likeverdige helsetjenester.

Der ute

Les mer om:

- 47 Bedriftssykepleier i Oslo >
- 48 Kunst for kreft i Oslo >
- 52 Færre syke i Mandal >



sykepleien.no

- Daglige nyheter om sykepleiere og helse på sykepleien.no



DER UTE RUS OG PSYKIATRI



Fakta om 24sju:

- 24sju drives av Kirkens Bymisjon
- Åpnet i september 2009
- Hjelper mennesker med rus-/psykiatri-problemer til riktig behandlingstilbud i kommune/spesialisthelsetjeneste
- Tilbyr utredning, behandling og oppfølging på spesialisthelsetjenestenivå for dem som ellers ikke får tilgang til et slikt tilbud.

Etter et halvt års drift, ser sykepleierne ved 24sju at det er stort behov for et lavterskeltilbud for psykisk syke rusmisbrukere i Oslo sentrum.

Tekst Ann-Kristin Bloch Helmers Foto Stig M. Weston

Opp en trapp og inn en dør på hjørnet av Dronningens gate og Rådhusgata i Oslo ligger 24sju, et tilbud til hovedstadens mest utsatte mennesker.

Mellom to stoler

Denne marsmorgenen er det allerede noen på plass i det store, åpne oppholdsrommet. En ung,

Lav terskel hele døgnet – hele året



pen kvinne klipper roser, og går rundt i det store lokalet og sørger for at alle blomstene får vann. Rundt henne surrer en ung jente, tydelig ruset.

I september 2009 åpnet Kirkens Bymisjon landets første lavterskeltilbud til mennesker med psykiske lidelser og rusproblemer. 24sju er spesialisthelsetjeneste på gatenivå, og brukerne kan få hjelp uten henvisning og uten timeavtale.

– Mange som kommer hit har falt mellom to stoler i hjelpeapparatet, sier Pelle Slagsvold, psykiatrisk sykepleier i 24sju.

Han er en av ti sykepleiere som jobber ved lavterskeltilbudet.

Stell og samtaler

Slagsvold viser rundt i den 1200 kvadratmeter store bygningen. Oppholdsrommet er bare en liten del av alt 24sju har, eller snart har, å tilby. Mens oppholdsrommet vender ut mot gata, og

har sittegrupper og godt lys, er det annerledes lengre inn i gangene.

I et stort, mørkt rom står en rekke liggestoler inntil veggen. Her får de mest slitne tilbud om å sove litt og samle seg. Denne morgenen er det bare en her, en godt voksen mann som ligger langt nede i stolen, i mørket, varmen og stillheten.

Kompetente

Kompetanse har vært et stikkord i oppbyggingen av 24sju.

Fem av de ti sykepleierne er psykiatriske sykepleiere, og alle har lang erfaring fra rusarbeid eller psykiatri. I tillegg jobber en lege i full stilling sammen med en psykiater, og det er også to psykologspesialister. Det er også andre ansatte med spesiell fagkompetanse på rus- og psykiatrifeltet.

– Vi etterstreber å tilby den fleksibiliteten

MYE NØD: Pelle Slagsvold og Bjørg Totland Frøyen ser mye nød i jobben som psykiatrisk sykepleier ved 24sju. – Det er skremmende mange unge innom lokalene her, sier Slagsvold.

denne gruppa trenger. Mange har problemer med å komme til en avtalt time, så vi prøver å være der når brukerne er klare for det, sier fagkoordinator og psykiatrisk sykepleier Bjørg Totland Frøyen.

Pelle Slagsvold er utdannet familierapeut, har jobbet i 20 år i voksenpsykiatrien og fem år i barne- og ungdomspsykiatrien. Han har også ledet akuttavdelingen ved Diakonhjemmet på Vindern, og har de siste 18 årene hatt tilleggsjobb ved psykiatrisk legevakt på legevakta i Oslo.

Bjørg Totland Frøyen har lang erfaring som kliniker og leder ved Dikemark, og har jobbet mye med dobbeltdiagnoser innen rus og psykiatri som avdelingsjef på Tøyen DPS.





Døgnåpent

Dørene hos 24sju er åpne hele døgnet, og det er også telefonen. Man skal kunne få svar når som helst. Inne i oppholdsrommet er det tilbud om en brødskive og kaffe.

– Dette er ikke primært et serveringssted, det er mange andre som har det tilbudet til denne

– Samtaler med rusede kan være vanskelig. Det er ikke alt som sies som er sant, og vi må dobbeltsjekke mange av opplysningene, sier Slagsvold.

– Samtidig er det mange av brukerne som har dårlige erfaringer med helsevesenet fra før, så vi bruker tid for å etablere både kontakt og tillit.

«Vi er overrasket og skremt over hvor unge mange av våre brukere er.»

gruppa. Men over en kaffekopp er det lettere å komme inn på folk og få kartlagt hva de trenger hjelp til, sier Totland Frøyen.

Skal ut igjen

24sju skal ikke være en endestasjon for folk, målet er å få brukerne ut til sine hjemkommuner, så sant det er mulig.

Sykepleierne må ofte veilede kommunene, og bruker mye tid til å ringe rundt for å skaffe en oversikt over hvilke tilbud den enkelte har fra før, og så finne fram til et opplegg som kanskje er mer hensiktsmessig.

– Hvordan er det å jobbe i et miljø hvor så mange er ruset?

– Miljøterapien kan være utfordrende. Det er et stort oppholdsrom, og det kan være 30-40 stykker innom samtidig. Vi skal både observere og etablere en kontakt, og forsøke å finne ut hvem som er innom, og hva de trenger, sier Bjørg Totland Frøyen.

Bare det å få lov til å se på sår og byller kan ta lang tid. Når vi først får lov til å nærme oss for å hjelpe til med sårstell, kan det være en god mulighet til å kartlegge andre behov, sier Pelle Slagsvold.

Fattigdom og kriminalitet

Et eget rom for sårstell er underveis, med egen inngang og dusj. Foreløpig er det bare en delvis utpakkert benk midt i et tomt rom, mye annet har vært viktigere å få på plass.

Samtalerommene som ligger på rekke og rad i andre etasje er allerede godt innkjørte.

Bakgrunnen for opprettelsen av 24sju, var en erkennelse fra helsemyndighetene av at de mest utsatte rusmisbrukerne i Oslo sentrum ikke fikk den hjelpen de hadde behov for.

De fleste som kommer hit, har i tillegg til rusavhengighet og psykiske lidelser, en hverdag preget av fattigdom, ustabile boforhold, prostitusjon, kriminalitet og mangel på sosial inkludering.

TILGJENGELIG: - Vi skal være der når brukerne trenger oss, sier Bjørg Totland Frøyen. Det tar tid å opparbeide tillit. Over en kaffekopp er det lettere å komme inn på folk.

Kirkens Bymisjon fikk bevilget 60 millioner kroner for en toårsperiode. Tilbudet skal evalueres underveis. Både Sirius (Statens institutt for rusmiddelforskning) og Høgskolen i Vestfold har forskningsprosjekter gående, og en arbeidsgruppe med representanter fra blant annet Oslo politidistrikt, Helse Sør-Øst og HelseDirektoratet gir løpende tilbakemeldinger.

24sju har også et utstrakt samarbeid med Uteseksjonen i Oslo, hvor begge parter hjelper hverandre med informasjon og praktisk bistand. Uteseksjonen har sosionomer og barnevernspeagoger, mens 24sju har helsepersonell.

Sex mot overnatting

En jente spør etter donøkkelen. Nøkkelen skal gjøre det vanskeligere å bruke lokalene til uønskede formål. Men sykepleierne forteller at det likevel foregår både dealing og injiseringer.

– Det er ikke til å unngå. Vi er tydelige på at vi ikke vil ha det her, men vi får ikke fjernet det helt. Vi har hatt et par nesten-overdoser, og det er ikke noe vi ønsker. En viktig del av vårt arbeid er jo å få folk ut og videre, sier Pelle Slagsvold.

– Vi prøver å unngå at det etablerer seg et miljø her, sier han.

– Mange av brukerne våre er mellom 18 og 23 år. Vi prøver å fortelle dem at rusmiljøet i Oslo ikke er et godt sted å være, og vi gjør det vi kan for å hindre rekruttering. Samtidig ser vi at mange av de helt unge har store relasjonsskader. Noen av de unge jentene forteller at de bytter sex mot overnatting, og vi ser også at enkelte har veldig lett for å sette seg på fanget til eldre menn, for å oppnå forskjellige goder.

– Hva gjør dere da?

– Vi prøver å gå rett inn i situasjonen, og tydelig beskrive det vi ser. Samtidig prøver vi å finne ut hva den enkelte trenger, løse opp begynnende miljøer, og få sendt folk videre til riktig behandlingsopplegg, sier Pelle Slagsvold.

– Vi hadde en jente innom her, som var mye sammen med eldre gutter. Vi så at hun klenget seg inn på den ene voksne mannen etter den andre, sier Totland Frøyen.

– Oppsøkende tjeneste kjente til henne, og vi fant etter hvert ut at barnevernet hadde hatt ansvaret for henne til hun var atten, men at det ikke var noen tiltak etter det. Hun hadde sannsynligvis en lettere psykisk utviklingshemming, men var ikke utredet for det, og vi hadde ingen hjemler å bruke, forteller Bjørg Totland Frøyen.

Dramatisk økning av unge

Etter at 24sju åpnet, har de ansatte sett en dramatisk økning av unge i denne kategorien – tidligere barnevernsbarn fra 18 år og oppover, som ikke klarer seg selv. Noen er helt alene, de har enten

vokst opp i mange forskjellige fosterhjem, eller de har vokst opp på institusjoner. De har ingen varige relasjoner, de har ikke boevne, mange kan ikke lese og skrive, og har rusproblemer.

– Vi er overrasket og skremt over hvor unge mange av våre brukere er, og hvor mange som har en slik bakgrunn, sier Pelle Slagsvold.

– Hvis barnevernet ute i kommunene hadde vært mer framoverlent, hadde vi kanskje unngått at de havnet her. Vi opplever spesielt at det er en mangel på helsekompetanse når vi ringer rundt. Mange har skjulte syndromer, som ikke har blitt verken avdekket eller fulgt opp av skolen eller barnevernet, sier Pelle Slagsvold.

For noen uker siden kom en 18 år gammel gutt innom, og spurte om å få overnatte fordi faren hadde kastet ham ut fordi han ruset seg. Han hadde brukt heroin siden han var 13 år. Etter en natt i liggestolene på 24sju startet et kartleggingsarbeid, som resulterte i at 18-åringen fikk gjenåpnet saken fra barnevernet, og fikk tilbud om avrusningsplass etter to uker.

– Han er et av mange eksempler på manglende overføring fra barnevernet til videreoppfølging av voksne i kommunen. Disse ungdommene er ofte

institusjonaliserte, og har stor funksjonssvikt når det gjelder daglige gjøremål. De kamuflerer imidlertid dette bak en velutviklet evne til å snakke med voksne hjelpere, de kan vårt språk, og det kan være vanskelig for oss å oppdage hvilken nød som ligger bak veltalenheten, sier Totland Frøyen.

Krever høy kompetanse

– Den andre store gruppa er de som er for rusa til å få psykiatrisk hjelp, og for syke til å komme inn i rusbehandling. Mange av disse har tidligere bare fått akuttpsykiatrisk hjelp fordi de har vært veldig gale på legevakta en kveld, sier Slagsvold.

– Videre fra legevakta har de kanskje blitt tvangsinnlagt, men utskrevet igjen etter en til to dager, når ting har roet seg. Da har de fått henvisning til DPS, men har ikke evnet verken å bestille eller møte opp til timene, og har ikke fått psykiatrisk hjelp eller riktig medisinerings – før de igjen havner på legevakta i en akutt situasjon, sier han.

– Tilnærmingen til mange av disse brukerne krever høy psykiatrikompetanse, sier Bjørg Totland Frøyen.

– Bygger tillit

Denne morgenen er det omtrent like mange helt unge som middelaldrende innom.

Den unge kvinnen med blomstene holder på med sitt. For en som kommer utenfra er det umulig å se om hun er ansatt eller på besøk. At hun går med vinterjakken inne, tyder på at hun er det siste.

Den unge, morgenrusede jenta er imidlertid ikke til å misforstå. Med en brødkive i ene hånden og kaffe i den andre, balanserer hun ustø og småpratende gjennom lokalet. Hun setter seg på et armlene og gir en av sykepleierne en stor, veivende klem.

– Dette er folk som i praksis har fått veldig lite relevant hjelp tidligere, sier Pelle Slagsvold.

– Ambisjonen vår er å gjøre en forskjell for mennesker som har veldig mange dårlige erfaringer med voksne hjelpere, både foreldre og i behandlerapparatet. Relasjonene må begynne med tillitsbygging, og det tar tid. Men vi ser allerede at vi har hjulpet noen på et bedre spor, og at det nytter å jobbe på denne måten, sier Slagsvold. ■■■

Vekstkurve

DIPS Vekstkurve gir barneavdelingen anledning til å føre og lagre vekstkurver digitalt som en del av pasientjournalen. Gjennom et enkelt og intuitivt brukergrensesnitt kan barnets vekstdata registreres og plottes mot ulike referansmateriale.

DIPS Vekstkurve inneholder flere ulike referansmateriale, inkludert Waaler og Knudtzon (0-17 år), spesialkurver for barn med Downs og Turners syndrom og de nye norske vekstkurvene (Juliusson et al). Brukeren kan enkelt veksle mellom de ulike kurvene og se barnets vekstdata plottet både mot gammelt og nytt referansmateriale.

Systemet gjør automatisk alderskorrigerings ved prematuritet og regner ut kroppsmasseindeks og kroppsoverflate. Det er også funksjonalitet for registrering av pubertetsvurdering. Kurveark kan skrives ut og tas ut elektronisk, for eksempel til epikrise.

DIPS Vekstkurve er tilgjengelig fra alle PC'er på sykehuset, slik at alle vekstdata som registreres på pasienten kommer med i kurven. Registreringer av vekt i DIPS Panorama eller høyde og vekt i DIPS Medikasjon vil også vises i Vekstkurven - og motsatt. Dermed har et sentralt verktøy for barneleger endelig blitt en del av barnets elektroniske journal.

Dersom du vil vite mer om DIPS Vekstkurve kan du kontakte Medisinsk rådgiver Tomas Nordheim Alme (e-post: tna@dips.no) eller Kundeansvarlig Asbjørn Jørgensen (e-post: ajo@dips.no, tlf: 75 59 20 83).

www.dips.no



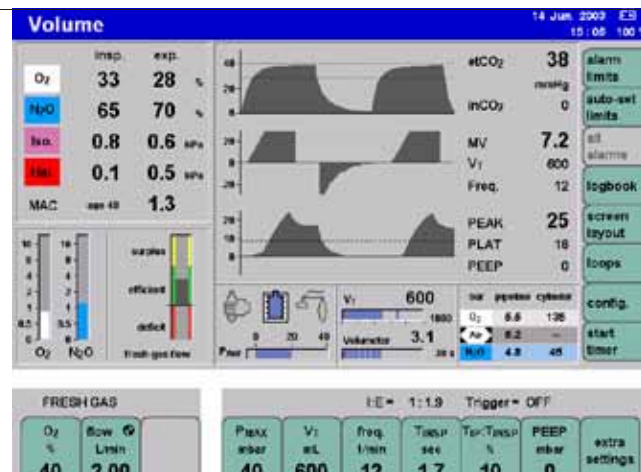


Terje Anderssen er anestesisykepleier med fagansvar Anestesiservice på Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet. E-post: terje.anderssen@rikshospitalet.no

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

Kapnografi

Kapnografi måler pasientens utåndede nivå av forbrenningsgasser. Verdien forteller om pasientens tilstand med hensyn til respirasjon, sirkulasjon og forbrenning. Resultatet gir svar på kroppens tilstand sammen med andre data.



SKJERMBILDE fra en multigassanalysator med Kapnografikurve på toppen.

ETCO2 (Ende Tidal Karbon Dioksid) gir kapnografen oss ved å analysere utåndingsluften til pasienten. Normalverdien (Normokapni) er 4,0 – 5,2 kPa CO2. Verdien kan sammenlignes med arteriell blodgass som vil ligge ca. 0,7 kPa høyere i verdi (4,70 – 5,90 kPa).

Prøvetakingen foregår ved **sidestrøms-** eller **hovedstrøms**måling.

Målingen på en «våken pasient» kan ved sidestrømsmåling skje ved å putte måleslangen inn i det ene neseboret, eller ved hovedstrømsmåling ved å be pasienten puste ut gjennom ett munnstykke med måleren tilkoblet.

Intensiv-medisin har brukt kapnografi lenge, men i varierende grad. Anestesi-personalet bruker helst en multigassanalysator som blant annet også kan måle inspiratorisk og ekspiratorisk nivå av anestesigassene.

Sidestrømsmåling

Sidestrømsmåling skjer ved at det trekkes en konstant gasstrøm, cirka 100-200 ml/min. fra målestedet til måleinstrumentet.

Viktig ved sidestrømsmåling:

- › Gassslangen må være tynn for at gassen skal transporteres hurtig nok frem til sensoren. Tynn slange kan lett gå tett. Måleverdien er ikke i sann tid, men forsinket, for eksempel 0,2 s eller mer, avhengig av lengden på måleledningen og hastigheten på gasstrømmen i denne.
- › Væske og sekret må skilles fra før gassen når målekammeret.

Hovedstrømsmåling

Ved hovedstrømsmåling er selve målehodet (sensoren) plassert på målestedet. Viktig ved hovedstrømsmåling:

- › Målingen er i sann tid
 - › Ingen tynn slange som kan gå tett
 - › Optikk etc. kan trenge rengjøring
- CO2-monitorering kan gi indikasjon på flere ting: Ved å tolke ETCO2-kurven kan en få mye kunnskap om pasientens sirkulasjon, ventilasjon og forbrenning:
- › **Feilintubasjon!** Mangelfullt CO2-utslag.
 - › **Hypoventilasjon!** Høy CO2-verdi. Stimulerer til økt respirasjon og dilaterer sentrale blodkar.
 - › **Hyperventilasjon!** Lav CO2-verdi. Kontraherer sentrale blodkar.

- › **Sirkulasjon**
- › **Metabolisme**

Dette er bare noen få eksempler. Informasjonen/dataene bør sammenholdes med andre data for å styrke ens antagelser.

Feilkilder

Her er noen av de mest framtrepende feilkilder:

- › Løse forbindelser så det suges «falsk luft».
- › Tette filtre.
- › Knekk på/avklemming av slangen.
- › Fuktighet på sensor og/eller i måleslangen. (Kan forårsake en vannlås).
- › Feil målepunkt, f.eks. på barn. Det finnes barnetuber med målepunkt på tubeenden.
- › Alkoholpåvirket pasient. Måleresultatene må vurderes med skepsis da en kapnografi bygger på spektrofotometrisk måleprinsipp i det infrarøde området (IR). Alkoholholdig damp absorberer på disse bølgelengdene.
- › Colakurve. Det ble før sagt at CO2-monitorering var det eneste som ga sikkerhet for trakeal intubasjon. I 1989 ble det beskrevet en oesofagus intubasjon hvor det kom fram en CO2-kuve som ble forvekslet med en normalkurve. Pasienten fikk hjertestans. Senere viste det seg at pasienten hadde drukket et par flasker cola (2 x 0,33L?) like før tidspunktet for intubasjon. Kullsyren i colan var i dette tilfellet nok til at kapnografen viste en tilnærmet normalkurve. Forsøk har vist at en slik kurve lett kan forveksles med en ekte kurve.
- › Brukerfeil. For dårlig opplæring i bruk og lite brukervennlig apparatur. En kapnograf er bedre enn et kapnometer som bare måler tilstedeværende CO2-verdi i øyeblikket. Noen kapnometer har en bargraf som viser den tidsaktuelle verdien mens displayet kan vise gjennomsnittsverdien i en eller flere gitte tidsrom. En kapnograf viser resultatet som funksjon av tid. Den kan tegne et kapnogram (kurve) og utvikling over tid (trend). Et normalt kapnogram har en karakteristisk form. Trenden viser variasjonene i CO2 verdier over tid.

Et kapnometer er vesentlig billigere i anskaffelse og kan gi den informasjonen som en trenger for å avklare situasjonen. ■■■



KAPNOMETER: Gir viktig informasjon og er billig i anskaffelse.

Andre faste bidragsytere:



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



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



Brita Noorland er anestesisykepleier på Bærum sykehus. E-post: noorland@online.no

Weifa

© Bates Dialog © Foto: 1-images.no PAT 09/2A

Når hodepinen forsvinner, kommer leselysten tilbake

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

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

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



Effektiv mot smerte, snill mot magen

La behovet styre valget



Kompetanse

Kjell Runar er sykepleier. Han jobber hos oss og hjelper deg til bedre behandling av dine pasienter.

Han er en av mange i Norengros med høy kompetanse på medisinske forbruksvarer og utstyr – test oss!

TenderCare

Norengros har markedets største og bredeste sortiment på engangs-/undersøkeshansker. Vi er også Norges største leverandør av disse produktene, både til helsesektoren og industrien.

Be om vår brosjyre for valg av riktig hanske til riktig bruksområde.

Til helsesektoren anbefaler vi TenderCare Nitril. En hanske som gir maksimal fingerfølsomhet. TenderCare Nitril er også vår sterkeste engangshanske. Nitril gir ingen latexallergi. Tilfredsstillende EN 455, godkjent for medisinsk bruk. AQL 1,0 (Acceptable Quality Level).

Ønsker du å teste denne hansken har vi nå tilbud på TenderCare Nitril til 30. juni.

99856	Tendercare Nitril	Small	pk á 150
99858	Tendercare Nitril	Medium	pk á 150
99859	Tendercare Nitril	Large	pk á 150
99860	Tendercare Nitril	X-large	pk á 150

Alle priser er oppgitt ekskl. mva. Vi tar forbehold om trykkfeil.

Tilbud!



54⁹⁰
pr pk

For å spare miljøet har vi nå pakket 150 hansker i hver eske

Ine Mareng Weum

Alder: 45 år
Yrke: Bedriftssykepleier
Jobber: Falck Healthcare

– Det er de små tingene som gleder

Den største utfordringen er å jobbe på tvers av ulike fag, å kommunisere på riktig måte.

går var jeg i ute i en bedrift for å ta helsesjekker. Jeg kartla hvordan de ulike medarbeidere hadde det fysisk og psykisk, samt hvilke behov som fantes. Så lagde jeg en sammenfatning av alle mine observasjoner. Nå kan jeg komme med konkrete ideer til videre helserelatert oppfølging med fokus på forebyggende arbeid.

En typisk problemstilling i en bedrift kan være at folk ikke får tid til pause for å spise. Jeg snakker direkte med arbeidstakeren. Men jeg snakker også med arbeidsgiver, men da på helt generell basis, ikke på individuelt nivå om enkeltpersoner. Jeg har taushetsplikt. Jeg danner meg et overblikk ut fra en kartlegging.

En gang i uken har jeg rollen som koordinator hos en av våre store kunder. Der bistår jeg HR-avdelingen med forebyggende helsearbeid. Jeg er utdannet sykepleier, med tilleggsutdannelse i HMS, dessuten er jeg utdannet massør.

Bedriftene har gjerne mange tjenester som de tilbyr sine ansatte. Det kan være trening, fysioterapi, kiropraktor, massasje, røykeavvenning eller prestetjeneste. Jeg er kontaktpersonen mellom alle de ulike tjenestene.

Hos oss danner psykologer og sosionomer basis for den hjelpen som jeg kan yte psykososialt. I hvert enkelt tilfelle kan jeg gå inn og hjelpe enkeltpersoner med å komme i kontakt med de tjenester som finnes i dette nettverket.

Hvis et oppdrag gjelder en samtale om sykdom, kan jeg bidra med å kartlegge hva som skal til for at den det gjelder skal få en bedre arbeidsdag. Ganske enkelt ved å spørre: Hva kan vi hjelpe deg med? Det kan for eksempel være en person som står midt i en skilsmisssituasjon. Det forstyrrer arbeidshverdagen. Jeg kan bistå med samtale selv, eller jeg kan få ekspertise utenfra, for eksempel fra en jurist.

Min oppgave som bedriftssykepleier er å finne ut hvor kjernen i problemet ligger. I rollen som koordinator er det viktig å bruke nettverket. Hvis problemet ligger i avdelingen er det kanskje en organisasjonspsykolog som må på banen. Vi har også tilgang til lederrådgivning via sosionom. Jeg bruker fastlegen ovenfor den enkelte medarbeider. Men har jeg et faglig spørsmål, har jeg en egen intern lege jeg kan spørre. Legen er min rådgiver som jeg også kan bruke for eksempel når det gjelder vaksinerings.

Min genuine interesse for samarbeid er det som gjør denne jobben så spennende. Det å finne løsninger for mennesker som står ovenfor problemer er det som inspirerer meg mest. Det er også spennende å jobbe langsiktig. Jeg tenker langsiktig, og det er de små tingene som gleder. I de individuelle samtalen ser jeg at jeg kan være en støtte. Det inspirerer meg. ■■■



Bentap starter i 30 års alderen

Floradix® Kalsium-Magnesium Kalsium + Magnesium + Sink Naturlig kosttilskudd med essensielle mineraler for sterkere ben og tenner

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

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

REMA 1000



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

DER UTE OSLO



TIL SALGS:
«Daggry» ligger ute til auksjon på www.krafttakmotkreft.no. Auksjonen varer fram til 16. mars.

Kunst mot kreft

– Jeg føler meg ganske tom nå, sier Eldar Parr. Han har akkurat åpnet sin hittil viktigste maleriutstilling.

Vi møter ham dagen etter. Han er dreven på å levere sine arbeider, men i år er det noe som er helt nytt. Denne gangen auksjonerer han bort et av bildene sine til aksjonen «Krafttak mot kreft». Inntektene av bildet går uavkortet til Kreftforeningen og forskning.

– Hvorfor akkurat kreftforskningen?

– Fordi vi mistet Eirik.

Parr trekker pusten.

– Han døde av leukemi for et drøyt år siden. Ti år gammel.

For Eldar Parr finnes det ikke noe i verden som kan erstatte savnet. Men han tror likevel det nytter å gjøre noe.

– Allerede da jeg skjønnte at Eirik ville komme til å dø, tenkte jeg at jeg ville – på en eller annen måte – bidra til at noen færre dør av kreft. Jeg er i den heldige situasjonen at jeg er kunstner og dermed faktisk kan gi et bidrag. Tidlig bestemte jeg meg derfor for å donere et bilde til aksjonen til Kreftforeningen.

Etter hvert som tiden gikk, oppsto en idé om å få med flere kunstnere på en utstilling i forbindelse med aksjonen «Krafttak mot kreft», som pågår i to uker i mars hvert år.

Ingen er uberørt

– Har du fått noen respons fra andre kunstnere?

– Ja, jeg har vært i kontakt med flere som er interessert. En av dem er selv direkte berørt av kreftsykdommen, og vi vet jo at de fleste opplever at noen dør av sykdommen, enten det er venner, familiemedlemmer eller kolleger. Ingen er uberørt. Derfor tror jeg dette kan være et viktig bidrag, hvor inntekter av donerte arbeider går uavkortet til kreftforskningen.

Livgivende kunst

Da Eldar Parr tok kontakt med Kreftforeningen i fjor, ble det umiddelbart inngått et samarbeid. Nettopp det at Parrs bilder symboliserer liv, håp og lengsel var noe organisasjonen falt for.

– Samarbeidet med Eldar Parr er veldig spennende. Nå ser vi for oss et langsiktig samarbeid, og vi ser på muligheten for å gjøre dette stort til neste år, sier Morten Wien, aksjonsleder i «Krafttak mot kreft».

Wien er svært fascinert av bildene til Parr.

– Jeg var på åpningen av utstillingen, og det var stort. Det er et eller annet med bildene hans som gir meg en egen ro.

Eldar Parr har utstillingen på Galleri Harald Kjeldaas i Oslo fram til 28. mars. ■■■

Tekst Heidi Egjar Foto Atle J. Johnsen

“Ømme ledd - ikke lenger et problem!”

“Mitt arbeid i helsevesenet innebærer mange tunge løft og er fysisk krevende. Jeg hadde i mange år slitt med både stive og vonde ledd før jeg prøvde Möller's Godt for Leddene. Nå plages jeg ikke lenger av stivhet og nyter et friskt og aktivt liv!”

Mette S. Natvig

Mette S. Natvig
Sykepleier

• PRØV DU OGSÅ •
• OPLEV EFFEKTEN •



Dokumentert
omega-3

Möller's Godt for Leddene er rik på omega-3-fettsyrene DHA og EPA, som har en dokumentert effekt mot ømme og stive ledd.



Ømt og stivt ledd



Normalt ledd

“Norsk Revmatikerforbund anbefaler Möller's Godt for Leddene på grunn av ingrediensenes gunstige effekt på leddplager.”

Jack Skrolsvik

Jack Skrolsvik
Generalsekretær NRF



Vær oppmerksom på at produktet er et kosttilskudd og må ikke forveksles med et legemiddel.

www.mollers.no 800 80 555

Produktet finnes i din dagligvarebutikk.





OVERLEVDE JORDSKREDET:

1. mars, etter flere dager med kraftig regn, gikk skredet fra fjellet Elgon øst i Uganda. Tre landsbyer ble rammet. To dager senere har akuttmottaket på Budada-sykehuset tatt imot 16 overlevende. Nesten 100 er funnet døde, over 250 er savnet i de tettepakkede jordmassene. Et helsesenter, der flere skolebarn hadde søkt tilflukt, ble dekket av skredet.

Mannen på bildet har flere ribbeinsbrudd og punktert lunge. Sykepleierne gjør sitt beste, men mangler utstyr og medisiner. Ingen utenfra kan bistå med ekstra personell i denne akutsituasjonen, underbemanningen rammer alle.

Innbyggerne dyrker jord stadig høyere oppover de bratte fjellsidene. Trærne, som binder jorden, hugges ned. Derfor er innbyggerne stadig mer utsatt for slike naturkatastrofer.

Tusenvis er blitt evakuert fra landsbyer i nærheten. Det er fare for flere skred. Men folk vil tilbake til der de alltid har bodd.

Tekst og foto **Marit Fonn, Sykepleien**

Da sykepleier Steinar Larssen ble syk, opplevde han at tillit gir krefter.

Mandalsmetoden

Egenmelding i Mandal

- › I 2009 innførte Mandal kommune ubegrenset egenmelding etter to år med forberedelser.
- › I 2003 startet Nærversprosjektet med å bygge opp gode styringssystemer og holdninger. 11 andre prosjekter ble gjennomført de neste fire årene. Senere kom Tillitsprosjektet.
- › Den som blir syk, kan logge seg på et eget datasystem hjemmefra og skrive egenmelding for hvor lenge man mener man trenger, maks 8 dager første gangen. Nærmeste leder får e-post. Etter tre dager får leder automatisk påminnelse om oppfølging. Er ikke leder til stede, går e-posten videre til overordnet leder.

Sykepleier Steinar Larssen går lett på foten gjennom korridoren med beboer Gunvor Rudnick på Mandal sykehjem. For bare ett år siden hadde han akutt lammelse i det ene beinet, og legen mente han måtte gi opp yrket sitt. Men med en avdelingsleder som fulgte ham opp tett, og et sterkt ønske om å komme tilbake, fikk han trent seg opp såpass at han klarte å komme på jobb i perioder, gjennom aktiv egenmelding. I dag jobber han 100 prosent igjen.

– Han kunne ringe inntil dagen før for å avklare neste dags vakt, sier avdelingsleder Cecilie Blørstad Ro.

Hennes jobb var å holde kontakten med Larssen, tilrettelegge for at han kunne jobbe når han ønsket, og koble inn de instanser som kunne hjelpe ham.

Gode tall

Mandal kommune hadde lenge et høyt sykefravær og lav reell pensjoneringsalder. Men etter at de aktivt har jobbet med arbeidsmiljøet siden 2003, har sykefraværet sunket til 26 prosent under landsgjennomsnittet.

– Det vil si 55 000 arbeidstimer fris-

grenset egenmelding, og det har gitt høyere trivsel. I 2003 pensjonerte mandalitter seg i gjennomsnitt da de ble 52 år, nå vil de jobbe de er 58.

– Dette er viktig både for den enkelte ansatte og ikke minst for kommunen som beholder kompetansen lenger, noe som igjen gir bedre tjenester til de 14 500 innbyggerne i kommunen, påpeker Johannessen.

Tallene hun kan slå i bordet med har skapt dønninger langt innover mot hovedstadens maktkorridorer. I februar ble Johannessen til og med spurt om hun kunne presentere suksessen for selveste statsministeren.

– Jeg opplevde en lydhør statsminister som virket interessert og imponert. Han var rimelig klar på at det ikke var for alle å starte opp med 365 egenmeldingsdager, men tilbakemeldingen fra flere av statsrådene var at flere kommuner som selv ønsket det, burde kunne forsøke ordningen.

Nærvers- og tillitsprosjekt

Totalt ble det gjennomført 11 prosjekt i en fireårsperiode til 2007. De startet i 2003 med Nærversprosjektet der de brukte mye tid på å bygge opp gode styringssystemer for kommunen og endre holdninger hos de ansatte.

– Hva sier man for eksempel når man møter en sykmeldt på joggetur langs bystranda? Vi ville ha vekk mistilliten, sier Johannessen.

Hun leder det som etter hvert fikk navnet Tillitsprosjektet, da de i 2007 søkte om å få bruke egenmeldinger opptil et helt år. Kommunen jobbet i to år for å få denne ordningen godkjent av Arbeids- og inkluderingsdepartementet. Tillatelsen kom først da

en ny saksbehandler i departementet fikk saken.

– I etterkant kan vi se at vi faktisk trengte så lang tid på å forberede for den nye egenmeldingsordningen. Det er ikke noe en kommune kan sette i gang med over natta. Vi måtte utvikle datasystemer som støtter de nye rutine, forteller Johannessen.

Hun legger til at fordelene med egenmelding er at du ser på deg selv som ansatt, ikke som pasient. Du velger det friske framfor det syke. Det gjør veien tilbake til arbeidet enklere.

Blomster på 16. dag

Alle ansatte i kommunen har fått små «tillitskort» som hjelper dem med å logge seg på systemet og skrive egenmelding elektronisk hjemmefra når de blir syke. Det hele er koblet opp mot e-postsystemet slik at nærmeste leder får en e-post fra den ansatte ved sykdom. Etter tre dager sender så datasystemet automatisk mail til leder om oppfølging av den ansatte. Dersom den ikke besvares innen tre dager, går mailen automatisk videre til lederen over, og deretter til personalavdelingen. På den måten sikres det at lederne følger opp de syke.

Lederne må ha samtaler med den som er syk nesten ukentlig. På den 16. sykedagen sender arbeidsgiveren en blomsterhilsen med ønske om god bedring.

– Systemet krever mye av mellomlederne og gjør at vi ikke har like god tid som før til å ta oss av dem som faktisk er på jobb, sier tre av avdelingssykepleierne vi snakker med på sykehjemmet.

– Nå gir vi kanskje mer en liten klapp på skulderen i gan-



«Det er fantastisk hvordan de syke nå følges opp»

Avdelingssykepleier Inger-Helen V. Haga

kere, eller 25 årsverk friskere, sier prosjektleder Siren Vetnes Johannessen.

Et av tiltakene var å innføre ube-



FORNØYD: – Få med at Steinar er en veldig flink sykepleier og at jeg kan snakke med avdelingsleder Cecilie om alt! formaner beboer Gunvor Rudnick når hun lar seg avbilde på sengekanten med Steinar Larssen.



TOMMELEN OPP: – På kurset lærte vi å ha tommelen oppå armen til pasienten når vi skal leie vedkommende med oss. Ikke ta det vanlige grepet med tommelen rundt. Det oppleves mer truende, forteller fra venstre avdelingssykepleierne Inger-Helen V. Haga, Cecilie Blørstad og sykepleier Marit H Støle.



VIL FORTSETTE: Den spesielle egenmeldingsordningen i Mandal gjelder fram til 2011. – Vi kommer helt sikkert til å søke om forlengelse, sier Siren Vetnes Johannessen.



GODT FORNØYD: – Selv om de syke følges opp mer nå enn før, ser det ikke ut til å gå på bekostning av de friske som er på jobb. I medarbeidertilfredshetsundersøkelsen fra høsten 2009 er de fleste ansatte på Mandal sykehjem godt fornøyd med den oppfølgingen de får, sier avdelingsleder Lise Grøvan Røysland (stående). Karina Dybesland mater en beboer.

gen og spør hvordan det går. Men det er fantastisk hvordan de syke nå følges opp. Den jobben tar vi gjerne hvis de kan komme tilbake, sier avdelingssykepleier Inger-Helen V. Haga.

– På den måten får vi ikke bare friskmeldinger på mandager slik det var før når legene styrte det. Nå får vi det også på andre ukedager, sier Johannessen.

«Statsministeren var rimelig klar på at det ikke var for alle å starte opp med 365 egenmeldingsdager.»

Prosjektleder Siri Vetnes Johannessen

Egenmeldingene skrives for så lenge man selv føler det er nødvendig å være borte fra jobb, maks åtte dager ganger to til å begynne med, deretter 16 dager om gangen.

Økt grunnbemanning

Blant alle de tiltak Mandal kommune har gjort for å minske sykefraværet, bør den økte grunnbemanningen på sykehjemmet nevnes. Det har resul-



tert i at sykefraværet sank på den avdelingen som prøvde det først, fra 14 prosent i begynnelsen av 2008 til under 2 prosent i begynnelsen av 2010.

På den måten har de også fått gjort noe med den ufrivillige deltiden. Gjennom å bruke vikarbudsjetten på forhånd, har de ansatte fått høyere stillingsprosent, slik at det på turnusen er mer enn minimumsbemanning. Det vil si at på avdelingene er det fra en til to flere personer på vaktlista nå i forhold til før. Det er nesten alltid noen som er borte, så den ekstra vaktten kalles «stjernevakt» siden den kan fordeles på tvers av avdelingene ved behov.

– Vi fikk ideen til å bruke oss av vikarbudsjetten på forhånd fra brannvakt rett over veien her. Tilbakemel-



dingene vi får er at det ikke er fullt så mye stress i forhold til korttidsfraværet, og de ansatte har senket skuldrene mer, sier leder ved sykehjemmet, Øyvind Seland.

– De eneste som ikke er glade i det nye systemet er de som ønsker ekstravakter, supplerer avdelingssykepleier Lise G. Røyland.

Kurs i takling av vold

– Vi har også et veldig godt samarbeid med Nav, poengterer Johannessen.

Nav har blant annet bidratt med midler slik at en jordmor er frikjøpt i en 20 prosents stilling for å følge opp gravide ansatte. Med bedre tilrettelegging står gravide lenger i stillingene før de går i permisjon.

Som et reint forebyggende tiltak har

Nav også bidratt slik at ansatte på et par avdelinger ved sykehjemmet har fått kurs i hvordan de skal håndtere utagerende eller voldelige personer. Avdelingene har de tyngste demente og også noe psykiatri.

– Det gjør noe med mennesker å bli slått og spyttet på. Vi merket utmattelsen blant personalet og lå i forkant. Vi så at her ville det bli et ras av sykmeldinger hvis vi ikke gjorde noe, sier avdelingssykepleier Inger-Helen V. Haga.

Dermed ble det fire dagers kurs i den såkalte «Løvstads skolen».

– Det handler kort sagt om hvordan man minimerer kriser og nærmer seg mennesker på en måte som virker bertryggende og ikke truende, forteller avdelingssykepleier Cecilie Blørstad.

Triksene er blant annet å få blikkontakt og ikke stille seg rett foran beboeren når man henvender seg til vedkommende, men gjerne komme inn litt skrått fra siden.

– En hjelpepleier sa til meg at hverdagen er blitt ny etter kurset. Og jeg ser det på ansiktsuttrykkene til personalet at de tar det lettere enn før hvis de får beskjed om å være på en gruppe med krevende pasienter, sier Haga.

– *Andre forskjeller i forhold til før?*

– Det er blitt færre skader blant personalet. Personalet er blitt tryggere og det smitter også over på pasientene. Nå forebygger vi hendelser, det merkes ved at det er roligere i gangene. ■■■

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

SYK? Møter man en som er sykmeldt, for eksempel på skitur på stranda, er det viktig å ikke reagere på en måte som skaper mistillit.



Verv og vinn!

Nå har du mulighet til å styrke NSF, samtidig som du skaffer deg flotte vervepremier. Verv en sykepleier og få en praktisk brødpose eller en termos. Ønsker du heller kokkekniv og metallsåpe eller iPod nano, kan du spare vervingen til du har fått vervet flere.

Norsk Sykepleierforbund er den eneste landsomfattende fagorganisasjonen for autoriserte sykepleiere, spesial-sykepleiere, jordmødre og helsesøstre. Nå kan du bidra til å styrke din egen organisasjon ytterligere ved å verv nye medlemmer. Medlemmer i NSF er en del av et slagkraftig fellesskap som ivaretar sykepleiernes lønns- og arbeidsvilkår. Sykepleieres interesser og rettigheter i tilknytning til blant annet ansettelse, lønn, permisjoner,

arbeidstid og eventuelle yrkesskader blir ivaretatt. NSF er et sykepleiefellesskap som setter faget, dets utvikling og plass i utdanningssystemet og helsevesenet på dagsorden. Medlemmer kan søke juridisk bistand dersom det oppstår problemer knyttet til arbeidsforholdet. Juridisk bistand kan også gis i enkelte typer straffesaker, for eksempel ved feil medisinerings.

Hva koster medlemskap i NSF?

Kontingent for medlem i arbeid er 1,45 % av brutto lønn. Maks kr 383,- per mnd. + ev. obligatorisk grunnforsikring kr 128,- per mnd. Nyutdannede har halv kontingent i de to første år som sykepleier. Rabatter på forsikringer og bruk av medlemsfordeler dekker ofte mesteparten av medlemskontingenten. Les om fordelene nedenfor.

Vi kjenner ditt yrke og jobber for deg!

Dine medlemsfordeler er:

- Et stort og slagkraftig fellesskap
- Tilbud om medlemskap i 33 faggrupper
- 3000 tillitsvalgte bistår deg på de fleste arbeidsplasser
- Sykepleien (18 utgaver)
- Bilaget SykepleienForskning (4 ganger per år)
- Juridisk bistand
- Godkjenning av sykepleiefaglige veiledere og kliniske spesialister i sykepleie
- Stipender og legater til reise, utdanning og forskning
- Kurs og kongresser
- Eget forsikringskontor med forsikringsordninger til medlemspris
- Gunstige tilbud på banktjenester i DnB NOR
- Sparing og kreditt med NSF's Unique konto
- Bensinrabatt hos Esso
- Eurocard Gold hos Europay
- Tilgang til NSF's nettbutikk med medlemsprodukter
- Tilbud om gratis medlemskap i Landslaget for offentlige pensjonister (LOP)
- Fordelaktig mobilavtale med Telenor



2 vervinger: kokkekniv og metallsåpe fra Edge.

4 vervinger: iPod nano (siste modell).



1 verving: Stelton brødpose eller Wave termos.

VERV EKUPONG

Kryss av: Brødpose Termos Jeg sparer vervingen

Vervepremiene gjelder ikke for verving av studentmedlemmer

VENNLIGST BRUK BLOKKBOKSTAVER

Ververs navn:

Ververens medlemsnr.:

Navn på nytt medlem:

Har du vært medlem tidligere?

Tidsrom:

Fødselsnummer (11 siffer)

Adresse:

Postnr:

Poststed:

E-post:

Telefon privat:

Mobil:

Eksamensdato:

Sykepleierhøgskole/sted:

Arbeidsgiver:

Arbeidssted:

Ansatt dato:

Avdeling:

Stillingsbenevnelse:

Medlemmer i lønnet arbeid innbetaler kontingenten ved månedlige trekk i lønn



Adressen betaler for sending i Norge

Adressen betaler for sending i Norge

Norsk Sykepleierforbund
Svarsending 1016
0090 Oslo

Fag & bøker



FIKK PRIS: Edel Johanne Børslett (t.v.) fikk Smartprisen i 2008 for etikkprosjekt i Bærum Kommune. Les om prosjektarbeidet i fagartikkelen på side 58. Arkivfoto: Erik M. Sundt

3 om fagutvikling

Anbefalt av
Mona Wiger, høyskolelektor
og leder i NSF's faggruppe
for sykepleier i undervisning,
forskning og fagutvikling

MAGNE NYLENN

Publisere & Presentere

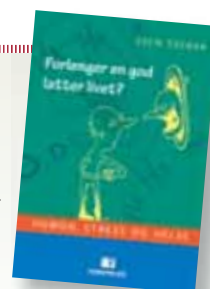
Tar for seg ulike former for faglig formidling, fra muntlig presentasjon til publisering av forskningsartikler. Boken gir råd og eksempler på så vel språk som fremgangsmåte for ulike presentasjonsformer. Et godt hjelpemiddel for den som vil formidle fag, skrive oppgave eller veilede studenter.



SVEN SVEBAK

Forlenger en god latter livet?

Forfatteren mestrer å presentere et omfattende tema i en form som gjør boken vanskelig å legge fra seg. Humor er et spennende tema, og er viktig for hvordan man takler ulike former for stress og utfordringer i livet.



KRISTIN BIE

Refleksjons-

håndboken
Godt og kortfat-
tet om refleksjon.
Gir en strukturert
fremstilling
av hvordan
man kan bruke
refleksjon i en læringsprosess, eller for
å utvikle seg selv som fagperson.





Lillian Lillemoen, førsteamanuensis/dr.polit. Klinisk etikkarbeid i kommunehelsetjenesten, Seksjon for medisinsk etikk, UiO.



Edel Johanne Børslett, spesialrådgiver, Forvaltningsenheten, Bærum kommune.

Etikk i praksis

Alle helsearbeidere i Bærum kommune får tilbud om etikkundervisning.

Bærum kommunes etikkprosjekt ble tildelt Smartprisen i 2008 av Sykepleien og Innovasjon Norge. En av begrunnelsene for tildelingen var den potensielle spredningseffekten man så i prosjektet. På bakgrunn av dette vil vi i det følgende gi en nærmere presentasjon av prosjektets bakgrunn, ulike tiltak i prosjektet og de arbeidsmetoder som er benyttet.

Bakgrunn

I januar 1999 ansatte Bærum kommune Gerhard Heilmann som institusjonsprest ved fem institusjoner i kommunen. Han skulle blant annet undervise pleiepersonalet ved de aktuelle institusjonene. Allerede samme høst var han i gang med undervisning på Stabæktunet bo- og behandlingssenter, hvor Edel Johanne Børslett var institusjonssjef. Undervisningen la vekt på holdninger og verdier i relasjonen mellom omsorgsutøver og -mottaker. Behovet for ytterligere undervisning i etikk ble bekreftet både gjennom samtaler med beboere og ansatte. Høsten 2005 ble det bestemt at kvalitet skulle være et satsingsområde i pleie- og omsorg (PLO) i 2006, og etikk ble vurdert som en viktig faktor i satsingen. Børslett fikk i oppdrag å lede en prosjektgruppe, hvor også Heilmann deltok, som skulle utvikle et tilbud om internundervisning i etikk. I løpet av kort tid ble tidligere undervisningsopplegg i etikk bearbeidet og kursplanen godkjent som meritterende i Norsk Sykepleierforbund.

Grunnkurs i etikk

Heilmann startet etikkopplæring for ansatte i pleie- og omsorg i Bærum kommune i januar 2006, og i løpet av to år hadde alle tjenestestedene fått tilbud om grunnkurs i etikk. I kjølvannet av denne opplæringen kom det forespørsel fra enkelte tjenestesteder om ytterligere styrking av etikkarbeidet gjennom egne grupper for etisk refleksjon. I juni 2007 vedtok kvalitetsutvalget i PLO å opprette en klinisk etikkkomité i kommunen. Høsten 2007 ble Bærum kommune oppnevnt som en av ressurskommunene i det nasjonale prosjektet, «Samarbeid om etisk kompetanseheving» (St.meld. nr. 5, Omsorgsmeldingen). I samarbeid med Seksjon for medisinsk etikk, UiO, utarbeidet kommunen en prosjektbeskrivelse av et FoU-prosjekt i etikk, hvor opprettelse av klinisk etikkkomité skulle inngå som et av tiltakene. Fem tjenestesteder ble valgt ut som deltakere i prosjektet og representerte både boliger for personer med psykisk utviklingshemming, hjemmesykepleie og sykehjem. I møte med kommunalsjef for PLO, januar 2008, ble det vedtatt at FoU-prosjektet i etikk i Bærum kommune kunne starte.

Kartlegging

Det ble tidlig besluttet at prosjektet skulle ha en nær tilknytning til praksis. I perioden juni–september 2008 ble det gjennomført en kartleggingsundersøkelse blant ledere og ansatte ved de fem tjenestestedene som deltar i prosjektet om:

- » de etiske utfordringene ledere og ansatte opplevde å stå overfor i egen yrkespraksis
- » ledere og ansattes vurdering av egen etikkkompetanse
- » ledere og ansattes opplevde behov og ønsker med hensyn til kompetanseutviklende tiltak

Svarprosenten på cirka 50 prosent ble sammenlignet med tilsvarende undersøkelser og vurdert som akseptabel. Utgangspunktet for undersøkelsen var at tiltakene skulle ha sitt fundament i det ledere og ansatte selv ønsket av etikkarbeid på eget arbeidssted. Analysen av kartleggingen ble viktig for det konkrete innholdet i etikkarbeidet. Gjennom et fokusgruppeintervju med lederne på de aktuelle tjenestestedene fikk man bekreftet et sterkt engasjement for etikkarbeidet. Tjenestestedenes representanter i prosjektgruppen var naturlige ressurspersoner for etikkarbeidet lokalt og viktige premissleverandører i prosjektgruppens arbeid med programmet. Planleggingsarbeidet tok tid og prosjektdeltakerne var utålmodige etter å komme i gang. I det følgende vil vi presentere tiltakene som er iverksatt og de som i planlegges iverksatt i etikkprosjektet i Bærum kommune. Se figur 1.

Tabell 1. Målsettinger, Bærum kommunes etikkprosjekt

Overordnede mål	Resultatmål
Ansatte og ledere øker sin evne til å identifisere, analysere og reflektere over etiske utfordringer og verdivalg i sin arbeidshverdag.	Kartlegge og dokumentere ledere og ansattes behov for systematisk etikkarbeid og kompetanseheving.
Ansatte og ledere øker sin kunnskap og bevissthet om sentrale etiske utfordringer, verdier og prinsipper i tjenesten.	Etablere arenaer for systematisk etisk refleksjon.
Ansatte og ledere øker sin evne til å vurdere og håndtere verdivalg og prioriteringer i tilknytning til egen yrkesutøvelse og organisasjonens utvikling.	Etablere etikkkomité eller tilsvarende for tjenestestedene.
	Utvikle, gjennomføre og dokumentere opplæring samt effekt på håndtering av etiske utfordringer.
	Dokumentere ny kunnskap om systematisk etikkarbeid som kan spres både internt i kommunen og eksternt.

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

Søkeord:

- » Etikk
- » Kommunehelsetjenesten
- » Sykehjem
- » Veiledning



Figur 1. Tiltak i etikkprosjektet Bærum kommune



Sentrale temaer

Allerede før etikkprosjektet ble en realitet var som kjent grunnkurset i etikk en etablert praksis i Bærum kommune. Kartleggingsundersøkelsen viste imidlertid at behovet for etikkundervisning fortsatt var til stede og prosjektgruppen vedtok å opprettholde tilbudet til samtlige ansatte.

I programmet påpekes det at kurset skal bidra til å sikre kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten. Kursdeltakerne skal få innsikt i hvordan etisk tenkning påvirker det man gjør i forhold til seg selv, pasienten, kollegaer og pårørende. Kurset strekker seg over fire samlinger à halvannen time og fokuserer på følgende områder: 1) meg selv 2) pasienten/beboeren 3) kollegaer/arbeidslaget og 4) de pårørende. Intensjonen er at alle ansatte skal få anledning til å gjennomføre grunnkurset. Grunnkurset tar opp sentrale etiske temaer og det legges særlig vekt på å vinkle innholdet praktisk. Se tabell 2, side 60.

Tabell 2 viser grunnkursets standardinnhold. Det er imidlertid rom for variasjoner ved at man «skreddersyr» tilbudet. Deltakernes ønsker og behov påvirker kursets endelige innhold, noe deltakerne har vurdert som positivt.

Etikkskole

I kartleggingen kom det fram at det var et stort behov for ressurspersoner som kunne bistå i vanskelige situasjoner på arbeidsplassen. Et annet sentralt funn var behovet for møteplasser for etisk refleksjon. Prosjektgruppen besluttet å gi to ansatte fra hver avdeling et tilbud om skoloring i etikk og veiledning i etisk refleksjon. Tiltaket har fått navnet etikkskolen og er godkjent for klinisk stige



av Fagforbundet og Norsk Sykepleierforbund med 32 timer teori i tillegg til dokumentert veiledning og co-veiledning. Ressurspersonene som fikk betegnelsen etikkveiledere skulle i neste omgang organisere og lede kollegagrupper i etisk refleksjon. Bakgrunnen for å velge ut to ansatte fra hver avdeling var å unngå slitasje på etikkveilederne. I tillegg ble det vurdert som en faglig styrke at to kollegaer sammen kunne lede etikkveiledningen.

Kriterier for å bli etikkveiledere var interesse for etikkarbeid og gjennomført grunnkurs i etikk. I ettertid ser vi at også andre kriterier med fordel kunne vært benyttet. Veilederne burde representere hele fagmiljøet, både de med høyskoleutdanning (sykepleier/vernepleier) og ansatte med lavere utdanning (omsorgsarbeider/hjelpepleier).

SATSET PÅ ETIKK: Edel Johanne Børslett og Gerhard Heilmann har begge vært sentrale aktører i etikkprosjektet i Bærum kommune. Arkivfoto: Erik M. Sundt.

Etisk refleksjon krever tid og fristilling fra de vanlige arbeidsoppgavene.

Opptatt for etikkskolen var februar 2009. Etikkskolen startet med en halv dags fagkurs i etikk og etikkarbeid. I tillegg fikk deltakerne i oppgave å lage en plan for etikkarbeidet på egen arbeidsplass. For øvrig har etikkskolen bestått av tre deler: 1) etikkveiledning i kollegagrupper på egen arbeidsplass, 2) månedlige samlinger for etikkveilederne, 3) månedlig tilbud om co-veiledning (av erfaren etikkveileder) ved gjennomføring av etikkveiledning i kollegagrupper.



Tabell 2. Tematisk innhold i grunnkurs i etikk, Bærum kommune

Meg selv som etisk tenkende og handlende person	Relasjonen til pasienten og de pårørende	Samarbeidsklima, kollegaer og arbeidsmiljøet
Etikk, moral og juss	Autonomi vs. paternalisme	Institusjonelle verdier
Hva er en verdi? Personlige og faglige verdier	Verdighet	Samarbeidskultur, arbeidsmiljø, trivsel
Hva kjennetegner en holdning?	Noen utvalgte normer for tjenesten (Kap 4 A i sosialtjenesteloven og pasientrettighetsloven)	Ansvar, ansvarlighet og tilgjengelighet
Menneskesyn og respekt for menneskeverdet	Empowerment og brukermedvirkning	Fleksibilitet
Hva er et etisk dilemma?	Makt, krenkelser og overgrep	Samarbeid og kommunikasjon
Empati, etisk persepsjon	Tilgjengelighet	Vennlighet og raushet

Veiledning av kollegaer

Parallelt med den øvrige skoleringen gjennomfører ressurspersonene etikkveiledning i kollegagrupper på egen avdeling. Hyppigheten i tiltaket varierer fra ukentlig til en gang i måneden. Prosjektgruppen anbefaler at etikkveiledningen gjennomføres minst en gang hver andre uke, men det har av praktiske grunner ikke vært mulig å gjennomføre for alle avdelinger. Erfaringene så langt viser at det er mest hensiktsmessig å legge etikkveiledningen til tidspunkter hvor man kan sitte uforstyrret og hvor de fleste på avdelingen kan delta. Derfor har tiden rundt skiftet mellom dag- og kveldsvakt, med relativt

Er ikke etikkkompetanse noe alle har?

mange til stede, vært benyttet. I forkant ble det diskutert hvorvidt gruppene skulle være åpne for alle som ønsket å delta, eller lukkede med faste medlemmer. I etikkprosjektet i Bærum kommune er alle gruppene åpne, et valg som så langt synes å være hensiktsmessig.

Krever tid

Å satse på etikkveiledning er en prioritering, og etisk refleksjon krever tid og fristilling fra de vanlige arbeidsoppgavene. Det bør settes av en time og gruppen bør ha tilgang til et rom, helst uten telefon, hvor døren kan lukkes. Gruppene bør ikke være for store, maks ni, fordi det gjør det vanskelig for alle å delta aktivt. På den andre siden bør den heller ikke være for liten fordi det gir mindre tilgang på situasjoner, innspill og deling av refleksjoner. I tillegg kan små grupper oppleves som et eksklusivt tiltak med liten betydning for yrkesutøvelsen. I prosjektet beskrives gruppene som en kollegial møteplass for etisk refleksjon over egen yrkesutøvelse. I etikkprosjektet i Bærum gjennomføres refleksjonsarbeidet med to noe ulike utgangspunkt:

1. Konkrete hendelser fra egen yrkesutøvelse er utgangspunktet for etiske problemstillinger og dilemmaer den etiske refleksjonen konsentrerer seg om. Etisk refleksjonsmodell benyttes.
2. Verdior er utgangspunktet for gruppens etikkrefleksjon. I etikk-

veiledningen forsøker man å knytte refleksjonen til deltakernes egen praksis. Et sentralt spørsmål i denne sammenhengen blir: Hva betyr dette for meg i min yrkesutøvelse?

Organisering

Etikkrefleksjon innebærer en samtale mellom kollegaer som både foregår på et konkret og praksisnært nivå (hendelsen, berørte parter, handlingsalternativer) og på et verdi- og teorinivå (hva er fakta i saken, hvilke verdier og juridiske rammer aktualiseres). Refleksjonen bør ende opp med en «løsning», en konkret måte å håndtere situasjonen eller liknende situasjoner på.

Etikkveilederen har ansvaret for at refleksjonsgruppene gjennomføres og for å lede etikkrefleksjonen i gruppen. I tillegg kan referater fra refleksjonsgruppene være lærerike, både for dem som har deltatt og for øvrige ansatte. Referatene kan bidra til en spredningseffekt til de som ikke deltar i gruppene. Dersom man velger å bruke referater er det viktig å unngå personidentifiserende opplysninger.

De månedlige samlingene for etikkveilederne har i hovedsak bestått av en halv dag én gang i måneden over to semestre. Samlingene ledes av kurslederne og består av korte «miniforelesninger», refleksjoner over erfaringer og øvelse i etikkveiledning. Utvalgt litteratur har vært benyttet for utdyping av undervisningen. Mens forelesningene var en viktig del av de første samlingene, er det øvelse i etikkveiledning som etter hvert har dominert samlingene. Oversikt over miniforelesninger, se tabell 3.

Øvelser

Refleksjoner gjennomføres i felles gruppe ved hjelp av «runden». Her utfordres alle etikkveilederne til å si noe om sine erfaringer siden sist vi møttes. Ved behov dveler vi ved situasjoner deltakerne har opplevd som utfordrende. Deltakerne får støtte og hverandre og etikkveilederne får hjelp til å se nærmere på alternative måter å håndtere vanskelige situasjoner på.

Usikkerheten forbundet med rollen som etikkveileder var noe som hyppig kom fram i runden på samlingene. Utsagn som: Jeg vet ikke helt om jeg får det til ... var relativt vanlig. Derfor ble innholdet etter hvert endret fra undervisning til øving. Dette innebærer at veilederne går sammen i grupper og øver seg på etikkveiledning med utgangspunkt i situasjoner som tas opp i gruppene. Veilederrollen går på omgang og øvelsene skjer med assistanse fra kurslederne. Disse fungerer som co-veiledere og bistår den som til enhver tid er etikkveileder med framdriften i veiledningsprosessen. Ofte «fryser» vi situasjoner i gruppene for å snakke om kommunikasjonen og refleksjonsprosessen i gruppen. Øvelsene avsluttes med felles samling hvor vi samtaler om prosessen i gruppene.

Tabell 3. Tema for miniforelesninger

Tema for miniforelesninger	Tema for miniforelesninger
Presentasjon av etisk refleksjonsmodell som et verktøy.	Hva er refleksjon – kritisk refleksjon?
Presentasjon og diskusjon av juridiske og etiske rammer med relevans for etikkarbeidet: • taushetsplikten • informert samtykke • samtykkekompetanse • helsepersonellts plikter • pasientrettigheter	Hva ønsker vi å oppnå med refleksjon?
	Bruk av «åpne» spørsmål. Hvordan stimulere kritisk refleksjon?
	Hva er veiledning?
	Hvordan og hvorfor bruke logg?
	Hvordan fremstå som etikkveileder?

Co-veiledning

Co-veiledning for etikkveilederne gjennomføres en gang i måneden. De erfarne veilederne har ansvaret for co-veiledningen, og disse har også ansvaret for den øvrige delen av etikkskolen. Co-veiledning innebærer at kursleder deltar sammen med etikkveileder på etikkveiledningen i kollegagruppen på arbeidsstedet. I tillegg til deltakelse i den etiske refleksjonsprosessen i gruppen, gjennomføres det før- og etterveiledning med etikkveileder. I førveiledningen samtaler man om det forestående og hva som skal til for at etikkveilederen best skal kunne «lykkes». I etterveiledningen ser man tilbake på det som skjedde i gruppen og særlig på etikkveilederens håndtering av sin funksjon. Etterveiledningen avsluttes med en oppsummering av hva som fungerte godt og hva etikkveileder eventuelt kan forbedre. Det var betydelig spenning knyttet til hvordan tilbudet om co-veiledning ville bli tatt imot. Ville deltakerne oppleve det som truende og føle seg kontrollert? Erfaringene våre viser det motsatte. Co-veiledning blir etterspurt og samtlige etikkveiledere opplever tiltaket som positivt.

Klinisk etikkkomité

Kartleggingen viser at både ansatte og ledere mener det i tillegg til interne ressurspersoner noen ganger kan være nødvendig med ekstern hjelp til å håndtere etiske problemer. Med mandat fra rådmannen har Bærum kommune vedtatt å opprette kvalitets- og etikkutvalg på alle tjenestesteder. Behovet for en etikkkomité som kan bistå tjenestestedene er noe av det ledergruppen for tjenestestedene i prosjektet har presentert som et utviklingsbehov i møte med prosjektgruppen.

Derfor har prosjektgruppen søkt om tillatelse til å opprette en felles klinisk etikkkomité for tjenestestedene, i stedet for, som kommunen for øvrig, å innlemme etikkspørsmål i kvalitets- og etikkutvalget. Like før sommeren 2009 ble det gitt klarsignal for at tjenestestedene som deltar i etikkprosjektet kunne opprette en felles etikkkomité. Ved siden av etikkveiledning i kollegagrupper og etikkskolen blir opprettelse av klinisk etikkkomité høstens satsing i etikkprosjektet.

Krever ressurser

Etikkprosjektet i Bærum kommune har varige resultater som målsetting og det er derfor vektlagt at arbeidet må strekke seg over tid, innebære vilje til prioritering og preges av systematikk. Dette er en satsing som koster ressurser. Det er selvsagt betimelig å spørre seg om en slik satsing er nødvendig. Er ikke etikkkompetanse noe alle har? Hjelper ikke den allmenne moralen oss til å håndtere situasjoner i praksis godt, rett og rettferdig? Dessuten er ikke etikkskolering i yrkesutdannelsen tilstrekkelig? Hvorfor alt dette fokuset på etikk på arbeidsplassen?

Knut Erik Tranøy, en av Norges nestorer i etikk, har etter vår mening en god tilnærming. I boken «Det åpne sinn, Moral og etikk mot et nytt årtusen» sier han følgende: (...) Derimot er det ikke det minste misforstått å forsøke å utvikle sin egen eller sin yrkesgruppe moralske bevissthet, og heller ikke å forsøke å hjelpe andre med en slik utvikling. Det er i det hele tatt ikke mulig å arbeide med sin egen moralske bevisstgjøring uten medvirkning fra andre. (1998; 43).

Ressursbruken i satsingen krever en grundig evaluering. Denne er planlagt gjennomført innen prosjektperiodens utløp våren 2011. ■■■

Tar vi gleden fra barna?



Pappesker, isopor og bobleplast.
Finnes det egentlig noe morsommere å leke med?

Når Kinnarps står for leveransen får de dessverre ikke den muligheten. Vi bruker nemlig ikke emballasje. I 1960 erstattet vi all transportemballasje med tepper. Teppene tar vi med oss tilbake, og bruker dem igjen og igjen og igjen... Miljøfordelene er åpenbare. Kundene liker det. Når barna blir litt større skjønner de det sikkert de også.

Kinnarps AS Tlf 67 16 71 00 www.kinnarps.no

Få inspirasjon
til grønne ideer på
kinnarps.no/miljo

**green
ideas
at work**

Tenk grønt. Spar penger.





Ann Kristin Rotegård,
doktorgradsstipendiat



Aslaug Wiig Berge,
oversykepleier/kvalitets-
rådgiver



Hilda M. Riddervold,
spesialsykepleier



Berit Haugan,
fagutviklings- og forsknings-
sykepleier

Alle skribentene jobber ved
Oslo universitetssykehus,
Rikshospitalet.

Sykepleiere må være med å påvirke

Alle aktører i sykepleietjenesten må lære å utnytte teknologiens potensial og bidra til at disse baserer seg på god fagkunnskap.

Dette vil innebære en nytenkning rundt den tradisjonelle dokumentasjonen. Med felles retningslinjer, felles kunnskapsbase og med pasienten i fokus (og ikke faggruppene) kan vi bidra til bedre kvalitet, kontinuitet, pasientsikkerhet og effektivitet på helsetjenestene.

I dag finnes det ingen nasjonale retningslinjer eller maler for innhold og bruk av veiledende sykepleieplaner eller tverrfaglige pasientforløpsplaner. Til tross for at slike systemer bidrar til viktig dokumentasjon av pasientforløpet, varierer bruk og kvalitet.

En arbeidsgruppe på Rikshospitalet med mandat fra sykehusledelsen har utarbeidet styrende dokumenter for utvikling av blant annet tverrfaglige pasientforløp og veiledende sykepleieplan. Kvaliteten på dokumentasjonen av sykepleien skulle sikres i henhold til gjeldende lover og forskrifter (1) og retningslinjene skulle forankres i sykehusets kvalitetssystem: Elektronisk Kvalitetshåndbok (EK).

Bakgrunn

Det forventes at det foreligger en plan for pasienters opphold i helseinstitusjon (2), herunder veiledende sykepleieplaner og forventede pasientforløp. Nasjonale helseplaner har siden 1996 hatt strategier for utnyttelse av informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) for økt kvalitet, bedre ressursutnyttelse og pasientens opplevelse av helhetlige og tilgjengelige helsetjenester av høy kvalitet (3-6). Pasientens journal har vært hovedkilde for helsevesenets informasjonsutveksling og vil med Elektronisk pasientjournal (EPJ) i større grad også bli en viktig kilde for kunnskapsutvikling. Dagens elektroniske verktøy er ikke godt nok utnyttet som støtte for kvalitativ, effektiv og oversiktlig dokumentasjon av sykepleie i henhold til journalforskriftenes krav, eller for en helhetlig og sammenhengende helsetjeneste. Elektroniske verktøy som EPJ må støtte sykepleiernes og andre helsearbeideres arbeidsprosesser på en bedre måte.

Internasjonal standard

Sykepleiernes dokumentasjon har tradisjonelt vært preget av prosessdokumentasjon i form av fortløpende beskrivelser med mange detaljer, men med lite oversikt, struktur og kvalitetssikret informasjon. EPJ åpner for støtte og fremstillinger som reflekterer arbeidsprosessen bedre. En aktiv bruk av verktøyet vil bidra til planlegging og gjennomføring av sykepleie og føre til gode

pasientresultater. I litteraturen finnes det mange definisjoner og beskrivelser av veiledende sykepleieplaner (7-10). I tillegg er det kommet en internasjonal standard for implementering av sykepleieterminologi i EPJ, ISO FIDS 18104, som viser til hvilke elementer som skal og kan inngå i en sykeleiediagnose og en sykepleieintervensjon (11-12). Hensikten med ISO-standarder er

Sykepleiere må selv påvirke dokumentasjon av sykepleie.

å gi støtte til definisjoner av diagnose og tiltaksbegreper i sykepleiefaget, og tilrettelegge for representasjon som passer for elektroniske løsninger. Dette er ny kunnskap som bør tas hensyn til i oppdaterte norske retningslinjer.

Det er også store variasjoner i navnetting av veiledende sykepleieplan som muligens gjenspeiler forskjellige kunnskapssyn, forståelse og vektning av beslutningsprosessen. Eksempler på dette er behandlingsplaner, tiltaksplaner, pasientplaner, pleieplaner, sykepleieplaner, standard pleieplan og veiledende pleieplan. Navnet på en slik plan er vesentlig fordi språk former det vi ser, oppfatter og fokuserer på (13,14), og kan derfor påvirke våre holdninger, faglige vurderinger og arbeid.

Forventet forløp

Forventet forløp (FF) er et tverrfaglig og administrativt styringsverktøy for planlegging og helhetlig behandlingsforløp. På Rikshospitalet initierte sykepleietjenesten retningslinjer for forventede forløpsplaner allerede i 1992 (15). Den gangen var helsemålene for pasientgruppene i de ulike fasene av forløpet basert på sykepleiefaglige vurderinger (16) og ble beskrevet som en «annen generasjons sykepleiepleieplan» (17). Arbeidet var blant annet inspirert av nordamerikansk sykepleielitteratur (18). I 2000 startet arbeidet med å videreføre FF som en tverrfaglig forløpsplan.

FF er nå i bruk ved flere avdelinger på Rikshospitalet. Det har vært holdt undervisning på sykehuset, både for Rikshospitalets avdelinger, eksterne og samarbeidende sykehus. FF er også et tema på kursene for nyansatte i Klinisk stige-programmet for sykepleietjenesten.

En klargjøring av innholdet og relasjonen mellom de to plan-

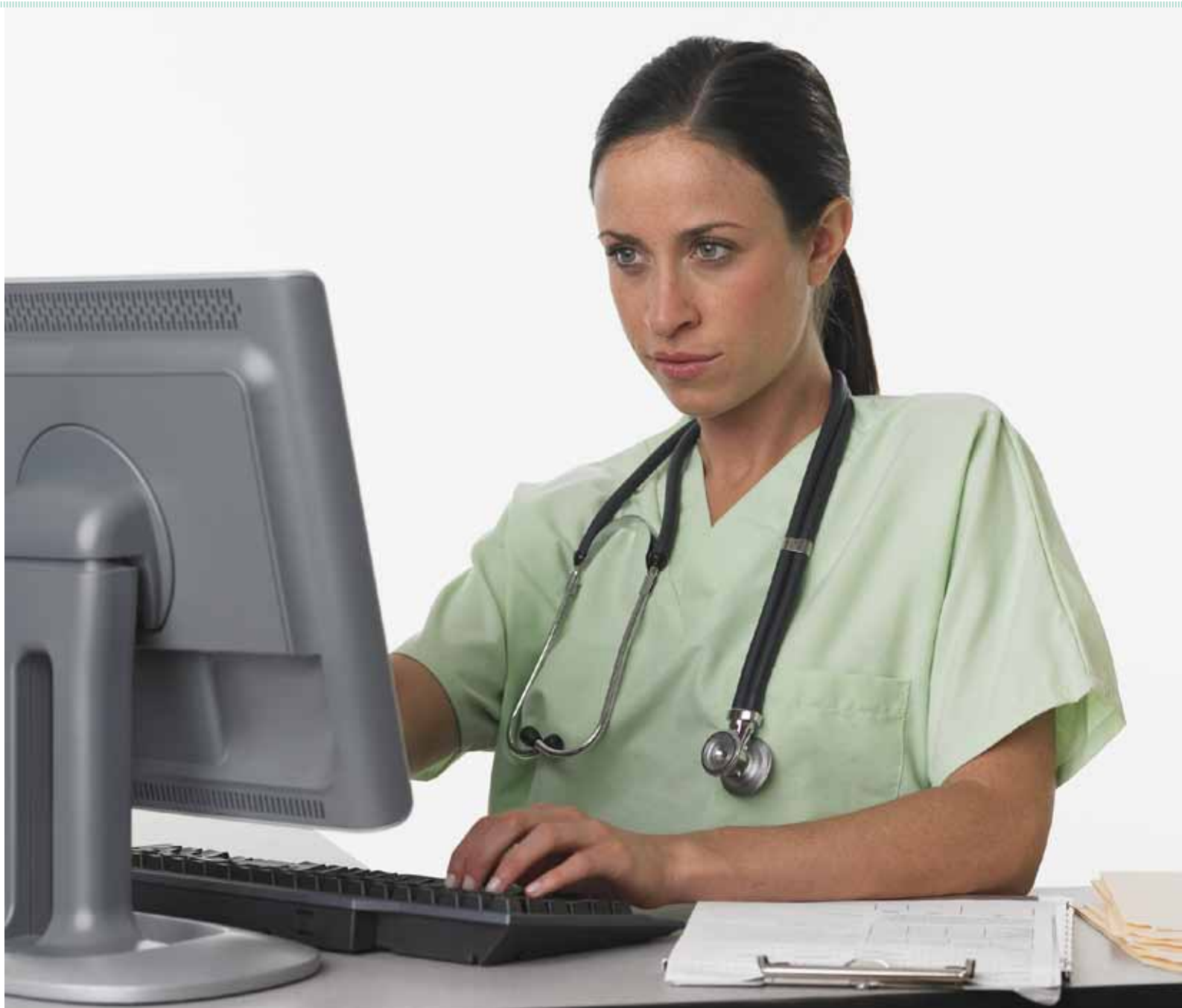
www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

Søkeord:

- ▶ Dokumentasjon
- ▶ Sykepleie
- ▶ Tverrfaglighet





verktøyene ble viktig. Det ble derfor behov for å synliggjøre hvordan veiledende sykepleieplan og FF kan utfylle hverandre tverrfaglig og sykepleiefaglig.

Metode

Det ble nedsatt en arbeidsgruppe bestående av sykepleiere fra 15 klinikker, to sykepleiefaglige rådgivere fra IT-avdelingen, en representant fra Senter for Pasientmedvirkning og Sykepleieforskning, samt en juridisk rådgiver. Arbeidsgruppen organiserte seg i mindre grupper som jobbet med forskjellige deler av mandatet. Forslagene som ble utarbeidet i de mindre gruppene ble presentert for hele gruppen og beslutningene tatt på fellesmøte en gang i måneden. En gruppe jobbet spesielt med utvikling av retningslinjer for veiledende sykepleieplan og FF.

Gruppen baserte arbeidet på litteratursøk, nasjonale IKT strategidokumenter og mål om helhetlige pasientforløp (5,19). Gruppen deltok på flere seminarer og konferanser om temaet. Utarbeiding av veiledede pleieplan baserte seg på ISO-modellen. For å innhente erfaringskunnskap søkte vi kontakt med dokumentasjonsgruppene ved sykehuset i Østfold, A-hus, NSF og NSF's faggruppe for IKT og dokumentasjon (NSFID).

Forventet forløp

Retningslinjer ble utarbeidet for Forventet forløp (FF) og Veiledende Pasientplan: Sykepleie. Retningslinjer er en norm som skal følges og være retningsgivende for utøvelsen av faget. Helsepolitisk blir ofte «pasientforløp» beskrevet som den totale «pasienthendelsen», det vil si den tidsperioden en person har status som pasient (20). Helse Sør-Øst definerer en «behandlingslinje» som; «dokumentert

IKT: Aktiv bruk av elektronisk dokumentasjonsverktøy vil bidra til planlegging og gjennomføring av sykepleie og føre til gode pasientresultater.

Sykepleieres faglige vurderinger og faglige kvalitet er av betydning for pasientens helseresultater.

beskrivelse av et pasientforløp for en diagnosegruppe, forankret i faglig evidens og koblet til effektiv ressursutnyttelse og målbare resultater» (21). Rikshospitalet har definert FF som; «et kart over pasientens gang gjennom sykehuset, konkretisert for en pasientkategori, med en angivelse av viktige pasientresultater/mål. FF er et overordnet tverrfaglig administrativt system hvor pasientens



forventede resultat (status /mål) beskrives i de ulike fasene.» Det helsefaglige kunnskapsgrunnlaget er «nerven» i FF og de forventede resultatene som beskrives i hver fase og for hele oppholdet, baseres på beste tilgjengelige kunnskap. Dette er også retningsgivende for planlegging og beregning av nødvendig ressurser.

Veiledende Pasientplan: Sykepleie

Etter grundige diskusjoner valgte vi å ta i bruk navnet «Veiledende Pasientplan: Sykepleie (VPS)» av to hovedårsaker. For det første: Fokuset er på pasienten og det åpnes for tverrfaglig samarbeid. For det andre rommer navnet VPS mer enn navnet behandlingsplan. Navnet bør gjenspeile planens fokus som ikke bare er behandling av problemer, men også forebygging av risiko og styrking av pasientens ressurser. Navnet VPS devaluerer ikke sykepleien til «kun» å planlegge tiltak som navnet tiltaksplaner kan henseile på. Etter vår mening er beslutninger og prosesser mot pasientresultater viktige elementer å dokumentere og må derfor nødvendigvis inkludere diagnose (fokus og vurdering) for sykepleie, samt forventede resultater og mål.

Fordi tidligere definisjoner av veiledende sykepleieplan varierte og ikke var oppdaterte, utarbeidet vi en ny definisjon basert på en syntese av tidligere definisjoner, ny kunnskap og ISO standard for sykepleiediagnoser og -intervensjoner(7;8;11;22): «VPS er en plan med forhåndsdefinert innhold av konkrete, sannsynlige og relevante sykepleiediagnoser med tilhørende tiltak og forventede resultater/ kvalitetsmål for en pasientgruppe eller pasientsituasjon. Planen skal reflektere faglig nivå, gi retning, og grunnlag for vurdering og tilpasning av individuell sykepleie basert på datainnsamling og observasjon av den enkelte pasient, så vidt mulig sammen med pasienten, og inkludere pasientens perspektiv. VPS skal danne grunnlag for sykepleiens bidrag til tverrfaglig og helhetlig pasientforløp og må oppfylle kravene i lovverket/ journalforskriften.» VPS består av sykepleiediagnose, forventet resultat /mål og tiltak.

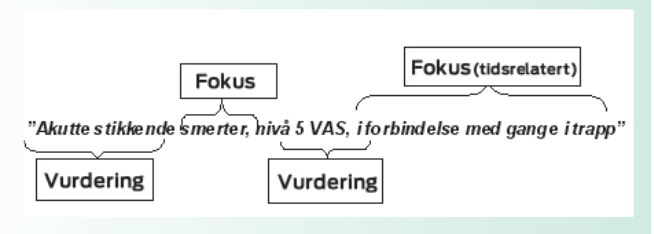
Sykepleiediagnose

En sykepleiediagnose er en analyse av den informasjonen som innhentes basert på pasientens opplevelse og utformes i samarbeid med pasienten så vidt det er mulig. En sykepleiediagnose kan beskrive et problem, en risiko eller ressurs og gjenspeiler sykepleierens behandlende, forebyggende og støttende funksjon.

En sykepleiediagnose er verken en medisinsk diagnose, patofysiologi, mål, behov, symptom, behandling (for eksempel respirator), diagnostisk undersøkelse (for eksempel kateterisering) eller situasjonstilstand (for eksempel gravid eller døende) (8). Fokuset i en sykepleiediagnose reflekterer et lindrende perspektiv, pasientens mestring av sykdom og sykdommens konsekvenser for det daglige liv.

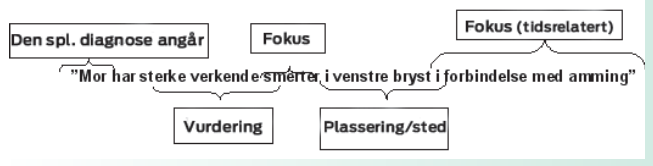
Ifølge ISO-strukturen er to elementer obligatoriske: fokus og vurdering av fokuset (11-12). Et eksempel er vist i figur 1.

Figur 1. Sykepleiediagnose med de obligatoriske elementene fokus og vurdering



ISO-strukturen viser også til tilleggselementer man kan legge inn i en sykepleiediagnose for å beskrive vurderingen nærmere og aktualiseres oftest ved individualisering av diagnosen. Tilleggselementene omfatter: den sykepleiediagnosen angår (for eksempel pasienten, barnet, mor, familien) og sted/beliggenhet/plassering av fokuset (for eksempel venstre fot, høyre kne osv). Et eksempel vises i figur 2.

Figur 2. Sykepleiediagnose med de obligatoriske elementene (fokus og vurdering) og tilleggselementer.



Forventet resultat

Forventede resultater skal fortelle om hvilken helsestatus, hvilket funksjonsnivå eller tilstand (for eksempel velvære eller mestring av helseproblemer, livsstilsforandringer eller egenomsorg) vi forventer pasienten skal ha ved utskrivning, basert på de planlagte tiltak. Pasientens eller pårørendes forventninger, og prioriteringer skal inkluderes for videre planlegging av realistiske og tidsangitte mål.

Tiltak

Tiltak skal i størst mulig grad være kunnskapsbaserte. Det skal gå fram ved henvisninger til litteratur knyttet til den enkelte VPS. Der det ikke er mulig å finne kunnskapsbaserte tiltak skal det gå fram hvor praksis er hentet fra.

Ifølge ISO-strukturen er det to elementer som er obligatoriske når man skal formulere et tiltak; handlingen og det handlingen retter seg mot eller innholdet av handlingen. Et eksempel er vist i figur 3.

Figur 3. Eksempel på tiltak med obligatoriske elementer



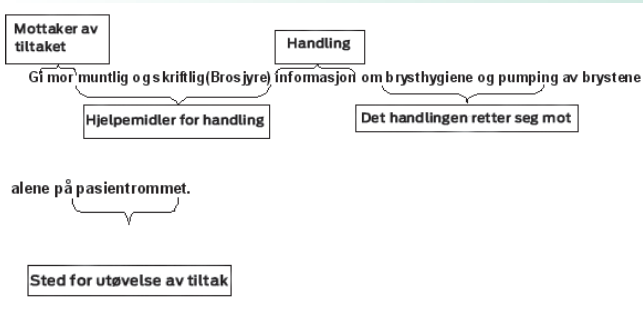
ISO strukturen gjengir også valgfrie elementer som kan legges til for å spesifisere tiltaket nærmere:

- › Informasjon om hjelpemidler for handlingen/tiltaket (eks: bandasjemateriell og rengjøringsmiddel)
- › Veien tiltaket/innholdet skal gjennom (eks. oralt, subkutant)
- › Stedet/strukturen for utøvelse av tiltaket (eks. venstre fot)
- › Mottaker av tiltaket; barnet, pårørende, pasienten/grupper av pasienter

Figur 4 viser eksempel av obligatoriske og valgfrie elementer av et tiltak.

I forventet forløp (FF) beskrives forventede pasientresultater

Figur 4. Eksempel på tiltak med obligatoriske og valgfrie elementer



i de ulike fasene som resultatet av en samlet faginnsett i et tverrfaglig team. Forventet behov for sykepleieressurser i de ulike fasene av pasientforløpet beskrives også. Sykepleieressurser beregnes ved antall sykepleietimer pasienten har behov for per døgn, tilknyttet forskjellige sengekategorier fra I (ikke innlagt) til III (pasient i intensiv seng).

Forventet pasientresultat er bindeleddet mellom FF og VPS, hvor VPS beskriver hvordan sykepleiefaget bidrar til helse-resultater hos pasienten. I tillegg knyttes FF til ICD10, den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer (medisinsk diagnostisering og kodingsklassifikasjon).

For å synliggjøre forskjeller og likheter mellom de to plansystemene FF og VPS viser vi til et eksempel med utdrag fra de to planene. Her illustreres mål/forventet resultat som bindeleddet mellom planene (figur 5 og 6).

Konklusjon

Sykepleiere må selv påvirke dokumentasjon av sykepleie. Dokumentasjonens innhold og prosesser må baseres på faglige krav i utvikling og bruk av EPJ. Erfaringer har vist at sykepleierne ofte ikke er delaktige i denne utviklingen. Sykepleieres faglige vurderinger og faglige kvalitet er av betydning for pasientens

Figur 5. Eksempel på forventet forløp

Funksjonsområde	Forventet resultat for fasen 1. postoperative dag, start intermedieårfase
Respirasjon/sirkulasjon	Hovedmål: Opprettholder spontanventilasjon m/god hostekraft. Kan puste dypt + hoste effektivt, SaO ₂ >93 m/ O ₂ -tilførsel.

Figur 6. Eksempel på veiledede pasientplan: Sykepleie

Sykepleiediagnose	Mål	Tiltak
Risiko for redusert hostekraft og O ₂ tilførsel relatert til kirurgisk inngrep og narkose	Opprettholder spontanventilasjon m/god hostekraft. - Mestrer pusteteknikk, og kan bruke hostepute - Stabil BT/puls/respirasjon ved monitorering hver 1-2 t - Kan puste dypt + hoste effektivt, SaO ₂ >93 m/ O ₂ -tilførsel.	Spl.veileder i pusteteknikk og bruk av hostepute Observere hostekraft og pusteteknikk Monitorering av BT/P/resp hver 1-2 time

helseresultater og velvære, og må sees i sammenheng med andre faggruppers bidrag. Vi må dokumentere kvalitet og innhold for å vise at sykepleie bidrar til pasientresultater. Vi har nå vist hvordan Rikshospitalet har jobbet frem felles retningslinjer. FF er en felles plattform for tverrfaglige og administrative planer, mens VPS er felles støtteverktøy for sykepleietjenestens planlagte vurderinger, mål og tiltak. Flere kunnskapsbaserte planer må utvikles på tvers av avdelinger og klinikker, på tvers av institusjoner og helsetjenestenivåer, sykepleiefaglige, så vel som tverrfaglige planer. Det er nødvendig med en beslutning på øverste nivå i sykehuset, og på øverste nivå i helse-Norge for hvilke planer som skal utarbeides, særfaglige, så vel som tverrfaglige. ■■■

LITTERATUR

- Sosial- og helsedepartementet (2000). Forskrift om pasientjournal.
- NOU (1997:2) Pasienten først, Ledelse og organisering i sykehus. Sosial og helsedepartementet 1996.
- Sosial og Helsedepartementet (1996). Mer Helse for hver biT. Informasjonsteknologi for en bedre helsetjeneste. Handlingsplan 1997-2000
- Sosial og Helsedepartementet (1999). Si@. Elektronisk samhandling i helse- og sosialsektoren. Statlig tiltaksplan 2001-2003
- Sosial og Helsedepartementet (2004) S@mspill 2007; Nasjonal IKT; Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten.
- Sosial og Helsedepartementet S@mspill 2.0, Nasjonal strategi for elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren 2008 – 2013
- Mølstad K. Veien til veiledende sykepleieplaner. Tidsskrift sykepleien 1998; 15: 48-52.
- Ehnfors M, Eherenberg A, Thorell-Ekstrand I. VIPS -boken. Om en forskningsbasert modell for dokumentation av omvårdnad i pasientjournalen. Vårdforbundet FoU 48. Forskning og utvekkling 2001.
- Standardvårdplaner (SVP). En kartlegging av forekomsten av SVP i akutsjukkvarde. Sosialstyrelsen, art. nr. 2006-124-4. Lokalisert 29.04.09. på www.sosialstyrelsen.se
- Dokumentasjon av sykepleie i elektronisk pasientjournal (2007). NSF's faggruppe for IKT og Dokumentasjon (NSFID), 4. Utgave, sept. s. 37
- International Standard Organization (2003), The ISO 18140:2003 International Standard, Health Informatics-Integration of a reference terminology model.
- Saba V, Hovenga E, Coenen A, McCormick K, Bakken S. Nursing language-terminology models for nurse. ISO Bulletin September 2003;
- Bjørnsdottir K. Language, research and nursing practice. Journal of Advanced Nursing 2000; 33 (2): 159-66.
- Patton MQ. Qualitative research & evaluation methods. 3rd edition. California: Sage Publications Inc, 2002.
- Pasientens gang gjennom systemet. Notat utarbeidet ved sjefsykepleiers kontor, Oslo: Rikshospitalet, 1992.
- Mathisen L, Hjortnæs AK. Forventet forløp- sykepleie og samspill i pasientforløpet. I: Knutstad U, Kamp Nielsen B, red. Sykepleiebok 2 Oslo: Akribe forlag, 2005: 319-60.
- Mathisen L, Hjortnæs AK, Berge AW, Skogstad A. Forventet forløp: en 2. generasjons sykepleieplan. Tidsskr Sykepl 2002; 3: 56-61.
- Wojner AW. Outcomes management: Applications to clinical practice. St. Louis: Mosby, 2001.
- Sosial- og Helsedirektoratet (2005). ...Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (2005-2015). Til deg som leder og utøver. IS-1162 Veileder.
- Nyhetsbrev nr.7 Oslo Universitetssykehus-19. mars 2009
- Modell for utvikling av behandlingsslinjer, Helse Sør-Øst: http://www.helse-sorost.no/modules/module_123/proxy.asp?c=89&l=326&D=2&mids=a24a160a
- Moen A, Helleø R, Berge A. Sykepleiers journalføring. Dokumentasjon og informasjonshåndtering. Oslo: Akribe, 2008.



Anne Torine Litherland,
uroterapeut/sykepleier.



Astrid Gjersøe,
avdelingsleder da prosjektet
ble gjennomført.

Begge skribentene jobber
på poliklinikk for kvinne-
sykdommer ved Sykehuset i
Vestfold.

Gir hjelp ved urinlekkasje

Uroterapeuten har en viktig rolle i utredning og behandling av kvinner med vannlatingsproblemer.

Urinlekkasje er et problem som rammer mange kvinner (1). Det er et kostbart problem både samfunnsøkonomisk og for den enkelte. Tilbudet til disse pasientene varierer fra sted til sted i Norge. Ved noen sykehus har uroterapeuter overtatt deler av utredningen og behandlingen av denne pasientgruppen (2,3). De fleste uroterapeuter er sykepleiere som har tatt videreutdanning innen funksjon og dysfunksjon i de nedre urinveier. En studie fra Australia viser at kvinner med inkontinens som ble behandlet av sykepleiere med spesialisering innen inkontinens fikk økt livskvalitet (4).

Pasientundersøkelse

Ved poliklinikk for kvinnesykdommer, Sykehuset i Vestfold, har vi siden år 2000 hatt to uroterapeuter i halv stilling. I løpet av denne perioden har vi gradvis utviklet et system for å ta oss av disse pasientene. Vi ønsket å evaluere dette systemet og å se på hvilket arbeid uroterapeutene ved vår poliklinikk gjør. En annet aspekt vi ønsket å vurdere, var hvor stor andel av pasientene som var fornøyd og oppnådde tilfredsstillende bedring etter utredning og oppfølging hos uroterapeut, det vil si uten konsultasjon hos lege. Vi har derfor gått gjennom journalene til alle pasientene som var til første konsultasjon hos uroterapeut i kalenderåret 2005.

Kliniske rutiner

De fleste kvinner i Vestfold med vannlatingsbesvær blir henvist til Urogynekologisk seksjon ved poliklinikk for kvinnesykdommer. Seksjonsoverlegen vurderer alle henvisningene. Flertallet av pasientene blir satt opp til primær utredning hos uroterapeut. Pasienter som har mer kompliserte tilstander, får time til full urodynamisk undersøkelse, eventuelt en første vurdering hos spesialist i gynekologi. Urodynamisk undersøkelse utføres av lege og uroterapeut i samarbeid.

Før utredningstimen får pasienten tilsendt et validert, strukturert spørreskjema og en 24-timers miksjonsliste med bleieveie-test. Dette kan gi oss en viss informasjon om antall miksjoner og volum fordelt gjennom et døgn (5). Vi setter av 60 minutter til utredningen.

Uroterapeut og pasient går først gjennom papirene pasienten har fylt ut hjemme. Den kliniske undersøkelsen begynner med urin-flow-måling. Deretter sjekker vi vaginal knipeevne ved palpasjon i skjeden. Vi måler resturin med kateter, og gjennom det samme kateteret fylles blæren med 300 ml sterilt saltvann. Enkelte pasienter med urge-inkontinens får blærekontraksjon i forbindelse med fylling, hvilket bekrefter denne diagnosen. Når pasienten hoster kan vi se om det er hostesyknron lekkasje (det vil si stressinkontinens). Til slutt utføres en standardisert

Mange av kvinnene har dårlig funksjon i bekkenbunns-muskulaturen.

stresstest med 20 splitthopp og tre host med 300 ml i blæren og registrering av lekkasjemengde (6).

Behandling

Etter undersøkelsen blir pasienten informert om hva undersøkelsen har avdekket og hva som kan være årsaken til problemene. Kvinnen får råd om drikke- og toalettvaner, informasjon om lekkasjetyper og behandlingsalternativer. Det blir tatt stilling til videre opplegg og behandling.

Mange av kvinnene har dårlig funksjon i bekkenbunns-muskulaturen. Forskning viser at bekkenbunnstrening er effektiv behandling for anstrengelseslekkasje (7), og de som har svak bekkenbunn bør forsøke en periode med intensiv bekkenbunnstrening. Avhengig av den enkelte pasients ønske, gir vi henvisning til fysioterapeut, eller vi bestiller et biofeedbackapparat. Det viktigste er at pasienten finner en treningsform som passer for henne. Bekkenbunnstrening med biofeedback betyr at pasienten ved hjelp av et apparat med en probe i skjeden, får tilbakemelding om hvor hardt hun kniper. Disse apparatene kan pasienten låne og bruke hjemme. Enkelte kvinner som strever

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

Søkeord:

- ▶ Urologi
- ▶ Urinveier
- ▶ Poliklinikk



ENKEL BEHANDLING: Kvinner med urinveisproblemer får råd av urolog om drikke- og toalettvaner, informasjon om lekkasjetyper og behandlingsalternativer.
Illustrasjonsfoto: Colourbox

med å knipe riktig kan ha nytte av elektrostimulering en periode for å «vekke» muskulaturen.

Ved overaktiv blære anbefaler vi elektrostimuleringsbehandling, vanligvis i skjeden (7,8). Behandlingen gjøres hjemme, og stimuleringen tar 15–20 minutter tre til sju ganger i uken.

Råd og veiledning

Blæretrening brukes også til behandling av overaktiv blære (9). Vi har ikke fulgt et fast opplegg for blæretrening, og derfor er denne behandlingsformen ikke registrert i vår undersøkelse, men flertallet av våre pasienter med symptomer på overaktiv blære får enkle råd om å utsette vannlatingen og får utdelt en brosjyre om blæretrening. Postmenopausale kvinner vil ofte ha nytte av tilskudd av østrogen lokalt (10).

Mange pasienter med urinlekkasje må bruke beskyttelse i form av bind eller bleier. Det er viktig å gi dem informasjon om de forskjellige typene som finnes på markedet. For noen kvinner med anstrengelseslekkasje vil vaginale støtter være et godt hjelpemiddel (11). Kvinner som har residiverende urinveisinfeksjon, får råd og anbefalinger om behandling og forebygging. Alle som starter med konservativ behandling, får kontrolltime hos uroterapeut etter behov.

Ved anstrengelseslekkasje av moderat eller stor grad får pasienten time hos gynekolog til operasjonsvurdering. Noen av pasientene med lett grad av lekkasje ønsker også vurdering hos gynekolog, og får det. Ved uklare tilstander blir pasienten van-

ligvis tilbudt urodynamisk utredning. Hvis uroterapeuten i løpet av undersøkelsen oppdager andre tilstander, får pasienten time hos gynekolog.

Materiale og metode

Studien er godkjent av Regional komité for medisinsk forskningsetikk og Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS. I 2005 hadde 214 kvinner første konsultasjon hos uroterapeut ved vår poliklinikk. I denne studien har vi gått gjennom de 214

Mange pasienter med urinlekkasje må bruke beskyttelse i form av bind eller bleier.

journalene. Vi registrerte henvisningsinstans, dato for henvisning og første time, henvisningsdiagnose, hva pasienten beskrev, hva undersøkelsen avdekket og hva som ble bestemt videre. Vi registrerte også antall konsultasjoner og hva som ble gjort hos uroterapeut, hvor mange pasienter som gikk videre til gynekolog og eventuelt kirurgisk behandling.

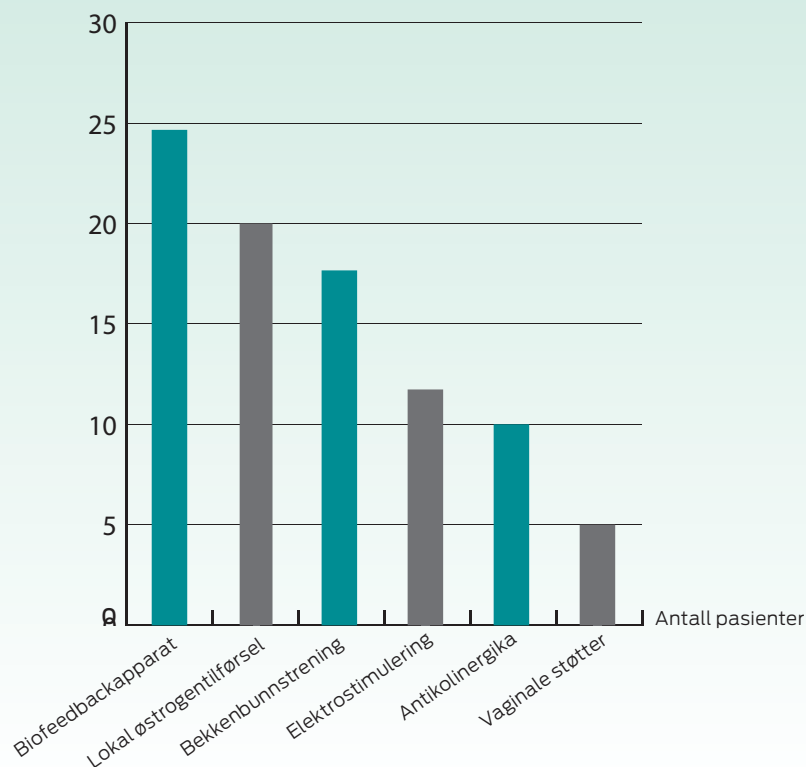
Informasjonen ble registrert på et eget skjema utarbeidet for formålet og lagt inn i dataprogrammet SPSS for analyse.

Resultater

Kvinnenes medianalder var 53,3 år (28–89). 105 (49 prosent) var



Figur 1. Behandlingstiltak igangsatt av uroterapeut



henvist fra allmennelege, 86 (40 prosent) fra privatpraktiserende gynekolog, 14 (7 prosent) fra kvinnepoliklinikken og 7 (3 prosent) fra andre poliklinikker ved sykehuset. Én pasient var selvhenvisning og for én pasient var henvisningsinstansen ukjent. Den vanligste henvisningsdiagnosen var stressinkontinens (73 prosent).

Hos sju prosent av pasientene var kun én time hos uroterapeut tilstrekkelig.

Median ventetid før første konsultasjon var 44 dager (6–279).

Utredningene avdekket 149 (70 prosent) tilfeller av anstrengelseslekkasje, 58 (29 prosent) pasienter hadde svak bekkenbunnsuskulatur. 31 (14 prosent) hadde urgeinkontinens, og ti (5 prosent) av pasientene hadde et høyt væskeinntak. Resturin

ble påvist hos ni (4 prosent) og hos åtte (4 prosent) pasienter ble det funnet descens (fremfall). Hos 15 (7 prosent) av pasientene ble det ikke påvist noe spesielt.

Alle behandlingstiltak som ble igangsatt av uroterapeut er vist i figur 1. Mange pasienter startet flere tiltak samtidig. Totalt 60 (28 prosent) av pasientene hadde ikke behov for ytterligere tiltak etter konservativ behandling og oppfølging hos uroterapeut.

16 (7 prosent) av pasientene var fornøye med informasjonen og rådene de fikk ved utredningstimen og trengte ikke videre oppfølging. 20 pasienter ble anbefalt å begynne med vaginal østrogenutførsel (reseptfritt). 150 pasienter (69 prosent) fikk time hos gynekolog til vurdering for kirurgisk behandling av anstrengelseslekkasje.

Diskusjon

Konklusjonen i artikkelen «Systematic review and metaanalysis of methods of diagnostic assessment of urinary incontinence» (12) er at det kan stilles riktig diagnose hos en stor andel av kvinner med urinlekkasje på bakgrunn av sykehistorien. Ved å legge til miksjonsliste, bleieveietest og stresstest får vi et enda bedre grunnlag for å vurdere pasientens urinveisfunksjon (6).

Hos oss er det uroterapeuten som selekterer de pasientene som skal videre til gynekolog. Mens ved spesialistpoliklinikker får alle pasientene time hos gynekolog uansett hva utredningen hos uroterapeut har avdekket (3). På denne måten unngår vi at pasienter får legetime som de ikke trenger, og pasientflyten blir god.

Mange av pasientene i vår undersøkelse uttrykte lettelse over å komme til en kvinne, når det gjaldt disse problemene. Da undersøkelsen ble utført, var det kun mannlige urogynekologer ved vår avdeling. Uroterapeutene erfarer at god tid til hver pasient gjør at pasientene opplever at de blir møtt, hørt og tatt på alvor med sine problemer.

Forbausende mange postmenopausale kvinner har ikke fått råd av henvisende lege om å begynne med lokal østrogenbehandling når de har urinveisproblemer.

Få trengte lege

Konservativ behandling og oppfølging hos uroterapeut ga gode resultater, og nesten en tredel (28 prosent) trengte ikke time hos lege. Hos sju prosent av pasientene var kun én time hos uroterapeut tilstrekkelig. Pasientene som går videre til lege, er godt informert og utredet og dette er til stor hjelp i den videre vurderingen hos legen.

Vi mener at arbeidsfordelingen vi har ved vår poliklinikk når det gjelder kvinner med vannlatingsproblemer er effektiv, men den krever et godt samarbeid mellom uroterapeut og urogynekolog. ■■■

LITTERATUR

- Hannestad YS, Rørtveit G, Sandvik H, Hunskaar S. A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: the Norwegian EPINCONT study. *J Clin Epidemiol* 2000; 53: 1150-7.
- Ytrehus Y. Utredning og behandling av kvinner med lekkasjeplager. *Sykepleien* 1996; 11:50-3.
- Klovning A, Hunskaar S, Eriksen BC, Vanvik A. Spesialistpoliklinikk for utredning av urininkontinens hos kvinner. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1994; 114: 3068-70.
- Festen L, Duggan P, Coates D. Improved quality of life in women treated for urinary incontinence by an authorised continence nurse practitioner. *Int Urogynecol J* 2008; 19:567-571.
- Kulseng-Hanssen S, Borstad E. The development of a questionnaire to measure the severity of symptoms and the quality of life before and after surgery for stress incontinence. *BJOG* 2003; 110: 983-8.
- Kulseng-Hanssen S. The development of a national database of the results of surgery for urinary incontinence in women. *BJOG* 2003; 110: 975-82.
- Schiøtz HA. Stressinkontinens hos kvinner – aktuell behandling. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2007; 127: 1773-6.
- Indrekvam S. Elektrostimulering ved urininkontinens hos kvinner. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123: 55.
- Hunskaar S, Vanvik A, Eriksen BC. Blæretrening ved urininkontinens hos kvinner. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1991; 111:3298-9.
- Norsk elektronisk legehåndbok
- Dahlstrøm BL. Tamponger – et hjelpemiddel ved stressinkontinens? *Tidsskr Nor Lægeforen* 1995; 115: 365-6.
- Martin JL, Williams KS, Sutton AJ, Abrams KR, Assassa RP. Systematic review and metaanalysis of methods of diagnostic assessment for urinary incontinence. *NeuroUrol Urodyn* 2006; 25: 674-83.

Nå lanserer KLP bank.
Her får du beste rente
fra første sparekrone



KAKTUS Foto: Elisabeth Tollisen

men;

Da må du ha offentlig tjenestepensjon i KLP. I mer enn 60 år har vi levert pensjon til offentlig ansatte. Nå åpner vi bank med ekstra gode betingelser for medlemmene våre. Andre får også gode betingelser, men først når de har spart 100.000 kroner. KLP Banken skal være blant de beste tilbyderne på markedet, og er som nettbank svært enkel å bruke. Som medlem i KLP får du så gunstige betingelser at du også kanskje vil spare hos oss?

Sjekk sparerenten vår mot den du har i dag,
på www.klp.no

KLP

for dagene som kommer



Ragnar Hauge

Aktuell med: Rus og rusmidler gjennom tidene.

Yrke: Forsker SIRUS, jurist, kriminolog, professor II og forfatter.

Bosted: Tåsen i Oslo

Alder: 76 år



En bok uten

Straff for bruk av narkotika hører ikke hjemme i et sivilisert samfunn, mener Ragnar Hauge. I boken oppsummerer han rusmidlenes historie.

Tekst **Laila Berg** Foto **Stig M. Weston**

Han dømmer ingen. Misforstå ikke, professor Hauge er ikke for legalisering eller fritt salg av hasj. Han vil avkriminalisere narkomani. Hans begrunnelse er basert på at strafferetten skal regulere den handling som skader en annen, ikke den som skader seg selv. Han synes det å straffe bruk av stoffer er noe som ikke hører hjemme i et sivilisert samfunn.

Hauges nye bok gir en historisk fremstilling av rus og rusmidler. Med store mengder fakta avsluttes boken med fremstillingen av narkotikaproblemet og nye rusmidler. Listen over psykoaktive stoffer inkluderer både acetylsalisylsyre, Finnmarkspors og sjokolade. Også den eksperimentelle behandlingen med LSD ved Modum bad på 60 tallet, hvor blant annet CIA var involvert, er nevnt i boken.

Norge har i alle år hatt alkohol som eneste lovlige rusmiddel. Det ligger mellom linjene i boken, at rusmidler legaliseres eller fagliggjøres i en kulturell sammenheng. I andre deler av verden er det ulike stoffer som har utspilt alkoholens rolle i samfunnet.

Liberalt syn

Ragnar Hauge utdyper dette. Norge har vinsmakere som bedømmer vin fra årgang og opprinnelsessted. På samme måte ble opium kvalitetsbedømt i Kina for 100 år siden. Som en kuriositet kan det nevnes at det i Ma-

rokko ble solgt cannabis på monopol. India hadde også egne salgssteder for cannabis og opium.

– Jeg har et liberalt syn i den forstand at jeg tror alle stoffer kan kontrolleres slik at de er relativt ufarlige. For noen vil de være farlig, på samme måte som alkohol. Men i hvert fall når det gjelder naturlig dyrkede stoffer som cannabis, opium og tobakk. Stoffer som for eksempel enkelte opiat, er kanskje hundre ganger sterkere enn morfin. Den type stoffer kan ikke håndteres på noen som helst måte, sier han.

– Vi har på ulike måter forsøkt å leve med alkohol og stort sett klart det. På samme måte har man i andre samfunn klart å leve med stoffer som vi betegner som narkotika.

– Hvilken motstand har dine synspunkter møtt?

– Tidligere fikk jeg sterke reaksjoner. Den største konkrete motstanden jeg kan huske var på et kontaktseminar på nittitallet, hvor jeg gikk inn for en betydelig omorganisering av kontrollsystemet. Tre av politikerne i sosialkomiteen ble så opprørte at de foreslo å stryke halve budsjettet til instituttet. Det gikk heldigvis ikke gjennom.

Han ler.

– Den største opponenten mot mitt syn har vært narkotikapolitiet med sterke individer som Arne Huse og Truls Fyhn. Den gang var det egen narkotikaavdeling. Vi har hatt

budskap

noen konflikter opp gjennom årene. På åttitallet holdt jeg foredrag hvor jeg satte det offentlige synet opp mot forskningens syn på narkotikaproblemer, sier kriminologen.

Høy medikamentbruk

– Hvorfor bør sykepleiere lese boken?
– Boka er nyttig for sykepleiere som ønsker å vite noe om hvordan stoffer har vært brukt i ulike kulturer og i ulike tidsrom gjennom tidene. Den handler også om ulike tiltak satt i verk for å regulere bruk, mener forfatteren.
– Amfetamin og Ritalin, nøyaktig hvor nær ligger de hverandre?
– De er veldig nære hverandre. I prinsippet kunne man godt brukt amfetamin i stedet for Ritalin. Det ville nok ikke gjøre noen spesiell forskjell. Det som bekymrer meg mest er at man etter hvert begynner å gi det

overraskende var det et forslag som ble forkastet av politikerne.

– Som jurist og kriminolog har jeg etter hvert fått visse oppfatninger av hva strafferett bør anvendes til. Som kriminolog har jeg erfaring med at straff ofte ikke fører noe godt med seg. Etter at jeg nå i en mannsalder, eller to, har arbeidet ved instituttet, sier han og ler.

Ikke vellykket

Det er arbeidet ved Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) som gjorde at kriminologen ble opptatt av stoffer og stoffbruk.

Han har truffet mange narkomane og deres pårørende opp gjennom årene. Han kaller seg mer teoretiker enn praktiker, men han synes man bør høre på hva de narkomane sier.

– Det er ikke så mange stemmer å

Vi har på ulike måter forsøkt å leve med alkohol og stort sett klart det.

til så mange. Store deler av barne- og ungdomsbefolkningen får dette stoffet i dag. Etter hvert har man også begynt å gi det til voksne. Jeg har ikke et medisinsk eller faglig grunnlag for å uttale meg, men jeg blir betenkt når medikamentet blir så mye brukt. Mange barn får diagnoser. Man kan lure på om det er sosiale problemer som diagnostiseres, sier han ettertenksomt.

Ragnar Hauge har sittet i straffelovkommisjonen som har utarbeidet utkast til ny straffelov. Juristen tilhørte flertallet i kommisjonen som gikk inn for å avkriminalisere bruk og besittelse av narkotiske stoffer. Ikke

hente på å liberalisere narkotikapolitikken. Men det er nok mange som etter hvert innser at den narkotikapolitikken vi har ført i Norge ikke har vært spesielt vellykket. Over tid vil jeg tro at det skjer endringer, mener Hauge.

– Har boken et budskap?

Han lener seg tilbake i stolen og smiler.

– Nei, den har vel egentlig ikke noe budskap denne boken.

Men han er helt sikker på at det er stoffer vi bruker i dag, som vi om 30 år vil finne helt uforsvarlig å bruke. På samme måte som LSD ble brukt i psykiatrien tidligere, men nå er forbudt. ■■

Festlig og trist parodi

MANGE AV OSS kjenner til psykolog Fanny Duckert og hennes kursopplegg for moderat alkoholinntak. Det gjør også en av våre mest ærlige forfattere, Vigdis Hjort.

Før jeg fyrer løs må jeg understreke at hennes bok «Fordeler og ulemper ved å være til» innehar mange undertoner av tragedie. Hennes store kunst er å sette disse tragediene i et humoristisk perspektiv.

Det er ikke lite hovedpersonen Nina har tatt på seg ved å restaurere et gammelt gjestgiveri ved kysten. Med seg har hun sin ti år gamle datter som av gode grunner ikke vet noe om sitt farsopphav.

Nina er driftig så det holder, men hennes økonomiske sans er ikke helt på høyden. Da stedet etter en rekke skandaleomsuste lukkede selskap står i fare for å gå konkurs, kommer venninnen Bodil til unnsetning. Hun ankommer blek og medtatt etter måneder med avhold, etter å ha deltatt på Duckerts kurs. Men havluften – eller gin & tonicon – gjør henne godt.

Tom for ideer er hun ikke.

De to venninnene finner en egen innfallsvinkel for å redde økonomien. Her skal ikke opplæring og avhold foregå over måneder, men over en helg. Til samme pris.

Bodil har tatt alle forholdsregler for å unngå å bli tatt for plagiat. Mens de sitter i sommervind og planlegger, mister Bodil arkene hvor hun nøye skal føre opp hver alkoholenhet, i vinden. Det spiller ingen rolle, hun har flere skjema i vesken. Neste dag fins de tapte blafrende i en ripsbusk.

Kursdeltakerne ankommer, og de utgjør et fargerikt galleri. Seminardagen som innebærer kursing i avhold går bra. Bortsett fra at påfølgende dag, da det skal kurses i moderasjon, sitter de gjenværende deltakerne blanke i øynene, tyggende på pastiller og med persillekvaster i munnviken.

Moderasjonen samme kveld ender i katastrofe, og her er Hjort på sitt beste. Men tro meg: Det er umulig ikke å le midt all misæren, slik den er beskrevet og menneskelig som den er.





Arne Teige er psykiatrisk sykepleier ved Førde sentralsykehus.

I denne serien på 10 artikler gir han en grunnleggende innføring i de vanligste forskningsmetodene. Serien «Det metodiske hjørnet» skal sette leserne i stand til kritisk å vurdere nyere forskning i sitt arbeid.

Varians – nok en gang

I den niende artikkelen om forskningsmetoder ser vi variansen, og hvordan konfidensintervallet kan benyttes til å anslå variabiliteten i populasjonen.

Først litt repetisjon. Vi ønsket å måle spredningen i målingene våre. Variabiliteten er avstanden mellom en måling (x) og gjennomsnittet (mean). Målingene ligger på begge sider av gjennomsnittet. Det er derfor ikke hjelp i å trekke fra alle avstandene (x - mean), siden resultatet alltid blir null. Vi brukte knepet med å multiplisere avstanden med seg selv (x-mean)². Vi summerte alle de kvadrerte avstandene, og delte deretter på antallet (n). Slik fant vi variansen, og standardavviket, som var kvadratrot av variansen.

Kvadratrot

Tenk deg gulvet i et firkantet rom. Dersom alle veggene er like lange, kalles rommet kvadratisk. Vi trenger da bare å måle en vegg for å finne flatemålet:

• arealet = vegg lengde * vegg lengde

Vet vi flatemålet, kan vi regne ut vegg lengda, ved å finne kvadratrot av dette. Arealet og vegg lengda i eksempelet har samme forhold til hverandre som varians og standardavvik. Endrer vi den ene, må den andre endre seg.

En stikkprøve

Du husker: små bokstaver for stikkprøver, store for populasjon? Og at parenteser er som poser; innholdet i hver hører sammen? Og at man kan ha poser inne i andre poser? Men at en starter å pakke opp innenfra og ut?

OK. Vi har tatt ei stikkprøve, vi har funnet gjennomsnittet, og at stikkprøven er (noenlunde) normalfordelt. Vi har regnet ut et 95 prosent **konfidensintervall** for gjennomsnittet, og nå hevder vi at populasjonsgjennomsnittet må ligge i dette intervallet.

Variansen

Hva med variansen? Stikkprøvas varians er «summen av (x-mean)² /n».

Som «beste mål» for populasjonsvariansen kan vi benytte VAR=[summen av (x-mean)² / (n-1)].

Vi deler altså på frihetsgradene (n-1), ikke på antallet. Da har vi laget et punkt-estimat. Hvorfor (n-1)? Slå opp i ei god statistikkbok. Alternativt: «just trust me!»

Vi ønsker igjen å si noe om hvor sikre vi er, ved å lage et **konfidensintervall**. Situasjonen er litt mer komplisert nå, fordi variansen er «dårlig» normalfordelt.

Dette betyr at vår tidligere teknikk med

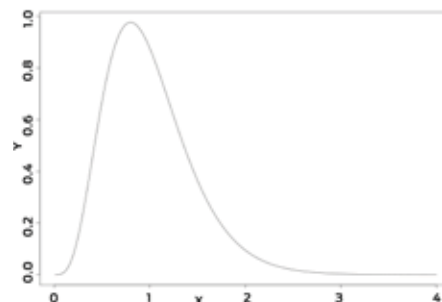
grenser tilsvarende z= +/-1,96 SD bare kan benyttes dersom dataene våre er bortimot perfekt normalfordelte. Dessverre kan vi heller ikke benytte intervall basert på t.

Hva da?

Løsningen er en ny distribusjon, kalt chikvadrat. Den beror, som t-distribusjonen, på frihets- grader. Til forskjell fra normal- og t-distribusjonen er den alltid større enn null, og den er «venstrevridd», med «hale» til høyre. Se figur 1.

«Heldigvis» for oss er utregningene kompliserte. Man har derfor laga tabeller. Det vi trenger å gjøre, er rett og slett å bestemme oss for nivå (tradisjonelt 95%),

Figur 1



finne antall frihetsgrader (n-1), og så slå opp verdiene i en tabell:

Chi-øvre og chi-nedre

Sammenhengen er slik:

$$\text{VAR (er tilnærma lik)} \quad (\text{var} * \text{chi-kvadratverdi}) / n-1$$

Omformer vi dette, står vi tilbake med følgende formler for konfidens-intervallet:

$$\begin{aligned} \text{øvre grense} &= [(n-1) * \text{var}] / \text{chi-øvre} \\ \text{nedre grense} &= [(n-1) * \text{var}] / \text{chi-nedre} \end{aligned}$$

Siden [var = sd*sd]:

$$\begin{aligned} \text{blir øvre grense} &= [(n-1) * (\text{sd} * \text{sd})] / \text{chi-øvre} \\ \text{og nedre grense} &= [(n-1) * (\text{sd} * \text{sd})] / \text{chi-nedre} \end{aligned}$$

For rekruttdataene våre vil konfidensintervallet for populasjonen bli slik:

Data/utregninger fra før:

n	= 29,565		
n-1	= 29,564		
sd	= 6.8		
var	= (6.82 * 6.82)=46.24		
Med	Konfidensintervall	= 95%	
Blir	Konfidensgrenser	= (100 - 95)/2	= 2.5
	- Øvre-grense-CI	= 100 - 2.5) = 97.5%	= 0.975
	- Nedre-grense-CI	= (100 - 97.5) = 2.5%	= 0.025
Finn	Chi-øvre (etter tabell)	= 30042.48	
	Chi-nedre (etter tabell)	= 29089.31	

Regn: VAR-øvre

$$\begin{aligned} [(n-1) * \text{sd}^2] / \text{chi-øvre} &= ((29565-1) * (6.82)^2) / (30042,48) = 46.99 \\ \text{SD-øvre} &= 6.855 \end{aligned}$$

VAR-nedre

$$\begin{aligned} [(n-1) * \text{sd}^2] / \text{chi-nedre} &= ((29565-1) * (6.82)^2) / (29089,31) \\ &= 45.50 \end{aligned}$$

$$\text{SD-nedre} = 6.745$$

Hvilke konklusjoner kan vi dra, synes du? Spiller antallet (n) noen rolle?



Sinte unge menn i kunnskapssamfunnet

Av Arne Klyve
Folio forlag, 2009
150 sider

ISBN 978-82-92915-04-2

Anmelder: Karl-Henrik Nygaard, rådgiver

Det handler om anerkjennelse

ANMELDELSE: Det er sjelden en fagbok har gjort så stort inntrykk på meg som denne. Boken handler om de unge menn som i større og større grad faller utenfor det samfunnsmessige fellesskapet. Den fokuserer på et glemt tema i offentlig debatt i Norge.

Forfatteren Arne Klyve arbeider i rusomsorgen og kjenner de konkrete konsekvensene av det han skriver om. Menn er både på bunnen og toppen i samfunnet. Avindustrialiseringen og kunnskapssamfunnet har gjort en stor gruppe unge menn til tapere. Kunnskaps- og servicesamfunnets ofte myke verdier, har tatt over for det «harde» og maskuline som var fremtredende da maskinhaller og verft var dominerende arbeidsarena for menn. Dette er et internasjonalt fenomen.

I boken refererer Klyve stadig til tysk erfaring og forskning. Han viser

hvordan gutter som faller utenfor i skolesystemet trekkes til høyre-radikale miljøer i Tyskland. Her finner de mening og en opplevelse av styrke og fellesskap. Det samme kan vi se når de unge og frustrerte guttene søker trøst i rus og destruktive fellesskap. Her opplever de å være blant sine egne. Når selvtilliten svikter, skapes det en selvtillit basert på falske verdier i fellesskapet som er individuelt styrkende, men også nedbrytende og ødeleggende for både personer og samfunn.

Jeg leser boken som et varsel om det som kan komme om vi ikke i større grad klarer å integrere de sinte unge mennene, som har god grunn til å føle seg sviktet, i konstruktive fellesskap. Klyve ønsker seg et varmere samfunn der anerkjennelse er et nøkkelord. Han er skeptisk til den kursen de kapitalistiske samfunnene

har valgt. Utstøtingen og arbeidsløsheten øker og vil få store samfunnsmessige konsekvenser. Medisinering er ikke veien å gå. Anerkjennelsen kommer ikke via piller og terapi, men gjennom politisk handling.

Anerkjennelse er et begrep han ofte tyr til. På mange måter handler boken om nettopp det.

«Sinte unge menn» gir leseren viktige og nyttige perspektiver og lyst til videre lesing. Den er lettlest, med få kompliserte og fremmedgjørende sosiologiske uttrykk. Arne Klyve formidler godt sitt sterke engasjement og legger vekt på de store linjene. Han ønsker å vekke leseren til handling. Det smittet over på meg. Jeg anbefaler boken til alle som har med ungdom å gjøre, men vel så mye til politisk opptatte som vil lære å ta til seg appellen om å skape et samfunn båret oppe av anerkjennelse.

Jeg elsker å lære, men hater å bli undervist.

Winston Churchill



Vegen inn i skoddeheimen

Av Ola Hunderi og Inger Anne Ree Hunderi
Musikk av Karl Seglem
Forlaget Aldring og helse, 2009
140 sider

ISBN 978-82-80611215

Anmelder: Liv Wergeland Sørbye, sykepleier, PhD, Diakonhjemmet høgskole

Talte med penselen da ordene ble borte

ANMELDELSE: Evidensbasert kunnskap er stadig blitt viktigere på alle nivå i helsetjenesten. Det stilles krav til metode og statistikk. Hvilken vitenskapelig betydning har da en bok som «Vegen inn i skoddeheimen»?

Denne boken presenterer fakta og opplevelser relatert til Alzheimers sykdom illustrert med malerier, dikt og musikk.

Med knappe, meningsmettede setninger formidler Ola Hunderi hvordan hans kone Inger Anne gradvis forsvant inn i skodda. «Ho er, utan å vere.» «Ho mista tida. Den vart heilt borte for henne. Ho leita, men den var ikkje til å finne.» «Då ho miste retten til nyklar, mista ho fridomen, mista ho sjølvstendet, retten til eige liv.»

Inger Anne Ree Hunderi klarte gjennom sin malerkunst å beskrive hvordan demenssykdommen endret henne. Penselen talte da ordene ble

borte. Lenge før sykdommen ble diagnostisert viste bildene hun malte tegn på utvikling av Alzheimer – når en betraktet dem i ettertid. Hun var bare 55 år da hennes nære venninne og partner skjønte at Inger Anne ikke lengre var i stand til å delta i driften av deres felles fysioterapiinstitutt. Evnen til å organisere og holde avtaler var redusert. Et foto av avtaleboka viser tydelig tegn på et begynnende kaos.

Bokens forside er et selvportrett. En tydelig og sterk kvinneskikkelse, med markerte øyne og nese, men der munnen er borte.

Språket forsvant gradvis. I begynnelsen var hun flink til å lage substitutter. En «dårlig fjellvei» ble til et «elendig gåsted». Etter hvert ble språket bare en remse som ble gjentatt og gjentatt i timevis. Dette kunne være svært enerverende for ham som hørte

på, men når språket forstummet helt, kunne han savne den intense oppramsing.

Inger Anne Ree Hunderis bilder gir en unik innsikt i en Alzheimer-pasients kamp for å kommunisere hva som skjedde med henne. Etter hvert blir figurene hun malte mer utydelige, bildene forenkles og blir dystre, mørke og angstfulte.

Karl Seglem har komponert musikk til diktene. Musikken veksler mellom harmoni, angst og uro og er til tider smertefull å lytte til.

Boken berørte meg både som leser og fagperson. Den ga innblikk i hva det vil si å vandre inn i skuggeheimen. En erkjennelse som gjør meg mer var for hva pasienter med demenslidelser forsøker å formidle om sine følelser og behov. Boken er et viktig supplement til den tradisjonelle faglitteraturen.

Quiz

Tekst **Nina Hernæs** Foto **Colourbox**

Er du en kompetent sykepleier?

Test kunnskapene med vår aktuelle og nådeløse quiz!

1. Biter fuglelopper mennesker?

- A Ja
- B Nei
- C Avhenger av årstid

2. Biter snølopper mennesker?

- A Ja
- B Nei
- C Avhenger av årstid

3. Hva er dermatofytter?

- A Flass
- B Hudavskallinger
- C Sopp

4. Hva kan honning forårsake hos små barn?

- A Glykemisk sjokk
- B Avhengighet
- C Botulisme

5. Hva er agorafobi?

- A Frykt for edderkopper
- B Frykt for aggressive hunder
- C Frykt for åpne plasser

6. Hva gir norovirus?

- A Neseforkjølelse
- B Øreverk
- C Magesjau

7. Hva er en divertikkel?

- A Utposning på vegg i et indre organ
- B En kvise
- C En blære

8. Hva er hemokromatose?

- A For lite jern
- B For mye jern
- C Ikke noe jern

9. Hva er alleler?


- A Ulike genvarianter
- B Fliker av celler
- C Mutasjoner av gener

10. Hva betyr sanus?

- A Frisk
- B Sanselig
- C Sannsynlig



SKAPER FRYKT:
Kan denne gi agorafobi?

-  **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: 1A Ja, 2B Nei, 3C Sopp, 4C Botulisme, 5C Frykt for åpne plasser, 6C Magesjau, 7A Utposning på vegg i et indre organ, 8B For mye jern, 9A Ulike genvarianter, 10A Frisk

FAG NOTISER

Ammekyndig på helsestasjonen

Landets fem første ammekyndige helsestasjoner er utnevnt. Helsestasjonen i Frogner bydel i Oslo, Landås bydel i Bergen, Stange, Grimstad og Nesodden kommune er valgt ut.

Å være ammekyndig helsestasjon innebærer at personalet oppdateres faglig og at det lages retningslinjer for arbeidet med amming. Kvinnene som følges opp på helsestasjon under svangerskapet skal veiledes systematisk om amming og kvinner som har født skal kontaktes innen 48 timer etter at helsestasjonen har fått beskjed om at de er kommet hjem fra sykehus.

Kilde: Helsedirektoratet

Diabetes på urdu

Hver fredag tar Diabeteslinjen imot spørsmål på urdu eller punjabi. Mennesker fra det subindiske kontinentet er mer utsatt for diabetes type 2 enn den øvrige befolkningen. De fleste fra India og Pakistan snakker urdu eller punjabi og til sammen bor det rundt 37 000 mennesker med slik bakgrunn i Norge.

Diabeteslinjen drives av Diabetesforbundet og de som besvarer spørsmål er erfarne veiledere eller helsepersonell. Spørsmål på urdu eller punjabi besvares fredager mellom 09 og 15 på telefon 815 21 948.

Kilde: Norsk kompetansesenter for minoritetshelse



Denne boken suger!

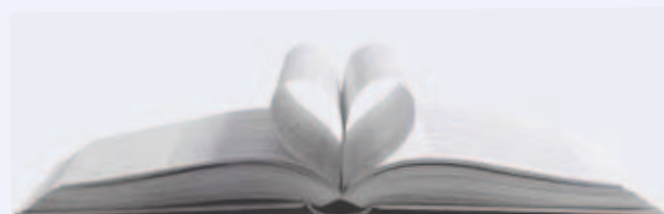
**Er du faglig trygg og liker å lese?
Sykepleien trenger flere bokanmeldere.**

Vi er på jakt etter sykepleiere med meninger og sikker språksans. Vi er særlig ute etter klinikere.

Erfaring med å anmelde er en fordel, men ikke et krav.

Interessert? Ta kontakt med Nina Hernæs på telefon 22 04 33 67 eller e-post nina.hernes@sykepleien.no

Anmeldelser blir honorert.



Eldre innvandrere mer
åpne for sykehjem side 80

Harald Eia inviteres
med til Roma. side 78

Krise ved landets største
sykehus? side 88

Sterke
synspunkter?
Skriv til oss!

Mennesker & meninger

Sykepleien

Send inn din
mening på e.post til:
redaksjonen@
sykepleien.no
eller som brev til:
Sykepleien,
p.b. 456 Sentrum
0104 Oslo

TETT PÅ LISBETH NORMANN

«Det er bare å innse at når det
gjelder likelønn så er det bratt.»

84

DILEMMA PER NORTVEDT

«Det er mye en sykepleier kan gjøre
for å skape gode prosesser rundt for-
midling av diagnostikk og prognoser.»

82



NSF HAR ORDET

Forbundsleder Lisbeth Normann

Stilling: Forbundsleder i NSF

E-post: lisbeth.normann@sykepleierforbundet.no

Vær våken under omstillingsprosessene!

Sykepleierne må bli hørt når sparekniven rammer tilbudet til pasientene.

Mange ansatte i helseforetak og kommuner opplever stadig større og mindre omstillingsprosesser. Bakgrunnen for dette kan være endrede krav til tjenestene eller rett og slett økonomi. Felles for de aller fleste av disse omstillingene er at mange ansatte blir berørt. Bare sammenslåingen av Oslo universitetssykehus (tidligere Aker universitetssykehus, Ullevål universitetssykehus og Rikshospitalet) omfatter 20 000 ansatte. En stor andel av disse er sykepleiere.

Det er mange ting som skjer i slike prosesser, og jeg tror at våre mange dyktige tillitsvalgte i de fleste tilfellene gjør en glimrende jobb med å sikre medlemmenes rettigheter. Det som imidlertid bekymrer meg er om vi i stor nok grad klarer å sikre det sykepleiefaglige slik at vi kan gi våre pasienter forsvarlig tjeneste og god sykepleie. Det er arbeidsgiverne på sykehus, i kommuner og på sykehjem som er ansvarlig for å legge til rette for at vi sykepleiere kan overholde de kravene som blir stilt oss. Men er sykepleiere i tilstrekkelig grad representert der de faglige avgjørelsene tas? Kommer vi til orde – og blir vi i så fall hørt? Er vi kritiske nok når sparekniven skamferer tilbudet til pasientene?

Skal vi fortsatt å være så «flinke piker»?

Er våre sykepleierledere godt nok rustet til å kjempe for at det faglige tilbudet ikke så altfor lett blir en salderingspost?

Sykepleierledelse i helseforetak og kommuner har også vært under kraftig omstilling de seneste årene. Det finnes nesten ikke en sjefsykepleier igjen, og sykepleierlederne er presset ned på lavere nivå. Er det slik at det faglige ledelsesbegrepet drukner i arbeidsledelse? Jeg spør meg om dette er bra for pasienten, for produktiviteten, og for sykepleiefaget.

Det er blitt sagt at vi sykepleiere lar oss så lett



KLARER ALT: Vi strekker oss så langt vi kan for å tilpasse oss nye rammer. Snart bør vi vise at nok er nok, mener Normann. Arkivfoto: Erik M. Sundt

herse med og at arbeidsgiverne gjerne utnytter akkurat dette. Vi tenker at «vi får gjøre det beste ut av det». Men er dette riktig? Skal vi fortsatt å være så «flinke piker» som får alt til, eller skal vi snart sette foten ned og si at nok er nok? Vi er nødt til å vise arbeidsgiverne at det får konsekvenser dersom man fjerner sykepleiere og støttefunksjonene rundt oss. I dag måles ikke det faglige på samme måte som ventelister, korridorpatienter og hastigheten på epikriser. Bør vi ikke drive frem faglige kvalitetsmål som utrykker «produktivitetsmålinger», slik at vi viser konsekvensene for pasientene? Vi må kanskje utfordre systemene og omgivelsene og tenke grensesprengende sykepleie!

Jeg vil oppfordre alle våre 90 000 medlemmer – i alle fall de som opplever at omstillinger går på bekostning av den faglige oppfølgingen pasientene får: Ikke vær de «flinke pikene» som

krummer nakken med et «dette skal vi få til» neste gang omstillingsvesenet mener at det skal kuttes. Ikke la det som er mest bekvemt få råde, men still spørsmål og sørg for at konsekvensene blir synliggjort der to avdelinger slås sammen og én sykepleier i lederstilling blir «overflødig» samtidig som støttefunksjonene rundt oss blir saldert bort. Jeg oppfordrer dere til følgende: Bruk deres unike kompetanse og kjemp for faget – for pasientenes skyld!

DEBATT

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

Til sykepleier Normann, ja for du er vel det?

Det er med tungt hjerte jeg skriver dette brev, et brev som vil slutte med utmelding i Norsk Sykepleierforbund, et forbund jeg meldte meg inn i på syttitallet som sykepleierelev.

På tross av mange oppfordringer til å melde meg ut, har jeg valgt å bli. Jeg har også valgt å bli i Landsgruppen for sykepleierledere. Jeg har hatt tro på NSF, på å være medlem av et forbund som ville støtte meg i faget, i en god omsorg til pasienter, brukere og beboere, i det å skulle være leder for et firma innen pleie og omsorg.

Jeg har vært sykepleier siden 1977, erfart og lært mye på min vei. Med variert erfaring, med ulike videreutdanninger jobbet jeg innen det offentlige helsevesenet frem til januar 2001. Da valgte jeg å ta et stort steg ut i privat sektor, et steg som opplevdes usikkert, men som jeg aldri har angret på. Jeg fant eiere av et firma som vil satse på gode mellommennes-

kelige møter og den gode dagen for eldre mennesker.

I dag er jeg medlem av et forbund med propaganda om «Nei til Piratsektor», jeg er leder av et firma som vil stå for kvalitet. NSF er imot meg, imot min arbeidsgiver som har sponset eldreomsorgen i Oslo med millioner av kroner.

Jeg er i konflikt med mitt eget forbund, en konflikt som griper meg dypt ned i hjerterota, en konflikt som handler om å ikke høre på hverandre, ikke respektere hverandre og ikke forstå hva hverdagen på sykehjem innebærer.

Jeg kjenner meg såret på vegne av beboere som ikke får det de har rettigheter til, en god eldreomsorg. Jeg kjenner meg tråkket på når jeg får avslag på dispensasjonssøknader når jeg setter beboernes grunnleggende behov og viktig omsorgstiltak i fokus. Hvorfor skal ikke fru Hansen få ivaretatt sitt behov, få skiftet på sine sår, få målt sitt blodsuk-

ker og få sine medisiner? Det er ikke fare for liv og helse, men en stor fare for komplikasjoner og uheldige langtidseffekter. Kan jeg godta det? Hvem skal definere og si; «Ja nå går det på liv og helse løs»?

Vi er ingen pirater med sjørøverlapp for øyet som jobber i privat sektor. Jeg vil ikke bli møtt av ansatte på morgenen som deler ut drops og propaganda «nei til pirat sektor». Jeg vil ha en tariffavtale for sykepleiere som er grunnlagt i sanne data. Vi i privat sektor jobber med begge øyne åpne, med begge hender som er varme og fire hjertekamre, med respekt for faget, for god eldreomsorg og en gjensidig respekt.

Det er med tungt hjerte jeg melder meg ut av NSF, et forbund jeg ønsker all lykke for sykepleiere, for ledere som vil stå for god kvalitet, med et godt samarbeid innen det offentlige og med private sektor.

Hilsen Anne Bråthen

SIDEN SIST

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

Dere må ikke finne dere noe annet å gjøre!

I Sykepleien nummer 3-2010 (25. februar) hevder SVs Karin Andersen at jeg har oppfordret kvinner som ikke mener de får god nok lønn til å slutte å jobbe i sykehus og finne på noe viktigere å drive med. Jeg har selvsagt aldri sagt noe slikt. Hvilke motiver Karin Andersen har for å fremsette løgnaktige påstander om hva Spekter og jeg har sagt og ikke sagt, skal jeg ikke spekulere i, men jeg vil på nytt sterkt oppfordre henne om å begynne å sitere meg riktig i likelønnsdiskusjonen. Jeg vil imidlertid for ordens skyld også gjøre alle Sykepleiens lesere oppmerksom på at Spekter er fullstendig klar over hvor viktige sykepleierne er for helsetjenesten, og sykehusene i Norge trenger hver eneste en av dere i årene framover. I årets lønnsoppgjør vil Spekter forhandle med NSF om hvordan vi kan prioritere sykepleierne.

Anne-Kari Bratten, viseadm.
i Arbeidsgiverorganisasjonen Spekter

Takk for FULLTREFFER!

Jeg vil takke for en flott vinkling i Sykepleien 3/2010, «På vei mot homo maximus». Dette oppleves av meg som er prosjektleder i prosjektet «Sunn Matglede» som et «samarbeid» og en start på en holdningsendring.

Etter å ha jobbet med dette prosjektet i et år, har jeg «misionert» i det små (i Vestfold) og fått mange reaksjoner på mitt engasjement. Reaksjonene har vært blandede. En må ha med seg alle på laget, og de største utfordringene for meg har vært «homo maximus» som jobber med barn, som liker å kose seg! Kos er en følelse, og jeg synes ikke det er riktig at en stor institusjon som skolen, barnehager og SFO skal bruke så mye tid på kosing. Hva er grunnen til at en så stor institusjon som f.eks. skolen IKKE følger Statens retningslinjer ifht sunt kosthold?

Alt er tilfeldig, og svært personavhengig.

Selv om jeg er utdannet innenfor ernæring kaster jeg meg som regel over Sykepleien når den dukker opp i postkassa. Min mann er sykepleier, og jeg registrerer hvor lite det er fokusert på mat. Se bare på sykepleierutdanningen. Det er mye fokus på piller, men meget begrenset på mat og ernæring.

Mat er livsviktig, og vi kan ikke klare oss uten. Prosjektet «Sunn Matglede» er støttet av blant annet Innovasjon Norge, folkehelsemidler og BU-midler. Prosjektet er (paradoksalt) svært tidsriktig, og nyter god anseelse.

Nok en gang takker jeg for flotte artikler, som er viktig ifht holdningsendringer i rike Norge!

Renate Bjørnsen Lindhovd, prosjektleder i «Sunn Matglede»



DEBATT

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

Heia Eia!

I programmet Hjernevask på NRK mandag kveld tar Harald Eia opp kjønnsroller og forholdet mellom biologi og kultur. Sykepleie sannsynliggjøres langt på vei som et naturskapt kvinnefag. Seerne får følge forskere som viser at jentebabyer strekker seg mot dokker og ansikter, guttene mot røffere leketøy. Interessant. Vi vil løfte frem to argumenter til kritisk ettertanke.

For det første: Halvparten av dagens medisinstudenter er kvinner. Men som samfunn får altså ikke Norge menn inn i sykepleie. Skal vi slå oss til ro med at slik vil det være for all fremtid? Og skal vi godta at primært kvinner skal bestemme hva god sykepleie er? Eller omsorg i sin alminnelighet? I en slik sammenheng er Eias program en gavepakke. Det setter nemlig fokus på et grunnleggende trekk ved det norske samfunn som i våre øyne får altfor lite oppmerksomhet.

Kun 7 prosent av dagens norske sykepleiere er menn. Bare Danmark «slår» oss med sine 4 prosent. Mens Italia derimot topper statistikken med bortimot 25 prosent. Middelhavs-maskuliniteten

lar seg altså forene med offentlig omsorgsarbeid. Italienske menn vil gjerne vaske og pleie sykes kropp. Vi har sett det ved selvsyn. Vi har startet et forskningsarbeid hvor vi sammenligner Norge og Italia. Gjennom det kan vi finne mer ut av hva det er med den norske velferdsstaten som gjør at relasjonen mellom offentlig omsorg og menn buttrer. De første intervjuene med italienerne ga nemlig mersmak og optimisme. Vi møtte stolte og yrkesbevisste mannlige sykepleiere. Menn som ville valgt sykepleie på nytt hvis de fikk muligheten. Menn som har omsorgsyrke som et ønske for sine barn (av begge kjønn). Hva er det Italia har som gjør slike fortellinger i en tilsynelatende macho-kultur mulig? Og i så liten grad i Norge? Dette er hva vi vil kalle en kulturell tilnærming til kjønn.

Så Harald Eia: Du og NRK er herved invitert til å følge oss på vårt neste forskningsopphold i Roma.

For det andre: Vi står foran en ytterst krevende rekrutteringsutfordring i helsesektoren. For å dekke fremtidens behov for pleie og omsorg må 1 av 4 elever fra videregående skole velge seg inn i

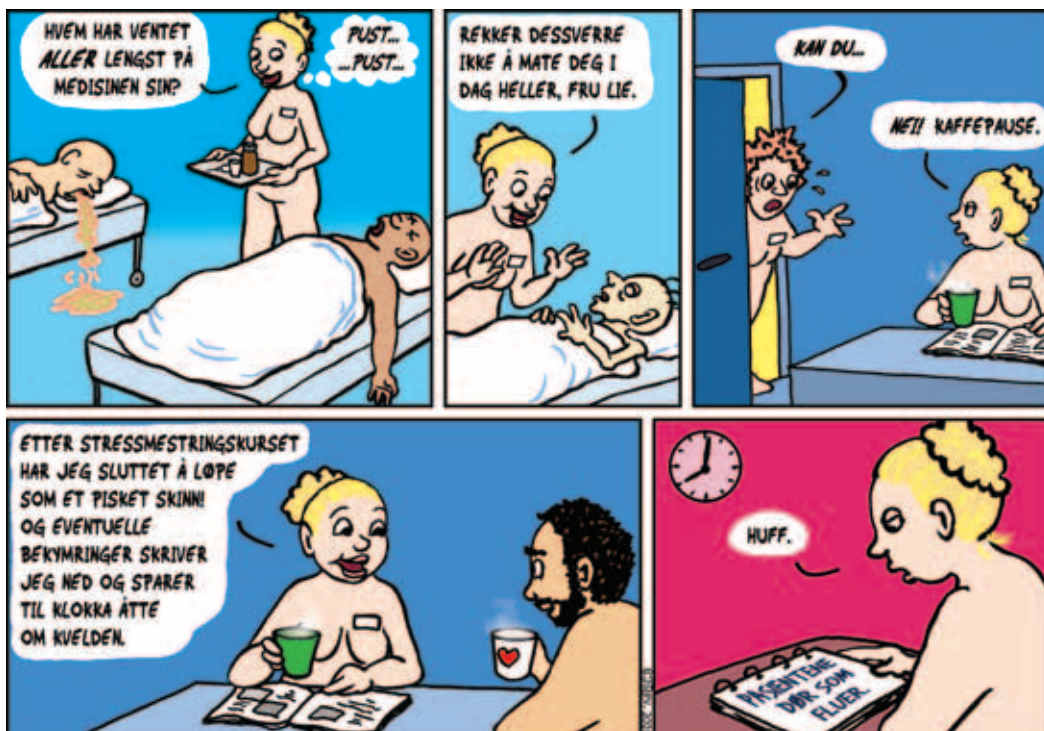
omsorgsyrker i 2020. Tiåret senere (2030) må 1 av 3 velge sykepleie og helsefag som sin karrierevei. Vi er enig med helseministeren Strøm-Erichsen i at det er umoralsk å tenke at løsningen på arbeidskraftproblemet er import av utenlandsk arbeidskraft. Det vil være utbytting av kompetanse fra land som trenger sine egne omsorgsarbeidere. Vi må skape løsninger selv. Da nytter det ikke å kun tenke på rekruttering av arbeidskraft fra den ene halvdel av befolkning. Det å tenke om sykepleie som et naturgitt kvinnefag vil hemme kreative tilnærminger til morgendagens rekrutteringsproblemer. Her trenger vi kreativ og fremtidsrettet skaperkraft. I en slik sammenheng er overskridelser av naturbestemte kjønnskategorier er påkrevet. Det tror vi mange framtidige omsorgsbrukere ser verdien av.

Kristin Heggen, professor, UiO

og Kari Nyheim Solbrække, førsteamanuensis, UiO

Se også intervju med Eia på side 29.
Red.

TERAPI av Bodil Revhaug



Finn fem feil

Jeg gjør meg noen tanker om hvordan vi sykepleiere så elegant kan glemme vår grunnleggende sykepleiekunnskap. Har selv vært innlagt på sykehus nå, og har observert mange fancy «arbeidsantrekk».

Hvordan ligger du an på følgende sjekkliste? 1: Fjern smykker, øredobber og ringer (ja, giftringen er faktisk en ring den også) 2: Ta av armbåndsur (..) 3: Lange negler hører ikke hjemme på en sykepleier. 4: Parfyme (eller røyklukt..) er heller ikke en favoritt blant pasienter som kan være kvalme eller ha astma 5: Langt, løst hår er pent på fritiden, men fikling med dette passer dårlig når du skal utføre stell, særskilt eller andre prosedyrer.

Synes forresten at Sykepleien også bør huske på dette når dere lager reklamer i bladet vårt. Har irritert meg over mange annonser hvor det er bilde av en «sykepleier» med øredobber, manglende navneskilt osv.

Vennlig hilsen Elise, Ålesund.



Snart 60 år.
Man tror det er løgn.





Forsker på NOVA,
Trude Brita Nergård

Eldre innvandrere inntar aldersinstitusjoner

Holdningen til å ville bruke eldreinstitusjon blant ikke-vestlige innvandrere forandrer seg.

Per 1. januar 2009 bodde det 1 500 personer over 80 år i Norge som er innvandret fra land utenom Norden, Nord-Europa, Nord-Amerika og Oseania (såkalte ikke-vestlige land). Det er om lag tre ganger så mange som for ti år siden. En tredel av 80+-åringene bor i Oslo, mens tilsvarende tall for Bergen, Trondheim, Stavanger og Kristiansand er 80, 53, 38 og 47 personer.

Til nå har kommunenes pleie- og omsorgstjenester merket nokså lite til disse innbyggerne. Det gjelder ikke minst aldersinstitusjonene. I oktober 2006 (siste tilgjengelige tall) var 1 prosent av beboerne på sykehjemmene i Oslo innvandrere fra et ikke-vestlig land. Det tilsvarte 45 av 4 680 personer og utgjorde en tidel av alle over 80 år med denne typen bakgrunn. I storbyene Bergen, Trondheim, Stavanger og Kristiansand dreide det seg om en halv prosent av samtlige sykehjemsbeboere. For Bergens vedkommende tilsvarer dette om lag ti personer, mens det for de andre tre byene dreier seg om mellom to og fem personer.

Mye tyder på at etterspørselen etter plasser i aldersinstitusjoner vil stige betraktelig i årene framover blant eldre som er innvandret fra et ikke-vestlig land. Ikke bare fordi det blir flere

svare på var hvem de helst ville ha hjelp fra dersom deres helse skulle bli så svekket at de trenger hjelp til å dusje, kle på seg, gå på toalettet; barna eller kommunen.

Mange håper at barna skal stille opp, men er usikre på om det vil skje i praksis. «Barna har sagt at de gjerne vil hjelpe så lenge de kan. Men hvis vi blir for dårlige, da vet de ikke. De har jo også barn og familie,» sier Latha (57) fra Sri Lanka. «Vi kan spørre barna om hjelp, men vi vet ikke om de gir oss hjelp. Vi kan ikke forlange det,» slår to av hennes medsøstre fra hjemlandet fast.

Det er ingen automatikk i at yrkesaktivitet svekker hjelpe- og omsorgsinnsatsen for gamle foreldre. Undersøkelser viser at kvinner i inntektsgivende arbeid yter om lag like mye hjelp til aldrende foreldre som kvinner som ikke deltar på arbeidsmarkedet. Men muligheten for å yte omfattende omsorg til hjelpetrettede foreldre avtar når døtre, så vel som sønner, er opptatt med jobb og egne familieforpliktelser. Samtlige barn og svigerbarn til intervjupersonene fra Sri Lanka og Vietnam er i jobb. Den unge generasjonen med pakistansk bakgrunn derimot, har en litt løsere yrkestilknytning (fortrinnsvis kvinnene). En av dem som er engasjert i arbeidet for de tamilske eldre forteller at de forsøker å forberede de eldre på at «det kan bli litt vanskelig». Fremdeles er det uvanlig at de gamle bor for seg selv, men det begynner å bli mer utbredt. Selv kjenner han to-tre ektepar som har valgt den løsningen.

Mindre familieomsorg

Strukturelle endringer og holdningsendringer har tendens til å gå hånd i hånd og forsterke hverandre gjensidig. At potensialet for familieomsorg blir mindre kan gjøre innstillingen til å ta imot hjelp fra det offentlige mer positiv. En god del av de spurte er helt klare på at de foretrekker offentlige omsorgstjenester hvis de ikke greier seg selv og ektefellen ikke er i stand til å hjelpe dem. «Når jeg blir gammel ønsker jeg å bo hjemme, ikke flytte på sykehjem. Men hvis min kone dør for meg og jeg ikke klarer meg alene, da må jeg flytte på sykehjem,» konstaterer Hong (50), opprinnelig fra Vietnam. Han kjenner dessuten institusjonen godt ut fra sin mangeårige arbeidserfaring i bransjen.

«Hvis kona dør, vil jeg på eldresenteret,» slår tamilske Arvin (58) fast og mener utvilsomt sykehjem. «Jeg tenker også slik,» supplerer Akis (57) og legger til: «Man må ikke lage vanskeligheter

Hvis det blir for stor belastning for barna, da er det bedre å reise på sykehjem. *Ikra (57) fra Pakistan*

eldre med denne typen bakgrunn, men også fordi holdningen til å bruke institusjon forandrer seg. Det er det sistnevnte som er temaet for denne kronikken.

Barna eller kommunen?

Til grunn for drøftingen ligger resultatene fra en nylig gjennomført studie av tre grupper innvandrere fra henholdsvis Vietnam, Sri Lanka og Pakistan. 37 personer over 50 år ble intervjuet om sine forventninger og planer for alderdommen. Alle tre gruppene kommer fra land hvor offentlig eldreomsorg stort sett er fraværende eller forbeholdt de uten familie. Det gjør også at standarden på tilbudene gjerne er lav. Et av spørsmålene intervjupersonene skulle

for barna». Ekteparet Rias (57) og Ikra (50) fra Pakistan forteller at «vår mentalitet er å ikke sende foreldre på sykehjem», men tar et klart forbehold i forhold til denne hovedregelen: «Det kommer an på situasjonen. Hvis det blir for stor belastning for barna, da er det bedre å reise på sykehjem».

Pakistanere mest skeptiske

Representanter for dem som verdsetter og gir uttrykk for at de vil ta imot tilbud om plass på aldersinstitusjon, fins i alle de tre gruppene. Men det er mest utbredt blant informantene fra Sri Lanka og minst vanlig blant informantene med pakistansk bakgrunn.

At personer med bakgrunn fra Pakistan utmerker seg med en tradisjonell familiepraksis, er også kommet fram i andre studier. Blant dem med pakistansk bakgrunn er det dessuten flere (alle menn) som sier at de forventer at barna stiller opp og hjelper, selv i situasjoner hvor foreldrene skulle komme til å trenge hjelp til pleie og kontinuerlig tilsyn. «Ja da, barna kan hjelpe da også,» mener sjubarnsfaren Shamir og legger leende til: «Ikke 24 timer, det er det ingen som kan, ikke på sykehuset heller. Da må man ringe. Men vi har telefon her også. Vi kan ringe døtrene våre og sønnen vår i Nittedal». «Det er ikke den samme personen som er til stede døgnet rundt. Det er det ikke i Pakistan heller. De kan bytte på det slik at det er folk her hele tiden, « forklarer Hassan, som selv bare har tre barn, men mener at litt store barnebarn også må mobiliseres. «De kan gjøre det i stedet for å gå ut om kveldene,» mener han. At slike ambulende ordninger forutsetter mange barn som bor i nærheten, er det ingen som nevner.

Når annet tilbud finnes

Når disse forutsetningene endres vil imidlertid også muligheten for familieomsorg svekkes. I hvert fall gjelder det situasjoner som krever omfattende tilsyn og pleie, det vil si omstendigheter som vanligvis kvalifiserer for opphold på institusjon. I tillegg til de strukturelle endringene som skjer innenfor de ulike innvandrergruppene (nedgang i barnetall, økt utdanning og yrkesaktivitet blant kvinner, eventuelt endring i bosettingsmønsteret), befinner alle gruppene seg i en kontekst med et godt utbygd offentlige tjenestetilbud, i hvert fall sammenlignet med deres hjemland. Både



for den eldre og den unge generasjonen representerer det en mulighet for å velge omsorgsløsninger som de ikke før har hatt.

Samtidig er innvandrere med tradisjoner for familieomsorg fra hjemlandet utsatt for et betydelig holdningspress fra samfunnet omkring. Normen om uavhengighet mellom generasjonene står sterkt i Norge. Av OECD-landene er det bare Sverige og Danmark som har lavere andel flergenerasjonshushold enn Norge. Den alminnelige befolkningsopinionen går klart i retning av å foretrekke offentlige pleie- og omsorgstjenester framfor familieomsorg. Det gjelder de eldre i minst like stor grad som de unge. Alt dette vil mest sannsynlig påvirke de nye innflytterne i samme retning.

Etterspørselen vil øke

Selv om det for mange innvandrerfamilier trolig representerer en enda større barriere å takke ja til sykehjemsplass enn det gjør for andre familier, og bruken av aldersinstitusjoner blant innflyttere med ikke-vestlig bakgrunn så langt har vært meget beskjeden, er det således all grunn til å regne med at denne bruken vil øke i tiden framover. Utviklingen vil kanskje gå med ulik hastighet i de forskjellige innvandrergruppene, men sluttresultatet er gitt: Eksistensen av et offentlig tilbud om heldøgns pleie- og omsorgsplasser av høy kvalitet, kombinert med de endringene som gruppene gjennomgår i prosessen med å tilpasse seg det norske samfunnet, vil føre til at flere familier vil etterspørre sykehjemsplass når foreldrene blir gamle og helse deres så svekket at kriteriene for å få plass er oppfylt. ■■■

KANSKJE: Eldre innvandrere er i ferd med å skifte holdning. Noen kan tenke seg at de må flytte på sykehjem hvis ikke barna har tid til å ta seg av dem. Illustrasjonsfoto: Colourbox



DILEMMA

Per Nortvedt om forsvarlig informasjon

Navn: Per Nortvedt
Bakgrunn: Professor ved seksjon
for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo
E-post: p.nortvedt@medisin.uio.no

Om å etterlate pasienten i sjokk

Sykepleiere bør ha gode rutiner for å gi informasjon til pasienter og pårørende. Og ta grep når de trenger å bli ivaretatt etterpå.

Noen situasjoner med pasienter og pårørende blir problematiske fordi informasjon blir formidlet på gal måte eller fordi faglige ansvarsforhold og/eller beslutningsprosesser er mangelfulle. De følgende situasjoner illustrerer dette.

Hvor var sykepleieren etter samtalen med legen?

To historier

To foreldrepar til alvorlig syke barn fortalte meg om hver sin erfaring. Det ene paret hadde fått formidlet diagnosen på sitt barn over mobiltelefon mens de kjørte bil. Dette dreide seg om et meget alvorlig sykt barn, med en dødelig og progredierende nevrologisk sykdom. Det andre foreldreparet formidlet følgende historie: De var begge innkalt til samtale med lege og sykepleier der de skulle få formidlet den eksakte diagnose og dermed forventet prognose på deres barn. I dette tilfellet dreide deg seg også om et lite barn med en meget alvorlig og progredierende lidelse. Foreldrene ble informert av verdens mest omtentksomme barnelege og deretter fulgt ut på gangen av sykepleier, og reiste hjem i sjokk.

Andre faste bidragstere



Professor i sykepleier ved Høgskolen i Bodø
Berit Støre Brinchmann



Leder Rådet for sykepleieetikk
Marie Aakre

Gode rutiner

Hva var det som sviktet her? I det første tilfellet var det åpenbart. En gir bare ikke slik informasjon over mobiltelefon! I det andre tilfellet var det ikke noe galt med informasjonssituasjonen i seg selv, men oppfølgingen etterpå var mangelfull. Hvor var sykepleieren etter samtalen med legen? Hvor var den trøstende omsorgen, tilbudet om å sette seg ned, noe å drikke, ta litt tid? Eller hva med rutiner for oppfølgingsamtaler, der pårørende eller pasienter kan ringe etter noen dager, eller få en ny samtale med lege eller sykepleiere når de har kommet seg etter det første sjokket! Med andre ord, tenker vi som sykepleiere nok over vår bevissthet om, ikke bare å ta ansvar i vanskelige situasjoner, men på det å etablere gode rutiner for polikliniske samtaler, rundt formidling av alvorlige diagnoser, basert på det enkle faktum at belastende informasjon krever god oppfølging?

Ta selvstendig ansvar

Sykepleieren er mange ganger i situasjoner der hun kan ta et selvstendig ansvar for at beslutningsprosesser og informasjonsrutiner ivaretar hensyn til pasient og pårørende i særdeles vanskelige situasjoner. Hvorfor skal det være nødvendig at en pasient går i halvsvine fra en poliklinisk samtale, delvis i sjokk over den informasjon han eller hun har fått, for deretter i de nærmeste dagene måtte krangle seg gjennom et sentralbord og diverse personer for

å kanskje få tak i en lege som i tillegg er altfor opptatt? Hvorfor er det ikke rutiner for tilbud om ettersamtaler i de påfølgende uker når en kanskje har fått samlet seg og kan huske de spørsmålene en først glemte å stille? Eller tilbud om en ringetime noen dager etterpå!

Jeg vet at slike tilbud finnes ved flere helseforetak, men der de er ikke-eksisterende eller er mangelfulle, bør sykepleieren se sitt ansvar for å etablere gode rutiner. Det er mye en sykepleier kan gjøre for å skape gode prosesser rundt formidling av diagnostikk og prognoser, og særlig når en vet hvilken sjokkartet opplevelse det kommer til å bli for pasienten og familien. Det er fortsatt altfor mange situasjoner der ikke bare informasjon gis på feil tid, på feil sted og på en gal måte, men det er ikke det jeg snakker om her. Jeg er opptatt av sykepleierens bevissthet om det å skape gode rutiner for informasjonsformidling. Utgangspunktet må være at sykepleieren forstår hva det innebærer av belastning for et menneske å møte skjelvende til en samtale om et prøvesvar eller behandlingsresultat.

Dilemmaet er ikke at en ikke vet at dette er riktig og viktig å gjøre slike vanskelige situasjoner lettere å bære for pasient og familie, det er de fleste klar over. Men en må se det som så viktig, at en tar et selvstendig ansvar for etablering av gode prosesser og rutiner, kanskje på tross av motstand eller liten støtte fra ledelse. Kanskje en må trosse andres uforstand



skapt av dårlig tid eller inngrrodde vaner. Har en ikke tid må en organisere virksomheten så det skapes rom for slikt. Blir en ikke hørt må en rope høyere. Eller man må få kollegaer med seg for å bringe dette opp på personalmøter eller liknende fora, der forandring kan skapes.

Mange gode eksempler

Jeg ser så mange gode eksempler for etisk forsvarlig og selvstendig sykepleie der forsvarlig praksis allerede er etablert, gjerne gjennom opprettelse av spesialfunksjoner og kliniske spesialister som arbeider med ulike medisinske og kirurgiske lidelser. Men det er ikke nok med enkelt eksempler. Hver enkelt sykepleier må stille seg spørsmålet; hva ville jeg ha ønsket hvis jeg var pasient her, hva ville jeg ha ønsket hvis jeg var syk, for med det perspektivet å se kritisk og reflekterende på sin egen virksomhet.

Etikk, ja, dilemma vel... Det blir i alle fall et dilemma for den pasient eller familie som skal prøve å rette opp et ødelagt selvbilde, eller gjenskape psykisk balanse ved også å måtte anstrenge seg for kanskje å klage, å være redd for å mase, eller å bli stemplet som en vanskelig pasient. Og vi vet at de som er ressurssterke, taleføre eller har pårørende som kan tale sin sak, de klarer seg alltid på en eller annen måte. Men de som ikke vet hva de skal spørre om, når de skal spørre, eller om de i det hele tatt tør å spørre, de trenger da en omsorgsfull og flink sykepleier mer enn noen gang. ■



Arkivfoto: Therese Borge



Til refleksjon

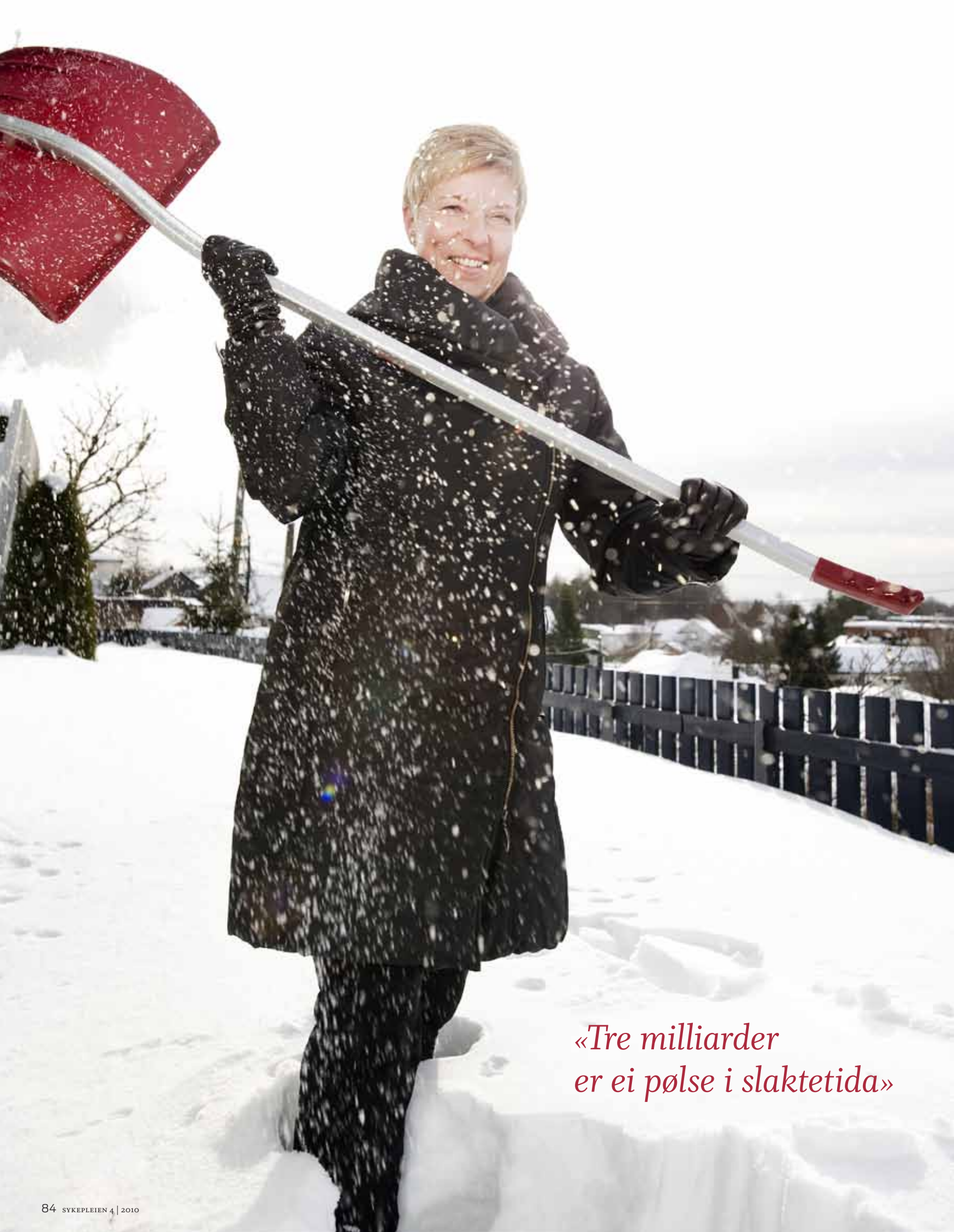
- › Hvordan er praksis og rutiner mht. pasientformasjon på din avdeling?
- › Hva er sykepleierens ansvar når hun ser at informasjon til alvorlig syke pasienter er for dårlig?
- › Hva kan etikken bidra med for å belyse disse problemstillingene?

Send din mening på epost til interaktivt@sykepleien.no, eller skriv til Sykepleien, boks 456 Sentrum, 0104 Oslo. Du kan også lese inn din reaksjon på telefon 22 04 33 65. Reaksjoner fra leserne trykkes i neste nummer.

www.sykepleien.no

Flere dilemma på sykepleien.no under fanen interaktivt.





*«Tre milliarder
er ei pølse i slaktetida»*

TETT PÅ

Lisbeth Normann

Hvem: Lisbeth Normann

Alder: 50 år

Utdanning: Operasjonssykepleier med embetseksamen i sykepleievitenskap

Yrke: Leder av Norsk Sykepleierforbund (NSF)

Hvorfor: Over halvparten av perioden er gått og hun har ennå ikke fått til det hun lovte: Likelønn

Likelønns- løfteren

Hva har snø til felles med likelønn?

Svar: Lisbeth Normann må løfte begge deler for å komme seg fremover.

Denne vinteren er ekstra tung i så måte.

Tekst **Eivor Hofstad** Foto **Stig M Weston**

«Det skal en

Snømåkingen foran den mørkeblå kjelsåsvillaen er perfekt utført. Ikke et fnugg ligger på skifertrappen og hellegangen som leder til døren uten navn. Det sørger varmekablene for. Men så gjelder ikke NSF's klimastrategi de ansattes privatliv, heller. Dessuten er det viktig å tenke forebyggende. Det ville vært upraktisk å entre hovedtariffforhandlinger på krykker.

Lisbeth Normann låser opp innenfra for Sykepleien, med mobilen på øret. Den lille yttergangen er stappet med treningsjakker, skisko og joggesko. Siden de fire barna i 20-årene er så godt som ute av redet, er det bare hun og mannen, Erik Normann, som lufter utstyret i helgene. Da er det uten termos og matpakke og med «løype» til alle som snegler seg foran.

NSF-lederen avslutter telefonsamtalen og viser at hun er god til å delegere: Sykepleien får slenge fra seg ytterklærne hvor vi vil. Vi velger rokokkosofaen fra sommerhuset på Øya i Kragerø, og følger med opp den hvitmalte trappen til andre etasje. Der gir takhøyden luft til tankene mens vinduene tilbyr hvile for øynene over Maridalsvannet.

DET SISTE HALVÅRET har vært tøft for Lisbeth Normann: Rettsak mot generalsekretæren, mann som plutselig var uten jobb, streik som endte med tvungen lønnsnemnd. Og nå kommer hovedtarifforhandlingene hvor det er så godt som ingen støtte for likelønsspotten som er foreslått av likelønnskommissjonen.

– Hvordan føler du deg etter en slik omgang?

– Det skal en del til før jeg går i grøfta. Jeg evner å se mye mer

«Min styrke i forhandlinger er å bruke faget. Håper det kan gi noen resultater.»

fremover enn bakover og er optimist av natur. Det er også viktig å feire seirene, og det har vært flere av dem siden jeg begynte. Dessuten har de bratte bakkene styrket samholdet i organisasjonen.

Som for å veie opp for optimismen, har naturen også sørget for at Lisbeth Normanns munnviker peker ørlite grann nedover når hun er alvorlig. Sammen med de loddrette linjene mellom øynene gjør det at PR-byrået til NSF, Dale & Bang, sier hun ser fryktelig streng ut og at hun må smile mer.

– Lisbeth trenger mye mindre tilbakemeldinger etter medieopptredener nå enn før, sier mannen hennes, Erik Normann.

Han har akkurat begynt i ny stilling i Helsedirektoratet, hvor han blant annet skal arbeide med samhandlingsreformen og den nye nasjonale helse- og omsorgsplanen. De to bruker å evaluere hverandres innsats i mediene.

– Det er ikke mange som kan gi oss den feedbacken som vi kan gi hverandre fordi vi er ektefeller, sier han.

– Sier du også at hun skal smile mer?

– Hva jeg sier får bli mellom oss. Hun virker engasjert, oppleves oppriktig og troverdig og det er det viktigste. Hun er jo en flott dame, da!

Målbevisst, energisk, ambisiøs, morsom og omsorgsfull, er skussmålene han sjenerøst legger til.



– Jeg ble latterliggjort for skoa mine etter en av mine første tv-opptredener av både Erik og ei venninne. De var for flate og usexy. Jeg har pakka dem langt vekk, men det verste er at jeg synes de er fine!

– Dette ville neppe vært tema for en mannlig fagforeningsleder?

– Nehei!

Lisbeth Normann rister på hodet. Munnvikene spretter opp og avdekker et lekent smilehull på høyre kinn.

– Så du ønsker å gå i mer sexy sko?

– Ja, det er en ambisjon!

Sykepleierlederen gliser og tar en slurk av kaffekoppen med melk. Hun har en knallblå skjorte på seg med et flettet, blått kjede og sølvkule i halsen. Det er til en forandring ikke hjemmelaget. Hun finner en egen ro når hun holder på med smykkearbeider, men får ikke lenger tid til det like ofte som før.

– Det blir kanskje bare 20 smykker i året nå.

– Hvor lange arbeidsdager har du?

– Man har aldri fri fra et sånt verv. Jeg visste at det var 24 timer i døgnet da jeg sa ja.

Hun blir kjent igjen på gaten nå.

– Hva sier de til deg?

– «Stå på!» Jeg får mye positive tilbakemeldinger. De få negative er mest fra helse- og sosialsektoren, fra andre høyskolegrupper som tror vi vil ha likelønn bare for sykepleiere.

LISBETH NORMANN har ett og et halvt år igjen av forbundslederperioden sin. Det begynner å haste hvis hun skal holde løftet sitt: Å ordne opp med likelønn og skift/turnus-spørsmålet til neste landsmøte. Foreløpig ser det mørkt ut. Alt snakket om likelønsspott har blitt erstattet av mer upresise begrep som likelønnsloft, eller bare likelønn.

– Det er bare å innse at når det gjelder likelønn så er det bratt. Bokstavelig talt. NSF har satt det på dagsorden, og bare det er et langt skritt. Vi må få lønnsgapet mellom kvinne- og mansdominerte yrker erkjent før vi går videre.

Team-ånden må være sterk i NSF: Normann svarer nesten konsekvent med «vi» når Sykepleien spør henne personlig.

– Hva er slagplanen din for at sykepleierne skal merke noe til



del til før jeg går i grøfta.»

likelønsspotten på lønsslippen innen ett og et halvt år?

– Vi må få arbeidsgiverne med oss, ellers vil vi aldri få tettet gapet. Vi ser at Flåthen strekker ut en hånd, og vil gå i dialog med LO. De ønsker lavtlønshopp, og vi vil selvsagt støtte LO på at lavtlønte skal få høyere lønn, men samtidig må vi ha et likelønshopp.

– Da blir det mer enn de tre milliardene som skulle gå til likelønsspotten?

– Tre milliarder er ei pølse i slaktetida. Med lavtlønshopp kan du kanskje legge på en null. I hvert fall vil det bli et tosifret milliardbeløp.

– Hvorfor går dere bort fra å snakke om likelønsspott og har blitt enige med LO om et likelønsløft i stedet?

– Pott ble brukt fordi det var greit. Kall det friske midler eller hva du vil. Poenget er at vi følger anbefalingen til likelønnskomisjonen som sier at vi må starte der forskjellene er størst, hos dem med inntil fire års høyere utdanning.

– Men det vil jo ikke LO?

– LO spenner så vidt. De har både de lavtlønte og høyskolegruppene som kanskje er en utfordring for LO. Det blir to mål som går i hver sin retning.

– Hva blir strategien nå mot tariff-forhandlingene?

– Det er mye som skjer fremover nå, men det kan jeg ikke si noe om. Når Unio og LO nå har samlet seg om et likelønsløft, har vi oppfylt trinn én av Soria Moria-kravet. Nå er det opp til regjeringen å følge opp.

EN DEL AV DET NSF GJØR er ikke så synlig. Normann skulle ønske medlemmene skjønte hvor mye arbeid som ligger bak.

– Det kan for eksempel være mange måneders arbeid bak en setning i en stortingsmelding som du aldri får credit for.

– Er det en utakknemlig jobb?

– Tja, men mye av det vi gjør må være delvis skjult. En del kan vi ikke fortelle noe om, det er noe av det vanskeligste i denne jobben.

Men Normann begynner å takle det. Da hun fylte 50 i februar, fikk hun skryt fra Lars Haukaas i Spekter om at hun hadde hatt en bratt læringskurve – fra å være fagmenneske til å bli et forhandlingsdyr.

– Min styrke i forhandlinger er å bruke faget. Håper det kan gi noen resultater.

– Hva er morsomt – fag eller forhandling?

– Det dreier seg om det samme. Vi forhandler om både om faglig innflytelse og lønn. Vi gir og tar. Det er mye spill om ord. Noen kan bruke forferdelig vanskelige ord og så er det egentlig veldig enkelt.

I DAGENS MEDISIN i fjor ble Lisbeth Normann nummer 50 på listen over helsenorges mektigste.

– Du er leder for Norges fjerde største fagforbund, og det største innen helsesektoren. Hvorfor kom du ikke høyere opp på lista?

– Jeg håper vi kommer høyere, men det viktigste for meg er at NSF får henvendelser og blir spurt til råds. Der er vi i ferd med å få en styrket posisjon. Vi får medieoppslag både sentralt og ute i fylkene takket være fylkeslederne.

Der «vi-et» hun seg igjen. Men hun finner seg selv igjen når hun skal kommentere at hun ble nummer seks på en liste over Norges mektigste kvinner i organisasjonslivet i bladet Kapital:

– Neste år håper jeg at jeg kommer høyere. Såpass barnslig er jeg!

– Hva har lederjobben i NSF gjort med deg så langt?

– Jeg er bevisst det store ansvaret jeg har. Beslutningene jeg tar får store konsekvenser. Jeg føler meg både liten og skremt i forsamlinger med toppledere. Det er en krevende øvelse å komme inn i metodikken og språket. Men det er morsomt også. I NSF er det utrolig dyktige folk som har jobben som drivkraft.

– Mannen din sier du har blitt opptatt av andre ting. Det handler mer om helsepolitikk, kjønnsroller og likestillingsaspekter nå enn før. Hvordan arter det seg på hjemmebane?

– Vi har løfta den diskusjonen om hvem som støvsuger eller stryker klær. Det handler mer om verdispørsmålene. Det må ligge en likhet i bunnen slik at det blir reelle valgmuligheter.

I FEBRUAR BLE NORMANN en av de 31 kvinnene som sitter i Audun Lysbakkens kvinnepanel. Likestillingsministeren vil ha synspunkter på hva som er de viktigste spørsmålene og løsningene for dagens norske kvinner, innen sommeren.

– Hva håper du dere gir fra dere til sommeren?

– Noe konkret som kan gi statsråden noen styringssignaler. Utfordringen er å få den oppvoksende generasjonen til å ta imot stafett-pinnen fra oss og engasjere seg bredt. Det er gutter på 19 og jenter som leser Cosmopolitan som må finne en interesse i likestilling.

– Og de må skjønne at det ikke bare handler om hvem som skal gå først inn døren eller betale på restaurant. Det handler mer om for eksempel konsekvensene for pensjonen din hvis du jobber deltid.

– HVA GJØR DU HVIS DET IKKE BLIR LIKELØNN innen perioden din?

– Dette er såpass stort at vi må ha tro på at regjeringen mener alvor og at arbeidsgiverne går med på kravene. Hvis vi ikke skulle lykkes, får vi heller ta det nederlaget når det kommer.

– Vi?

– Vel, kanskje er det sånn at jeg må påta meg det ansvaret hvis det skulle gå gærn' t. ■■■





Den største utfordringen er å ivareta helse og trivsel hos de ansatte.

Merete Norheim Morken, foretakstillsvalgt NSF Oslo universitetssykehus HF

Krise ved landets

Første januar 2010 opphørte Aker, Rikshospitalet og Ullevål som egne sykehusenheter. Fra den dagen ble det en felles ledelse av det nye Oslo universitetssykehus (OUS) og ett budsjett for hele helseforetaket. Fra 1. juni skal de gamle sykehusene arbeide på tvers og helsepersonell arbeide på en ny måte. Samtidig mangler OUS over 500 millioner kroner bare for å få den ordinære driften for 2010 i balanse, og det er planer om å kvitte seg med 500 årsverk.

– Er det mulig å gjennomføre en så omfattende omstillingen innenfor de økonomiske rammer som er gitt?

Merete Norheim Morken: – Nei. Sykehusene hadde allerede store økonomiske utfordringer i gammel organisasjon, og omstillingene som nå kun er i startgroppen er omfattende og koster penger å gjennomføre. Erfaring fra andre store omstillingsprosjekter har vist at ekstraordinære midler er et avgjørende sukseskriterie, og det er da urealistisk at sykehuset skal klare det uten. Pasienter og personal skal overflyttes fra OUS til Ahus og Vestre Viken samtidig som man skal fortsette fusjonsarbeidet internt. Enheter skal slås sammen og ansatte flyttes mellom sykehusene. Dette krever at lokaler bygges om, ansatte læres opp/omskoleres samt at it-systemene vi bruker kommuniserer. Dette er kostbart og man må bruke mer penger i en overgangsfase. Først etter at disse investeringene og flyttingene er gjort kan man hente ut faglige og økonomiske gevinster.

Steinar Marthinsen: – Omstillingene i hovedstadsområdet er store og krevende. Dette kan ikke OUS klare alene. Det har vår eier Helse Sør-Øst bekreftet. I møte med vår eier er vi bertrygget på at omstillingene er et prosjekt som ikke bare er viktig for Oslos innbyggere, men for hele regionen og hele landet. Omstillingene skal komme hele nasjonen til gode, og vi er alle avhengige av at dette lykkes. Vi ser at omstillingene er en investering for fremtida og at de vil medføre en kostnad før gevinstene tas ut – både på kvalitet og økonomi, og for ansatte og pasienter. Gitt disse rammene, er omstillingene både viktige og riktige og mulige å gjennomføre.

– Er det en aktuell problemstilling å si opp ansatte?

Merete Norheim Morken: – Det er et mål at færrest mulig skal sies opp i forbindelse med omstillingen. Allikevel er det forventet at ansatte kan bli overtallige som følge av fusjoneringen og overføringen av en stor del av dagens opptaksområde. Flere vil få tilbud om ansettelse på Ahus, men det er foreløpig uklart hva de har behov for å ansette opp mot hva OUS har behov for å redusere. I tillegg vil en overgang til andre sykehus i stor grad basere seg på frivillighet. Vi vet ennå ikke hvor mange som ønsker dette.

Steinar Marthinsen: – Det er en aktuell problemstilling, men det er langt fra konkludert. Etter endringene blir lokalsykehustilbudet i Oslo universitetssykehus om lag 1/3 mindre enn det er i dag. Det blir helt nødvendig med en tilpasning av bemanningen. Samtidig er

Det er en aktuell problemstilling
å si opp ansatte.

Steinar Marthinsen, konserndirektør og styreleder Oslo universitetssykehus HF

største sykehus?

det jo slik at det er like mange pasienter som skal ha sykehustjenester også etter endringene, men noen skal få sitt tilbud ved andre sykehus. Disse sykehusene vil trenge en økt bemanning og derfor må vi se dette i en helhet sammen med de andre sykehusene. Som styreleder er jeg opptatt av å sikre en forsvarlig og god omstillingsprosess for våre medarbeidere.

– I tillegg til økonomi, hva er de største utfordringene i denne prosessen?

Merete Norheim Morken: – Å ivareta helse og trivsel hos de ansatte gjennom omstillingen. Dette er avgjørende for at vi skal klare å opprettholde god kvalitet i pasientbehandlingen. Sykehuset fikk i fjor høst pålegg fra arbeidstilsynet knyttet til manglende samsvar mellom oppgaver og ressurser, og mange ansatte opplevde allerede da en belastende arbeidssituasjon. Nå skal aktiviteten økes, nedbemanning skje og samtidig skal store omstillinger gjennomføres. Da kan det være vanskelig å være entusiastisk. Flere føler i dag usikkerhet rundt egen jobbsituasjon. Noen sliter også med å se hensikten med fusjoneringen.

Steinar Marthinsen: – Det er pasientenes behov som skal være førende i omstillingene. Det er viktig at vi minner hverandre om dette når endringene skal gjennomføres. Det er fort gjort å bli svært opptatt av strukturelle og organisatoriske grep. Dette er viktig, men veivalgene som gjøres skal alltid ta utgangspunkt i behovet til pasientene.

I tillegg til dette er det viktig å holde motivasjonen oppe hos våre ansatte. Med 20 000 ansatte er det vanskelig å sikre at alle til enhver tid føler seg både involvert og godt informert.

– Det er sagt at hvis Oslo universitetssykehus ikke lykkes eller at pasienttilbudet blir dårligere, så har også oppdragsgiver Helse Sør-Øst og regjeringen mislykkes. Er det hold i denne problemstillingen?

Merete Norheim Morken: – Absolutt! Her er det satt i gang store prosesser som berører mange ansatte, og velfungerende og kvalitetsmessig gode fagmiljøer omrokkeres nettopp med begrunnelsen at dette skal føre til enda bedre pasientbehandling. Det er vel heller ingen som legger skjul på at nettopp ønsket om denne fusjoneringen var bakgrunnen for at Helse Sør og Helse Øst ble slått sammen i sin tid. Lykkes man ikke med etableringen av OUS, har Helse Sør-Øst og regjeringen mislyktes.

Steinar Marthinsen: – Omstillingene vi nå er i ferd med å gjennomføre, er ønsket og var en del av oppdraget som ble gitt av Helse- og omsorgsdepartementet ved sammenslåingen i 2007. Omstillingene skal komme hele nasjonen til gode. I tillegg til at vi fortsatt skal levere gode lokalsykehustjenester til befolkningen, skal OUS styrke sin innsats innen forskning og innovasjon, og vi skal samle og styrke fagmiljøene slik at de kan gi enda bedre høyspesialiserte tjenester til pasienter fra hele Norge. Det er derfor viktig for alle at endringene blir gjennomført. ■■■

Tekst **Bjørn Arild Østby**
Foto **Erik M. Sundt og Helse Sør-Øst RHF**





REFLEKS

Gjesteskribent Cathrine Sandnes

Navn: Cathrine Sandnes

Yrke: Redaktør av tidsskriftet Samtiden

E-post: cathrine.sandnes@samtiden.no

Menn av begge kjønn

«Jeg er jo mann», sier han som sitter på andre siden av bordet.

Vi har kjent hverandre siden vi studerte litteraturvitenskap for nesten tjue år siden. Vi er født i samme år, har barn som er like gamle og jeg har – inntil nå – tenkt at likheten mellom oss er atskillig større enn forskjellen. Den største forskjellen på oss, tenker jeg, er at jeg liker sport og at han liker musikk. Ifølge ham er den sentrale forskjellen at jeg er kvinne og han er mann.

Min gamle kamerat har nettopp lest bind to av Karl Ove Knausgård's «Min kamp», der forfatteren går rundt og er rasende over å ha blitt feminisert inn i et samfunn hvor fedre triller barnevogn. I tillegg har han sett begynnelsen av Harald Eias «Hjernevask»-serie, som har gitt ham vann på mølla i teorien om at «menn er menn» – og at det er en mektig, men skjult allianse av venstreraddiser, feminister og politisk korrekte journalister som har forsøkt å betvinge ham og hans jevnaldrende inn i en tvangstrøye av likestilling og forpliktelser.

Det er på dette stadiet i en diskusjon man må bestemme seg for hva man vil ha ut av kvelden: Skal man gå videre inn i det som utvilsomt ender i en krangel hvor man etter hvert beveger seg under

ene eller det andre, har man dobbelt opp av muligheter. Man kan bevege seg mellom det ene og det andre, være der det er morsomst å være, og det eneste man risikerer er at noen som er litt fine på det syns du er uoppdragen. Til gjengjeld opplevde de av guttene som verken bråkte eller knuffet, men tvert imot rødmet av sjenanse og løp med knærne inntil hverandre, å bli gjort mindre enn de var. Da de var veldig små ble de rett og slett omtalt som «pyser». Da de ble litt eldre begynte man å kalle dem «femi». Ingen av delene var ment som en kompliment.

Jeg har lurt mye på hvorfor det er stas for en jente å bli omtalt som «guttete». Eller rettere sagt, hvorfor en jente blir omtalt som «guttejente» når hun oppfører seg som et alminnelig menneske. Og hvorfor det er så veldig lite stas om noen omtaler sønnen din som «jentete». Av en eller annen grunn er det blitt positivt for en jente å utvide repertoaret, mens en gutt som går for langt i retning av det tradisjonelt kvinnelige går i minus. Det kan selvfølgelig skyldes, som vår mann på pub er tilbøyelig til å mene, at alle gjenkjenner denne gutten som fanget og temmet, for ikke å si hundset og hånet, til underkastelse. På den annen side: Skjevheten kan like gjerne skyldes at forestillingen om «det mandige» er for trang til å romme et helt menneske.

For er det ikke sånn, at likestillingen først og fremst har gått riktig vei for kvinner som har valgt å følge i sine fedres fotspor? I hvert fall sammenlignet med de få mennene som har fulgt sporene fra sine mødre. Når en kvinne velger som en mann, velger hun samtidig høyere lønn enn sin mor. Når en mann velger som en kvinne, velger han lavere lønn enn sin far. Og der en kvinnelig ingeniør blir møtt med anerkjennelse, blir en mann som velger seg mer av det tradisjonelt kvinnelige fortsatt møtt med spørsmålstegn. Det er selvsagt fordi han bryter med forestillingen om hva en mann kan være. Men det mest uforståelige er at han, helt frivillig, velger å bli lønnet som en kvinne. Og det kan godt hende min gamle venn på bar har rett, og jeg tar feil, men inntil det motsatte er bevist, så tror jeg fortsatt at mennesker i fri yrker og høy lønn har mer til felles enn det han har med mannen som vasker kontoret hans.

Jeg har lurt mye på hvorfor det er stas for en jente å bli omtalt som «guttete».

hverandres beltesteder – for eksempel ved å påpeke det åpenbart lattervekkende i at en liten spjæling, som knapt er i stand til å bære handleposene fra Rimi, snakker om «å forsvare kvinnen»? Er det bedre å smile overbærende og gjøre gode miner til slett spill? Eller skal man simpelthen være uendelig kjedelig og å si det åpenbare: At mennesker er forskjellige, enten de er det ene eller det andre. Og det er vel knappast et problem at både menn og kvinner har fått flere muligheter til å velge forskjellig enn før.

Da jeg var liten kalte man jenter som ikke oppførte seg helt etter boka for «guttejenter». Det var sånne som likte å løpe fort, snakke høyt og slåss i friminuttene. I ettertid har jeg tenkt på «guttejente»-begrepet som en dårlig måte å si noe bra på: I stedet for å være det

Øvrige gjesteskribenter 2010:



Anders Folkestad
Leder i Unio



Martine Aurdal
Leder av samfunns-
avdelingen i Dagbladet



Trude Aarnes
Jordmor og privat-
praktiserende sexolog



Jon Hustad
Journalist i Dag og Tid

Hiprex

(metenaminhippurat)



Urinveisinfeksjon?

- 40–50% av pasientene med akutt cystitt vil få residiv innen ett år etter avsluttet behandling^{1,2}
- 70–80% reduksjon i residivfrekvens av urinveisinfeksjon ved Hiprex® behandling^{3,4,5,6,7}

Hiprex® er anbefalt til langtidsprofylakse ved kronisk residiverende urinveisinfeksjoner⁸

Resistensproblemer?

Hiprex® har ingen antibakteriell effekt i serum eller i tarmkanalen og vil derfor ikke påvirke normalfloraen.⁸ Resistensutvikling mot metenaminhippurat er ikke beskrevet og preparatet har en lav bivirkningsfrekvens.⁸

c Hiprex "Meda"

Urinveisantiseptikum.

ATC-nr.: J01X X05

T DOSEPULVER 1 g: Hver pose inneholder: Metenaminhippurat 1 g, hjelpestoffer. Sitronsmak. **TABLETTER 1 g:** Hver tablett inneholder: Metenaminhippurat 1 g, hjelpestoffer. Med delestrek. **Indikasjon:** Langtidsprofylakse ved kronisk residiverende urinveisinfeksjoner etter initialbehandling med kjemoterapeutika eller antibiotika. Profylaktisk ved kort-/langtids kateterdrenasje og ved transuretrale operasjoner. Bør overveies også ved enkelt-kateteriseringer, cystoskopier og ved urodynamiske målinger i urinveiene. **Dosering: Voksne:** 1 tablett/doseringspose 2 ganger daglig. Fortrinnsvis etter morgen- og kveldsurinering. **Barn: 6–12 år:** ½ tablett 2 ganger daglig. Tabletten kan knuses og gis sammen med f.eks. syltetøy. Innholdet i 1 doseringspose røres ut i ¼–½ glass vann. **Kontraindikasjoner:** Alvorlig lever og nyreinsuffisiens, alvorlig dehydrering og metabolsk acidose, samtidig sulfonamidterapi (pga. fare for krystalluri). **Interaksjoner:** Se Kontraindikasjoner. Alkaliske stoffer hemmer metenaminets virkning. Samtidig bruk med acetazolamid bør unngås da effekten av metenamin vil reduseres. Laboratorieverdier: Avhengig av analysemetoden kan metenamin interferere med bestemmelse av steroider og katekolaminer i urinen og derved gi feilaktig resultat. (I: J01X X05 metenamin) **Graviditet/Amning: Overgang i placenta:** Risiko ved bruk under graviditet vurderes som liten. **Overgang i morsmelk:** Går over, men risiko for å påvirke barnet er liten. Preparatet kan derfor brukes under amning. **Bivirkninger: Mindre hyppige:** Gastrointestinale: Brekninger, irritasjon av mavesekk, kvalme, urolig mage. Hud: Utslett. Urogenitale: Irritasjon av urinblære. **Sjeldne (<1/1000):** Urogenitale: Hematuri. **Overdosering/Forgiftning:** Se Giftinformasjonens anbefalinger J01X X05. **Virkningsmekanisme:** Utskilles i nyrene og spaltes til metenamin og hippursyre. Metenamin hydrolyseres i sur urin og danner formaldehyd som virker baktericid gjennom å reagere med funksjonelle grupper i bakterienes enzymer, som derved blir denaturert og uten funksjon. En sur pH i urinen opprettholdes i de fleste tilfeller med hippursyren som i seg selv har bakteriostatisk effekt. Hos pasienter med kronisk bakteriuri, som pasienter med kontinuerlig kateterdrenasje og hvor bakteriuri skyldes Proteus og Pseudomonas, bør pH i blæreurin følges. Proteus og Pseudomonas spalter urinbestanddeler til basiske stoffer. Det kan derfor være aktuelt å tilføre surgjørende substanser. **Absorpsjon:** Hurtig. Formaldehyd kan påvises i urinen 30 minutter etter administrering. **Halveringstid:** 8 timer. **Utskillelse:** Ca. 85% skilles ut i urinen i løpet av 24 timer. 32 timer etter siste dose er alt utskilt. **Pakninger og priser: Dosepulver:** 100 stk. kr 342,20. **Tabletter:** 20 stk. kr 72,20. 100 stk. kr 198,90. **T:** 19b) 2, 38a) 2. **Refusjon:** I hht. refusjonslisten: **J01X X05 Metenamin Refusjonsberettiget bruk:** Langtidsprofylakse ved kroniske eller stadig residiverende infeksjoner i nyrer/urinveier og langtids kateterdrenasje. Infeksjonsprofylakse urinveier ved immunsvikt. Palliativ behandling i livets slutfase. **Refusjonskode: ICPC -90,** Palliativ behandling i livets slutfase- **Vilkår nr.31: D80** Immunsvikt med overveiende antistoffmangel, **D81** Kombinert immunsvikt, **D82** Immunsvikt forbundet med andre større defekter, **D83** Vanlig variabel immunsvikt, **D84** Annen immunsvikt. **Vilkår nr.68,141: N10** Akutt tubulo-interstiell nefritt. **ICPC vilkår nr. 68,141: U70** Nyrebekkenbetennelse, **U71** Cystitt/urinveisinfeksjon **IKA, U72** Uretritt, **ICD vilkår nr. 68,141: N11** Kronisk tubulointerstiell nefritt, **N12** Tubulointerstiell nefritt, ikke spes. som ak. eller kr., **N15** Andre tubulointerstitielle nyresykdommer, **N30** Cystitt, **N34** Uretritt og uretrasyndrom, **N39.0** Urinveisinfeksjon med uspesifisert lokalisasjon. **Vilkår: 31:** Behandlingen skal være instituert ved infeksjonsmedisinsk, onkologisk eller revmatologisk sykehusavdeling, eller poliklinikk, eller av spesialist i vedkommende spesialitet. Legen kan rekvirere legemidlet til seg selv på blå resept. **68:** Når et legemiddel ikke lenger er virksomt, må det foretas bakteriologisk undersøkelse med resistensbestemmelse for man skifter til et annet middel som godtgjøres. **141:** Pasienten må oppfylle et av følgende vilkår: **1.** Pasienten har brukt/vil bruke antibiotika minst 3 måneder årlig på grunn av infeksjoner i nyrer/urinveier. **2.** Pasienten har i gjennomsnitt de to siste årene hatt minst 3 årlige infeksjoner i nyrer/urinveier. **3.** Pasienten bruker medikamentell behandling for en kronisk sykdom i refusjonslisten hvor sykdommen gir økt risiko for infeksjoner i nyrer/urinveier. Sist endret: 13.06.2007.

Referanser: 1. Hovig B, Sander S. Urinveisantiseptika. Tidsskr Nor Lægeforen 1975; 95: 1421–5. 2. Bailey RR. Urinary tract infection – Some recent concepts. Can Med Ass J 1972; 107: 320–30. 3. Bergan T, Sander S. Urinveisantiseptika. Tidsskr Nor Lægeforen 1975; 95: 383–4. 4. Pedersen S. Long-term prophylaxis with methenamine hippurate in girls with recurrent urinary tract infections. Acta Paediatr. Scand 1978; 67: 597–9. 5. Nilsson S. Long-term treatment with methenamine hippurate in recurrent urinary tract infection. Acta Med Scand 1975; 198: 81–5. 6. Høivik H.O. og medarbeider. Profylakse ved residiverende cystitt hos fertile kvinner. Tidsskr Nor Lægeforen 1984; 16: 1150–52. 7. Gundersen et al. Hyppig forekommende cystitter hos eldre kvinner. Tidsskrift Nor lægeforen (25) 1986; 1006: 2048–2049. 8. www.felleskatalogen.no, november 2009.

MEDA

Meda AS • Postboks 194 • N-1371 Asker • Tlf: 66 75 33 00 • Faks: 66 75 33 33 • www.meda.no

B-Postabonnement

Returadresse:
Sykepleien
Postboks 456 Sentrum
NO-0104 Oslo

PORTO BETALT
PORT PAYÉ
NORGE

Lilleborg
Profesjonell



NYHET

Kun 100ml

Effektiv og skånsom håndhygiene...

Nå også i lommeformat!

Nå får du Dixin Desinfeksjonsgel også i lommeformat, slik at du kan sikre deg mot uønskede bakterier og smitte uansett hvor du er.

Dixin Desinfeksjonsgel tilfredsstiller krav i bl.a. EN1500 og EN12791, har i tillegg dokumentert effekt mot Norovirus, og er dermatologisk testet.



Dixin-serien er anbefalt av
Norges Astma- og Allergiforbund

Dixin

- effektiv omsorg for hendene