

**Velferds-
staten er
en utopi** Side 20



Mindre stryk

Bruk av psykodrama i medikamentregning gir bedre skoleresultater.

Side 48

Manuela er tilbake

Nå skal hun sikre at innvandrere får like gode helsetjenester i Akershus.

Side 76



Sykepleien

NSF POLITIKK: Regjeringen er usikker på hvordan samhandlingsreformen skal finansieres og vil bruke ekstra tid på å finne penger.

5 | 2010
15. april
2010
98. årgang

Bedre tider?

Irene Netuwa har nettopp
meldt seg inn i Ugandas
nye sykepleierforbund.



Introduksjon av **MYCLIC**[®]

ENBREL[®] (etanercept) 50 mg oppløsning i ferdigfylt penn

Et trykk er nok!



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

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

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

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

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

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

Redaktør Anners Lerdal
tlf. 22 04 33 63/95 03 31 44
anners.lerdal@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

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

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

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

Repro og trykk
Stibo Graphic AS



SYKEPLEIENS FORMÅLSPARAGRAF:

Sykepleien skal utøve saklig, uavhengig og kritisk journalistikk forankret i Norsk Sykepleierforbunds 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 alt stoff som publiseres i elektronisk form.

Gjesteskribenter:



Espen H. Aspnes skriver om forflytningsverktøy i Verkstedet. Ofte kommer hensynet til brukeren lengst ned på listen over krav til utstyret. Side 38.



Jon Olav Bjergene

Norge har høyt sykefravær, men også høy sysselsetting. Flere kvinner og eldre er i jobb enn i andre land, noe som kan forklare de høye tallene. Men 20–40 prosent er sykdom vi pådrar oss på grunn av jobben. Her ligger en mulighet til forbedring. Kronikk side 72



Marie Aakre

Det er viktig å erkjenne at det er forskjell på sykepleiere, hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og helsefagarbeidere hva gjelder kompetanse og ansvar, skriver Marie Aakre i dilemmaspalten på side 74. Hun er bekymret for «likhets-tyranniet».



Nederst i skapet på badet mitt ligger en liten eske med hvite piller. For meg har p-piller alltid vært en selvfølge. Slik har det ikke alltid vært. Uten prevensjon er seksualakten et høyriskoprojekt for damer, skriver Martine Aurdal på side 82.



Innhold

Sykepleien

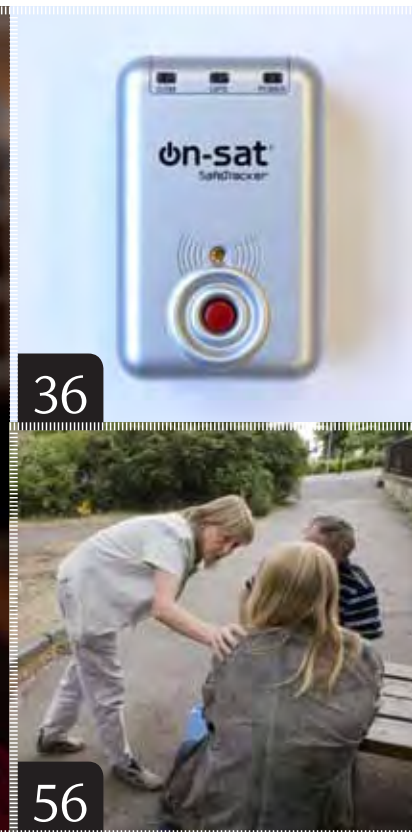
AKSJONISTEN: «Hvis helsemyndighete

Hva skjer

- 7 Aksjonisten
- 8 Hva skjer – småstoff
- 10 Utsetter samhandlingsreformen
- 11 Tariffstart i offentlig sektor
- 12 Faggrupper i overgangsalderen
- 14 NSF-streik avgjøres i mai
- 16 Vil ha kjønnsponng for menn
- 17 Digger Sykepleien
- 18 Historien om Paul Steane
- 20 – Må gripe muligheten!
- 21 Vi bare spør Sissel Skarsgaard

Der ute

- 32 – Verdigheten er tatt fra oss
- 36 GPS inn på sykehjemmet
- 38 Verkstedet
- 39 Min jobb
- 40 Øyeblikket
- 42 Kommunene må ta imot i blinde



Tema:

Organisering av sykepleiere

22 På vervetur i Uganda
30 – Bygger demokrati

22



ne mener at «big is beautiful» og «small is out», så burde de ha baller til å si det rett ut.»

5 • 2010
15. april 2010 • 98. årgang

Fag og bøker

- 48 Mindre stryk med psykodrama
- 52 Fanger opp deprimerte
- 56 Trenger kunnskap om rusmidler
- 59 Fagnotiser
- 60 Forfatterintervju: Cathrine Holst
- 62 Det metodiske hjørnet
- 63 Bokanmeldelser
- 64 Deler barnesmerte
- 64 Quiz

Mennesker og meninger

- 66 Lisbeth Normann om NSF og bistand
- 67 Siden sist og meninger
- 71 Minneord
- 72 Jon Olav Bjergene om sykefravær
- 74 Marie Aakre om utydeliggjøring av faget
- 76 Tett på Manuela Ramin-Osmundsen
- 80 Hør her: Gro Lystad vs. Astrid Grydeland Ersvik
- 82 Refleks: Martine Aurdal

- 83 Stillingsannonser
- 93 Meldinger, skoler og kurs

Gjesteskribent

«Når alt er like
gyldig blir alt
likegyldig!»

Marie Aakre

74



«Alle ble veldig satt ut da fødeavdelingen plutselig skulle stenges»

32

60



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

Oppmålingen av Norge

Den midlertidige nedleggelsen av fødeavdelingen i Kongsberg var ikke nødvendigvis bare et resultat av dårlig pasientstatistikk.

Striden om lokalsykehusene i Norge er som en god gammel Charlie Chaplin-film: Finnes det et bananskall noe sted, så vet du som tilskuer at hovedpersonen kommer til å skli på det. Det er stumkomediens uskrevne lov. Vi frydet oss som regel allerede før fallet var et faktum.

Rollen som sjarmerende underdog som fra tid til annen må gå gjennom en heftig porsjon juling, er i Norge blitt overtatt av de små lokalsykehusene. Tidligere var de som funkende edelsteiner i sine lokalsamfunn. I dag blir de nesten betraktet som komiske og anakronistiske. Gjennom årene er lokalsykehusene blitt gradvis tappet for funksjoner. For å få mer helse ut av hver krone, havner de fleste skattekroner i sentralsykehus som kan briske seg med at de har flinkere ansatte, et større pasientgrunnlag og større fleksibilitet. Ikke helt overraskende etter en slik prosess, framstår nå små sykehus som ynkelige og nedrivingsverdige.

På Nordfjordeid, Lærdal, Tynset og Røros, overalt synger sykehusene på sitt siste vers. I slutten av januar i år fikk sykehuset i Kongsberg en spiker i kisten: Fødeavdelingen ble stengt etter et dødsfall. Helsetilsynet mente at jordmødrene manglet viktig CTG-kompetanse og at avdelingen manglet rutiner for avviksrapportering. Som Sykepleien skriver i en reportasje (side 32), kom stengningen overraskende på de ansatte. De ble plutselig ikke fun-

is out», så burde de ha baller til å si det rett ut. Slik det er nå går man heller en lang omvei. Myndighetene legger stadig større vekt på harde fakta, nøkkelfakta og kvalitetsindikatorer når de skal styre virksomhetene. Helsearbeidere bruker dermed stadig mer av sin tid til å dokumentere det de gjør.

Greit nok. Men harde fakta og all verdens indikatorer fører ikke automatisk til bedre og mer «objektive» avgjørelser. Tvert imot. Hadde fakta alene avgjort, ville hele skandalen med korridorpasienter for lengst vært ryddet av veien. Her er jo tallene klare!

I Kongsbergs tilfelle ble fødeavdelingen felt på pasientstatistikk, rutinesvikt og kompetansekrav, men uten å sammenligne tallene med fødeavdelinger mange andre steder i landet. Det er i beste fall snodig, og i verste fall uredelig.

Den unge tyskeren Daniel Kehlmann skrev for noen år tilbake en roman under tittelen «Oppmålingen av verdenen». Her beskriver han hvordan to tyske vitenskapsmenn på 1800-tallet påvirket verdens måte å se på seg selv på. De ene, Carl Friedrich Gauss, var en genial matematiker som knapt forlot sin bosted Göttingen, men hans teorier satte matematikken og fysikken på hodet. Den andre, Alexander von Humbolt, målte og tegnet ned alt han kom over i Sør-Amerika og endret vårt botaniske og geografiske kart. De to forskerne ble drevet av et umettelig vitebegjær. De dokumenterte alt de kom over. Romanen beskriver hva hovedpersonene var villige til å utsette seg for i jakten på bedre kunnskap. De ble da også datidens idolvinnere, berømte og sagnomsuste. Men særlig lykkelige ble verken Humbolt eller Gauss på sine eldre dager. Jo mer de dokumenterte, desto mer ble de klar over alt de ikke visste. Oppmålingen av verdenen førte heller ikke til at den ble bedre.

«Hver gang ting skremmer en, er det en god idé å måle dem,» lød Humboldts leveregel den gang. I den heftige debatten om lokalsykehusene i Norge ser mottoet imidlertid ut til å være motsatt: For hver gang du ønsker å stenge et sykehus, er det bare å måle det.



I dag blir lokalsykehusene nesten betraktet som komiske og anakronistiske.

net gode nok til å gjøre den jobben de hadde gjort i årevis. Under stengningen var de likevel gode nok til å kunne jobbe på sykehuset i Drammen.

Jeg mener at man skal være modig nok til å se i øynene at Helse-Norge trenger store, robuste sykehus som kan betjene befolkningen selv om de bor et langt stykke unna. En rekke lokalsykehus vil rett og slett ikke være liv laga, først og fremst fordi pasientsikkerheten vil være for dårlig ivaretatt når kompetansen blir tilfeldig. Det er ikke arbeidsplasser som kommer først, men pasientens beste.

Når det er sagt, kan jeg likevel bli mektig irritert over deler av retorikken i den norske sykehusdebatten. Hvis helsemyndighetene og andre er av den lovlige mening at «big is beautiful» og «small

Vil ikke jobbe ... om natten



NEI TAKK sier studenter til natt- og helgejobbing.

Mindre enn 40 prosent av fremtidens helsearbeidere er innstilt på å jobbe nattevakter. Bare to tredjedeler svarer at de er innstilt på å jobbe turnus. 17 prosent sier de ikke vil jobbe i helger i det hele tatt.

Tallene kommer fra en undersøkelse Sentio har gjort blant 724 studenter og elever i helsefag i Midt-Norge, ifølge Adresseavisen.

Fri for å demonstrere

Over 8 000 kristiansundere møtte opp da helseminister Anne-Grete Strøm-Erichsen besøkte Molde og Kristiansund onsdag 7. april.

I Kristiansund hadde alle fått fri for å demonstrere. En annonse i avisen Tidens Krav sammenlignet dagens sjukehussituasjon med da byen ble ødelagt under 2. verdenskrig. Men nå er det Norge, regjeringen og Molde som er sydebukkene. Team Elg laget sjukehussang, og det ble appeller av både ordfører Per Kristian Øyen og Ellen Engdahl i Kom Vekst, melder Tidens Krav.

Sykehus er brannfelle

Siden 1. februar i år har Helse Finnmark betalt 2000 kroner i dagmulkter fordi brannsikkerheten er for dårlig på Kirkenes Sykehus.

Dette bygget er en brannfelle, sier Leif Ivar Sommer, varabrannsjef i Sør-Varanger kommune til NRK Troms/ Finnmark.

Sykehuset mangler blant annet sprinkleranlegg. I tillegg er det omfattende svikt i organisering og forebyggende brannsikkerhetsarbeid.

Hva skjer

Les mer om:

- 10** Utsetter samhandlingsreformen ›
- 11** Tariffstart i offentlig sektor ›
- 12** Faggrupper i overgangsalderen. ›
- 14** NSF-streik avgjøres i mai ›
- 16** Vil ha kjønnsponng for menn ›
- 17** Digger Sykepleien ›
- 18** Paul Steanes historie ›
- 20** – Må gripe muligheten ›

sykepleien.no

Følg tariffoppgjøret på sykepleien.no



Haukeland-direktør går av

Britt Eide slutter som direktør på Kvinneklinikken på Haukeland. – Udramatisk, sier jordmoren, som fikk en dramatisk start som klinikkdirektør i 2002. Legene likte dårlig å ha en jordmor over seg. Men striden la seg etter hvert.

Eide var en av de første profesjonsnøytrale lederne i sykehusverdenen. Nå skal hun jobbe i det sentrale stabsapparatet på sykehuset og fortsette med å følge opp de internasjonale mødreprosjektene.

14. april blir Ingrid Johanne Garnes konstituert som klinikkdirektør inntil stillingen blir besatt. Garnes er nå klinikkoversykepleier.



Foto: Marit Fonn

NOK: Åtte år i en slik stilling holder, synes Britt Eide.

Lege og sykepleier omkom i skred



Illustrasjonsfoto: Scappix

FARLIG: Påskefjellet ble farlig for sykepleieren og legen i Tromsø.

Universitetssykehuset Nord-Norge mistet to ansatte i påskefjellet. Direktør Tor Ingebrigtsen sier til Nordlys at de ansatte er preget av dødsbudskapet og at påsken har vært tung for dem.

Det var sykepleier Birgitte og lege Endre Medhaug som omkom i skred- og fallulykken i Duremålstind på Kattfjordeidet skjærtorsdag. De to var gift med hverandre.

Søndag ble det flagget på halv stang utenfor sykehuset for å hedre de to omkomne.

Omfattende «triksing»

Triksingen med journaler ved Bærum sykehus viser seg å være mer omfattende enn sykehuset først har gitt opplysninger om. Ifølge NRK flyttet sykehuset bare i fjor på behandlingsdatoen i over 1000 journaler.

Direktøren ved Vestre Viken helseforetak bekrefter de nye tallene.

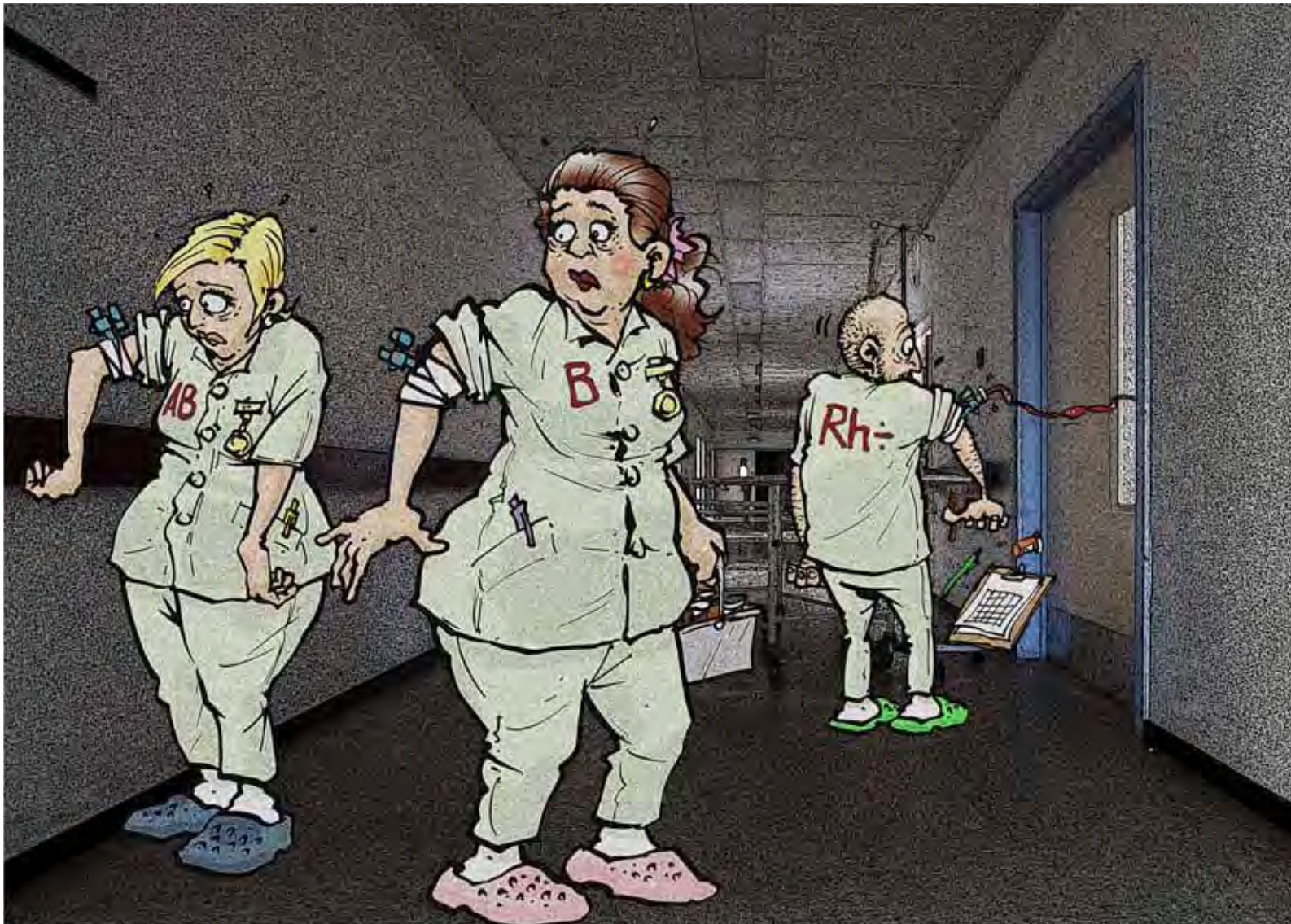
– Det stemmer. Det er selvfølgelig helt uakseptabelt, og dette skulle selvfølgelig ikke ha skjedd. Politiet er nå inne og ser på saken, og vi avventer derfor hva de kommer frem til, sier direktør Erik Omland til NRK.

Hittil er 43 saker blitt meldt til Helsetilsynet.

Omland har nå trukket seg som direktør og Runar Nygård er konstituert adm. dir.



GIKK AV: Administrerende direktør inntil nylig, Erik Omland.



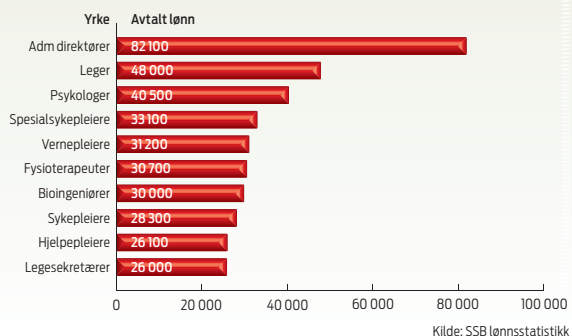
KANSKJE SYKEPLEIERNE SELV KUNNE LØSE PROBLEMET MED MANGEL PÅ BLODGIVERE?

Får en halv million i bot

Ringerike sykehus har fått en foretaksstraff i form av et forelegg på 500 000 kroner. Årsaken er at en 22-åring døde etter en kneoperasjon. Politiet mener sykehuset har brutt helsepersonelloven, ifølge NTB.

Månedslønn

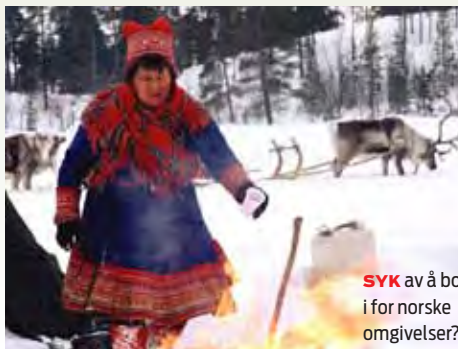
Gjennomsnittlig avtalt månedslønn for heltidsansatte i helseforetakene per 1. oktober 2009.



Samekvinner sliter mest med helsen

Annenhver samisktalende kvinne som bor i typisk norske områder, sliter med helsen, ifølge en vitenskaplig artikkel skrevet av doktorgradsstipendiat Ketil Lenert ved Senter for Samisk helseforskning, Universitetet i Tromsø.

Samer har dårligere selvrappertert helse enn normenn, og samekvinner er sykere enn samismenn. Studien artikkelen baserer seg på, omfatter omlag 12 000 deltakere, melder Dagens Medisin.



Illustrasjonsfoto: Caloubox

SYK av å bo i for norske omgivelser?

Meninger fra www.sykepleien.no

Profesjonalitet og faglig skjønn



” Er det rart at det har oppstått spenning mellom praksisfeltet og det vitenskapelige kunnskapsfeltet innad i sykepleien? (kommentaren fortsetter)

Lars Martin Jensvoll

Kjønnspoeng for menn

” Dette er et godt tiltak for å få flere menn inn i dette yrket. Tror det vil stimulere til at flere søker sykepleierutdanningen...

Mann og sykepleier

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

Utsetter samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen var satt opp på Stortingets sakskart 27. april. Nå blir behandlingen utsatt til høsten.

Tekst Bjørn Arild Østby

Slutten av mars satte regjeringen ned et statssekretærutvalg med medlemmer fra helse-, kommunal-, kunnskaps- og finansdepartementet.

– Vi skal gå gjennom den delen av samhandlingsreformen som handler om finansiering, særlig med tanke på den kommunale finansieringsordningen. Meningen er at vi skal komme tilbake til Stortinget med et forslag i løpet av et halvt års tid, ifølge statssekretær Roger Ingebrigtsen (Ap) i Helse- og omsorgsdepartementet.

Demokratisk problem

Leder i Stortingets helse- og omsorgskomite Bent Høie (H) mener det er et problem for de-

mokratiet at statssekretærutvalget settes ned før komiteen er ferdig med saken. Komiteen skal levere sin innstilling 20. april.

– Regjeringen vil nå ta samhandlingsreformen internt, og er ikke interessert i bred politisk enighet. Det bekymrer meg dessuten at det kan virke som om planen er å utsette mange viktige beslutninger. Jeg er redd reformen sklir ut i sanden, sier Høie.

Sammen med KrF og Frp har Høyre fremmet felles krav i forhold til samhandlingsreformen. De krever blant annet mer penger og en raskere opptrapping av ulike helsetilbud i kommunene.

Ikke uvanlig

Roger Ingebrigtsen mener det ikke er noe spesielt at flere departementer går sammen om et statssekretærutvalg selv om det pågår komitéarbeid om saken.

– Vi er kjent med at Stortinget ikke vil lande på en finansieringsmodell når det gjelder samhandlingsreformen. Finansieringen er avgjørende, og derfor har vi satt i gang dette arbeidet.

Statssekretæren forsikrer imidlertid at planen om iverksettelse fra 1.1.2012 står ved lag. ■■■

Les mer i bilaget NSF Politikk

Kom i form til sommeren!



Meld på din avdeling til aktivitetskonkurransen!



ALLE KAN DELTA!

Tusenvise av sykepleiere fra hele landet har allerede opplevd entusiasmen som oppstår på arbeidsplassen under en aktivitetskonkurransen. 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.

Tariffoppgjøret 2010 er et såkalt hovedoppgjør. Det vil si at det forhandles om både lønnsstilling og endringer i de øvrige bestemmelsene i hovedavtalen, som omhandler arbeidstid, ferie og andre sider ved ansattes rettigheter på jobben.

Nå braker det løs

Unio: Sentralt likelønnsløft, kompensasjon for mindre lønnsutviklingen i kommunene og rett til hel stilling.

KS: Kommuneoppgjøret må følge rammen i privat sektor og det må åpnes for mer lokal lønnsdannelse.

Tekst Bjørn Arild Østby

I forrige uke startet tarifforhandlingene i offentlig sektor med presentasjon av partenes hovedprioriteringer. Fram til forhandlingsfristen midnatt 30. april vil partene konkretisere kravene sine.

Kommunesektoren

Unio vil prioritere likelønn og kjempe for å snu mindrelønnsutviklingen til store grupper i offentlig sektor, særlig gjelder dette skoleverket. – Årets hovedoppgjør må bli starten på et likelønnsløft i offentlig sektor. Nå må kommunenes arbeidsgiverorganisasjon KS bidra til at regjeringen oppfyller løftene om friske penger til en likelønnsattsing, sier forhandlingsleder Unio Kommune, Mimi Bjerkestrand.

Unio krever at likelønnsløftet skjer gjennom sentrale tiltak ved heving av minstelønnssetter for å sikre en varig virkning. Unio forutsetter at tiltaket finansieres med varige midler.

For kommunenes arbeidsgiverorganisasjon KS er det å få større rom for lokal lønnsdannelse et hovedkrav i årets tariffoppgjør. Forhandlingsleder i KS, Per Kristian Sundnes, understreker at vektleggingen av mer lokal lønnsdannelse skyldes kommunenes ulike behov.

– Det handler om å tilpasse arbeidsgiverpolitikken til de lokale forholdene. Noen kommuner har problemer med å rekruttere sykepleiere, andre fagarbeidere.

Samtidig påpeker forhandlingslederen at «alt vi driver med skal ha en likelønnsprofil», men at det må skje innenfor rammen som settes av den konkurranseutsatte industrien.

Staten

Unio og de andre hovedsammenslutningene i staten går inn i årets hovedtariffoppgjør med to hovedkrav: Et generelt økonomisk tillegg til alle ansatte i staten og satsing på likelønn.

– Årets tariffoppgjør bør bli det oppgjøret partene tar et synlig grep på området likelønn, heter det i en felles pressemelding fra Unio, YS Stat og LO Stat.

De mener at et likelønnsløft må gjennomføres sentralt, med en prioritering av kvinnesdomi-

nerte grupper der over halvparten av de ansatte har 3-årig høyere utdanning.

Målet er at lønnsutviklingen og lønnsnivået i staten skal tilsvare utviklingen til sammenlignbare grupper i privat virksomhet.

Andre oppgjør

Kravene Unio overleverte Oslo kommune, som

er et eget tariffområde, er lik dem som ble overlevert KS.

Tariffoppgjøret i Spekter-området (helseforetakene) startet 13. april, dagen etter Sykepleien gikk i trykken.

Alle forhandlingene i offentlig sektor skal avsluttes innen midnatt fredag 30. april.

Følg forhandlingene på sykepleien.no. ■■■



Triangelturen
Tre fartøyer og tre hovedsteder på én og samme reise!

OKTAN Trondheim

STOCKHOLM–TALLINN–HELSINKI
fra kr 1.758,- per person

- Cruise Stockholm–Tallinn i dbl.lugar med frokost
- 1 natt med frokost i dbl.rom på Tallink City Hotel
- Hurtigbåt Tallinn–Helsinki
- 1 natt med frokost i dbl.rom på Hotel Presidentti
- Cruise Helsinki–Stockholm i dbl.lugar med frokost

Prisen gjelder når to reiser sammen.

REGISTRERT
RGF
100% trygt.no

Info/bestilling: tlf. 815 33 250 eller www.tallinksilja.no

TALLINK SILJA LINE 

–ekspert på Finland og Baltikum

Faggrupper i overgangsalderen

Snittalderen på medlemmene i NSF's faggrupper nærmer seg 50 år.
Er det bekymringsfullt, eller naturlig?

Tekst **Kari Anne Dolonen**

Faggruppe	Antall medlemmer	Gjennomsnittsalder
NSF's faggruppe for veiledere	261	54,76
NSF's faggruppe for sykepleiere i undervisning, fagutvikling og forskning	214	53,01
NSF's faggruppe I Videregående Opplæring	159	52,86
NSF's landsgruppe av psykiatriske sykepleiere	1984	51,77
NSF's landsgruppe av bedriftsykepleiere	260	51,73
NSF's faggruppe av hygiene-sykepleiere	99	51,52
NSF's landsgruppe av sykepleieledere	656	51,30
NSF's faglige gruppe av øyesykepleiere	142	51,00
NSF's landsgruppe av operasjonssykepleiere	1627	50,91
NSF's faggruppe for sykepleiere i dermatologi	154	49,93
Anestesisykepleiernes landsgruppe av NSF	1596	49,93
NSF's faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens	801	49,85
Jordmorforbundet NSF	669	49,60
Norsk Sykepleierforbunds faggruppe for ØNH-sykepleiere	155	49,52
NSF's landsgruppe av helsesøstre	2771	49,28
NSF's faggruppe for sykepleiere innen revmatologi	229	48,76
NSF faggruppe for sykepleiere innen allergi, eksem og lungesykdom hos barn	110	48,63
NSF's forum for kreftsykepleiere	1400	48,49
NSF's faggruppe av sykepleiere i urologi	305	48,47
NSF's faggruppe for diabetessykepleiere	315	48,43
NSF's faggruppe av sykepleiere i rehabilitering	219	48,32
NSF's faggruppe for IKT og dokumentasjon	285	47,92
NSF's landsgruppe i slagsykepleie	197	47,65
NSF's faggruppe av sykepleiere i gastroenterologi	295	47,33
NSF's landsgruppe av intensivsykepleiere	2149	47,17
NSF's faggruppe for nyresykepleiere	313	46,55
Barnesykepleierforbundet NSF	612	46,06
NSF's faggruppe av sykepleiere i stomiomsorg	163	45,96
NSF's landsgruppe av kardiologiske sykepleiere	1070	45,49
NSF's faggruppe av lungesykepleiere	462	44,89
NSF's faggruppe for sykepleiere i ortopedi	311	44,74
NSF's faggruppe for nevrokirurgiske sykepleiere	128	44,57
NSF's landsgruppe av akutt-sykepleiere	487	41,72
Totalt antall medlemmer i faggrupper	20598	48,73

Tabellen viser bare antall medlemmer i NSF's faggrupper.
Tabellen er rangert slik at faggruppen med høyest gjennomsnittsalder står øverst.

0 10 20 30 40 50 60 år

NSF har 33 faggrupper med over 20 000 medlemmer, men de fleste medlemmene begynner å bli grå i håret. Gjennomsnittsalderen på sykepleiere som er med i en av NSF's faggrupper, er nesten 49 år, på alle medlemmene i NSF er den litt over 44.

De yngste og de eldste

Den faggruppen med de «yngste» medlemmene, er akuttsykepleierene. Men snittalderen på nesten 42 år, tyder på at de ikke er ungdommer de heller. Faggruppen med de «eldste» medlemmene er NSF's faggruppe av veiledere. Snittalderen er på nesten 55 år. Hakk i hel følger NSF's faggruppe for sykepleiere i undervisning, fagutvikling og forskning. I denne gruppen er snittalderen 53 år. På tredjeplass ligger NSF's faggruppe/videregående opplæring med en snittalder på litt under 53 år.

Bekymringsfullt

– Er dette bekymringsfullt eller er det naturlig?

– Jeg synes det er begge deler. Det er bekymringsfullt fordi det tyder på at faggruppene har problemer med å rekruttere de unge. Sykepleiere som har tatt spesialutdanning melder seg ikke nødvendigvis inn i en NSF- faggruppe. Det er en utfordring som vi må ta på alvor, sier leder av sentralt fagforum, Frank Oterholt.

Oterholt har snakket med faggruppene han representerer. Mange framhever det naturlige i den høye alderen og ikke det bekymringsfulle.

– Det tar tid å opparbeide seg en spesialkompetanse. Det mange etterspør er om det var like høy gjennomsnittsalder for ti år siden.

Han tror den høye gjennomsnittsalderen kan forklares ved å se på utviklingen i utdanningssystemet og i helseektoren: Fokuset er flyttet bort fra det sykepleiespesifikke. Både i utdanningen og i

Vi må sørge for at spesialkunnskapene mange medlemmer har, ikke blir usynlig. Det er det vi risikerer dersom sykepleiere slutter å melde seg inn i faggruppene. Vi må sette oss ned og finne nye løsninger sammen. Kanskje finnes det gode ideer som står uprøvd. Teknologien byr også på nye muligheter.

Oterholt understreker at det er forskjellige regler for opptak i de forskjellige faggruppene.

– Det er ikke alle faggruppene som krever at sykepleiere har videreutdanning. I noen grupper holder det at man jobber innen feltet, eller har interesse for det.

Helsesøstre

NSF's helsesøstre er en stor gruppe, og ligger «midt på treet» i vår tabell. De sier de ikke ønsker en utvikling med stadig eldre studenter. Men noen utdanninger har innført kvotering i forhold til alder, fordi de mener at ferdig utdannede helsesøstre i størst mulig grad skal avspeile mangfoldet i målgruppen de arbeider med. Både når det gjelder alder, kultur og kjønn.

– Vi opplever at en del eldre søkere til helsesøsterutdanningen er sykepleiere som av ulike grunner er slitne av å gå i turnus. Andre skal omskoleres, og noen kan ha et inntrykk av at helsesøsteryrket er en egnet «retrettstilling» fordi man feilaktig tror at det er lite belastende å jobbe som helsesøster. Her har vi en reell utfordring i forhold til å veilede så vel søkere som eksempelvis NAV- rådgivere, sier helsesøstre.

Naturlig

Oterholt ble ikke spesielt overrasket over tallene. I tillegg til å være leder av sentralt fagforum, er han også leder av faggruppen med de eldste, nemlig veilederne.

– Jeg ikke forbauset over at vår faggruppe ligger høyest i gjennomsnittsalder. Det er naturlig sett

«Det tar tid å opparbeide seg en spesialkompetanse.»

Frank Oterholt, leder av sentralt fagforum

titler. Mange videreutdanninger er blitt tverrfaglige. Et eksempel er den tidligere videreutdanningen i psykiatrisk sykepleie. Den er nå blitt tverrfaglig og har byttet navn til videreutdanning i psykisk helsearbeid.

– Tidligere da det kun var sykepleiere som gikk på studiet, var det lettere å rekruttere nyutdannede til faggruppene direkte fra utdanningen. Med tverrfagligheten er det dukket opp andre fagforum hvor fagfolk fra flere yrkesgrupper møtes og diskuterer. Dette kan være årsak til at de «unge» ikke kommer til NSF's faggrupper, sier Oterholt.

– Noe må gjøres

Hvordan trenden skal snus, har ikke Oterholt noe sikkert svar på.

– NSF's faggrupper er viktige for organisasjonen.

i lys av funksjonen som veileder. Jeg synes det er helt riktig at det er erfarne sykepleiere som i stor grad veileder de yngre. Veiledere må ha kunnskap, erfaring og vi må ha legitimitet. Det siste tror jeg er veldig viktig. Og hvordan får vi det? Blant annet ved å vise til erfaringsbasert kunnskap. Jeg vil tro det også gjelder for andre faggrupper.

Oterholt er uskikker på om den høye snittalderen i faggruppen kan si noe om hvor kompetansemangelen kan komme i årene fremover.

– Jeg tror det er mange andre faktorer som spiller inn. For eksempel; blir veiledere og veiledning etterspurt? Og brukt? Er det interessant for institusjonene å utdanne flere veiledere? Hvis vi ikke greier å markedsføre egen kompetanse, bli mer synlige, vil etterspørselen gå ned. Jeg redd det er en større fare enn alderen, sier han. ■■■

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 masaiskoen. 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.



physiological footwear

www.mbt.no



NSF-streik avgjøres i mai

Arbeidstvisten mellom Norsk Sykepleierforbund (NSF) og NHO Service vil først bli behandlet i Rikslønnsnemnda 10. og 11. mai.

Tekst Bjørn Arild Østby Arkivfoto Karl Anne Dolonen

Den 5. februar fikk NSF og NHO Service beskjed fra arbeidsminister Hanne Bjurstrøm om at regjeringen ville gripe inn med lov om tvungen lønnsnemnd i streiken mot NHO Service. Akkurat sju uker etter ble loven stadfestet i Statsråd.

Livsfare

Bakgrunnen for streiken som fikk vare i 11 dager, var at NHO Service nektet å opprette tariffavtale med NSF's medlemmer. Fra 26. januar tok NSF ut 48 sykepleiere i streik ved ulike sykehjem. To dager seinere ble streiken utvidet med ytterligere 50 sykepleiere.

Noen dager etter dette kom rapporten til Helsetilsynet om at den pågående arbeidskonflikten innebar fare for liv og helse. Etter henstilling fra

arbeidsministeren godtok da NSF å avslutte streiken og gjenoppta arbeidet.

Liv og helse

I Helsetilsynets vurdering blir det påpekt at NHO Service hadde varslet at sykehotellet ved Haukeland sykehus i Bergen, som følge av streiken, ville bli stengt 5. februar fra klokka 22.00, og at dette ville innebære fare for pasientenes liv og helse.

NSF er ikke enig i Helsetilsynets vurdering.

– NHO Service brukte gjennom hele streiken frykt som strategi for å avslutte streiken. De har skremt pasienter, pårørende og ansatte med denne kyniske strategien. Og da trussel om å stenge Haukeland sykehotell kom, kastet regjeringen inn håndkleet, sier NSF-leder Lisbeth Normann.

STREIK: Arbeidstvisten med NHO Service varte fra 26. januar til 5. februar. Her er steikende NSF-medlemmer og fra Fagforbundet på vei til apell utenfor Norlandias lokaler i Oslo.

Hun mener bruk av tvungen lønnsnemnd bidrar til å endre styrkeforholdet mellom partene i arbeidslivet i arbeidsgivers favør.

Til Rikslønnsnemnda

Før saken blir behandlet i Rikslønnsnemnda 10. og 11. mai vil partene først få anledning til å komme med skriftlige innlegg. Deretter avholdes det en muntlig forhandling hvor partene har adgang til å legge fram for nemnda opplysninger de mener har betydning for tvisten. ■■■

Behandling / forebygging av ligge- og trykksår

Wima-labben
Avlaster områder som er utsatt for ligge- og trykksår
Bedrer mulighetene for sårleging
Behagelig i bruk, - luftig, lett, stabil og varmeisolerende

Wima® produkter

Les mer om Wima-labben på vår nettside: www.wima.no

Tlf. 71 51 42 84 Fax 71 51 40 73 P.b. 28, 6538 Averøy

Kutt i tjenestepensjonen

ET NYTT LOVFORSLAG om pensjon for offentlig ansatte betyr 10 000 kroner mindre i året.

Arbeidsdepartementet la rett før påske fram lovforslag om nye regler for offentlig tjenestepensjon som innebærer at pensjonsrettigheter oppjent før 1.1.2011 skal levealderjusteres. Det vil si at årlig pensjonsutbetaling blir redusert i takt med økende levealder.

Lovforslaget vil ramme framtidige pensjonister som er født mellom 1943 og 1953, og som tar ut offentlig tjenestepensjon etter 1. januar 2011.

– En som er født i 1953, med en gjennomsnittsinntekt på 350 000 kroner, vil få redusert pensjonen sin med 10 000 kroner i året, sier Unio-leder Anders Folkestad.

Unio tolker dette som brudd på grunnlovsvernet, prinsippet om at en lov ikke skal ha tilbakevendende kraft, og vil støtte medlemmer som går til individuelle søksmål fordi de taper på de nye reglene.

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 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 pasienter med spesielle behov:

zendium Sensitive

En ekstra mild og skånsom tannkrem med kaliumnitrat som beskytter følsomme tannhalsen 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 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 munntørhet, 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.

zendium

Høsten 2009 ble det tatt opp 503 menn på sykepleiestudiene. Samordna opptak anslår at 65 – 80 flere menn hadde blitt tatt opp på sykepleiestudier i fjor høst dersom det var gitt to ekstra kjønnspoeng til menn.

Vil ha kjønns- poeng for menn

Studentleder i Norsk Sykepleierforbund ønsker å innføre to kjønns-poeng til menn som søker sykepleierutdanningen. Kunnskapsdepartementet er skeptisk.

Tekst Bjørn Arild Østby Foto Høgskolen i Telemark

Norge har lenge ligget langt nede på den europeiske statistikken over kjønnsbalanse i sykepleieryrket. Akkurat nå står Norge nest sist, kun «slått» av Danmark. Leder i NSF Student Bård Nylund mener det minst er to grunner til å støtte NSF Student sitt årsmøtevedtak om å innføre kjønns-poeng for menn.

– For det første mener jeg at en kjønnsbalansert sykepleiertjeneste vil heve kvaliteten på tjenesten. For det andre blir det mangel på

sykepleiere når eldrebølgen begynner å slå inn, og da er vi helt avhengige av å rekruttere både menn og kvinner. Dersom vi beholder dagens kjønnsbrøk i sykepleien vil én av fire jenter i 2025 være nødt til å velge omsorgsarbeid, sier Nylund.

Viktig signal

– Kjønns-poeng i favør av mannlige studenter vil ikke løse den store overvekten av kvinner i sykepleien. Det er heller ikke et mål i seg selv,

eller realistisk, å få ei 50/50-fordeling mellom kjønnene. Men å gi mannlige studenter to kjønns-poeng ved inntaket til studiet, vil sende et viktig signal til potensielle mannlige søkere.

Samtidig mener Nylund det er viktig å få fram at sykepleie ikke bare representerer såkalte myke verdier.

– De myke hendene trengs. Men det er også snakk om et høyteknologisk fag, som for eksempel sykepleie til akutt og kritisk syke, sier Nylund.

Skeptisk

Statssekretær Kyrre Lekve i Kunnskapsdepartementet er kritisk til forslaget. Han mener at innføring av kjønns-poeng vil kunne føre til flere studenter med lavere motivasjon og dårligere karakterer.

Nylund har ingen tro på at to ekstra poeng vil resultere i et ras av elendige gutter inn i sykepleien.

– Alle snakker om at de ønsker å øke rekrutteringen av menn til sykepleien, men med en gang det kommer et konkret forslag på bordet blir mange skeptiske. Jeg er fristet til å spørre om de virkelig ønsker flere menn i sykepleien, sier studentlederen.

Tilbakemeldingen fra høyskolene har alt overveiende vært positive. Høgskolen i Telemark har også sagt at de kunne tenke seg å prøve ut ordningen.

Kvinner får

Ifølge Bård Nylund finnes det i dag 139 studier der kvinner får kjønns-poeng, men bare to studier ved Veterinærhøgskolen hvor menn får det. Han synes det er rart at statssekretæren mener at kjønns-poeng kan fungere for kvinner som vil inn i mannsdominerte yrker, men ikke omvendt.

Statssekretæren presiserer at NSF Student sitt forslag ennå ikke er behandlet, og utelukker ikke at kjønns-poeng kan være aktuelt. ■■■

«Kjønnsbalansert sykepleiertjeneste vil heve kvaliteten.» Bård Nylund



MENN: NSF student vil ha flere menn inn i utdanningen. Ved høgskolen i Telemark har man jobbet aktivt for å rekruttere mannlige studenter.

Digger Sykepleien

Leserne av tidsskriftet Sykepleien har talt: Nesten ingen er misfornøyd med bladet og nesten alle ønsker seg mer av det som bladet allerede inneholder. Forskningsbilaget er blitt en suksess.

Tekst **Barth Tholens**

De fleste sykepleiere leser stort sett alle utgavene av tidsskriftet og mener at Sykepleien framstår som seriøst, troverdig, oversiktlig og moderne. Det slår Synovate fast etter å ha gjennomført 300 telefonintervjuer med medlemmer av NSF. Over halvparten svarer at de er godt fornøyd med bladet, mens resten er passelig fornøyd. Kun én prosent svarer at de er misfornøyd.

Ikke færre utgaver

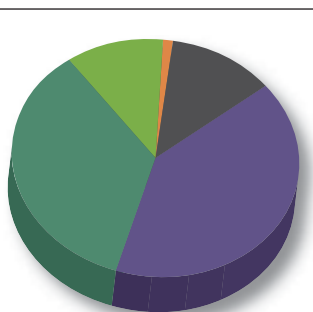
Ikke overraskende skårer fagstoff høyt når leserne blir spurt hva de vil ha mer av. Artikler fra sykepleiernes hverdag i Norge, fagtema og stoff om utdanning står høyt i kurs. Mer skeptisk er leserne til annonser og forfatterintervjuer. En tredjedel av medlemmene ønsket seg mindre av dette. Nesten halvparten av de spurte svarer imidlertid nei på spørsmålet om de ønsker å få tilsendt færre utgaver av tidsskriftet i året.

Gode tall for Forskning

Også bilaget Sykepleien Forskning tas godt i mot av medlemmene. 86 prosent svarer at de leser i bilaget, en tredjedel oppgir sågar at de vanligvis leser minst halvparten av det som står i Sykepleien Forskning. I snitt bruker de godt over en halv time (36 minutter) på bilaget. Bare to prosent er direkte misfornøyd. Ikke overraskende er det personer som er under (videre-) utdanning som leser Sykepleien Forskning mest.

På nett en gang i måneden

De fleste sykepleiere har for alvor skjont at Sykepleien publiserer mye fag- og forskningsartikler på sine nettsider. De foretrekker derfor www.sykepleien.no framfor Helsebiblioteket, offentlige nettsted og Google når de skal søke på fagstoff. Likevel svarer bare 12 prosent at de er innom nettstedet minst en gang i uken. Halvparten av NSF's medlemmer sjekker Sykepleien på nett månedlig. Etter omlegging er nettstedets brukere også fornøyd med det de finner. 71 prosent svarer at www.sykepleien.no er seriøst og troverdig, 51 prosent opplever nettsidene som informative og 47 prosent svarer at nettsidene er oversiktlige og lette å finne frem i. Sykepleiernes forventninger til hva de kan finne av ledige stillinger har gått ned. Bare 12 prosent mener nå at nettsidene er den viktigste arena når de leter etter ledige stillinger. ■■■



Alt i alt, hvor fornøyd er du med bladet Sykepleien?

- 6: 12% (- Meget fornøyd)
- 5: 40%
- 4: 35%
- 3: 11%
- 2: 1%
- 1: 0% (- Meget misfornøyd)

Kan hjelpe mot lette kramper i bena

Du trenger kanskje magnesiumtilskudd?

Et velldosert magnesiumpreparat kan fylle opp depoet hurtig og hjelpe til en avslapning i hele kroppen. Floradix Magnesium[®] er et utmerket kosttilskudd som kan tilføre ditt daglige behov av magnesium. Oppløst i fruktjuicer og urter kan det lett taes opp i kroppen. Floradix Magnesium[®] er velsmakende og lett å svelge!

Floradix[®] Magnesium

Flytende mineraltilskuddspreparat
Kosttilskudd
Velsmakende tilskudd av 250 mg magnesium pr. 20 ml.

250 ml

Uten konserveringsmidler og fargestoffer!

life **ULTRA** MAFVAREHUSET
REMA 1000

Floradix Magnesium[®] kjøpes hos Life helsekost, ULTRA, Rema 1000, helsekostforretninger og enkelte apotek.

NATUR import

Tlf. 23 37 37 40 • Faks 23 37 37 59
post@naturimport.no • www.naturimport.no

«Hvis Paul Steane hadde fått nok vann å drikke på sykehuset, ville han vært i live i dag.»

Da Amanda Steane mistet mannen sin, skrev hun bok om sykdomsforløpet. Nå reiser hun verden rundt for å fortelle historien, som har vakt stor oppmerksomhet i England.

Tekst og foto **Laila Berg**

Vi lar studentene høre på Amanda Steane som foredragsholder for at de bedre skal forstå alvoret i den basale sykepleien. Vi ønsker å vise hvor viktig for eksempel en drikkelogg og kvalitetssikring av basale rutiner er. Alle vet at man dør uten væske. Men vet du hvor mye pasienten din har drukket i dag? Det viktige ved disse grunnleggende tingene blir

var bekymring for en magesblødning. Han ble på sykehuset i flere døgn mens de undersøkte ham for en rekke ting. Det første døgnet fikk han intravenøs væske, men han ble koblet fra dryppet til tross for at han fortsatt hadde diaré. I løpet av de neste dagene klarte han ikke å holde på verken mat eller drikke. Så begynte symptomene, i følge Amanda Steane.

i to døgn, til tross for at han fikk intravenøs væske. Amanda hadde tusen spørsmål. Hun hadde vært så bekymret for om Paul var alvorlig syk at hun ikke hadde rukket å tenke på om han hadde drukket tilstrekkelig med vann.

Blodpropp

Paul hadde nå fått en blodpropp i benet. Sykehuset skulle satt på oppstrammende strømper. Også det ble glemt. Det ble foreskrevet blodfortynnende mot proppen og han ble sendt hjem med støttestrømper.

Etter ett år med blodfortynnende avgjorde en lege at Paul skulle slutte med legemiddelet. Tre uker senere ble tærne blå. Denne gangen dro han til et annet sykehus. Der fikk han vite at han hadde fått blodpropp som et resultat av å ha sluttet med blodfortynnende. Han ble fem dager på sykehuset og fikk morfin mot smertene i tærne.

Annen gang

– Under det andre sykehusoppholdet ble jeg oppmerksom på at Paul begynte å klø igjen. Jeg snakket med en sykepleier om opplevelsen for ett år siden, men hun mente symptomene kunne komme av morfinen, forteller Amanda.

Amanda trodde sykepleieren visste hva hun snakket om.

«Den konstante kløingen var det første jeg bet meg merke i.» *Amanda Steane*

svært tydelig når vi hører Amandas historie, sier sykepleier og studentrådgiver i NSF, Morten Kristoffersen. Han engasjerte Amanda Steane for å snakke til sykepleierstudenter i Bergen i mars.

Dehydrering

Paul Steane fikk revmatisme i slutten av tjuetårene, og han utviklet diabetes i 1996. På grunn av ulike medisiner fikk han etter hvert mindre mageproblemer og dro til sykehus i Coventry i 1999.

Han hadde blod i avføringen og diaré, og det

– Den konstante kløingen var det første jeg bet meg merke i. Paul klødde over det hele, det var femte dagen etter innleggelsen. En dag han satt på sengen rett ovenfor meg og snakket, besvimte han, forteller Amanda til forsamlingen av sykepleierstudenter.

I våken tilstand var han forvirret, og det forverret seg i løpet av kort tid. På grunn av strenge besøksrutiner på sykehuset hadde pårørende besøkstid kun en time om dagen.

Legene på sykehuset i Coventry fant ikke ut hva som feilte Paul. På grunn av dehydreringen ble Paul værende i tre uker. Det var kritisk



Etter et par dager var ikke Paul seg selv. Hun insisterte på at det skulle tas blodprøver som ville avdekke om det kunne være snakk om dehydrering. Hun ble avvist, men insisterte. Prøven bekreftet mistanken om nyresvikt. Amanda var rasende.

Paul fikk intravenøs væske og kom seg raskt. Han ble sendt hjem fra sykehuset. Smertene tiltok, og han fikk morfin. Amanda skrev brev til sykehussjefen, hvor hun fortalte om den dårlige behandlingen de hadde fått. Hun fikk ikke svar.

Paul måtte tilbake til sykehus for tredje gang. Nå for å amputere lilletåen. Amanda kontaktet alle som var involvert i operasjonen, inklusive sjefen.

– Han ble bedt om å fylle ut skjema for vanninntak og urin. Ikke bare var Paul dyslektiker, han var også forvirret på grunn av morfin. Hvordan skulle han kunne måle? Han hadde ingen måleinstrumenter. På grunn av morfin hadde han heller ikke oversikt over inntak av væske. Det som ligger i begrepet «grunnleggende sykepleie» er mat, vann, hygiene og verdighet. Det er grunnleggende for alle pasienter. Svikter systemet her, så hjelper det ikke, sier hun til studentene. Mange er tydelig grepet av historien.

Paul kom hjem og Amanda passet på at han fikk rikelig med drikke, men det var for sent.

Han behøvde væske intravenøst. Hun tilkalte

ambulansse og ble lettet når de kom for å hente han, men samtidig redd. Hun fulgte ambulansen til sykehuset men ble bedt om å reise hjem igjen. Hun hadde ikke før kommet inn døren hjemme før telefonen ringte fra sykehuset. Paul hadde kollapse og han lå tilkoblet respirator. Dehydreringen hadde ført til multiorgansvikt. I tillegg hadde hjernen vært uten oksygen. Blodprøvene viste at han hadde hatt nyresvikt da han ble utskrevet fra sykehuset. De neste ti dagene lå han i koma.

Ikke ansvar

– Da det kom til dette punkt, ble det brukt tusenvis av kroner. Sykehuset gjorde alt for å redde livet hans. Det kunne han vært reddet med et glass vann, sier Amanda.

Hennes historie er svært krass kritikk mot de som har behandlet hennes mann, men sykehuset vekjente seg opprinnelig ikke noe ansvar. Blodprøvene som ble tatt, som viste dehydrering og nyresvikt ved utskrivelse, eksisterer ikke i sykehusets journal. Etter først å ha nektet, måtte sykehuset senere likevel innrømme ansvar for å ha oversett dehydrering ved utskrivningen. Dette førte til at de til sist fikk utbetalt et seks-sifret erstatningsbeløp.

– Hadde noen funnet ut hvem sykepleieren var, ville vedkommende fått sparken, sier Amanda.

Etter få dager oppdaget Amanda en fryktelig

lukt i sykerommet. Paul hadde fått medisiner som medførte redusert blodtilstrømning til ben og hender.

– Det er så sjokkerende. Den fryktelige lukten var råttent kjøtt. Når dynen ble løftet var Pauls føtter sorte.

Hun fikk sitte ved sengen hans, og hun satt der i ti dager. Hun fikk vite at han kanskje måtte amputere deler av begge bena.

Sykehuset så ingen annen utvei enn å amputere. Venstre legg og det meste av høyre fot ble fjernet.

Men problemene stoppet ikke. På grunn av komplikasjoner og pustebesvær ble det ny operasjon. Her og i forbindelse med anestesen ble stemmebåndene permanent skadet, og han kunne aldri mer snakke. Han satt i rullestol, synet var nedsatt. Paul var dypt ulykkelig og i løpet av 2001 begynte han å snakke om at han ikke ønsket å leve lenger.

– Han var livredd for hva som kunne skje hvis jeg ble borte, forteller Amanda.

Han ønsket å ha kontroll over sin egen død. I september fortalte han det til sønnene sine. Alle gråt. Etter alt han hadde vært gjennom, var det vanskelig for familie og venner å forstå at han ga opp. Livet hans var jo tross alt reddet.

I 2003 tok Paul en overdose med sine egne medisiner. ■■■

– Må gripe muligheten

Kravene til hva velferdsstaten skal utrette er grenseløse.

For sykepleiere betyr det stadig flere oppgaver, uten makt til å gjennomføre dem.

Tekst Bjørn Arild Østby Arkivfoto Stig Weston

Politikere har spesialisert seg på å vedta de gode hensiktene, uten at de er konkrete på hvordan de skal oppfylles. Verdighetsgarantien er en slik utopi, som ingen egentlig tar på alvor, innledet professor i sosialantropologi Halvard Vike ved Universitetet i Oslo på et miniseminar arrangert av Norsk Sykepleierforbund.

Skal klare mer

Velferdskommunen er et særegent norsk fenomen. Den bygger på en politisk optimisme om at kommunene skal klare stadig mer og flere oppgaver. Dette er også grunnstammen i samhandlingsreformen.

– Likhet, likeverd, kvalitet og rettferdighet er felles helsepolitiske mål. Alle meldinger, uavhengig av regjering, starter med å understreke

dette. Og sykepleierne er flinke til å ta det inn over seg, til tross for knapphet på ressurser i tjenesten, mener Vike.

– Ansvar skyves på den måten nedover til sykepleieledere, sykepleiere og andre ansatte som skal dekke pasientenes behov for omsorg og pleie i praksis. Dermed blir de en nyttig buffer for pressede kommuner, og blir sittende igjen med de etiske dilemmaene. For pasientene kan ikke sendes videre til andre, når utfordringene vokser i styrke og omfang. Kommunene er velferdsstatens siste instans, og har en «spesialistrolle» når det gjelder å påta seg ansvar som andre ikke kan eller vil ta. På den måten opplever sykepleierne i liten grad å kunne definere egen arbeidshverdag, sier professoren.

Takken er at de blir sett på som en utgiftspost.

Politisk ansvar

I dag skjer ofte diskusjonen om forholdet mellom kvalitet, ansvar og ressurser på ulike nivå i kommunen. Standarden for hva en kommune skal yte må settes politisk, mener Vike. Det kan ikke være opp til den enkelte arbeidstaker å sette grensen.

– Ansvar er blitt så individualisert at kollektiv handling blir vanskelig. Dårlig samvitighet gjør det vanskelig å få til en politisk mobilisering. Sykepleierne må gå vekk fra å tenke individuell til kollektiv kompetanse som fellesskapet kan stå inne for. Kort sagt en mobilisering for at det faglige blir en del av arbeidsfellesskapet og miljøet. Hvis sykepleie forblir en individuell virksomhet, blir bevisbyrden lagt på sykepleielederen og sykepleieren, og de blir stående igjen som politiske gissel.

Vike mener sykepleierne må framstå som troverdige vitner når de påpeker at «Nå er nivået ikke godt nok.» Da er det ikke nok å moralisere. De må slutte å være en del av kommunens dugnadsgjeng.

Kvalitet

Flere studier viser at sykepleieledere og sykepleiere ikke ser på kvalitet som et felles anliggende. De ser det mer som en individuell utfordring. Vike mener sykepleierne må bli mer opptatt av hva som legges i kvalitetsbegrepet.

I mange kommuner er det en utbredt oppfatning blant politikere og administrative ledere at det er naturlig og ønskelig, eller i det minste akseptabelt, at det er nok med noen ansatte som har en del kompetanse. Dette mener Vike er en useriøs holdning til kvalitet som sykepleiere ikke må godta.

– Sykepleiere må selv sette standarder i forhold til kvaliteten på de tjenestene som skal gis. Hva betyr for eksempel mange ufaglærte for kvaliteten? Dette blir ikke mindre viktig sett i lys av den pågående debatten omkring samhandlingsreformen. Nå må sykepleierne gripe muligheten og vise at sykepleie kan gå som hånd i hanske med samhandlingsreformen når det gjelder faglig, etisk og holistisk tilnærming, mener Halvard Vike. ■■■

«Sykepleiere er nyttige buffere for pressede kommuner.»

Professor Halvard Vike



ØNSKETENKING: – Politikere har spesialisert seg på å vedta de gode hensiktene, uten at de er konkrete på hvordan de skal oppfylles, sier professor Halvard Vike.

Sissel Skarsgaard

Alder: 44 år

Aktuell som: Leder for NSF's prosjekt om elektronisk informasjon

BAKGRUNN:

24. og 25. mars hadde Norsk Sykepleierforbund (NSF) e-helse-konferansen «Sykepleie i elektronisk samspill». Sissel Skarsgaard var en av foredragsholderne. Hun har siden 2007 fordypet seg i Elin-k, det vil si elektronisk informasjonsutveksling i kommunene.

– Det går bra med Elin-k

Hvordan var e-helse-konferansen?

– Mange interessante foredrag og flinke forelesere. Veldig kjekt at helseministeren innledet konferansen.

Hva sa hun?

– Hun var naturlig nok opptatt av samhandlingsreformen. Skal vi lykkes med den, må vi lykkes med de ulike ikt-prosjektene som er på trappene. Hun sa at NSF er en viktig pådriver her. Hun nevnte Elin-k, som jeg er opptatt av.

Hadde hun noen nye ideer, hun er jo utdannet dataingeniør?

– Det var faktisk nytt for meg. Det kom ikke noe nytt, men hun var lydhør og sa hun skulle følge opp spørsmål og kommentarer fra konferansedeltakerne.

Hvordan går det egentlig med Elin-k?

– Veldig bra. Elin-k fase 1, som dreier seg om samhandling mellom kommunehelsetjenesten og fastlegene, nærmer seg slutten. Løsningene skal være klare senest 1. juni. Da kan de første kommuner og legekontorer starte med elektronisk samhandling.

Er dette noe hvem som helst kan bruke?

– Ja, det er fritt fram for alle kommuner og fastleger. Men ikke alle vil starte med en gang.

Hva med sykehusene?

– Elin-k fase 2, som også omfatter sykehusene, blir ikke ferdig før i slutten av året.

Tjener NSF penger på de elektroniske løsningene?

– Nei, NSF har bare utgifter. Poenget er å sørge for at sykepleierne får gode arbeidsverktøy. Jeg er så glad for at NSF bruker penger på dette. Leverandører vil kunne tjene på dette, men foreløpig har også de bare utlegg.

Hva synes sykepleierne om å bruke elektroniske verktøy?

– De som er med i pilotprosjektene er veldig positive. Informasjonen flyter jo raskere og er lettere tilgjengelig. De slipper å bruke unødvendig tid i telefon. Pilotene er jo spesielt interesserte. Vi må selvsagt ta høyde for at ikke alle

synes dette er kjekt. Men forhåpentligvis vil de se gevinsten.

Er du selv like fornøyd med Elin-k som for et par år siden?

– Å ja. Det blir kjemperesultater.

Hva er ellers viktig i e-kommunikasjonen?

– Elektronisk samhandling blir viktigere og viktigere, og en del av hverdagen også for helsepersonell. Å sikre infoflyten vil kunne gjøre helsetjenesten bedre.

Hva krever det av sykepleierne?

– At de engasjerer seg, slik at de kan påvirke arbeidsprosessene så de dekker deres behov.

Hva vil du si til eldre sykepleierne?

– Jeg har i grunn ikke erfart at de er vanskeligere å motivere enn de yngre. Jeg tror både unge og gamle har oppdaget at e-samhandling er framtiden.

Hva kommer egentlig ut av en slik konferanse?

– Det er et veldig viktig samlingspunkt. De som er pådrivere lokalt blir oppdatert. Ikke minst kan de som deltar bygge nettverk.

Har du fått nye e-venner?

– Ja da.

Hvem da?

– Mange som er interessert i Elin-k tar kontakt. Det er så bra. Nå skal vi jo også begynne med Elin-h.

Oj. Hva er det?

– H står for helsestasjon. Det blir elektronisk samhandling mellom sykehus, fastlege og helsestasjon i den aller første tiden etter fødsel.

Høres stort ut?

– Ja, i april skal NSF sende ut et høringsutkast om fødselsepikrise for både barn og mor. Vi skal bygge på de gode erfaringene fra Elin-k.

Tekst og foto Marit Fonn





På vervetur i



De ugandiske sykepleierne er de dårligst betalte sykepleierne i Øst-Afrika. Nå mobiliserer de. De krever anstendige arbeidsforhold og en lønn å leve av. Befolkningsveksten i landet er blant verdens største.

Norsk Sykepleierforbund støtter det nye sykepleierforbundet i Uganda. Første steg er å skaffe medlemmer.

Sykepleien fulgte Janet Oboni (fra venstre), Joyce Atim og Patrick Bateganya på en av deres verveturer.

Tekst og foto Marit Fonn

UGANDA



Uganda



I AKSJON: Sykepleierne på Jinja-sykehuset lytter til Patrick Bateganyas argumenter for hvorfor det er lurt å stå samlet.



« Dere har så mye å tenke på, så mye stress. Så dropp intrigene med kolleger. Ok? »

Patrick Bateganya

How are you? Det er søndag og regnværet har nettopp gitt seg i hovedstaden Kampala. Avtalen er klokken 14. Men Janet Oboni kommer en time senere. Hun har vært i kirken, og så måtte hun jo pakke. Janet Oboni (62) er ulønnet president i det ugandiske sykepleierforbundet. Nå skal hun på tur for å verve medlemmer og sitter snart klar i minibussen med innleid sjåfør.

Forurensningen river i nese og hals. Man vet aldri hvor lang tid det tar å komme ut av Kampala. Bilene blir stadig flere, men veiene er like smale.

Janet Oboni har med seg generalsekretæren Patrick S. Bateganya (38) og kassereren Joyce Lucy Atim (44).

Tråler hele landet

Trekløveret har et stort ansvar. Uganda Nurses and Midwives Union (UNMU) er bare ett år gammel, og har allerede 1 800 medlemmer. Målet er 4 000 innen utgangen av 2010. Selv om potensialet kanskje er ti ganger så mange, så kommer ikke medlemmene av seg selv. Derfor tråler de tre landet i jakten på flere sykepleiere som vil organisere seg. 60 distrikt er tilbakelagt, 40 gjenstår.

Turen går østover. Etter hvert flyter trafikken greit, men de harde fartsdumpene senker tempoet kraftig.

NSFs spesialrådgiver Michael Vitols er med på runden for å se hvilke kår sykepleierne lever under. Det er ikke første gang, han har mange mil bak seg på tidvis elendige veier.

Han mener det ferske forbundet er levedyktig. Etter nesten

« Hvis dere har saker, så er vi klare til å agere.

Patrick Bateganya

to års forberedelser er kontrakten med NSF omsider underskrevet, og millionene garantert. Dette betyr at vervegjengen kan betale for transport, kost og losji så kampanjen kan gjennomføres. De bærbare pc-ene finansiert med norske penger, gjør jobben lettere.

Første mål er Jinja ved Victoriasjøen, akkurat der Nilen har sin kilde.

Døde av ebola

I morgen er det avtalt møte med sykepleiere på Jinja-sykehuset. De tre er spente på hvor mange som kommer. Baksnakk og maktkamp mellom fagforbund har vært særlig utbredt i dette distriktet.

For den unge organisasjonen har en lang historie. Allerede på 1960-tallet dannet sykepleierne sitt eget profesjonsforbund. Men det var uten forhandlingsrett.

Ebola-viruset ga støtet til nye tanker. I 2001 tok det livet av mange helsearbeidere nord i landet, deriblant 16 sykepleiere. De gjenværende sykepleierne var utsatt for smitte og ville ha risikotillegg. En paraplyorganisasjon for helsepersonell skulle ivareta dem. Men den forhandlet bare bedre lønn for legene. Da ble sykepleierne sinte og skjønte de måtte ta saken i egne hender. De dannet en ny organisasjon. Sykepleierne hadde nå to, én for lønn og én for fag, og ble forvirret. Hvor skulle de henvende seg med sine problemer?

Seks år senere begynte arbeidet med å slå sammen de to sykepleierorganisasjonene. Det var da NSF kom på banen. Det norske forbundet har hjulpet med jus og formaliteter: Hvordan tilpasse seg Ugandas lovverk? Hvordan bør vedtektene være? UNMU har rett til å forhandle, og skal ivareta alt fra lønn og arbeidsvilkår til fag og etikk.

– Først må dere ordne opp

At NSF ble med på laget, var ingen selvfølge. En av de tidligere lederne ville ikke gi fra seg makten. Konflikten var lenge betent. Dere må ordne opp i dette før vi kan støtte dere, var beskjeden fra den potensielle norske hjelperen.

Konflikten har stilnet og avtalen ble signert 8. januar: Rundt to millioner kroner årlig, i seks år. Etter hvert skal UNMU stå på egne bein.

De tre i bilen er alle valgt til sine verv for fem år. Den respekterte presidenten Janet er et nyttig trekkplaster. Etter 23 år som sykepleielærer er hun kjent for de fleste sykepleierne. Den flittige generalsekretæren Patrick startet karrieren som studentleder og har vært operasjonssykepleier i turnus i seks år. Den frodige kassereren Joyce har aldri klart å holde inne med det hun mener. Hun valgte yrket fordi hun syntes uniformene var så stilige, og er nå jordmor og godkjent seniorsykepleier.



AKTIVE: Langs veiene, som har venstrekjøring, er det tett med gående og syklende. Best å unngå hullene, som regnet har gravd.

NSF i Uganda

- » Fra 2010 skal Norsk Sykepleierforbund (NSF) støtte Uganda Nurses and Midwives Union (UNMU), i første omgang i seks år.
- » Norad står for 90 prosent av støtten, som er om lag 2 millioner kroner årlig. NSF står for 10 prosent.
- » UNMU skal bygges opp nasjonalt, regionalt og lokalt. Et viktig tema er forhandlingsteknikk.
- » Hvert år skal 180 til-litsvalgte læres opp til å ivareta sykepleierne på arbeidsplassene sine.

Manko på sykepleiere

Høflighetsvisitter hører med. En sjef her, en direktør der. Møtet med sykepleierne ved Nilen skulle begynne halv ti. Nå er klokken 11. Men de er fortsatt hos viserektor, som forteller at antallet studenter skal reduseres. Noen lærere kommer også, en og en. Til slutt er det en lang rad av dem.

– Hvorfor kutte når det er så få sykepleiere i Uganda? spør Michael Vitols.

Verdens helseorganisasjon anbefaler 2,5 sykepleiere per 1 000 pasienter. Uganda har seks sykepleiere per 100 000 pasienter.

– Kan dere kanskje finne andre løsninger? appellerer Patrick mykt.

Viserektor i rosa drakt har god tid, men ingen tilfredsstillende svar. Hun viser til myndighetene og knappe ressurser.

Det regner lett. Lukten av bål siver inn de åpne vinduene. I et skur utenfor kokes mat over åpen ild. Sykepleierstudentene skal snart få lunsj.

Dårligst betalt i regionen

To timer forsinket starter sykepleiermøtet. Men hvor er alle sammen? Her er jo bare 15. En sjefsykepleier åpner entusiastisk med støtte til unionen og anbefaler de frammøtte å stå sammen:

– Tenk stort! Start smått! Begynn nå!

Sykepleierne lytter konsentrert når Patrick Bateganya forteller. De noterer på blokker. Flere kommer til.

– Sykepleierne må bli hørt! sier han, mens de grønne gardinene blafrer i brisen.

På veggen projiseres stikkord: Hva er gjort. Hva venter vi av dere.

Uganda betaler sykepleierne aller dårligst i Øst-Afrika. 1 200 kroner i måneden.



« Jeg har en kollega som ble arrestert.

Sykepleier på Jinja-sykehuset

LEI: Jinja-sykepleieren anmoder kollegene om å slutte å stjele medisiner.

Lei av medisintyveri

En stor kvinne i kritthvit uniform og hette reiser seg langsomt. Hun likner indianeren i Gjøkeredet.

- Jeg har en kollega som ble arrestert, forteller hun alvorlig.
- Hun ble mistenkt for medisintyveri.

Denne sykepleieren setter fingeren på et økende problem i Uganda. Medisinmangelen er utbredt. Med en lønn det knapt går an å leve av, blir fristelsen fort for stor. Utro tjenere stjeler medisiner på jobb, tar imot pasienter hjemme og selger medisinene der. Stadig flere blir arrestert der de bor, eller på vei ut av sykehuset med piller i lommene. Ifølge Oboni er ikke sykepleierne de verste. Men de blir mistenkt – og arrestert.

Den ruvende sykepleieren er fortvilet. Hun har vært med på å fjerne bevis og er lei av å dekke over dem som stjeler. Nå ber hun innstendig alle kolleger om å slutte med det. Hun setter seg tungt ned.

Joyce Atim tar ordet:

– Folkens! Aldri, aldri, aldri dekk over en kollega som stjeler, sier hun og viser til yrkesetikken.

Nok en sykepleier reiser seg. Hun synes det er et dilemma – det føles like ille å dekke over dem som stjeler som å tyste.

– Jeg har aldri angitt noen, bedyrer hun.

Bateganya sier at e-posten er åpen. Telefonen er åpen.

– Hvis dere har saker, så er vi klare til å agere.

Så er det på tide å dele ut skjemaene. Vil de melde seg inn? En blåkledd student sier hun er blitt inspirert. Joyce Atim griper fatt i sykepleieren som er lei av stjeling. De prater sammen lenge.

Dagens fangst: 25 nye medlemmer.

Gravide med malaria

Janet Oboni er fornøyd:

– De hørte på oss, og de tok opp saker. Og viktigst: Vi fikk nye medlemmer.

Hun dirigerer sjåføren videre til et helsesenter i et område med enkle skur og søppel i gatene. De kjenner en psykiatrisk sykepleier på senteret. Det er slitt og skittent, men sykepleieren har en gledelig melding: Han mener han kan skaffe 150 nye medlemmer i området. Dermed får han en bunke skjemaer i hånden.

På helsesenteret jobber 13 sykepleiere. Med 100 fødende i måneden er deres eneste fødeseng så slitt at skumgummien tyter ut. Mange av de inneliggende er gravide med malaria, og risikerer abort og dødfødsel.

Malaria er svært utbredt i Uganda. Myggen trives i de fuktige sumpområdene som det er mange av, spesielt her i øst.

I skumringen passerer vi gående og syklende. Landsbyene ligger tett, og mørket demper ikke aktiviteten. Etter hvert som dagslyset forsvinner sørger lampelyset fra døråpningene for at skikkelsene fortsatt kan skimtes.

Senere, når vi har tatt inn på Country Inn i Pallisa, sier Patrick over en mager kylling med ris:

– Det som holder meg gående, er å møte sykepleierne.

Så snakker de tre om sykepleierne i Kampala som ikke har fått lønn på et halvt år.

– Det er jo å stjele fra dem, sier Oboni ampert.

– Sats på sykepleiere!

Dagen etter er det nye høflighetsvisitter med små og større sjefer i Pallisa i bushen. Trespannet prøver å overbevise dem om at de må ansette kompetente sykepleiere. Ikke billige ufaglærte, slik trenden er blitt.

Fakta om Uganda

- › Presidenten Yoweri Museveni har styrt siden 1986.
- › Diktatoren Idi Amin styrte landet fra 1971 til 1979.
- › Forventet levealder er 52 år.
- › Mer enn 40 språk. Engelsk er offisielt språk.
- › Barnedødelighet per 1000: 130.
- › Mødredødelighet per 1000 fødsler: 5,5.
- › Korrupsjon er utbredt.
- › Regnes som svært fattig.
- › Økonomisk vekst spises opp av befolkningsveksten som er blant verdens høyeste.



– Du kan gjøre noe med dette, sier de til distriktssjefen.

Men nei. Det er nesten umulig å få fatt i sykepleiere, mener han. Dessuten er det de over ham som har ansvaret.

– Jeg er så lei av å høre det der. Klart de kan gjøre noe og gi bedre lønn hvis de vil, sukker Vitols på vei ut av sjefskontoret.

Føder 6,5 barn

På sykehusets poster er det sjelden personell å se. Det er jo så få av dem. Sykepleierne ses oftest med papirarbeid. De skriver inn, og skriver ut.

Nyfødte er hos mor i sengen, på golvet, i armkroken til bestemor – eller oldemor. Mødrene ser unge ut, men de forteller at de har både én, to og tre barn fra før.

I snitt føder hver kvinne i Uganda 6,5 barn. Befolkningsveksten er blant den høyeste i verden. På 1950-tallet var innbyggertallet rundt 5 millioner. Nå har det vokst til 33 millioner. I 2050 er det estimert til nesten 100 millioner.

Patrick i aksjon

Fire lave trebenker er satt fram i et bitte lite rom på sykehuset i Pallisa. Seks sykepleiere sitter musestille. Dette ser ikke lovende ut.

– Vi tar et kort møte her, mumler Patrick.

Tiden går. Solen sender striper inn i rommet. Ingen sier noe. Det kommer et par til. En til. Tre. En ny benk blir båret inn. Nå er

« Det som holder meg gående, er å møte sykepleierne. *Patrick Bateganya*

de blitt 22. De siste setter seg i gangen ved døråpningen.

En av dem skiller seg ut. Hun er høy, rank og hvitkledd med hette. Nesten ingen andre har hette her ute i distriktet.

Møtet starter med bønn. Patrick gir ingen kortversjon av foredraget likevel. Han messer poengene ut.

– Sykepleierne er ikke de første vi tenker på, er det vel? Når vi snakker om ressurser?

– Mmmnnneeeei, mumles det enig.

– Medisinene er ikke der du er, er de vel?

– Neeeee, mumles det igjen.

Han forteller at det skal deles ut tusen dollar for årets sykepleier. Et legemiddelfirma er sponsor.

– Vi har ikke fått nominasjoner fra dette distriktet. Den neste kan være deg.





AMBISIØSE: Hvordan kan vi videreutdanne oss? spør sykepleierne på Jinja-sykehuset etter møtet. De har tillit til Janet Oboni (t. h.).

« Sweethearts! Det er frivillig å melde seg inn. *Joyce Atim*

Han setter øynene i en av dem. Hun ser beskjemmet ned.
– Men man må være medlem og ha utmerket seg, legger han til.

Janet Oboni tørker svetten. Nå er de over 30.

– Dere må være rollemodeller for hverandre. Sykepleierne er underbemannet og overarbeidet, men setter ikke grenser. Er det galt det jeg sier? spør Patrick Bateganya.

– Nei!

– Det er på tide å slutte med denne serviceholdningen!

Konflikter med kolleger er neste punkt.

– Dere har så mye å tenke på, så mye stress. Familie, utvidet familie. Så dropp intrigene med kolleger. Ok? Hvis dere ikke kan elske dere selv – hvordan kan dere da elske pasienten?

Joyce Atim følger opp:

– Sweethearts! Ja, det er frivillig å melde seg inn. Men det er medlemmene som bestemmer hva vi skal gjøre.



MANGE BARN: I snitt får ugandiske kvinner 6,5 barn. Denne kvinnen i Pallisa har en tvilling i sengen og en på golvet.

Et forbilde

Fangst andre dag: 45 nye medlemmer. Irene Netuwa, den plettfrie, er en av dem. Nå får hun medlemskortet sitt. Hun vet ikke hvorfor det er så få som bruker hette i dette området.

– Men vi må jo betale dem selv.

På brystet henger en helt ny klokke. President Oboni liker at uniformen er i orden. Hun synes flere kunne tenkt på det.

– Dette ble et fint møte, smiler Patrick Bateganya i bilen etterpå.

De snakker om Irene, den fine sykepleieren. Det er slike de ser etter. Tøffinger som tar jobben alvorlig er gode emner for fagforeningen. De trenger mange av dem når NMNU skal bygges opp.

Samme kveld tar vi inn på Wimpy hotell i Mbale. Nok et møte er avtalt på nok et sykehus i morgen.

Men så får vi høre om jordskredet. Og planene endres.

Jordskredet rammer

Kvelden 1. mars skjedde det mange har fryktet. Tre landsbyer ved fjellet Elgon ble dekket da jord og stein raste nedover fjellsiden. 350 er savnet. 60 er funnet døde. To netter er gått. I likhet med tusener av andre vil de tre fra UNMU dra til skredstedet, som ikke er langt unna. De vil være nær når helsearbeiderne er i krise.

Men først drar vi innom Budada-sykehuset. Flere overlevende er kommet til akuttmottaket. En mann med sprukket lever, en annen med punktert lunge, en tredje med ribbeinsbrudd.

Den siste er lærer og forteller hvordan han løp med jordmassene i hælene. Smerten vises i grimasene deres. Bare en liten jente, også fra skredet, gråter i hjørnet.

Dekket av gjørme

Det er ikke bilvei helt fram. Stien er gjørmete og sleip. Etter flere timers slit når Janet Oboni og Patrick Bateganya fram. Militære slår i den tettspakkede jordmassen med store hakker.

Noen lik ligger samlet, klar til å bli lagt i kister. Håpet om flere overlevende svinner. Her og der er avrevne kroppsdeler – en hånd, en overkropp. Hodet til døde kyr stikker opp av jorden.

Bare et ørlite hjørne er synlig av helsesenteret, der to sykepleierassistenter ligger begravd sammen med alle skolebarna som søkte tilflukt der. Oboni lukter at likene under overflaten allerede har begynt å råtne.

Steiner større enn biler rullet for to dager siden nedover fjellsiden. Nå hviler de som enorme gravstøtter.

Før var det mye skog i området. Men innbyggerne har dyrket stadig høyere oppover fjellsidene. Trærne binder ikke lenger jorden, og folk blir enda mer utsatt for naturkatastrofer.

Hele tiden bæres små og store kister opp og ned stien. I landsbyen nede ved bilveien var Ugandas president til stede da en niårig jente ble begravd. Nå har han reist og graven fylles med jord og sement. Søsteren på 11 står der med sin onkel. Nå skal han ta seg av henne. Moren hennes har dødd tidligere og far er soldat et annet sted.

Tomt blikk

På sykehuset venter de ikke flere overlevende. Totalt har det kommet 16. Læreren er flyttet til den kummerlige mannsavdelingen, der slekten står rundt sengen og ber for ham.

Bortenfor i mørket ligger en ung mann urørlig med tomt blikk. Mens han løp for livet, ble kone og tre barn levende begravd i huset deres.

I bilen etterpå er stemningen opprømt. De er glade for å ha nådd fram til det avsides ulykkesstedet. Dette skal de fortelle helseministeren. Han skal vite at de er å regne med.

Siden blir det stille. På veien til Kampala overtar





TRILLINGER: Agatha Kulwenza (t.v.) er én av 11 jordmødre på Pallisa-sykehuset, som har 300 fødsler i måneden. Snart blir det trillingfødsel.



JORDSKRED: Hun er 11 år og har nettopp sett sin lillesøster, som døde i jordskredet, bli gravlagt. Landsbyen ble dekket av to meter med tett pakket gjørme da skredet gikk. De færreste kom seg unna.



bildene i hodet. Mørket faller på. Plutselig krenger bilen i en bue ut i veien.

– Full mann, sier sjåføren.

Dagens opplevelser slipper ikke taket. Selv om ulykken ikke var noens feil, er Janet Oboni opprørt.

– Myndighetene burde taklet ansvaret sitt og sørget for hjelp, støtte og utstyr.

Hun er mest sint på regjeringen. Den skal jo ta vare på folk. Eksosen svir i øynene. Verveturen er snart over. Oboni får ikke betalt for tre fullpakkede dager med innsats. Hvordan klarer hun seg egentlig?

– Jeg gjør ikke det, sier hun krast.

– Men man må ofre noe. Ellers blir ikke jobben gjort.



SLEKT: Sørgende slektninger venter på at de omkomne skal bli hentet fra ulykkesstedet og lagt i kister.

– Bygger demokrati

– Sykepleierne i Uganda har svært vanskelige kår. Håpet er at de kan få trygge arbeidsplasser.

Det sier underdirektør Gunvor W. Skancke i avdeling for sivilt samfunn i Norad.

Norad har gjort det enda tydeligere enn før at formålet med å støtte Norsk Sykepleierforbund (NSF) sitt prosjekt i Uganda, er å styrke det sivile samfunnet som en demokratisk drivkraft.

Skancke vil ikke nå kommentere hvordan NSF utfører sitt arbeid.

– Men det er en risikofylt bransje. Det har nok Sykepleierforbundet erfart.

– Hva kan fallgruvene være?

« NSF gjør det de er best til. Det er ikke oppkonstruert. *Gunvor W. Skancke i Norad*

– At man ikke forstår at det kan være sterke interessekonflikter og ulike fraksjoner. En forutsetning for å lykkes er å skjønne maktstrukturer og hvem som egentlig har makt. Man må kunne lese samarbeidspartneren og kulturen.

Norad forventer at NSF evaluerer prosjektet.

– Gjør det de kan best

Skancke tror fagbevegelsen har noen fortrinn i arbeidet med å bygge demokrati. Fordelen er at fagbevegelse samarbeider med fagbevegelse.

– NSF gjør det de er best til. Det er ikke oppkonstruert. Det ville ikke vært like naturlig at for eksempel humanitære organisasjoner gjorde dette arbeidet.

Men det er ikke en selvfølge at fagforbundsmodellen er like god



AKUTTMOTTAK: På Baduda-sykehuset har de tatt imot 16 overlevende etter jordskredet. Flere er traumatiserte og i sjokk. Sykepleierne, som fra før er underbemannet, har jobbet ekstra hardt.

i Uganda som i Norge, påpeker hun. Skancke synes likevel det er viktig at NSF bidrar med sin kompetanse.

– Penger betyr fortgang

De tre i UNMU mener det viktigste med pengestøtten er at de får fortgang i arbeidet. De får råd til å reise rundt og mobilisere. Dessuten gjør det godt med moralsk støtte og tillit. Og de vil gjerne høre om erfaringene NSF har fra før både i Zambia og Malawi.

Generalsekretær Patrick Bateganya har forholdt seg til mange vestlige konsulenter, som han kaller det.

– Noen, særlig amerikanere, opplever vi jobber mest for å skaffe seg en jobb selv. Når vi ikke har tillit til samarbeidspartneren, blir vi frustrerte. Det kan ikke bli noe varig ut av det.

Han setter høyt at spesialrådgiver Michael Vitols i NSF er sykepleier.

– Det betyr at han forstår sykepleie. Og han forteller oss aldri hva vi skal gjøre. Det må vi finne ut selv. Men han sier nei noen ganger, ler Bateganya,

Han ser Vitols som en tilrettelegger:

– Han kan spørre: «Hva er sykepleiernes problem?» Vi sier hundre ting. «Nevn ti som er avgjørende», sier han. Vi nevner ti. «Velg tre!» sier han. Og til slutt: «Hva prioriterer dere av de tre?» Etter turen øst i Uganda er det blitt avgjort at Patrick Bateganya, som jobber heltid som generalsekretær, skal få 7 500 kroner måneden i lønn. Presidenten og kassereren skal få 1 200 kroner hver, slik at de får dekket utleggene sine. ■■■

Tekst og foto **Marit Fonn**

« Man må ofre noe. Ellers blir ikke jobben gjort. » *Janet Oboni*



Foto: Norad

MAKT: Man må forstå maktstrukturene for å lykkes med bistand, påpeker Gunvor Skancke.



TILLIT: Vi må kunne stole på hverandre, sier Patrick Bateganya.

Se også Lisbeth Normanns kommentar på side 66.

Sykepleierblekkspruter i Danmark

I Danmark vil antallet sykehus de nærmeste år falle markant. Det gjør at det blir behov for flere lokale helsetilbud, blant annet lokale helsesentre og skadeklinikker, «så innbyggerne skal slippe å kjøre ni mil til nærmeste sykehus for å få sydd en flen-ge sammen», sier sundhetsstyrelsens direktør, Jesper Fisker.

Han mener at sykepleiere vil få en helt ny og sentral rolle her.

– Jeg tror sykepleierne blir de blekkspruter som får det hele til å fungere. Hvis man har en lokal skadeklinikk med leger, spesialleger, ernæringsfysiologer og fysioterapeuter, så vil sykepleierne koordinere forløpene for innbyggerne, sier Fisker til Synergi, Dansk Sygeplejeråds elektroniske nyhetsbrev.

ALTMULIGMANN: Sykepleiere får en sentral rolle når Danmark får flere lokale helsetilbud, mener danskernes helsedirektør.

Lave legemiddel-utgifter i Norge

Selv om kronebeløpet det offentlige bruker til legemidler øker, har utgiftene som andel av bruttonasjonalproduktet endret seg lite. I 2002 var andelen 8 prosent, mens den hadde sunket til 6,9 prosent i 2008. Norge ligger på bunnen av listen som viser legemiddelutgiftenes andel av helseutgifter, sammenlignet med 14 andre OECD-land.

Folketrygdens utgifter til legemidler har sunket, mens sykehusenes utgifter har økt de senere år. Det skyldes at finansieringsansvaret for en del legemidler er overført fra folketrygden til helseforetakene, samt at det har kommet nye legemidler til bruk i sykehus. Legemidler utgjør totalt sett i overkant av 3 prosent av helseforetakenes samlede driftsutgifter.

Kilde: Legemiddelindustriens Tall og Fakta 2010

BILLIGERE: Folketrygdens utgifter til legemidler har sunket.

Mindre aborter med helsereform

Et argument fra motstanderne til Obamas helsereform har vært at aborttallene vil komme til å stige når det blir «gratis» å få utført aborter for dem som tidligere ikke var omfattet av helseforsikring.

Dette tilbakeviser Patrick Whelan i New England Journal of Medicine, der han viser hva som skjedde i Massachusetts etter at staten gjennomgikk en lignende reform som ble satt i verk i 2007: I 2006 var aborttallene der 24 245, inkludert 4 024 blant tenåringene. Året etter sank det til

24 128 og i 2008 var tallet sunket til 23 883, en reduksjon på 1,5 prosent, mens blant tenåringene var reduksjonen 7,4 prosent. Reduksjonen i aborttallene kom mens det var stigning både i fødselstall og populasjon.



SANK: Tallet på aborter i Massachusetts sank etter en helsereform.

Verdi

Å legge ned Kongsberg fødeavdeling tok fire timer. Å få den opp igjen krever hjelp fra psykiatrien.

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

Heisen i fjerde etasje på Kongsberg sykehus åpner seg mot en mur av stillhet. Ikke et menneske å se, ikke et spedbarnsklynk å høre. Innover i korridoren mot venstre er det tomt. Mot høyre finner vi vaktrommet hvor fagutviklingsjordmor Bente Gråberg og tillitsvalgt for Den norske jordmorforening, Elisabeth Furseth, inntar lunsjen.

Stengt etter dødsfall

Avdelingen har vært gjennom mye det siste halvåret: I høst påpekte Helsetilsynet tre avvik: Sykehuset tillot risikofødsler uten at man hadde nødvendig kompetanse, avdelingen hadde ikke godt nok internkontrollsystem og hadde manglende dokumentasjon av den pasientrettede virksomheten. Det ble også påpekt at det ikke var ansatt barnelege i vakt og at vakthavende gynekolog kunne ha vakt hjemmefra.

– Det siste er vanlig også ved andre fødeavdelinger på samme størrelse. Dessuten har det ikke vært noen nasjonale føringer på hvilke risikofødsler som skal tillates på hvilket nivå, informerer Gråberg.

– I tall fra Medisinsk fødselsregister for tiårsperioden 1997–2007 lå vi gjennomsnittlig når det gjaldt uheldige hendelser i forbindelse med fødsel, når vi sammenlignet oss med de fødeavdelingene som har mellom 400 og 600 fødsler. Vi har cirka 530 i året her, forteller Furseth.

Natt til søndag 24. januar mistet en mor sitt ufødte barn på veien fra Kongsberg til Drammen der hun skulle få utført keisersnitt. Torsdagen etter kom en jordmor fra Sykehuset Buskerud i Drammen for å observere jordmødrenes CTG-kompetanse. Dagen etter ga Helsetilsynet fødeavdelingen fire timers frist til å bringe fødetilbudet ved Kongsberg inn i forsvarlige rammer. Da ble fødeavdelingen stengt for fødsler på ubestemt tid.

– Fratatt verdighet og kompetanse

– Måten stengningen av avdelingen skjedde på, fratok oss både verdighet og kompetanse,

Les mer om:

36 GPS på sykehjem i Moss ›

42 Kommunene må ta imot i blinde ›



sykepleien.no

› Følg med på Sykepleiens SKARPE bloggere



gheten er tatt fra oss

Åpner 15. april

Fødeavdelingen ved Kongsberg sykehus skal åpne igjen for fødsler den 15. april, etter å ha vært stengt siden 29. januar. Før påske var stemningen blant personalet avventende.



BARSEL: – Heldigvis har vi hatt litt drift selv om fødeavdelingen har vært stengt, sier Elisabeth Furnes. Her har hun nettopp skiftet bleie på to dager gamle Sebastian som kom dit dagen før for å være med mammaen sin i barsel.

hevder Furseth.

Klokken 11.30 denne fredagen fikk alle ansatte ved sykehuset beskjed om å møte til allmøte klokken 13.30 med direktør Erik Omland. Der ble det fortalt at fødetilbudet ved Kongsberg sykehus skulle stenges umiddelbart og på ubestemt tid.

– Alle ble veldig satt ut. Ingen av lederne hadde tatt kontakt med oss for å høre hvilken kompetanse vi hadde. Alt foregikk over hodene våre. De kunne i det minste ha formidlet planene om stengningen til personalet på fødeavdelingen før de sa det på allmøtet, sier Furseth.

I tillegg ble det forventet at jordmødrene i stengningsperioden skulle stille på jobb i Dram-

men. Det var frivillig, men personalet ble sterkt anmodet om det.

– Da var plutselig kompetansen vår god nok.

Savnet støtte fra ledelsen

Så kom alle avisoppslagene som fortalte om flere uheldige hendelser hvor samme lege var

«Stemningen er litt underlig. Det er ikke akkurat hæla i taket.» *Elisabeth Furseth, tillitsvalgt*

Men dette ble vanskelig for mange av de ansatte. Vi følte oss krenka og har ikke fått noen oppreisning fra ledelsen. I dag er det tre jordmødre og en barnepleier fra oss som jobber der.

meldt inn for Helsetilsynet. Også to jordmødre skulle være under granskning. I lokalavis ble personalet stemplet som inkompetente. Journalisten sa han hadde fått vite det av fylkeslegen.



– Det vanskeligste for oss var at vi følte at vi ikke hadde ledelsen ved vår side, som kunne imøtegå noe av kritikken. Dette gjelder hele personalgruppa, både leger, jordmødre og barnepleiere, sier Furseth.

Furseth har følelsen av at det har vært en skjult agenda bak den raske stengningen, og at det skyldes krefter som lenge har ønsket at Kongsberg fødeavdeling skal stenge.

– Først skyldte de på legen som hadde vakt den 24. januar og som nå har fratrudd stillingen mens Helsetilsynet gransker saken. Så var det jordmødrenes CTG-kompetanse som var for dårlig. Nå snakkes det om at det er et ledel-

og gynekolog og utarbeidet interne seleksjonskriterier, det vil si for de fødende som er lagt inn ved avdelingen.

Men det er ikke skjedd endringer i personalet. Det er fremdeles 19 jordmødre, 12 barnepleiere og to barneleger uten vaktteneste. Og selv om klinikkjefen tidligere ønsket seg seks gynekologstillinger, er det fremdeles bare tre fordelt på fire personer (for tiden tre personer), og de kan fremdeles gå i bakvakt.

Om strengere seleksjonskriterier vil føre til færre uønskede hendelser er heller ikke sikkert:

– Så langt vi kjenner til, kan ingen av sakene som er til granskning hos Helsetilsynet knyttes

kriterier. Vi er i en unik situasjon til å befestе og gjenopprette tillit med faglige vurderinger som ligger i forkant av utviklingen.

Frykter færre fødende

– Tror du færre vil velge å føde hos dere nå?

– Vi kan ikke utelukke det. Men jeg tror de strenge seleksjonskriteriene vil gjøre at vi kommer styrket ut av dette på sikt, og at de som etter kriteriene skal kunne føde ved Kongsberg vil føle trygghet for sitt lokale fødetilbud.

– Jeg tror vi vil miste en del av de fødende fra øvre Telemark til Skien. Vi hadde 120 derfra i fjor. Det blir spennende å se hva tallet blir i år, sier Elisabeth Furseth.

– Hvordan er stemningen her nå?

– Den er litt underlig. Det er ikke akkurat hæla i taket. Denne prosessen har gjort mye med oss. Kompetansen og verdigheten er tatt ifra oss. Vi gleder oss til å åpne igjen, men vi er spente, sier Furseth.

– Vi er utrolig glade for at vi faktisk skal åpne igjen. Vi fryktet jo at vi ikke skulle det, sier Bente Gråberg.

– Mye vil bli bedre når vi kommer i gang igjen med daglige rutiner og gjenopptaking av fødsler. Men vi vil fortsatt sørge for støtte til personalet når vi nå skal gå videre, sier Hals.

– Hva vil du gjøre for at jordmødrene skal føle seg flinke igjen?

– Følelsene hver enkelt har må nok bearbeides på et personlig plan hos den enkelte. Vi har hatt et oppfølgingstilbud på dette området. Tre møter med to psykiatriske sykepleiere og en psykolog har vært både et kollektivt og et individuelt tilbud. Vi har også hatt mange møter på avdelingen, blant annet med personalavdelingen og kommunikasjonsavdelingen til stede.

Hals understreker at det blant personalet er mange med høy kompetanse.

– Det at de føler seg fratatt den ved den omtalen som har vært omkring dette i offentligheten, er en lei situasjon. Men kompetansen forsvinner ikke ved omtale, mener Hals.

– Meld avvik

Elisabeth Furseth sier at noe av det viktigste de har lært av tilsynsprosessen de har vært gjennom, er hvor viktig det er å føre avvik.

– Mitt råd til kolleger er å bruke avvikssystemet. Vi har alltid meldt alvorlige ting, men i etterkant ser vi at vi skulle ha meldt om mindre ting også. Ikke for å ta noen, men for å se om det er områder det blir mye avvik på. I så fall er det en pekepinn på at vi bør endre på rutinene.

Før Furseth følger oss ut til heisen igjen, understreker hun at de ikke ønsker å fremstå som sutrete.

– Vi sliter med å gjenoppbygge oss. Men nå må vi få begynne å jobbe så vi kan senke skuldrene og slappe av igjen, sier hun. ■■■

«Vi er utrolig glade for at vi faktisk skal åpne igjen.»

Bente Gråberg, fagutviklingsjordmor

ses- og internkontroll-problem. Og så skal vi plutselig åpne igjen.

Strengere seleksjonskriterier

Det kommer et par forbi vaktrommet. Furseth tar seg av dem. I to og en halv måned har det bare vært poliklinikk, barsel og akutte fødsler på Kongsberg. I dag ligger to mødre i barsel på avdelingen.

Styret i Vestre Viken Helseforetak bestemte at avdelingen skal åpne for fødsler igjen den 15. april. Denne gangen med seleksjonskriterier på 20 punkter som er strengere enn før. I tillegg har de nedfelt ansvarsforholdet mellom jordmor

til daværende seleksjonskriterier. Men her avventer vi konklusjonen fra Helsetilsynet, hevder Bente Gråberg.

Fakta fremfor følelser

Barnelege Jardar Hals tok over som klinikkjef 1. januar i år.

– Hvorfor har dere valgt strengere kriterier enn ved andre fødeavdelinger på samme størrelse?

– Vi er fortsatt under tilsyn der Helsetilsynet vil følge oss nøye. Vi har levert tiltak for lukking av alle avvik, men Helsetilsynet anser ikke et avvik for lukket før de ser det i praksis, sier han.

Hals har vært i dialog med Nasjonalt råd for fødselsomsorg.

– Signalet fra faggruppene i vår region i arbeidet inn mot Nasjonalt råd, er at våre strenge faglige vurderinger er i tråd med utviklingen. Det kan se ut til å gå mot strengere nasjonale kriterier. Det får vi se når anbefalingene fra Rådet kommer før sommeren.

– Hvorfor imøtegikk du ikke påstandene i media om at jordmødrene manglet kompetanse?

– Vi har litt ulik oppfatning om hva som er riktig å gjøre. Jeg skjønner godt følelsen hos personalet. Dersom jeg som klinikkjef og ansvarlig for avdelingen hadde gått ut i media og bedyret vår høye kompetanse i en situasjon der vi er under tilsyn for forhold som har med kompetanse og avvik å gjøre, kunne det vært direkte uheldig og lite tillitvekkende. Det ville gitt et signal om at vi ikke tar Helsetilsynets kritikk alvorlig.

I stedet for en følelsesmessig fremgangsmåte, mener Hals det er viktig å ta utfordringen på en faktabasert måte.

– Nå åpner vi et trygt og godt fødselstilbud med et godt system for kompetanseutvikling, avvikhåndtering og oppfølging av gode, faglige



FAGDAGER: Fagutviklingsjordmor Bente Gråberg (til venstre) og tillitsvalgt Elisabeth Furseth benytter tiden mens fødeavdelingen er stengt til å se på de nye seleksjonskriteriene som skal presenteres på de to fagdagene de skal ha før de åpner igjen.



TOYOTA

Å tenke stort tar ikke mer plass



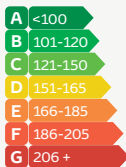
Å velge bil etter behov er en annen stor tanke som flere av oss bør leke med. Yaris, Aygo og iQ er store små biler med lave utslipp som vi nå har gode tilbud på.

Toyota Aygo

B 101-120

Veil. lev. Oslo: Aygo fra kr 122.800,- inkl. frakt-, lev.- og reg omk. kr 8.500,-. Forbruk blandet kjøring: 0,45l/mil, utslipp CO2: 106 g/km. Leveres med Toyota Eurocare. Avbildet modell er med ekstrautstyr. Med forbehold om trykkfeil.

Utslipp CO2 g/km
ved blandet kjøring



Kaizen betyr kontinuerlig forbedring og er vår filosofi. Vi bruker store ressurser på å redusere bilenes miljøpåvirkning. I produksjon, kjøring og etter bilens levetid. Vi er nå først ute med miljøklassifisering av biler i Norge. Dette er allerede innført i Sverige og sørger for å tydeliggjøre bilers miljøpåvirkning.

Energimerkingen er basert på EU-direktivet 1999/94/EC, og modell fra Konsumentverket i Sverige.

**Today
Tomorrow
Toyota**

Med GPS-peilere kan beboerne ved Ryggeheimen sykehjem snart gå seg være trygge.

GPS inn på sykehj

Fagutvikling i Østfold:

Ryggeheimen er ett av fire sykehjem i Østfold som har fått midler til fagutviklingsprosjekter. Dette er første gangen det tildeles «Frie Midler» til sykehjem i Østfold. Fylkesmannen har bidratt med 130 000 kroner til prosjektene. Foruten Ryggeheimens «Bruk av GPS på sykehjem» fikk følgende prosjekter tildelt midler:

- » «Vårt springbrett til bedre praksis» – Opplæring i hvordan jobbe kunnskapsbasert, KBP. Med hovedfokus på fallproblematikk. Halden sykehjem.
- » «Diagnostikk og behandling av depresjon hos pasienter på sykehjem». Fjeldberg sykehjem, Fredrikstad.
- » «Velværeskjema – verddivurdering i sansehage». Onsjøyheimen sykehjem, Fredrikstad.
- » Undervisningssykehjemmet organiserer og har hovedansvaret for tildelingen. Resultater fra prosjektene skal formidles på nettverks-samling for sykehjem i Østfold i november.



UT PÅ TUR: Egil Sølberg (89) venter på våren. Da skal han ut på tur med rullatoren og GPS i lomma.

Da de ansatte ved Ryggeheimen sykehjem diskuterte beboernes behov for å komme seg litt ut for egen maskin, kom tilsynslege Ove Kenneth Kvinge med et forslag: Hva med å utstyre dem med GPS?

– Vi har noen beboere her som liker å ta seg en rusletur på egen hånd. Hvis vi utstyret dem med en alarm- og sporingseenhet i lomma, som gjør at vi kan følge posisjonen deres og se hvilket område de befinner seg i, blir det enklere for oss å finne vedkommende dersom turen varer lenger enn avtalt eller om de ikke finner veien tilbake, sier geriatrisk sykepleier ved Ryggeheimen sykehjem, Elisabeth Refsnes.

Dette gir beboerne bedre livskvalitet, men er ikke ment å skulle erstatte den menneskelige kontakten, presiserer Refsnes.

– Vi ønsker å gi beboerne en følelse av frihet, i kontrollerte former.

Økonomisk støtte

Sammen med kollega og hjelpepleier Siv Skalstad er hun ansvarlig for opplæringen av 15-20 ansatte som i løpet av våren vil bli involvert i prøveprosjektet ved sykehjemmet. Tilsynslegen oppfordret dem til å søke om midler. De fikk 35 000 kroner i støtte fra fylkesmannen og Undervisningssykehjemmet i Østfold til opplæring og utprøving av GPS-systemet.

Vrient regelverk

Regelverket legger imidlertid en del begrensninger når de ansatte skal teste ut systemet på sykehjemmet. Mange hjemmeboende eldre bruker

en tur på egen hånd og likevel

emmet

GPS, men der er regelverket et helt annet. På institusjon må pasienter som skal utstyres med GPS-peiler ha samtykkekompetanse og forstå at det innebærer at han eller hun blir overvåket. Pasienter som ikke har det, kan derfor ikke bruke GPS.

– Utgangspunktet vårt er jo at beboerne skal få større frihet, men dette regelverket gjør det selvsagt mer krevende å gjennomføre ordnin-

dem er Egil Sølvsberg (89). Han ser frem til bare stier og tørre veier.

– Man blir litt lei av å gå i disse korridorene hele tiden. Men nå som det er så mye snø ute, er det leit å gå. Så jeg gleder meg til sommeren, sier han.

Ryggeheimen sykehjem har en sansehage, som blir flittig brukt av beboerne i sommerhalvåret. Men området er inngjerdet. Og Sølvs-

«Man blir litt lei av å gå i disse korridorene hele tiden.»

Beboer Egil Sølvsberg (89)

gen, i forhold til enkelte beboere. I tilfeller der de ikke ønsker å bruke utstyret, vil de miste anledningen til å gå på tur alene, påpeker Refsnes, og legger til:

– Det er synd, for ikke alle ønsker å ha med oss ansatte når de vil ut og gå.

Skalstad mener det er viktig å verne om de gode stundene som oppstår under utfluktene.

– Vi ser at mange livner til og har veldig gode øyeblikk når de er ute og beveger seg i det fri. Disse stundene er det viktig å ta vare på, sier hun.

Gleder seg

Kalenderen viser snart april, men rundt Ryggeheimen ligger det ennå store snøfonner. Når prøveperioden etter planen starter opp i mai, vil GPS-systemet bli testet ut på to beboere fra samme avdeling. En av

berg liker å bevege seg i terrenget. At personalet da kan følge med på hvor han befinner seg til enhver tid, synes han bare er fint.

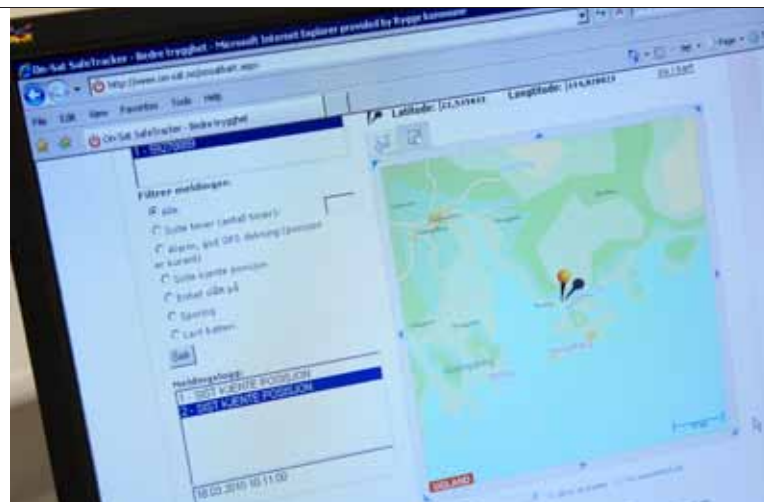
– Det er bare ålreit. Også har jeg jo med Mercedesen når jeg er ute og går, humrer han, og klapper på rullatoren.

Evaluering

Holdningene til det nye systemet er blandet blant de pårørende. Noen er svært positive, mens andre er mer skeptiske.

– Det er klart noen er engstelige for at noe kan komme til å skje. Men vi vil jobbe ut prosedyrer for hvordan vi skal reagere i ulike situasjoner før vi setter dette i gang, understreker Skalstad.

Personalet vil fylle ut et evalueringsskjema i forkant og i etterkant av turen, der de blant annet må



FULL KONTROLL: På vaktrommet kan turen til Egil overvåkes.

krysse av poeng i forhold til positive/negative følelser og våkenhet/oppmerksomhet under utflukten. Ved å bruke et slikt skjema blir det mulig å måle effekten av turen opp mot velvære.

– Det blir spennende å se hvor-

dan dette vil utvikle seg i fremtiden. Det er jo ikke snakk om dyre investeringer, og de som har vært vant til å bruke dette hjemme vil nok gjerne ha det med seg videre til sykehjemmet, sier Refsnes. ■■■

Tekst Geir Arne Johansen Foto Erik M. Sundt

Smokerlyzer® hjelper med å klarne luften



Kliniske tester viser at røykere oftere lykkes med å slutte dersom en Carbon Monoxid måler benyttes sammen med deres "stump-røyken" program.



Kontakt Lambrechts Instrument Services AS for mer informasjon om piCO+ Smokerlyzer®

Leirvikflaten 23, Godvik, Bergen

Tel: +47 55 510770, Fax: +47 55510771

www.instrumentservices.no



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

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

Løfte- og forflytningshjelpemidler på sluttbrukers premisser

Når nye hjelpemidler skal anskaffes, veier ofte hensynet til ansatte tyngre enn hensynet til sluttbrukerne. Dermed ser heller ikke bedriftene markedsmulighetene for en type hjelpemidler som kan styrke brukernes personlige integritet og restfunksjon.

Ulike intervju- og observasjonsteknikker brukes for å finne ut av brukerønsker og behov, men signalene fra brukerne kan være vanskelige å tolke. I et oppdrag for Trondheim kommune i 2009 skulle vi i Sintef gjennom intervju og observasjon av brukere hjelpe kommunen med anskaffelse av takmontert personløfter for forflytning mellom seng og bad/toalett. Det fantes to alternativer:

- ▶ Kort takskinne med personløfter ved seng for løfting og forflytning av person mellom seng og toalett-/dusjstol. Transport med toalett-/dusjstol mellom seng og toalett/dusj.
- ▶ Lang takskinne med personløfter som muliggjør løfting og transport av pasient i seil mellom seng og toalett eller dusjstol inne på badet.

Gjennom systematiske intervju med både ledere, personale og beboere ved i alt 20 sykehjem der faktorer som funksjonalitet, sikkerhet, estetikk, etiske aspekter, ergonomi (fysisk belastning for beboer og pleier), komfort for beboer, nødvendig brukerkompetanse, integrering i beboermiljøet og økonomi ble vurdert, syntes den samlede konklusjon å gå i favør av alternativ 2.

Viktige argumenter for dette alternativet syntes å være færre operasjoner og raskere forflytninger fra seng til bad ved toalettbesøk, og at selve løfteren kunne plasseres på badet, ute av syne, når den ikke var i bruk.

De som gikk for alternativ 1, la stor vekt på estetiske og etiske aspekter samt beboerens mulighet til å opprettholde eller styrke restfunksjon. Der hovedvekten av beboere var personer som ikke klarte å bidra så mye selv ved forflytningen, ble det ønsket «lange» systemer, eller i det minste at det var forberedt for et antall «lange» systemer. På den måten kan spesielt tunge eller spesielt funksjonshemmede beboere flyttes til rom der «langt» system var tilgjengelig. For en som ikke er sluttbruker, kun observatør, vil man lett tro at det å måtte henge i et seil over en relativt lang avstand både er ubehagelig og uverdigg. Men i intervju sier noen av sluttbrukerne at de fort venner seg til å henge i seilet og at de synes det er mye mer uverdigg å komme for sent på do! Når det gjelder det uestetiske med en personløfter hengende over sengen, er det nå under utvikling en norsk personløfter som er integrert i innredning ved sengen (www.patient-lift.com).

Generelt er det behov for mer forskning på kost-/nytte og livs-



BEHAGELIG? Brukeren er ofte ikke i stand til å uttrykke hva som er behagelig eller ubehagelig ved løfteutstyret. Arkivfoto: Tarjei Ekenes Krogh.

kvalitet ved implementering av denne type hjelpemidler.

Mange har sikkert erfaring med personer i sin familie eller omgangskrets som har tatt i bruk rullator. Dette er et hjelpemiddel som i utgangspunktet øker mobiliteten for brukeren og også bidrar til at vedkommende blir i stand til å frakte med seg ting. Men samtidig observerer vi også tendensen til at brukeren får en foroverlent kroppsstilling, mister noe av sin naturlige balanseevne og dermed blir avhengig av rullatoren. Gjennom finansiering fra Helsedirektoratet og Innovasjon Norge har vi gjennom InnoMed utviklet konsept for ganghjelpemiddel som gir brukeren en riktigere kroppsstilling og bedre mobilitet fremover.

Tilsvarende har vi også utviklet konsept for ståheis som gir sluttbrukeren mulighet til å bidra med egen styrke under oppreisning og forflytning. Bildet viser et typisk ståheisprodukt (her representert ved svenske Liko), der sluttbrukeren kommer i en temmelig passiv situasjon. Et slikt hjelpemiddel kan sikkert bidra til at pleieren kan gjøre sitt arbeid effektivt. Det å la sluttbruker selv bidra ved oppreisning og forflytning kan kreve ekstra tid og tålmodighet fra de ansatte der og da, og man ser kanskje ikke gevinsten på sikt. Her trengs nok også mer forskning og dokumentasjon.

Det kan generelt synes som om hensynet til ansatte veier tyngre i en anskaffelsessituasjon enn hensynet til sluttbrukerne. Offentlige innkjøpere som kommuner og hjelpemiddelsentraler oppfordres til å stille krav som i større grad ivaretar sluttbrukernes interesser. Dermed vil også næringslivet få insitamenter til å utvikle produkter i den retning. ■■■

Andre faste bidragsyttere:



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



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



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

Rikke Nordal

Alder: 38 år

Yrke: Sykepleier

Jobber: Natthjem for kvinner i rus og prostitusjon, Kirkens Bymisjon, Bergen

Til stede i øyeblikket

Jeg opplever at kvinnene viser oss tillit, de fleste er veldig åpne.

Vi vet aldri hvordan natten blir. Noen ganger er det mange kvinner innom, men veldig rolig og god stemning. Andre ganger det bare en overnattingsgjest, men til gjengjeld svært krevende.

Vi holder til i en leilighet i Bergen. Vi kommer på jobb klokken ti om kvelden og vi er alltid to stykker på vakt. Natthjemmet har flere funksjoner; vi har seks sengeplasser, varmestue og drop-in. Noen kommer og blir et par timer, noen vil overnatte, mens andre igjen er kjapt inn og kjapt ut. Vi representerer en pause fra livet på gata. Vi har det koselig her, det er et hjem. Her kan kvinnene spise, dusje, vaske klær og sove i en ren seng. Eller bare sitte ned og prate. I tillegg stiller vi sår, deler ut rene sprøyter, kondomer, glidemiddel og graviditetstester. Å jobbe her handler om å være til stede i øyeblikket, om å møte behovet kvinnene har der og da.

I snitt har vi kanskje tolv kvinner innom hver natt, fire av disse overnatter. Kvinnene som kommer er i forskjellige tilstander. Hvis de har tatt heroin, sitter de ofte bare og dupper, mens de som er på speed er mye tøffere å ha på besøk. De er gjerne urolige, fyker ut og inn og griser med maten. Mange har dobbeltdiagnoser, det er mye psykiske problemer blant disse kvinnene.

Jeg husker blant annet en kvinne som kom og var dypt fortvilet. Hun hadde akkurat blitt fratatt omsorgen for datteren på to år. Vi har et stillerom her med et lite alter der kvinnene kan tenne lys og be. Hun ville at jeg skulle bli med henne inn. I håret sitt hadde hun en hvit blomst og da jeg kommenterte den fortalt hun at datteren het det samme som blomsten.

Det har hendt at jeg har vært redd, men det er sjelden. Vi har alarm som er koblet opp mot et vaktelskap. Nettene er stort sett fine, jentene legger ting fra seg når de kommer hit. Vi låser inn mobilene deres i et skap, her skal det ikke foregå noe dealing. På den måten får de også litt fri.

Det fineste med jobben er følelsen av å gi noe positivt. Kvinnene som kommer hit har det tøft, det føles godt å kunne være der for dem i samtaler, gi psykisk og åndelig omsorg. Jeg får høre mange historier som gjør et sterkt inntrykk. Det gjør at jeg får et nytt perspektiv på mitt eget liv; jeg føler meg heldig. Og så har jeg gode kolleger. Det er viktig.

Vi jobber til ti om morgenen neste dag. Klokken tre stenger vi så da kan en av oss legge seg og sove, mens den andre må være våken. Det tøffeste med jobben er de lange våkenvaktene. Det kan også føles tungt at vi ser så lite fremgang. De samme kommer igjen og igjen, det er mye elendighet. Noen kommer seg videre, men da kommer de jo ikke hit. ■■■

Fortalt til Susanne Dietrichson Foto Bjørn Erik Larsen



MOT BEDRE TIDER:

Sykepleier Sarah Andel undersøker en pasient ved Portland Community Health Center i USA. Klinikken yter primærhelsetjenester og operer med «glidende» egenandeler for personer som ikke har helseforsikring og som trenger tolk.

Denne dagen, 1. april, stimler folk sammen på venteværelset for å høre på president Barack Obama. Helse-reformen er nettopp blitt vedtatt med knappest mulig margin og med fortsatt stor motsand fra store deler av den amerikanske befolkningen.

Den nye lovgivningen vil særlig påvirke virksomheten ved klinikker som denne i Portland, Maine.

Tekst **Barth Tholens** Foto **Nicole Bengiveno, Scanpix**



Snart kvitter sykehusene seg med de utskrivingsklare pasientene.

Kommunenene må ta imot i blinde

Dette vil NSF ha debatt om:

- › Er de utskrivingsklare pasientene reelt klare til utskriving?
- › Hvem er de utskrivingsklare pasientene? Er det noen ensartede grupper man kanskje kan standardisere et tilbud til?
- › På hvilke nivå må tjenestene i kommunen være?
- › Hvor god skal behandlingen være og hva skal sikre den?
- › Forløpstenkning: Her blir blant annet et felles dokumentasjonsprogram en forutsetning.
- › Er de utskrivingsklare pasientene alltid et problem? Blokkerer de for andre pasienter som trenger plassene?
- › Kan kostnadene gå ned hvis de utskrives?

Fra 2012 får kommunene ansvaret for mange hundre tusen liggedøgn til utskrivingsklare pasienter i somatikken og psykiatrien. Det er bare én av flere nye oppgaver i forbindelse med samhandlingsreformen. Men verken antallet pasienter, behovet for pleie eller hvor mye penger som skal følge med er klart. Sykepleien ble med da NSF konkretiserte debatten hos departementet.

160 000 i somatikken

Det er tirsdag 16. mars. Norsk Sykepleierforbund (NSF) har fått innvilget en halv time for å overlevere en rykende fersk rapport om utskrivingsklare pasienter i somatikken til statssekretær Roger Ingebrigtsen i Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). Eks-journalisten er mannen som holder i trådene rundt samhandlingsreformen for helseministeren. Med seg til møtet har han en liten gjeng fra departementet som også er interessert i rapporten.

Rapporten viser blant annet at utskrivingsklare pasienter opptok cirka 160 000 liggedøgn ved somatiske sykehus. Men tallene det bygges på er svært usikre. Til sommeren vil del to av rapporten si noe om hvem disse pasientene er og hvilket nivå de trenger hjelp på.

– Det er ikke NSF's jobb å gjøre dette, men det er veldig bra at dere har laget denne rapporten. Det viser

at dere tar et ansvar. Jeg gleder meg til å lese den, skryter statssekretær Ingebrigtsen etter at han først har fått skryt av Lisbeth Normann for å ha gjort en god figur i gårsdagens tv-debatt om lokalsykehus.

Usikre tall

Hadde helseforetakene rapportert som de skal, hadde pasientregisteret hatt oversikten over hvor mange utskrivingsklare pasienter og liggedøgn det dreier seg om i året. Det har de ikke gjort. Etter en ringerunde høsten

2008, anslo stortingsmeldingen om samhandlingsreformen at det dreide seg om rundt 150 000 liggedøgn i somatikken og 4-500 000 oppholdsdøgn i psykiatrien. Ulike rapporteringsrutiner, ulike tolkninger av forskriften om hvem de utskrivingsklare pasienter er, feilaktige rapporteringer, personalets ulike holdninger og kunnskap er alle faktorer som bidrar til usikre tall.

– Siden tallet bare var omtrentlig, bestemte vi oss for å ta jobben med å spørre samtlige 25 helseforetak innen somatikken. Det gir oss et mer pålitelig utgangspunkt for debatten videre, sier Lisbeth Normann, leder i NSF.

Resultatet på 160 000 viser at departementet har truffet ganske godt: Bare 10 000 liggedøgn flere enn deres anslag.

Versting og besting

Når Lisbeth Normann har formidlet hovedkonklusjonene i rapporten og pekt på områder hun savner diskusjon på (se faktaboks), er det tid for spørsmål.

Møteleder Ingebrigtsen skyter først inn at han selv har vært korridorpatient og at det var helt greit. Han synes derfor debatten om korridorpatienter i denne sammenhengen er en avsporing. Som en dreven journalist spør han etter regionale variasjoner:

– Har dokker funne nån bestinga eller verstinga?



NY RAPPORT: Lisbeth Normann håper rapporten fra NSF kan bidra til diskusjonen om hvem de utskrivingsklare pasientene er, hvilket nivå de trenger hjelp på og hva kommunene må gjøre.



Dette er en utskrivingsklar pasient:

Ifølge forskrift om utskrivingsklare pasienter er en pasient utskrivingsklar når seks punkter er oppfylt og dokumentert i pasientjournalen. Noen av dem er:

- › Problemstillingen (e) ved innleggelse skal være avklart.
- › Øvrige problemstillinger skal som hovedregel være avklart.
- › Det skal foreligge et klart standpunkt til diagnose(r), samt videre plan for oppfølging av pasienten.
- › Relevant kontakt må etableres og plan for oppfølging beskrives, dersom pasienten trenger spesialisthelsetjenester utenfor avdelingens ansvarsområde.

UTSKRIVINGSKLAR: Den typiske utskrivingsklare pasient er en eldre person, men behovet for oppfølging spriker fra kortere til lengre tid, med og uten spesialisthelsetjenester.

Det blir opplyst at Diakonhjemmet i Oslo peker seg ut fordi de topper statistikken med antall liggedøgn på 11 dager eller mer. 11 dager er grensen for når kommunene får betalingsansvar, mens i Oslo kommune er denne grensen fra 8. dag. Diakonhjemmet topper både i volum og prosent.

– De som føler problemet mest på kroppen, har de høyeste tallene. Diakonhjemmet har de eldste av de

«Vi må bli enige om en felles definisjon på «utskrivingsklar pasient».»

Statssekretær Roger Ingebrigtsen

eldre, forklarer Morten Eimot fra AnalyseSenteret, som har laget rapporten for NSF.

– Hvem ligger i disse sengene? spør Ingebrigtsen.

– Primært eldre med sammensatte behov. Noen har bruk for korttidsoppfølging, andre for langtids, sier Eimot.

– Nå er du i kjernen ved sam-





SNART FULLT TRYKK: Statssekretær Roger Ingebrigtsen regner med at det blir fullt trykk på samhandlingsreformen etter at Stortingsmeldingen er behandlet 27. april.

handlingsreformen! Det er dette det handler om, slår Ingebrigtsen fast.

Styrking av hjemmesykepleien

En annen møtedeltaker spør hvilket nivå disse pasientene skal flyttes ned til. Kanskje vil noen fortsatt trenge spesialisthelsetjeneste i en eller annen form.

– Har dere sett noe på hva kommunene må ha klart for å kunne møte utfordringen? spør en tredje.

– Behovet for kompetanse er stort. Og et viktig spørsmål blir hvilket nivå pasienten skal ha oppfølging på. Men én ting er veldig viktig for oss, og det er behovet for å styrke hjemmesykepleien, svarer Normann.

Det nikkes rundt bordet og noen noterer.

Usikker finansiering

Ved siden av antall liggedøgn, er det et annet tall som blir viktig å få riktig for planleggingen i kommunene: Kostnadene per utskrivingsklart liggedøgn. Dette blir tallet man skal gange med 160 000 for å finne den årlige summen kommunene skal få overført fra rammen til de regionale helseforetakene (RHFene). Kommunene får da betalingsansvar fra første dag pasienten er utskrivingsklar. HOD har hittil snakket om at en sy-

– Skal de utskrivingsklare pasientene finansieres noe ved hjelp av 20-prosents-potten som kanskje skal overføres fra RHF-ene?

– Nei, den skal brukes på andre oppgaver og holdes atskilt fra de utskrivingsklare pasientene, sier Ingebrigtsen.

Fullt trykk fra mai

Ordningen skal gjelde fra 1.1.2012. Meldingen skal behandles i Stortinget 27. april i år. Men fremdeles vet man altså ikke sikkert hvor mange som er utskrivingsklare, hvem som er det og hvordan finansiering skal være.

– Hvordan skal kommunene kunne forberede seg når det er så stor usikkerhet?

– Vi regner med at det blir fullt trykk på dette når Stortinget har sagt sitt og gitt sine føringer. I tillegg vil det jo være slik at kommunene i en kortere eller lengre overgangsperiode, til de har fått opp et system som er godt, kan velge å la pasienten ligge litt lenger på sykehus.

– Hva er de største utfordringene med de utskrivingsklare pasientene?

– Det er flere: Vi må bli enige om en felles definisjon på «utskrivingsklar pasient». Det som er lagt til grunn i NSF's rapport er spennende.

het i budsjett og ikke minst i forhold til personell og senger?

500 000 i psykiatrien

Det er 4-500 000 oppholdsdøgn til utskrivingsklare pasienter i psykiatrien. Tre ganger så mange som i somatikken.

– Et avskrekkende tall?

– Tallet baserer seg på en Sintef-rapport fra 2007 og bekrefter at det er behov for å legge til rette for en mer hensiktsmessig arbeidsdeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten for denne pasientgruppen. Departementet vil arbeide videre med å kvalitetssikre en konkret modell og tallgrunnlaget for andre pasientgrupper enn somatiske pasienter, lover Ingebrigtsen.

Han legger til at det også kommer en ny lov om helse- og omsorgstjenester i kommunen, som blir sendt på åpen og bred høring i juni 2010.

– Det vil sikkert ligge noen elementer i høringsnotatet som har relevans for det aktuelle tema, tipper han.

Et bidrag til diskusjonen

Lisbeth Normann mener at det viktigste rapporten viser er at det er så mange utskrivingsklare pasienter. Rapporten er en måte NSF kan påvirke samhandlingsreformen, ved siden av høringsrunden som var tidligere i år. Normann håper den kan bidra til diskusjonen om hvem de utskrivingsklare pasientene er, hvilket nivå de trenger hjelp på og hva kommunene må gjøre.

– Det er ikke nødvendigvis slik at disse pasientene vil ha det bedre på sykehus enn i kommunen. I mange tilfeller vil de kunne få både en billigere og en kvalitativt bedre behandling i kommunen enn på sykehus. Men det fordrer at kommunene prioriterer både kvalitet på tjenestene og økt kvalifisert bemanning, sier hun. ■

Tekst Eivor Hofstad Foto Scanpix/Corbis, Stig Weston og HOD/Magnus Ridola

«De som føler problemet mest på kroppen, har de høyeste tallene.» Lisbeth Normann

kehusseng for en utskrivingsklar pasient koster 5 000 kroner per døgn. Dette diskuteres nå i departementet.

Etter møtet setter Ingebrigtsen av et minutt til Sykepleien før neste møte. Det blir for knapt, så vi følger opp med e-post.

– Er det fremdeles 5000 som seiler opp som det mest sannsynlige tallet man vil gange med 160 000?

– Det utredes og vi vil komme tilbake til dette i senere budsjettarbeid.

Helsedirektoratet utreder dette temaet for HOD for tiden, sier Ingebrigtsen.

Han ønsker svar på blant annet: Hva koster et liggedøgn for en utskrivingsklar pasient? Vil kommunen klare å håndtere dette ved å lage gode ordninger som gjør at pasienten kan komme hjem eller til en institusjon som kommunen har eller etablerer? Hva får dette å si for driften av sykehusene hva gjelder forutsigbar-



Til alle lesere av Sykepleien!

VERDIBEVIS

50 prosent rabatt

Vi gir dere **50%** i rabatt på MiniCruise

Priseksempel når 2 reiser sammen i en 2-sengs innvendig luga: Ordinær pris 350,-, din pris 175,- pr. person.

Rabatten gjelder uansett utreiseflag og lugartype, på linjen Oslo - Frederikshavn. Reiseperiode fra 15/4 - 17/6.

Bestill din reise på www.stenaline.no/pleie50 eller på telefon 02010, og oppgi kode **PLEIE50** (tillegg 100,-).



Tettpakket program hele uken på Stena Saga!

Se mer på stenaline.no

Aldersgrense på MiniCruise er 25 år.

MiniCruise fra **350,-** pr. person t/r Oslo - Frederikshavn v/bestilling på nett

Stena Line
Making good time®



Snart 60 år.
Man tror det er løgn.



Fag & bøøker



ALT OM RUS: Kompetansesenteret ved Stif-
telsen Bergensklinikkene kartlegger norske
rustrender gjennom varslingsystemet
«Føre Var». Les mer i fagartikkelen på side 56.

3 om kjønn

Anbefalt av Runar Bakken,
sykepleier og førstelektor

JORUN SOLHEIM

Kjønn og modernitet

Viser hvordan fremveksten av det
moderne kapitalistiske samfunn bidro
til at kvinner ble plassert utenfor det
økonomiske og politiske feltet. Viktig
for å forstå grunnen til at omsorg og
den moderne sykepleie ble et anlig-
gende for kvinner alene.



HELGE SVARE

Menn i pleie og omsorg

Et vel dokumentert ar-
beid om betingelsene
for at menn skal kunne
finne den kommunale
pleie- og omsorgssek-
tor attraktiv.



PIERRE BOURDIEU
Den maskuline
dominans

Hvis det er noen som
skulle være i tvil om
hvem som styrer og
endrer verden i sitt
bilde, så er Bourdieus
analyser overbevisende.





Lise Gladhus, førstelektor, Høgskolen i Buskerud og student ved Norsk Psykodrama-Akademi.

Mindre stryk med psykodrama

Bruk av psykodramatiske øvelser i faget medikamentregning synes å bidra til større selvtillit og bedre prestasjoner

Mange av studentene frykter faget medikamentregning, og strykprosenten har vært høy. Ved Høgskolen i Buskerud har den nå gått kraftig ned. I denne artikkelen reflekteres det over en psykodramatisk tilnærming som er anvendt i undervisningen de siste tre årene, og denne tilnærmingens betydning for kvaliteten på undervisningen og læringsutbytte.

Medikamentregning

Medikamentregningsprøven i sykepleierutdanningene er i en særstilling fordi resultatet må være «alt riktig». Dette kravet kom i ny rammeplan for sykepleierutdanning i 2000 (1). Etter denne innføringen ble det en svært høy strykprosent i hele landet.

Etter flere år med ansvar for undervisningen i medikamentregning, har jeg opplevd at en del studenter sier de har liten selvtillit i matematikk og er redd for eksamen. I en britisk studie ble sykepleierstudenter spurt om deres erfaring med matematikk i tidligere skolegang. Resultatene fra denne studien viser også at de uttrykker manglende selvtillit i matematikk. Betegnelsen «frustrerende» var den mest brukte for å beskrive forholdet til matematikk (2). I en amerikansk studie om sykepleierstudenter og matematikkangst viste det seg at matematikkangst var en faktor med hensyn til om sykepleierstudentene mestret medikamentregning, selv om det ikke var noen signifikant sammenheng (3).

PowerPoint

Høgskolen i Buskerud har økt antallet studenter de senere årene. For 15 år siden besto klassene av 30–40 studenter. Nå er kullene opp mot 160 studenter. Samtidig har bruk av dataprogrammet PowerPoint eskalert. Det har blitt en standard for presentasjoner og brukes mye i undervisningen. I dette programmet kan man lage, redigere og vise fremvisninger og presentasjoner for lysbildefremvisninger (4). I 2007 hadde norske nettaviser en diskusjon, og bakgrunnen for diskusjonen var en australsk artikkel om at «the use of PowerPoint has

been a disaster» (5,6). Ofte blir verktøyet PowerPoint anvendt på en måte som gjør at undervisningen blir svært lærerstyrt. Det skaper passive studenter, samt fokuserer lite på gruppens prosesser. Dette er et paradoks når Kvalitetsreformen initierte en betydelig endring av høyere utdanning. Mer studentaktive læringsformer og bedre oppfølging av studentene var viktige områder som ble poengtert (7). En ny nordisk rapport om læringsutbytte gir en oversikt over ulike trender med beskrivelser av læringsutbytte og ulike tilnærminger i undervisningen, samt utfordringer i evaluering av læringsutbytte i høyere utdanning (8).

Hva er psykodrama?

Psykodrama er en kreativ metode med terapeutisk virkning egnet til arbeid med grupper i alle felt i samfunnet (9). Jacob Levi Moreno (1889–1974) er grunnleggeren av psykodrama (10,11). Hans virksomhet er mangfoldig; han studerte først filosofi, senere medisin og spesialisering innen psykiatri, og han var også teaterskaper (12). Moreno var nyskapende og ble sett på som kontroversiell. Hans metode og filosofi kjennetegnes av en ukuelig tillit til individets og gruppens skaperevne (9).

Jana Segula, faglig leder ved Norsk Psykodrama-Akademi

Psykodramatisk tilnærming er egnet i alle fag i sykepleien.

(13), trekker frem at psykodrama er en allmennmenneskelig metode med stort potensial som skal brukes respektfullt, varsomt, direkte og konkret. Metoden kan brukes i forhold til alle livets problemområder og eksistensielle spørsmål. Den kan også brukes i forhold til dilemmaer og visjoner (9). Man uttrykker temaet gjennom dramatisk handling i stedet for, eller i tillegg til å snakke om det (14). Psykodrama består av to teorier: spontanitets- og kreativitetsteorien og rolleteorien og tre teknikker: rollebytte, speiling og dublering, og fem instrumenter: scenen,

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

Søkeord:

- ▶ Pedagogikk
- ▶ Undervisning
- ▶ Utdanning





LÆRER MER: Ulike undervisningsmetoder gir økt læringsutbytte. Her fra gruppearbeid på Høyskolen Diakonova. Arkivfoto: Stig M. Weston.

gruppen, hovedpersonen, lederen og medspillerne (10,15,16).

Rollebytte

Ideen om spontanitet og rollebytte utviklet Moreno ved å observere barns lek. Han så hvordan barn går inn i alle slags roller når de leker (15). Ved å gå inn og spille rollen som det skumle kan barn bearbeide ubehagelige følelser på en naturlig måte. Moreno anser kreativitet og spontanitet som de primære drivkreftene i livet. Disse kreftene utvikles og tas i bruk i møtet med livets utfordringer (10). Moreno sier at psykodramatiske metoder også kan benyttes for å minne menneskene om deres potensial som kreative vesener (17).

Moreno definerer spontanitet som en adekvat respons på en ny situasjon eller en ny respons på en gammel situasjon. Spontanitet er ikke bare en prosess i personen, men også en flyt av følelser i retning av en annen persons spontane tilstand. Denne flyten av følelser mellom to eller flere personer kalles tele (15). Tele stammer fra gresk og betyr innflytelse på avstand (18). Tele bidrar til økt interaksjon mellom medlemmene av en gruppe (16). Moreno la i begrepet tele et forhold mellom mennesker som ser hverandre klart. Et godt teleforhold forutsetter at partene har tilstrekkelig avstand til å kunne skille mellom seg selv og den andre (18). Oppbygging av tele er ikke

bare viktig i en terapissammenheng, men også i en pedagogisk sammenheng. Det fører til økt trygghet som er et viktig grunnlag for læring.

Psykodrama i undervisningen

Moreno anbefaler at man gjør bruk av metoden også i pedagogiske sammenhenger og ikke bare i terapi (15). Utdanninger til yrker hvor det gjelder å utvikle personlig kompetanse utgjør

Psykodrama er en kreativ metode med terapeutisk virkning.

et viktig anvendelsesområde for psykodramatiske metoder. Jeg mener at en psykodramatisk tilnærming er egnet i alle fag i sykepleien, ikke bare i de fagene som handler om personlig kompetanse. Studenter har gjennom mange år gitt uttrykk for engstelse for faget medikamentregning. Faget kan lettere tilegnes ved bruk av en psykodramatisk tilnærming i undervisningen, selv om det er naturvitenskapelig.

Pedagogiske prosesser har et annet mål enn terapeutiske. I en pedagogisk prosess vil det være et kunnskapselement i



tillegg til personen selv som inngår i prosessen (19). Undervisning handler om å tilrettelegge og skape betingelser for andres læring. Undervisning er ikke og kan ikke, forstås som bare et faglig forhold. Undervisning handler også om lærerens forhold til deltakerne og om deltakernes forhold til hverandre (20). Rollo May, en fremtredende representant for den humanistisk-eksistensielle psykologien, sier at alle yrker krever et visst skapende mot, ikke minst undervisning (21). I likhet med Moreno skriver May om kreativitet, og han sier videre at en blir slått av mangelen på arbeider om kreativitet. Han sier at temaet i hovedsak ble unngått; det ble ansett som mystisk, forstyrrende og ikke vitenskapelig nok.

Krever «timing»

I et godt studiefellesskap mellom lærer og student og studenter imellom er det trygt å være og å uttrykke seg. En velutviklet gruppe har høy grad av tele, den enkelte student er stjerne eller hovedrolleinnehaver på omgang, samt at det er uten konkurranse. Alle skal få mulighet til å utfolde seg. Det er utfordrende å få til dette i en storgruppe i et auditorium. Hvordan bidra til at den enkelte kjenner tilhørighet, blir sett og får mulighet til å utfolde seg? En annen utfordring er å finne fremgangsmåter for å unngå forvirring, skepsis og motstand når en går

Strykprosenten i medikamentregning har vært på over 50 prosent og er nå på 10 prosent.

fra tradisjonell til psykodramatisk tilnærming i undervisningen. I tradisjonell forelesning blir deltakerne ofte passive, anonyme og distansert fra læreren og de øvrige deltakerne. Dersom formidlingen i tillegg baseres på en lærerstyrt bruk av PowerPoint-presentasjonen, blir overgangen stor. Introduksjon av psykodramatisk tilnærming i undervisningen krever derfor en omtentksom «timing».

Litteratur om temaet, eksempelvis McLaughlin, Freed og Tadych samt Drew, handler alle om smågrupper à 20–30 deltakere i klasserom (22,23). Artiklene beskriver psykodramatisk tilnærming i høyere utdanning, og faktisk også i sykepleierutdanningen, i motsetning til majoriteten av litteraturen som handler om tilnærmingen anvendt i grunn- og videregående skole. Det ideelle er klasserom med mulighet for å flytte pulter og stoler slik at det blir plass til bevegelse (22). Jeg har derfor stått overfor flere utfordringer i auditoriet, som innebærer en stor gruppe og møbler som ikke lar flytte på seg, og dermed lite rom for bevegelse. Bevegelse er en vanlig aktivitet i oppvarmingsfasen i psykodrama, blant annet for at alle skal bli møtt og sett av hverandre. Alle kan heller ikke bli møtt og sett av alle i en så stor gruppe, slik at målet har vært at noen blir møtt og sett av noen.

Psykodramatiske øvelser

Moreno er opptatt av at vi trenger en oppvarmingsfase for å bli mer spontane og oppmerksomme (15). Slik vil man kunne bygge relasjoner innad i gruppen. Alle blir møtt og tatt imot på egne premisser. Det er da vi bygger opp tele. I en pedagogisk sammenheng vil oppvarming ha en funksjon for å skape en trygg atmosfære, en viktig forutsetning for et godt læringsmiljø og læringsutbytte. Oppvarming vil også ha en funksjon for å fremme et læringsmiljø der student og lærer opplever seg som subjekter i læringsprosessen. I det følgende gir jeg eksempler

på forskjellig psykodramatiske tilnærminger jeg har benyttet i undervisningen. Eksemplene er ikke hentet fra samme kull.

1) Oppvarming til hverandre

Det å bli kjent med navn er en egnet øvelse å starte med. Selv med 110 studenter har jeg erfart at dette er mulig; ikke å bli kjent med alle, men med noen. Studenten blir kjent med navn (identitet) på dem som sitter i nærheten av dem, samtidig som de får instruks om å snakke om noe trygt, eksempelvis det faget de liker best (ressurs). Hensikten med en slik trygghetsøvelse er å hjelpe studentene til å komme i kontakt med hverandre og til å bli litt kjent med hverandre.

2) Oppvarming til tema

Jeg ba studentene om å snakke med den ved siden av seg om hva de har hørt om faget og om forventninger eller ønsker. Neste instruks: «Hvis faget hadde vært et dyr, hvilket dyr kunne det da ha vært?» Dette er en spontanitetsøvelse. Dette deler de med de to nærmeste studentene. Hensikten er å hjelpe studentene til å komme i kontakt med hverandre, til å bli kjent og til å forberede studentene på faget. Slik kan man få et visst inntrykk av hva den enkelte student har med seg. Jeg ba studentene si høyt hvilke dyr de hadde kommet frem til. Videre spurte jeg om det «er flere edderkopper her» og så videre. Hensikten med dette er gjenkjenning; «da har vi det til felles». Det er flere måter å få tak i dyrenes kvaliteter på. Enten ved å spørre i plenum eller ved å sette opp stoler for dyrene. Dette for å se på hvilke av disse kvalitetene som forbindes med faget medikamentregning. Dette er også en spontanitetsøvelse med den hensikt å forberede studentene på faget og å redusere angst.

3) Den tomme stolen

En tom stol er et sentralt moment på psykodramascenen: «Hvem sitter i stolen for deg?». Dette er en av de grunnleggende teknikkene Moreno skapte. Jeg ba studentene som opplever å ha dårlig selvtillit i faget matematikk eller eksamensangst, å se om det umiddelbart dukker opp en eller flere personer fra deres liv. Fortell den personen hva du mener og hva du vil kvitte deg med. Studentene ble bedt om å si dette «inne i seg». De kan også dele dette med studenten ved siden av seg. Jeg har også brukt denne øvelsen individuelt, og da får studenten anledning til å si høyt hva hun eller han mener.

4) Rollebytte

I individuell veiledning og i mindre grupper gjorde jeg også bruk av rollebytte. I rollebytte er du nødt til å oppleve deg selv i den andres rolle og gjenta den replikken du har tillagt motparten (18). Studenten får på denne måten anledning til å si hva hun eller han mener til en person. Når det bare er en student og lederen til stede, inntar lederen rollen som denne personen når man spiller ut dette.

5) Deling og avslutning av sesjonen

Etter endt undervisningsdag ba jeg noen ganger hver enkelt dele med personen ved siden av seg hva vedkommende tar med seg som det viktigste den dagen. Hensikten er en avrundning og en avslutning på sesjonen.

Avslutning

I den tradisjonelle forelesningsformen, og spesielt ved en lærerstyrt bruk av presentasjonsverktøyet PowerPoint, blir deltakerne ofte passive, anonyme og distansert fra læreren

og de øvrige deltakerne. Med psykodramatisk tilnærming er deltakernes og gruppens engasjement i fokus, og tilnærmingen gir økt tilgang til den enkeltes ressurser. En velutviklet gruppe har høy grad av tele, og den enkelte student er stjerne eller hovedrolleinnhaver på omgang. Til grupper som forventer tradisjonell undervisning må en gå frem på en taktfull måte, slik at gruppen ikke blir forelagt svært uventede øvelser.

Strykprosenten i medikamentregning har vært på over 50 prosent og er nå på 10 prosent. Jeg har gjort flere endringer i faget på samme tid. Jeg har hatt fokus på visualisering av temaet i undervisningen, samt at studentene har fått mulighet til en betydelig mengdetrening i forhold til praksis- og eksamensrelevante oppgaver. Dette har også vært viktig. Men muntlige og skriftlige tilbakemeldinger og evalueringer fra studenter som hadde liten selvtillit i matematikk, gjør meg overbevist om at psykodramatisk tilnærming i undervisningen har bidratt til økt mestring. Det skjer en positiv utvikling med studenter når de blir møtt med tillit. PowerPoint er kanskje ikke «a disaster», men må anvendes med omhu. Studentene trenger ulike tilnærminger i undervisningen for å få læringsutbytte. Jeg har også tro på at man kan utdanne flere kreative og spontane sykepleiere med et større rollerepertoar i møte med pasienter og pårørende ved å bruke en psykodramatisk tilnærming i undervisningen. Men vi trenger også forskning på temaet. ■■■

LITTERATUR

1. Rammepplan og forskrift for 3-årig sykepleierutdanning. Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet. 7. januar 2000.
2. Lerwill CJ. Ability and attitudes to mathematics of post-registration health-care professionals. *Nurse Education Today* 1999;19:319-322.
3. Hodge JE. The effect of math anxiety, math self-efficacy, and computer-assisted instruction on the ability of undergraduate nursing students to calculate drug dosages. West Virginia University, Ed.D., 2002.
4. Wikipedia, den frie encyklopedi. Tilgjengelig fra: <http://no.wikipedia.org/wiki/PowerPoint>. (23.05.2008).
5. Solstad Ø. Avskaffe Powerpoint? NRKbeta, April 16, 2007. Tilgjengelig fra <http://nrkbeta.no/avskaffe-powerpoint/>. (06.01.09).
6. Patty A. Research points the finger at PowerPoint. *The Sydney Morning Herald*. Tilgjengelig fra <http://www.smh.com.au/news/technology/powerpoint-presentations-a-disaster/2007/04/03/1175366240499.html>. (06.01.09).
7. Kvalitetsreformen. Kunnskapsdepartementet. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/kd.html?id=586>. (18.05.2008).
8. Gallavara G, Suominen T (Gallavara G, Hreinsson E, Kajaste M, Lindesjö E, Sölvhjelm C, Sørskår AK, Sedigh Zadeh M). Learning outcomes: Common Framework-different approaches to evaluation outcomes in the Nordic countries. Joint Nordic project 2007-2008, by the Nordic Quality Assurance Network for Higher Education (NOQA). Rapport. European Association for Quality Assurance in Higher Education, Helsinki. Tilgjengelig fra: <http://www.enqa.eu/pubs.lasso>. (03.11.2008).
9. Segula J. Psykodrama – en metode for deg? Om psykodrama, Norsk Psykodrama-Akademi og All Nations's Psychodrama-Academy. *Drama. Nordisk dramapedagogisk tidsskrift* 2008;45 (3-4): 57-59.
10. Fox J. *The Essential Moreno*. New York: Springer Publishing Company, 1987.
11. Marineau RF. *Jacob Levy Moreno 1889-1974*. London & New York: Tavistock/Routledge, 1989.
12. Rasmussen B. *Sjel i handling*. Trondheim: Tapir Forlag, 1989.
13. Norsk Psykodrama-Akademi, Jana Segula/Kristina Malm. *Utdanning i gruppedelse, psykodrama og gruppepsykoterapi*. Tilgjengelig fra: <http://www.psykodrama.biz/NPA.htm>. (05.01.2009).
14. Blatner A. *Praktisk psykodrama*. Stockholm: Bokforlaget Natur og kultur, 1984 (1973).
15. Moreno JL with Zerka T. *Psychodrama. First Volume*. New York: Beacon House, 1985 (1946).
16. Moreno JL. *Who shall survive? Foundations of sociometry, group psychotherapy, and sociodrama*. 2nd ed. New York: Bacon House Press, 1993 (1934).
17. Blatner A, Blatner A. *Foundations of Psychodrama. History, Theory & practice*. New York: Springer Publishing Company, 1988.
18. Slettemark G. *Psykodrama og sosiometri i praksis*. Oslo: Fagspesialisten, 2004.
May er flyttet etter slettemark
19. Sandtrøen S. *Hvordan kan psykodrama bidra til utvikling i lærerrollen? HBO-notat nr. 1/2007*, Høgskolen i Bodø, 2007.
20. Petterson RC. *Kvalitetslæring i høyere utdanning*. Oslo: Universitetsforlaget, 2005.
21. May R. *Mot til å skape*. Oslo: Aventura forlag A/S, 1994 (1975).
22. McLaughlin DE, Freed PE, Tadych RA. *Action methods in the classroom: creative strategies for nursing education*. *International Journal of Nursing Education Scholarship* 2006;3(1): 1-16.
23. Drew N. *Psychodrama in nursing education*. *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama & Sociometry* 1990;43(2).



80 000 helsearbeidere har tilgang til PPS

Vi har levert kunnskapsbaserte prosedyrer til norsk helsevesen i nærmere 10 år. PPS brukes ved alle høgskoler, i 160 kommuner og ved flere store sykehus.

Vil du vite mer om PPS og ulike bruksområder, gå inn på våre nettsider

www.akribe.no/pps

PPS»

Praktiske Prosedyrer i Sykepleietjenesten



Hanne Holme
Helsesøster/
opplæringsleder



Kari Slinning
dr. psychol/ forsker



Marit Bergum Hansen
cand.polit/avdelingsjef

Alle tre jobber i Nasjonalt kompetansenettverk for sped- og småbarns psykiske helse.

Fanger opp depri

Flere kvinner som sliter med depresjon i forbindelse med svangerskap og fødsel blir identifisert ved hjelp av kartleggingsverktøy.

Kunnskapsgrunnlaget for god praksis i helsetjenestene har blitt løftet frem som et viktig tema de siste 10–15 årene. Begreper som evidens, kunnskapsbasert praksis og praksisnær forskning peker på behovet for en større kvalitetssikring av møtet mellom fagpersoner i helsetjenesten og brukerne. Helsetjenesten bør ha rutiner for å identifisere risikofaktorer i og rundt den enkelte familie, i tillegg til forhold knyttet til hvert enkelt barn. Disse rutinene bør være forskningsbaserte og praktisk gjennomførbare i den vanlige hverdagen i tjenestene, samt at de bør holde faglig og etisk forsvarlig standard.

Nasjonalt kompetansenettverk for sped- og småbarns psykiske helse bistår kommuner over hele landet med implementeringsarbeid knyttet til kartleggingsverktøy, basert på utviklingen av og erfaringene fra modellen OSS (Oppdage-Støtte-Samarbeide). I denne artikkelen vil vi redegjøre for hvordan vi har arbeidet systematisk med implementering av den såkalte Edinburgh-metoden i en rekke kommuner.

Psykiske reaksjoner

Norske undersøkelser tyder på at 10–15 prosent kvinner har moderate til alvorlige symptomer på nedstemthet og depresjon de første månedene etter en fødsel (1,2,3,4). En rekke studier tyder på at forekomsten er like høy under graviditet (5). Ubehandlet depresjon øker risikoen for utvikling av mer alvorlig depressiv lidelse og tilbakevendende depressive episoder. Depresjoner i denne perioden utgjør et alvorlig helseproblem. Og vi vet at sped- og småbarns tidlige erfaringer har betydning for videre utvikling. Dette tilsier at man bør gjøre en stor innsats for å forebygge psykiske plager i denne perioden av livet.

Van Doesum (6) har dokumentert at tidlig intervensjon overfor deprimerte mødre gir god effekt mot tilknytningsforstyrrelser. Jo lenger mødrene er deprimerte eller har relasjonelle vansker med sine små barn, jo større er sjansen for ulike former for atferdsvansker hos barna og fysiologiske forandringer i hjernen. Hammen (7) har vist at barn av deprimerte mødre selv har større risiko for å bli deprimerte (20–45 prosent av barn til pasienter som var innlagt i psykiatrisk sykehus hadde selv en klinisk depresjon). Andre problemer som rapporteres er oppmerksomhetsvansker, hyperaktivitet, sosioemjonelle vansker, språkforstyrrelser og kognitive vansker (prospektive studier) (8). Årsakene er sammensatte og tilskrives så vel genetiske og neurofysiologiske forhold som forstyrrelser i mor-barnsambandet og generell svekket omsorgskompetanse hos omsorgspersonene (9).

Tidlig intervensjon

Svangerskapsomsorgen og helsestasjonstjenesten følger i stor grad

Nasjonale faglige anbefalinger som gis ut av Helsedirektoratet (10,11). Disse anbefaler at både jordmor og helsesøster inkluderer den voksnes psykiske helse som eget tema i flere av konsultasjonene. Undersøkelser har vist at svært få kvinner med fødselsdepresjoner fanges opp i hjelpeapparatet, til tross for at nesten alle av disse tar imot tilbud om oppfølging gjennom svangerskapet og i helsestasjonen etter at barnet er født. (3,12). Tidlig identifisering av mødre med symptomer på nedstemthet og fødselsdepresjon kombinert med et oppfølgingsprogram i form av støttesamtaler har vist seg å ha positiv effekt på kvinnens depresjonssymptomer (13,14).

OSS i Glåmdal

I det følgende beskriver vi hvordan arbeidet med innføring av EPDS og støttesamtaler i helsestasjonene er gjort systematisk under oppbygging av et modelldistrikt, OSS i Glåmdal, i perioden 2007–2009.

Nasjonalt kompetansenettverk for sped- og småbarns psykiske helse ble opprettet høsten 2006, med finansiering fra Helsedirektoratet, Barne- og likestillingsdepartementet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. Blant prioriterte oppgaver er utprøving og implementering av kartleggings- og utredningsverktøy, behandlingsmetoder og tverrsektorielle samarbeidsmodeller basert på forskningsresultater og systematiske kliniske erfaringer. Nasjonalt kompetansenettverk for sped- og småbarns psykiske helse samarbeider spesifikt med kommuner som ønsker å styrke sin innsats på sped- og småbarnsfeltet, og søker å påvirke kommunene til å starte slik satsing allerede fra svangerskapet.

Implementeringsarbeid

Spedbarnsnettverket innledet i 2007 et interkommunalt samarbeid på tvers av forvaltningsnivå og faggrupper, OSS i Glåmdal. Kommunene Kongsvinger, Eidskog, Nord-Odal, Sør-Odal, Åsnes og Grue gikk sammen med BUP Kongsvinger, DPS Kongsvinger, Familievernkontoret i Kongsvinger og Glåmdal pedagogisk-psykologisk senter i en gjensidig forpliktende avtale over to år. Målsettingen var å fange opp flere barn i risiko så tidlig som mulig, og tilby rask, effektiv og mest mulig «sømløs» behandling og oppfølging.

Statistisk sentralbyrå utfører tverrsnittundersøkelser av befolkningen i Norge hvert år. Tall fra Styringshjulet (15) viser at de seks nevnte kommunene samlet har høyere levekårsproblemer enn lands- og fylkesnivå (8,7 mens landsgjennomsnittet er 5,5 i 2007). Tallene viser stigende tendens de senere år, og det er lite tegn til bedring. Regionen har et stort antall uføretrygdede, høy

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

Søkeord:

- ▶ Helsestasjon
- ▶ Depresjon
- ▶ Svangerskap
- ▶ Fødsel



merte

andel barn med barnevernstiltak, lavt utdanningsnivå, høyt antall enslige forsørgere og mange barn har spesialpedagogiske tiltak i barne- og ungdomsskolene. Felles for kommunene er at de har dårlig kommuneøkonomi og over tid har hatt lite økonomiske ressurser til forebyggende helsearbeid.

Kartlegging

Sosioøkonomiske forhold og risiko for depresjon er knyttet sammen. I miljøer med store sosioøkonomiske belastninger er forekomsten av depresjon høyere. Ut ifra levekårsproblematikken i denne regionen antas det at prevalensen på fødselsdepresjoner ligger høyere enn i landet for øvrig.

Kommunene ble selv bedt om å fortelle «hvor skoen trykket». Spedbarnsnettverket har hele tiden hatt koordinator- og prosjektlederfunksjonen, samt at faglige beslutninger har vært drøftet i en ressursgruppe bestående av ledende fagfolk innenfor områdene kvinne- og familiehelse, sped- og småbarns psykiske helse og implementering. Kommunene ønsket et verktøy for å fange opp barn i risiko så tidlig som mulig, og i første omgang ble derfor kartleggingsverktøyet EDPS valgt ut som en del av intervensjonen. I senere faser har også kartleggingsverktøyet Ages & Stages Questionnaires (ASQ) (16) blitt tatt i bruk i noen utvalgte barnehager.

Spedbarnsnettverk

Spedbarnsnettverket har benyttet implementeringsforskning, innovasjonsteori og ulike teorier om voksenlæring for å gjøre implementeringsarbeidet både faglig og etisk forsvarlig i tråd med WHO's retningslinjer for innføring av screening og for å få samarbeidet til å vedvare etter prosjektets slutt. Implementering kan defineres som «de handlinger som er knyttet til innføring av ny kunnskap. Handlingene har en definert start og inneholder et uttalt mål for hva som søkes oppnådd (her: bedre praksis og bedre utbytte for bruker) og det skal være en evaluering av måloppnåelsen» (17). Innovasjonsbegrepet knytter seg til måten en idé spres ut i en gruppe på (18). Evaluering inngår som en del av implementeringsarbeidet.

Implementeringsarbeidet i OSS i Glåmdal og den teoretiske forankringen er grunnlaget for at spedbarnsnettverket nå samarbeider med et stort antall norske kommuner og gir anbefalinger og støtte for videre implementering av ulike kartleggingsverktøy.

EPDS

Psykiateren John Cox og hans kollegaer har utviklet kartleggingsverktøyet EPDS (The Edinburgh Postnatal Depression Scale) for å identifisere barselkvinner med risiko for depresjon. Kvinnen



selv gir et bilde på egen psykisk tilstand siste sju dager ut fra avkryssninger på EPDS-skjemaets ti punkter. Kartleggingsverktøyet er oversatt til en rekke språk, og er validert for norske forhold. I dag brukes EPDS også overfor gravide og menn. EPDS er utviklet for bruk av helsepersonell. EPDS brukes ikke til å diagnostisere fødselsdepresjon, men gjennom opplæring og trening kan den enkelte helsearbeider oppdage, støtte og eventuelt viderehenvise kvinner med risiko for å utvikle fødselsdepresjon. (2,3,12,19,20).

Cox og Holden (21) anbefaler alltid at utfylling av EPDS-skjemaet umiddelbart etterfølges av en samtale med helsearbeideren som er trent i bruk av denne metoden, som vi kaller Edinburgh-metoden. På denne måten får helsesøster eller jordmor en dialog med kvinnen om hennes psykiske helse og nærmere innsyn i om dette dreier seg om faktisk risiko for fødselsdepresjon eller andre forhold. Som eksempel kan uvanlig mange oppnå høye skår (det vil si høy risiko for depresjon) dersom man kartlegger symptomer tett opp under jul eller før en barnedåp når stressnivået er spesielt høyt hos mange. Den påfølgende samtalen hvor svarene utdypes gir muligheter for å avdekke denne type falske positive tilfeller. Dette bidrar til at falske positive ikke tar opp ekstra kapasitet i

BØR FØLGES OPP: Depresjon i forbindelse med graviditet og fødsel kan få alvorlige konsekvenser for barnet. (Kvinnen på bildet har ingenting med innholdet i artikkelen å gjøre.) Arkivfoto: Marit Fonn



helsevesenet. På den annen side erfarer helsesøstre og jordmødre som benytter Edinburgh-metoden at enkelte lettere kommer frem med andre forhold som bekymrer og påvirker den psykiske helse-tilstanden til kvinnen, det være seg angstproblematikk, problemer med rusmidler eller tidligere traumer som seksuelle overgrep og vold. Eberhard-Gran og Slinning har utarbeidet en bok om depresjon og nedstemthet i forbindelse med fødsel, der de også beskriver anbefalinger for bruk av metoden (12).

Støttegrupper

For optimal implementering med nødvendige tilpasninger til de lokale forholdene ble det opprettet tverrfaglige arbeidsgrupper i hver av de seks kommunene. De fleste kommunene har hatt følgende deltakere representert: jordmor, helsesøster, psykiatrisk sykepleier, barnevernspedagog og barnehagerepresentant.

Svært få kvinner med fødselsdepresjoner fanges opp i hjelpeapparatet.

En av kommunene har også involvert ruskonsulent. Som følge av at dette var et samarbeid på tvers av forvaltningsnivåene ble det også opprettet en drøftingsgruppegruppe som jobbet mellom første- og andrelinjetjenestene, bestående av kommunale representanter, BUP sped- og småbarnsteam, DPS-representanter og Familievernkontorets representant. I tillegg ble det opprettet en interkommunal styringsgruppe med beslutningsmyndighet. Rådmennene i hver av kommunene valgte ut disse representantene, samt at avdelingsjefer i andrelinjetjenestene var representert.

Gjennom disse ulike gruppene kunne vi legge til rette for det som i organisasjonsteorien kalles å sikre både «top-down-perspek-

tivet» og «bottom-up-perspektivet» i implementeringsprosessen. Dette innebærer en større sannsynlighet for at tverrfaglige samarbeidsmodeller blir mer enn et toårig prosjekt ettersom både ledere og utøvere kan være med å påvirke planarbeidet og prosessene i den grad de selv ønsker.

Systematisering av tiltaksnettverket

Arbeidsgruppene i hver av kommunene startet med å lage en oversikt over aktører som kunne tenkes å bli involvert i pasientforløpet til en kvinne med fødselsdepresjon eller i oppfølgingen av hennes familie. Deretter startet omfattende informasjonsarbeid til lederne i hver av disse enhetene. Hver av lederne ble bedt om å velge ut to personer som kunne fungere som nøkkelpersoner, det vil si at de var kontaktpersoner og hadde et hovedansvar for å bistå når hjelp og støtte ble etterspurt i deres enhet. Ut ifra innovasjonsteori ble det vektlagt at nøkkelpersonene skulle ha gode samarbeidsevner og gjerne også være rollemodeller i eget fagmiljø, ettersom slike faktorer kan ha stor betydning for videre implementeringsarbeid.

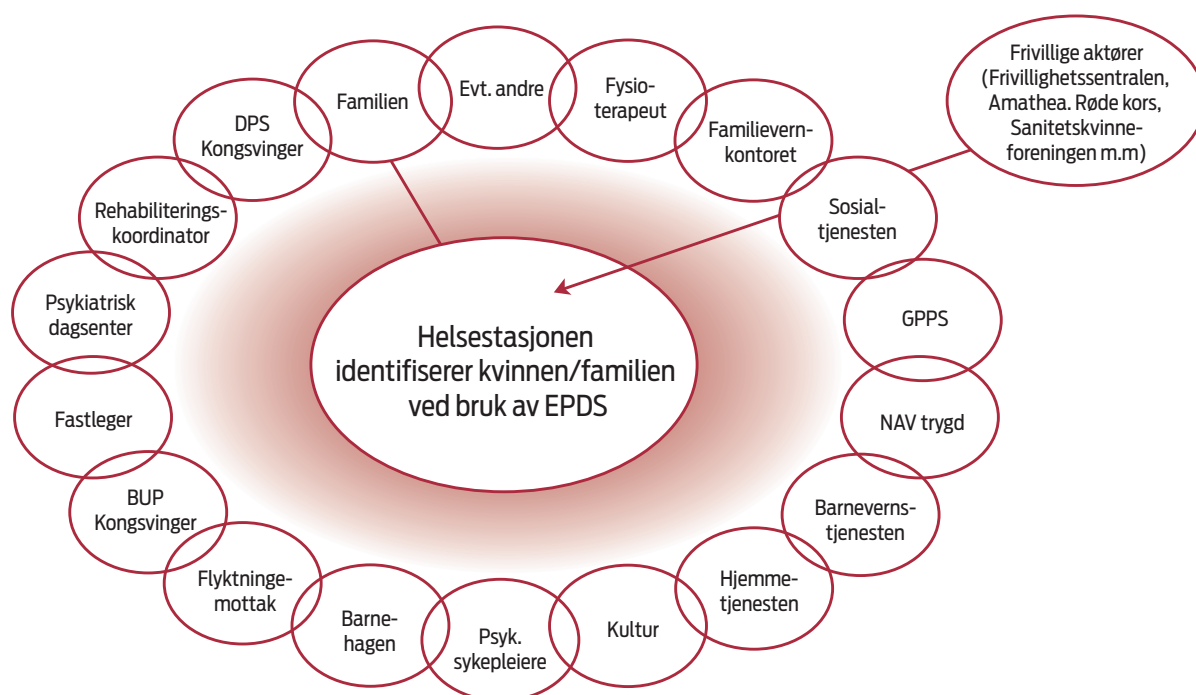
Nøkkelpersonsystemet fungerer på den måten at alle involverte har en oversikt over hvem disse personene er, med navn, telefonnummer og e-postadresser. På den måten oppnår man et mest mulig «sømløst» tiltaksnettverk. Alle nøkkelpersoner deltok i videre kompetanseheving. Dette ble gjort for å sikre en felles kunnskapsplattform for alle involverte. På den måten får alle en felles forståelse for arbeidet og vet hvor viktig det er for spedbarnet at mor og/eller familien får hjelp så raskt som mulig.

Kompetansehevingsprogram

Ansatte i Spedbarnsnettverket har gjennom flere år utviklet et kompetansehevingsprogram om temaet psykiske reaksjoner i svangerskap og barseltid. Kompetansehevingsprogrammet anbefales til kommuner som ønsker å ta i bruk Edinburgh-metoden.

Enheter og aktører med utvalgte nøkkelpersoner

To representanter fra hver



Opplæringen strekker seg over fire dager og følges opp av veiledning hver fjerde til sjettede uke. Første opplæringsdag er rettet mot alle involverte nøkkelpersoner og omhandler psykiske reaksjoner i svangerskap og barseltid. Dag to og tre er beregnet på helsesøstre og jordmødre, eventuelt andre som ønsker å lære seg praktisk bruk av Edinburgh-metoden. Opplæringens siste dag gjennomføres tre–fire måneder etter at metoden er tatt i bruk, og følger opp de erfaringene helsesøstrene og jordmødrene har hatt så langt. I tillegg inkluderes familiens helsetsperspektiv.

Vi anbefaler at de som skal benytte Edinburgh-metoden og gjennomføre støttesamtaler i helsestasjonen går jevnlig til veiledning. Forskning viser at deltakelse på kurs alene gir cirka 30 prosent endring i praksis, mens kurs kombinert med veiledning og helst coaching gir opp mot 95 prosent endring i praksis (22).

Evaluerings

I forkant av implementering av Edinburgh-metoden i Kongsvinger-regionen gjennomførte spedbarnsnettverket en kartlegging blant helsesøstre og jordmødre for å få oversikt over hvor mange kvinner som fikk ekstra oppfølging på grunn av psykiske vansker. Alle har ført oversikt over antallet kvinner de har kartlagt ved hjelp av metoden, noen bakgrunnsvariabler og hvilken type oppfølging kvinnen har fått. Ett år etter oppstart deltok helsesøstrene og jordmødrene i regionen i fokusgruppe-intervjuer for å få frem erfaringene med implementeringsprosessen, endringene i praksis og eventuelle forbedringer de ønsket i forhold til OSS-modellen.

Det er planlagt videre evaluering, og inntrykket så langt er at de involverte helsesøstrene og jordmødrene opplever bruk av Edinburgh-metoden og oppfølgingsamtaler som nyttig og meningsfylt. Det tidsmessige aspektet (at metoden ville kreve for mye tid) var et viktig tema i planleggingsfasen, men har etter hvert vist seg mindre viktig. Helsesøstre og jordmødre bruker i utgangspunktet en del tid på kvinner i målgruppen, men systematisering av arbeidet synes å bidra til at arbeidet struktureres på en annen måte. Flere sier de «kommer raskere til poenget», og at bruk av EPDS fungerer som en døråpner til en god samtale. Ettersom det fungerer som en døråpner kommer samtaler ofte inn på også andre temaer enn nedstemthet og depresjoner.

OSS i Glåmdal har så langt vist seg å være et vellykket samarbeid, og satsingen vil fortsette ved at barnehagepersonale og helsestasjonene skal samarbeide med pedagogisk-psykologisk tjeneste om bruk kartleggingsverktøyet Ages and stages questionnaire (ASQ) i 2009. Psykologstilling opprettes til bruk på tvers av kommunene

etter finansiering fra Helsedirektoratet. Økt lavterskelterapeutisk kompetanse i førstelinjetjenestene vil trolig også bidra til at andrelinjetjenestene får god kapasitet til å jobbe med større, komplekse saker og derav gi mest mulig effektiv hjelp til de familier som trenger dette.

Oppsummering

Det er godt epidemiologisk grunnlag for å innføre EPDS og støttesamtaler for å gi hjelp og støtte til kvinner i risiko for å utvikle depresjon i perioden rundt fødsel. Dette bør innføres som en del av helsesamtalen. Barnets første leveår er av sentral betydning for senere utvikling og forholdene må legges til rette for at foreldre og barn får en god start sammen.

Helsepersonell finner sjelden frem til kvinner som er nedstemte eller har symptomer på fødselsdepresjoner. I utredningsserien «kvalitetsforbedringer i psykisk helsevern» har Statens helsetilsyn beskrevet når det er nødvendig med kvalitetsforbedringer. Der defineres at det finnes grunnlag for intervensjoner og utviklingsarbeid når vi står overfor viktige, vanskelige og vanlige problemstillinger (23). Vi mener derfor at det er grunnlag for å bygge opp behandlingkjeder i første- og andrelinjetjenesten for å kunne sikre tidligst mulig oppfølging av nettopp disse kvinnene.

Når det gjelder helsetjenestens kapasitet vil ressursituasjonen i svangerskapsomsorgen og helsestasjonsvirksomheten måtte vurderes før innføring av kartleggingsverktøyet. Imidlertid beskriver nasjonale anbefalinger at både helsesøstre og jordmødre skal tematisere foreldrenes psykiske helse i konsultasjonene (10,11). Innføring og bruk av kartleggingsverktøyet EPDS kan derfor anses som et verktøy som kvalitetssikrer anbefalingene disse og også nyere styringsdokumenter gir (24). Utredning og eventuell diagnostisering av kvinner med fødselsdepresjoner bør fortsatt gjøres av den enkeltes fastlege eller av spesialisthelsetjenesten (for eksempel DPS). Videre oppfølging i tiltakskjeden må sikres før innføring av EPDS og kan gjøres systematisk gjennom tilsvarende modeller som er brukt i OSS i Glåmdal. Indikasjonene for videre oppfølging vurderes alltid sammen med den enkelte kvinne.

Bruk av EPDS bidrar til å identifisere flere risikoutsatte kvinner enn det som gjøres i dag, når man benytter det overfor alle kvinner i svangerskaps- og barseltid. Medfølgende samtale etterpå gir helsearbeideren et godt verktøy for nærmere vurdering og tidlig intervensjon i de tilfeller der dette synes nødvendig. Vi mener også at bruk av Edinburgh-metoden på denne måten vil kvalitetssikre konsultasjonene i helsestasjonen slik at Helsedirektoratets anbefalinger følges, samt at prinsippet om brukermedvirkning ivaretas. ■■■

LITTERATUR

- Eberhard-Gran M, Eskild A, Tambs K, Samuelsen SO, Opjordsmoen S. Depression in postpartum and non-postpartum women: prevalence and risk factors. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2002; 106: 426-433.
- Berle JØ. The Pregnancy and Postpartum Periods: Studies of foetal growth, anxiety, and depression. The degree Doctor Medicinæ (Dr.med.). University of Bergen: Norway, 2005.
- Glavin K, Smith L, Sørum R. Prevalence of postpartum depression in two municipalities in Norway. *Scandinavian Journal of caring science*. 2009; 23(4): 705-710.
- Dørheim SK. Depression and sleep in the postnatal period: a study in Nepal and Norway. Universitetet i Bergen: Bergen, 2009.
- Brooks J, Nathan E, Speelman C, Swalm D, Jacques A, Doherty D. Tailoring screening protocols for perinatal depression: prevalence of high risk across obstetric services in Western Australia. *Arch Womens Ment Health* 2009;12:105-112.
- van Doesum K, Hosman CMH, Riksen-Walraven MJ. A model-based intervention for depressed mothers and their infants. *Infant mental Health Journal* 2005; 26(2): 157-176.
- Hammen C. Stress and depression. *Annu Rev Clin Psychol* 2005; 1: 293-319
- Murray L, Cooper PJ, Wilson A, Romanuk H. (2003). Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of post partum depression: 2: Impact on the mother-child relationship and child outcome. *British Journal of Psychiatry* 2003; 182: 420-427.
- Goodman SH, Gotlib IH. Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: A developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological Review* 1999;106:458-90.
- Sosial- og helsedirektoratet (2004). Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Veileder til forskrift av 3. april 2003 nr. 450. IS 1154.
- Sosial- og helsedirektoratet (2005). Retningslinjer for svangerskapsomsorgen. Nasjonale faglige retningslinjer, IS 1179.
- Eberhard-Gran, M og Slinning, K. Nedstemthet og depresjon i forbindelse med fødsel. *Folkhelsetilstutttet*, 2007.
- Morrell JC, Slade P, Warner R, Paley G, Dixon S, Walters SJ, Brugh A, Barkham M, Parry GJ, Nicholl J. Clinical effectiveness of health visitor training in psychologically informed approaches for depression in postnatal women: pragmatic cluster randomised trial in primary care. *BMJ* 2009; 338:a3045.
- Wickberg B, Hwang P. Consoling of postnatal depression: a controlled study on a population based Swedish sample. *Journal of Affective Disorders* 1996; 39: 209-216.
- [http://www.ssb.no/emner/03/hjulet/\(15.03.2010\)](http://www.ssb.no/emner/03/hjulet/(15.03.2010))
- Bricker D, Squires J, with Mounts L, Potter L, Nickel R, Twombly E, Farrell J. Ages and stages questionnaires (ASQ): A parent-completed child-monitoring system (2nd ed.). Baltimore: Paul Brookes, 1999.
- Fixsen DL, Naoom SF, Blase KA, Friedman RM, Wallace F. (2005). *Implementation Research: A Synthesis of literature*. Tampa, FL: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network (FMHI Publication #231).
- Rogers EM. *Diffusion of innovations*. 4th Ed. New York: Free press, 1995.
- Eberhard-Gran M, Eskild A, Tambs K, Schei B, Opjordsmoen S. The Edinburgh Postnatal Depression scale: validation in a Norwegian community sample. *Nord J Psychiatry* 2001; 55:113-117.
- Eberhard-Gran, M, Eskild A, Tambs K, Opjordsmoen S, Samuelsen SO. Review of validation studies of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2001; 104: 243-249.
- Cox J, Holden JM, Sagovsky R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry* 1987; 150: 782-786.
- Joyce B, Showers B. *Student Achievement Through Staff Development*. Alexandria VA USA: Longman Inc., 2002.
- Statens helsetilsyn. *Kvalitetsforbedring i psykisk helsevern. Prossforbedring i klinisk virksomhet. Utredningsserie 1:2001*.
- NOU 2009:22. *Det du gjør, gjør det helt. Bedre samordning av tjenester for utsatte barn og unge*. Oslo: Barne- og likestillingsdepartementet



Liv Flesland, psykiatrisk sykepleier/masterstudent i organisasjon og ledelse, Høgskulen i Sogn og Fjordane og Spesialkonsulent ved Kompetansesenter RUS, region Vest – Bergen, Stiftelsen Bergensklinikkene

Trenger kunnskap om rusmidler

For å kunne forebygge og behandle rusmisbruk er det viktig at helsearbeidere har oppdatert kompetanse om rusmiddelbruk.

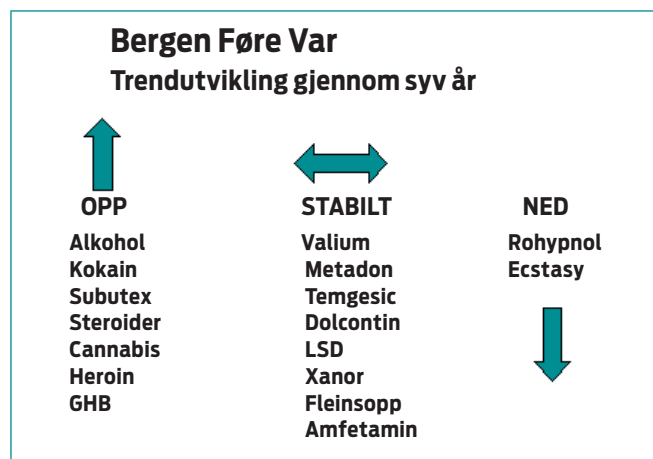
Tidligere helseminister Bjarne Håkon Hanssen har uttalt at rusmisbrukerne er den mest forsømte gruppen i Helse-Norge og at rusmiddelbruk er et betydelig sosialt, helsemessig og samfunnsøkonomisk problem (1). Alkohol er det mest brukte rusmiddelet og gir de største utfordringene. Men også bruk av illegale rusmidler og misbruk av medikamenter kan gi store konsekvenser for brukeren, pårørende, omgivelser og samfunnet i sin helhet (2). I 2003 ble sykepleiefaglige utfordringer knyttet til rusmiddelavhengiges dårlige helse belyst i Tidsskriftet Sykepleien (3), og daværende forbundsleder Bente Slaatten ble sitert: «Misbrukere opplever lite respekt i møte med vårt helsevesen, samtidig som helsepersonell tilkjenner manglende kunnskaper om rus og de rusmiddelavhengiges helsetilstand». En del er blitt gjort de siste fem årene, men fortsatt pekes det på manglende kompetanse og ressurser både fra politisk og faglig hold. Et viktig spørsmål i 2009, når gratis heroinutdeling er blitt det store temaet både i media og blant politikere, er hvilken forskning og kunnskap om rusmidler og rusmiddelbruk som er nyttig for sykepleiere? Å ha oversikt over rusmiddeltrender kan være ett aktuelt område. Hvilke rusmidler brukes hvor, av hvem og i hvilken sammenheng?

Identifisering av rusmiddelbruk

Å identifisere nye og framvoksende rusmiddeltrender tidlig nok er en stor utfordring. For å planlegge gode tiltak er det nødvendig med tidsriktig og kunnskapsbasert informasjon om rusmiddelbruk. Er man ikke oppdatert, kan man stå i fare for at rusmiddelpolitikk og tiltak baseres på gammel forskning eller sensasjonspregete nyhetsoppslag, fordi det ofte er den eneste tilgjengelige informasjonen på området. Det finnes ulike tilnæringsmåter og modeller for systematisk overvåking av rusmiddelbruk. På oppdrag fra Sosial- og

helsedirektoratet, (nå Helsedirektoratet), etablerte Kompetansesenteret ved Stiftelsen Bergensklinikkene i 2002 varslingssystemet Førre Var, som gjennomfører hurtig og systematisk innsamling av ulike data, som så analyseres og rapporteres tilbake som tendenser og trender (4). Resultatene presenteres bredt ut gjennom lanseringsseminar, pressekonferanse, undervisning og distribusjon av rapport. Politikere, fagpersoner og andre interesserte får oppdatert informasjon om tilgjengelighet og bruk av rusmidler, som muliggjør iverksetting av tidsriktige og evidensbaserte tiltak. Systemet har rapportert i syv år (5) og har grunnlag for å beskrive trender i Bergen over tid. Førre Var i Bergen har vakt nasjonal og internasjonal interesse, og har etablert samarbeid med SIRUS (Statens

Figur 1: Rusmiddeltrender i Bergen 2002-2009



www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

Søkeord:

- Rusmiddel
- Alkohol
- Kartlegging





institutt for rusmiddelforskning) og EUs narkotikaovervåkingssenter, EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction). Førre Var-modellen er blitt brukt i noen andre norske byer, eksempelvis Drammen, Stord og Kristiansand.

Trender og konsekvenser

Generelt kan det sies at Førre Var i stor grad har vist et dynamisk, men ganske stabilt bilde av rusmiddelsituasjonen i Bergen (figur 2). Rapportene har på mange måter bekreftet mistanker, men også avkrefte myter og misforståelser. Omtrent halvparten av de kartlagte rusmidlene har vært stabile i perioden 2002–2009. Det har i hovedsak vært lite nytt, og man har derfor i stor grad kunnet berolige både praktikere og politikere (6). Likevel har noen funn pekt på områder som det fra et helsefaglig ståsted er grunn til å bekymre seg over, og nødvendig å fokusere mer på. De siste års diskusjoner om LAR-behandling (Legemiddellassistert rehabilitering), og mulige innvirkninger det kan ha hatt på endring i bruken av heroin, førte til at Utekontakten i Bergen i 2008 gjennomførte en hurtigkartlegging (HKH) av unge med tilknytning til tunge rusmiljøer i Bergen sentrum (7,8). Dette arbeidet eksemplifiserer at tendenser publisert gjennom Førre Var, er blitt gjenstand for en grundigere kartlegging, som i tillegg har kommet med forslag til økte innsatser og tiltak.

Ungdom og dop

Førre Var har rapportert at dopingpreparater brukes i etablerte misbrukermiljøer, på utelivsarenaen og blant «vanlig» norsk ungdom, og med størst økning i den sistnevnte gruppen (9). Er det grunn til å bekymre seg over bruken av dopingmidler blant ungdom? En annen utfordring er knyttet til opiatbruk, hvor det er avdekket at

det i noen miljøer blir hevdet at det er mindre risiko å bruke medikamenter, og man identifiserer seg ikke som «narkoman» når det injiseres buprenorfintabletter fremfor heroin. Vi vet at det er høy risiko for smitte og stikkskader både ved bruk av dopingpreparater og narkotiske stoffer. Hvordan skal man som helsepersonell gripe dette an? Å ha faktakunnskap om tilgjengelighet og bruksmønstre er et godt utgangspunkt.

«Nye» rusmidler

Førre Var har fanget opp noen «nye» rusmidler. Det er interessant å registrere at disse er medikamentene Xanor og Lyrica, som man kan anta at i stor grad er foreskrevet av lege (10). Markedet er likevel ikke entydig, fordi det også er rapportert at tilgangen kom-

Rusmiddelavhengige er en forsømt pasientgruppe.

mer fra innbrudd og kjøp fra utlandet. Tiltak knyttet til Rohypnol er eksempel på effektive innsatser overfor medikamentmisbruk. Tablettene ble tilsatt blåfarge for å hindre at de ble blandet i drinker, ble flyttet til reseptgruppe A for å begrense forskrivning og trukket fra markedet i 2004 på grunn av lite salg. Etter dette har det vært en markert nedgang både i tilgjengelighet og bruk. Dette samsvarer med forskning, som viser at redusert tilgjengelighet fører til mindre bruk av rusmidler (11). I 2005 så vi en økende tendens til illegal bruk av Xanor. Man stilte da spørsmål ved om dette var blitt en «erstatter» for Rohypnol (12). Bruken av Xanor ser ikke ut til å være spredt i mange ulike miljøer, slik Rohypnol var. Kanskje var det

VIKTIG ROLLE: Sykepleiere som jobber i rusomsorgen når ut til mange og kan bidra i arbeidet med å kartlegge bruk av rusmidler i Norge. Arkivfoto: Leif Gabrielsen



virksomt at Føre Var tidlig flagget ut en bekymring om illegal bruk av medikamentet? Lyrica er et annet «nytt» medikament. Det er cirka to år siden den første rapporten om illegal bruk kom, og man har derfor ennå begrenset informasjon. Føre Var har informasjon om at det kombineres med heroin (13). Systemet kan fange opp flere opplysninger om Lyrica i tiden framover. Å ha kjennskap til trender innenfor illegal bruk av medikamenter, er viktig informasjon i møte med pasienter. For å hindre lekkasje av medikamenter, kan administrasjonen av disse tilrettelegges i samarbeid med pasienten. Da må man også vite noe om smutthullene som kan føre til lekkasje.

Sykepleiere når mange

Har man fokus på å identifisere rusmiddelbruk, kan man også motvirke utvikling av rusmiddelproblemer. Regjeringen har som overordnet mål «å redusere de negative konsekvensene rusmiddelbruk har for enkeltpersoner og samfunnet» (14). Selv om det er viktig med tiltak rettet mot spesielt utsatte grupper, skal utgangspunktet for rusmiddelpolitikken være folkehelseperspektivet. For å nå målet om å redusere negative konsekvenser, må tilnærmingen rettes mot befolkningen som helhet. Sykepleiere har en spesiell posisjon og mulighet for å nå ut til mange grupper i samfunnet, og kunnskap om rusmiddelbruk i ulike kontekster kan være nyttig. En leserundersøkelse fra 2007, der en fjerdedel av respondentene (28 prosent)

Sykepleiere er aktuelle som nøkkelinformanter.

jobbet i helsesektoren, dokumenterte at rapportene holder leserne oppdatert på rusmiddeltrender, de er en kunnskapskilde for praktikere og brukes som grunnlag for å søke midler til nye tiltak (15).

Nøkkelinformanter

Nøkkelinformantene er viktige kilder i Føre Var, fordi de har kjennskap til ulike rusmiljøer. Dette kan være personer som jobber tett opp mot ulike brukergrupper eller kjenner miljøene fra «innsiden». Sykepleiere er aktuelle som nøkkelinformanter, fordi det er en faggruppe som jobber innenfor mange arenaer, man har fått god samtalekompetanse gjennom utdanningen og nyter generelt stor tillit blant pasienter. Nøkkelinformantene svarer på et spørreskjema to ganger i året. Vi tenker oss at nøkkelinformanter for eksempel kan rekrutteres fra helsestasjoner, legevakt, akuttmottak, legekontor, somatiske sykehus, psykisk helsevern og rusbehandling.

Oppsummering

Rusmiddelavhengige er en forsømt pasientgruppe og kompetansebygging på området er etterspurt. Identifisering av rusmiddeltrender er utfordrende og nødvendig for å få oppdatert kunnskap.

Føre Var som analyseverktøy kan brukes både innen forebygging, behandling og i politisk arbeid, og ble først og fremst etablert for å finne ut hva som skjer i Bergen i forhold til tilgjengelighet og bruk av rusmidler. Instanser som har etablerte systemer for registrering av rusmiddelbruk bidrar med viktig informasjon, både av kvalitativ og kvantitativ art. Føre Var er et system i kontinuerlig utvikling, og vi som jobber med prosjektet ønsker at det i større grad ble etablert prosedyrer og systemer i Norge for å kartlegge bruk av rusmidler. Vi oppfordrer derfor til økt innsats på dette området. Samtidig vil vi takke alle som i dag bidrar med god og oppdatert informasjon til Føre Var i Bergen. ■■■

Tabell 1: Rusmiddeltrender i Bergen gjennom de syv siste årene (2002–2009)

Alkohol: I hele perioden 2002–2009 har Føre Var identifisert en økende trend for alkohol. Alkohol er det rusmiddelet som nøkkelinformantene har rapportert gir mest problemer, både i et helsemessig og sosialt perspektiv.

Hallusinogene rusmidler (cannabis, LSD, fleinsopp): De rapporterte trendene for cannabis viser en økning i bruk og tilgjengelighet. Cannabis var det rusmiddelet som ble rapportert som nest mest brukt av nøkkelinformantene, og ble også rapportert å gi nest mest helse- og sosiale problemer. Trenden for LSD og fleinsopp, som begge har vært lite brukt i Bergen, har vært relativt stabil.

Sentralstimulerende midler (amfetamin, kokain, ecstasy): I årene 2002–2003 var det et relativt stabilt mønster for amfetamin, kokain og ecstasy. Fra 2004 har kokain derimot hatt en økende trend, men fra 2007 har det vært et mer stabilt mønster. Trenden for ecstasy var nedadgående i 2005 og 2006, men har vært stabil igjen de tre siste årene.

Andre medikamenter og syntetiske stoffer (anabole steroider, GHB og benzodiazepiner): Anabole steroider hadde en økende trend i perioden 2002–2009, men med perioder der den har vært mer stabil. GHB hadde en stabil trend fra 2002–2007, men de to siste årene har den vært sterkt økende. Rohypnol nådde en topp i 2002, men fra 2004 har det vært en markert nedgang. Xanor ble første gang registrert av Føre Var i 2005, og hadde en økende trend fram til 2007, deretter har det vært nedgang. Valium har hatt en stabil trend i hele perioden 2002–2009.

Opioider (heroin, Subutex, Suboxone, Temgesic, metadon, Dolcontin): Trenden for bruk av opioider (2002–2009) har vært relativt stabil. Trenden for heroin var stabil fra 2002 til 2006, men fra sommeren 2007 har den vært økende. Subutex hadde en sterkt økende trend fram til sommeren 2007, men fra høsten 2007 har det vært en svakere økning. Suboxone viste en økning den første perioden Føre Var registrerte preparatet, våren 2007, men har siden hatt en stabil trend.

LITTERATUR

- Dagsavisen: Helse-Hansens tapere, www.dagsavisen.no/innenriks/article364270.ece, 2008
- Regjeringen. no: Rusmiddelsituasjonen i Norge. Statusrapport oktober 2006, Helse- og omsorgsdepartementet, www.regjeringen.no, 2006
- Klingsheim R. Narkomanes dårlige helse – en sykepleiefaglig utfordring, Sykepleier nr 2/2003
- Mounteney J, Leirvåg SE. Tidligere rapportering av fremvoksende rusmiddeltrender: Føre Var-systemet, Nordisk alkohol- & narkotikatidsskrift Vol. 22, 2005
- Flesland L, Mounteney J. Føre Var. Rustrender i Bergen 02/09, Stiftelsen Bergensklinikkene, 2009
- Mounteney J, Haugland S. Earlier warning: a multi-indicator approach to monitoring of trends in the illicit use of drugs, International Journal of Drug Policy, 2007
- Utne Berg EK, Mounteney J, Østraat G. Evaluering av hurtig kartlegging og handling, Utekontakten i Bergen/Stiftelsen Bergensklinikkene, 2007
- Utekontakten i Bergen: Unge med tilknytning til tunge rusmiljøer i Bergen Sentrum – en kartleggingsrapport om ungdom mellom 16 og 22 år med fokus på rus, helse og bolig, Bergen kommune, 2008
- Mounteney J, Flesland L. Føre Var. Rustrender i Bergen 02/06, Stiftelsen Bergensklinikkene, 2006
- Mounteney J, Flesland L. Føre Var. Rustrender i Bergen 01/07, Stiftelsen Bergensklinikkene, 2007
- Babor T, et. al. Alkohol – ingen 'ordinær' vare. Et sammendrag av boken Alcohol: No Ordinary Commodity. Sirus, 2003
- Mounteney J, Leirvåg SE. Føre Var. Rustrender i Bergen 02/05, Stiftelsen Bergensklinikkene, 2005
- Mounteney J, Flesland L, Leirvåg SE. Føre Var. Rustrender i Bergen 02/07, Stiftelsen Bergensklinikkene, 2007
- Regjeringen. no: St.prp. nr. 1 (2007-2008): For budsjettåret 2008, del III, kap. 8, Opptrappingsplanen for rusfeltet, Helse- og omsorgsdepartementet, 2007
- Flesland L, Mounteney J. Resultater fra en spørreundersøkelse om Føre Var, Stiftelsen Bergensklinikkene, 2008

Ikke flere fødsler ved fullmåne

Bare 2,2 prosent av babyene på Føderiket i Oslo kommer ut til fullmåne. Det forteller jordmor Bippi Trovik til Dagens Medisin, og avkrefter dermed en populær antakelse om at flere føder når månen er full.

De fleste føder faktisk natt til fredag, viser Føderikets statistikk. Færrest fødes på en tirsdag.

Kilde: Dagens Medisin



Om tolk til pasienter

Hvis pasienten har behov for tolk, fins det nå en nedlastbar brosjyre på flere enn tjue språk.

Ifølge Norsk kompetansesenter for minoritetshelse brukes tolk for lite i helsetjenesten.

Brosjyren er pasientrettet og informerer blant annet om rett til tolk, at tjenesten er gratis og at barn og pårørende ikke skal brukes i stedet for tolk i helsekonsultasjoner. Brosjyren kan lastes ned på www.nakmi.no og er blant annet på arabisk, russisk og urdu.

Kilde: Nasjonalt kompetansesenter for minoritetshelse

Langvarig trøbbel etter Giardia

Mange som ble smittet av Giardia-parasitten i Bergen i 2004 var plaget i lang tid etterpå. Da utbruddet kom, var det lite kjent at parasitten kunne forårsake langvarige mageplager. Nå viser en studie av 118 voksne at 37 prosent hadde magesmerter og diaré et halvt år etter at de var behandlet. Ett år etter behandling slet fremdeles 19 prosent med plagene.

Kilde: Helse Bergen



Hjertebarn er sårbare

Spedbarn med alvorlig hjertefeil er oftere irritable, gråter hissigere og er vanskeligere å roe enn friske spedbarn, ifølge forskning fra Folkehelseinstituttet.

Disse barna har også oftere utviklingsmessige problemer.

Ifølge doktorgradsstipendiat Ragnhild Eek Brandlistuen er det viktig å tenke på mer enn bare å operere hjertefeilen.

Kilde: Folkehelseinstituttet



Weleda

- Beskytter barnet fra første stund!

Weleda Baby er navnet på vårt babysortiment basert på Calendula (ringblomst). Calendula har en pleiende og lindrende effekt på irritert og ømfintlig hud. De spesielt milde babyproduktene er utviklet av Weleda i nært samarbeid med jordmødre, leger og fagpersonell. Alle Weledas babyprodukter er dermatologisk testet på meget ømfintlig hud og kan brukes allerede fra fødselen av. I Tyskland anbefaler 70 % av alle jordmødrene Weleda Calendula pleieprodukter til baby og barn. Weledas produkter selges i helsekost og på enkelte apotek.

Ja, send meg gratis prøver og informasjon

Navn:

Adresse:

Tlf: E-post:

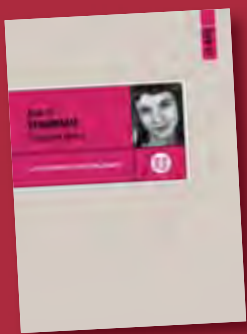
Vitalkost AS, Wirgenesvei 11, 3157 Barkåker | post@vitalkost.no | 33 00 38 70

Weleda kombinerer over 80 års erfaring med legeplanter og deres terapeutiske virkning med moderne produktutvikling. For en optimal kvalitet velges alle ingredienser med den største omhu. Både med hensyn til menneske og miljø. Weledas produkter er økologiske, naturlige og inneholder ingen syntetiske dufter eller fargestoffer.

www.weleda.no

Cathrine Holst

Aktuell med: Hva er feminisme
 Yrke: Redaktør i Nytt Norsk Tidsskrift, seniorforsker ved ARENA – Senter for europaforskning, og postdoktor i sosiologi ved Universitetet i Oslo
 Bosted: St. Hanshaugen i Oslo
 Alder: 36 år



Ønsker rause

Det er merkelige at markedsmekanismen ikke fungerer like godt for kvinner. For hvorfor gir ikke etterspørselen etter sykepleiere høyere lønn, lurer Cathrine Holst, som har skrevet bok om feminisme.

Tekst **Laila Berg** Foto **Stig Weston**

Hun er ikke prototypen på en kvinnesakskvinne. Cathrine Holst har nylig blitt mamma og holder en liten pjokk på to måneder varsomt på armen.

Det var deltakelse i ulike fora som gjorde at hun først fattet interesse for feminisme. Navn som Marilyn French, Simone de Beauvoir, Ebba Haslund og Bjørg Vik festet seg. Bøkene fant hun i mors bokhylle.

Kanskje var det starten på det som senere ble en doktorgradsavhandling i «Feminism, Epistemology & Morality». I en alder av 36 er hun seniorforsker ved Arena – Senter for europaforskning og postdoktor i sosiologi ved Universitetet i Oslo. I mai avløser hun Rune Slagstad som redaktør i Nytt Norsk Tidsskrift. Å være nybakt mamma er en ukjent omsorgsrolle. I dag har hun et sykt barn og må utsette et møte.

Et mysterium

Vi snakker om sykepleien, og Holst påpeker et faktum som hun litt ironisk kaller «et mysterium»: I sykepleieryrket er det tilsynelatende liten sammenheng mellom verdsettelse og etterspørsel etter arbeidskraft. Sykepleiere er sterkt etterspurt i markedet, men det har liten effekt på lønnen.

– Ofte sier man: Jo da, dere har nok høy utdanning og stort ansvar, og arbeidet dere gjør er nok samfunnsmes-

sig viktig, men vi kan ikke betale dere mer, markedet rår. Men hvis markedet hadde rådd burde jo sykepleierlønnen skutt i været, ikke sant? Så det er noe lureri her, sier hun.

– *Hvorfor har det blitt slik?*

– En del av svaret er at samfunnet rangerer kvinners aktiviteter og erfaringer lavere enn menns. Det er synd å si, men det er slik det er. Sykepleierne er offer for det som gjerne kalles verdsettingsdiskriminering. Det har også en sammenheng med hvem som setter dagsorden. Hvorfor har ikke likelønnsspørsmålet blitt definert som viktigere internt i fagbevegelsen? Jeg er redd det har å gjøre med at menn tradisjonelt har bestemt, også her, mener Holst.

– *Hva er ikke feminisme?*

– Man er ikke feminist om man ser på kvinner som annenrangs vesener. Mange gjør det, i handling, om ikke i ord. Jeg har skrevet en bok om den tanketradisjonen man kaller feministisk, og denne tradisjonen rommer flere røster enn dem som selv vil kalle seg selv feministiske, forklarer hun.

Utvidet feminismebegrep

Forskeren og sosiologen setter feminisme på dagsorden med det utvidede begrepet som i og for seg er kjønnsløst. Forfatteren får med mangfoldet i feminismebegrepet. Det settes i en sammenheng historisk, politisk, vitenskapelig, kulturelt og sosialt, og ismene utdypes.

re feminisme

– Historisk sett har feminismen blitt tenkt med termer som rettferdighet, frihet og likhet, og det er fortsatt viktig når feminismen skal beskrives. Men ikke-vestlige kvinner beskylder feminismen for å være «vestlig» og «imperialistisk», og de vil hevde en mer demokratisk og flerkulturell feminisme. Økofeminisme og teknofeminisme er andre nye feminismeretninger med vind i seilene. Miljøkrisen har gjort økofeminismen aktuell, forklarer Holst.

«Er man uenig i det man oppfatter at feminister flest mener, synes man gjerne det blir feil å kalle seg feminist», skriver Holst i boken.

Mange har et skremmebilde av feminister i tankene.

– Mange har et skremmebilde av feminister i tankene, som dogmatiske mannshatere eller lignende. Feminismen er en mangfoldig isme, det finnes liberalfeminisme, radikalfeminisme, sosialistisk feminisme også videre. Feminister mener ikke det samme. Og feminisme er ikke mannshat, sier utdyper hun.

Dumme fordommer

– Hva er den største utfordringen med å skrive om feminisme?

– De dumme fordommene, svarer hun kontant. Noen av de klokeste og varmeste menneskene jeg kjenner kaller seg feminister, poengterer hun.

Holst synes det er viktig å skrive noe ordentlig om tema. Derfor ble det nettopp slik. Hun har skrevet en bok til opplysning, mer enn til debatt. Men det skal ikke underslås, boken kan nok skape ny debatt om feminismebegrepet. Noen vil nok mene at hennes feminismebegrep blir for inkluderende.

– Hva har forandret seg etter at du fikk barn?

– Det snur opp ned på alt, og det setter et perspektiv på ting. Alt er ikke like viktig lenger. Jeg var ikke forberedt på den overveldende kjærligheten jeg skulle føle. Samtidig kommer uroen, tenk det store ansvaret man har. Også er det møtet med den ultimate uskyld, ikke sant, og tanken på at mange barn lider. Det er ikke til å holde ut. I en slik sammenheng betyr en krangel på jobb, eller om man fikk skrevet en avisartikkel mer eller mindre ikke fullt så mye. Akkurat nå er jeg veldig ydmyk og svært glad for at jeg får tid til å være sammen med

sønnen min den første tiden han er liten. At jeg nå har permisjon, er takket være en kvinnekamp i forkant, sier hun.

– Hvor langt har likestillingen kommet i dag?

– Dette kommer an på hvor du ser det fra. I noen stater mangler kvinner grunnleggende sivile og politiske rettigheter. Norge er verdens mest likestilte land, og de rettighetene jeg har som kvinne i dag, finnes ikke i alle land, slettes ikke, sier hun alvorlig.

Men det er problemer også i Norge. Seksualisert vold, manglende likelønn og kvinne-dominerte lavtlønnsyrker. Ifølge maktutredningens eliteundersøkelse innehar menn 82 prosent av eliteposisjonene i Norge. Når mannsdominansen blant dem som styrer er såpass sterk i verdens mest likestilte land, tenk deg hvordan det står til i andre land.

– Menn kan også være feminister, det handler om kjønnsrettferdighet, sier Holst. ■■■



Språk og føringer

HVORDAN VELGER JEG Å UTTRYKKE MEG?

Slik jeg ser det er språk og begrep viktig – både i det daglige språket og i faglig sammenheng. Dette betyr mye for hvordan vi blir møtt og forstått.

Når vi arbeider innen fagfeltet psykisk helse får det betydning hvilke begrep og nyanser vi anvender.

Jeg bruker ikke begrep som psykiatrisk, men psykisk helse og -uhelse. Ikke psykiatrisk behandling, men psykiske helsetjenester som innbefatter både kommune- og spesialisthelsetjenesten. Hvorfor? Fordi jeg med dette vil uttrykke et syn på helse som et kontinuum, og at tilstanden ikke anses som statisk.

I arbeidet med studentene i videreutdanningen i psykisk helsearbeid legger jeg vekt på brukerorientering og myndiggjøring i møte med brukerne. Opptrappingsplanen i psykisk helse legger vekt på desentralisering av tjenestene. Tverrfaglige team vil ideelt sett kunne tjene brukerne optimalt ved psykososial forståelse og tiltak sett fra ulike helse og sosialprofesjoner. Vi utdanner således «psykiske helsearbeidere» – en tittel med positive, humanistiske føringer, med vekt på kompetanse i å samarbeide med brukere og ansatte.

Men hvorfor holder en del sykepleiere fortsatt fast ved den rent medisinske tittelen «psykiatrisk sykepleier»? Og hvorfor navnet «distriktspsykiatriske» senter og ikke for eksempel «psykososialt helsesenter»?



Hjørdis Fodstad



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.

Kategoriske data

De fleste datasett vil ikke være kontinuerlige og normalfordelte. Oftest er dataene kategoriske, for eksempel menn/kvinner, har/har ikke.

Dette er problemstillingen: En ønsket å evaluere 23 pediatriske sykepleiere sin hanskebruk etter et opplæringsprogram. Ville flere bruke hansker etter opplæring? Skilte nyutdanna seg fra de med lang erfaring?

En ville observere hver sykepleier ved fire anledninger, hvor man talte alle prosedyrer og antallet prosedyrer der hansker ble benyttet. Man registrerte også hvor mye erfaring hver sykepleier hadde. For noen sykepleiere manglet man helt eller delvis data (NA). Tabell 1 viser hvordan dataene ble organisert.

TABELL 1: Registrerte data (utdrag)

Id	Obs nr.	Alle prosedyrer	Antall med hansker	Erfaring (år)
A	1	2	1	15
A	2	7	6	15
A	4	NA	NA	15
B	2	6	5	2
C	4	15	14	3

Data og metodiske avgjørelser

Alle dataene er registrert etter opplæringsprogrammet. Vi mangler data om før-situasjonen. Hva kan benyttes som kriterium for endring?

Anta at målet for opplæringsprogrammet ble formulert slik: «Sykepleierne skal benytte hansker ved minst x prosent av prosedyrene». Hvilken prosent ville du eventuelt benytte? Når bør slike mål fastlegges? Før registreringer? Etterpå?

Vi forutsetter at man burde benytte hansker hver gang. Hver sykepleier ble observert 4 ganger. Kan et mulig mål være (antall prosedyrer med hansker/antall registrerte prosedyrer)? En sykepleier som benytter hansker alle gangene, vil da score 1,0, mens en som overhodet ikke benytter hansker vil score 0. Andre muligheter?

TABELL 2: Gjennomførte observasjonsperioder (sum=63)

Antall obs. ->	4	3	2	1
Antall spl	9	5	3	6
Andel spl (%)	39	22	13	26
Andel av obs.	57	23	10	10

Mens en planla $(4 \cdot 23) = 93$ observasjonsperioder, endte en opp med 63. Ni sykepleiere ble observert 4 ganger. Disse ni utgjør 39 prosent $(9/23)$ av alle. 57 prosent $(4 \cdot 9)/63$ av observasjonene stammer fra disse ni. Har denne datakvaliteten evt innflytelse på resultatet?

TABELL 3: Erfaring:

Praksis	1	2	3	5	6	8	9	10	14	15	20
Antall	1	2	4	1	2	4	2	1	2	3	1

Anta vi planlegger å benytte to grupper: «lite erfaring» og «lang erfaring». Er to grupper ei adekvat inndeling? Hvordan skal vi evt gjøre to-delingen? Er «lite erfaring» mindre enn 3 års erfaring? 5 år? 8 år? Bestemmelsen avgjør hvor mange som faller i hver gruppe.

Kanskje: lite erfaring = praksis mindre enn 6 år», mye erfaring = praksis 6 år eller mer»?

Mål for hanskebruk: Samlet antall ganger NN benytter hansker/samlet antall observasjoner av NN?

Suksesskriterium: Hansker skal nyttes ved mer enn 75 prosent av prosedyrene?

Resultat

TABELL 4: Andel prosedyrer med hansker av alle prosedyrer (%)

%	0	25	44	50	53	67	73	75	80	89	95	100
n	2	1	1	4	1	1	1	1	1	2	1	7

TABELL 5: Andel prosedyrer med hansker av alle (%) – gruppert

	0-25%	26-50%	51-75%
Antall (n=23)	3	5	4
Andel	13	22	17

Nådde man målet? Nei. Bare 48 prosent (11) benyttet hansker mer enn 75 prosent av gangene. Alternativt benyttet 52 prosent (12) hansker minst 75 prosent av gangene.

Som tankegangen viser, kan mål og kriterier settes annerledes. Dette påvirker konklusjonen. Slike analyser er en fundamental del av å lese forskningsresultater kritisk. Hadde målet vært: «Minst 60 prosent av sykepleierne skal benytte hansker ved minst halvparten av alle prosedyrer», ville vi kunne rope «suksess». Og så bestemmer man kriterier og mål på forhånd. Ikke justert etter hva slags resultat en oppnår! ■■■

Kilde: Friedland, L., Joffe, M., Moore, D., et al. (1992), «Effect of Educational Program on Compliance With Glove Use in a Pediatric Emergency Department», *American Journal of Diseases of Childhood*, 146, 1355-1358. Downloaded from <http://lib.stat.cmu.edu/DASL/Datafiles/Nurses.html>



Kommunikasjon og helseledelse

Av Halvor Nordby
136 sider
Cappelen Akademisk Forlag, 2009
ISBN 978-82-02-283490
Anmelder: Karl-Henrik Nygaard, rådgiver

Ledere kan unngå språk-fella

ANMELDELSE: Det er en nær sammenheng mellom godt lederskap og evnen til å kommunisere. Denne lille boken er ment som et hjelpemiddel til ledere i helsesektoren som ønsker å forbedre sin kommunikasjonsevne.

Forfatteren Halvor Nordby innleder med å fokusere på kommunikasjonssperrene som ofte fins mellom det økonomisk-administrative nivået og det helsefaglige i helseinstitusjoner. Han formidler kompleksiteten i denne type organisasjoner godt og gjenkjennelig. I tillegg til den komplekse strukturen trekker han fram motsetninger mellom profesjonene som hindrer kommunikasjon.

I andre kapitler tar han opp kommunikasjonsutfordringer. Å tilpasse budskapet til mottakerens perspektiv, er en grunnregel for å bli forstått. Dersom lederen ikke klarer å kom-

munisere sitt budskap på en forståelig måte kan det resultere i misforståelser, utilsiktede handlinger og dårlige relasjoner. En særlig stor risiko for lederen er når han skal formidle verdier og standpunkt som er foretatt på et samfunnsmessig, politisk og helsefaglig plan. For lederen handler det om å balansere mellom ulike verdier. Da kan det lett bli konflikt med helseprofesjonenes verdier.

I diskusjonen om denne type dilemma har Halvor Nordby stor nytte av begrepet forståelsehorisonter. Her er også en god diskusjon om forskjellen mellom kommunikativ og strategisk helseledelse.

Bokens tredje kapittel legger hovedvekten på hvilke betingelser som må være til stede for å sikre god kommunikasjon.

Siste kapittel er praktisk rettet. Her

presenterer Nordby nyttige kjøreregler for god kommunikasjon bygget på et solid etisk fundament. Det gjelder ikke minst i omtalen av språkbruket til lederen. Konsekvensene av provoserende språkbruk, hvordan antakelser kan virke negativt, formidling av bekymringer og bruk av negative ord og uforståelige tekniske uttrykk og brutal kommunikasjon kommer godt fram. Her er det mye å hente. Det gjelder ikke minst den praktiske sjekklisten som er knyttet opp til kommunikasjonens ulike faser; åpningen, midtdelen og avslutningen.

Boken har gode referanser. På en sjelden måte makter Halvor Nordby å engasjere og formidle viktige budskap. Dette er en nyttig bok for alle som skal forholde seg til mennesker i helsesektoren. Det vil si de fleste av oss.

Det virker som om «psykologiske» romaner ofte har til hensikt å skildre hvorledes man blir ulykkelig på den mest innviklede måte. Nils Petersen



Møtet med «den andre» Om psykisk helsearbeid i kommunen

Av Jannike Engelstad Snøek
202 sider
Akribe Forlag, 2010
ISBN 978-82-7950-130-5
Anmelder: Anne-Lill Haabeth,
psykiatrisk sykepleier, klinisk spesialist

Mest om barn og unge

ANMELDELSE: Jannike Engelstad Snøek er lege og spesialist i barne- og ungdomspsykiatri, og har lang erfaring med barn og ungdom med psykiske vansker og deres familier.

Målsettingen med denne boka er å presentere en felles basiskunnskap som det psykiske helsearbeidet bygger på. Som et resultat av Opptappingsplanen for psykisk helse er tyngdepunktet forskjøvet fra spesialisthelsetjenesten i retning av økte psykiske helsetjenester i kommunene. Det krever kunnskap. I de kommunale tjenestene arbeider det mange ulike faggrupper og de har ulik utdanning og erfaring.

Boka er skrevet ut fra to hovedlinjer: Samfunnsperspektivet og familieperspektivet, med det kommunale tjenestetilbudet som et bindeledd mellom dem. Forfatteren tar også utgangspunkt i Helsedirektoratets to veiledere om psykisk helsearbeid for voksne og

for barn og unge i kommunene.

Møtet med «den andre», det å se den andre, er gjennomgangstema. Vi presenteres for hvordan vi kan se mennesket bak lidelsen. Vi kan ikke alltid gi andre det de trenger, men vi kan alltid gi dem opplevelsen av å bli sett, av å møte et medmenneske, ikke en rolle.

Boka tar også opp hvordan psykiske lidelser og vansker forstås og om psykisk helsetjeneste på ulike forvaltningsnivåer. En rekke undersøkelser viser at systematisk kunnskap om behandling av psykiske lidelser er mindre viktig enn å opprettholde en behandlingskontakt gjennom ulike faser og omsorgsnivåer.

To kapitler omhandler familien, tilknytning og omsorg. Beslutninger som fattes på ett nivå, får konsekvenser på andre nivåer. Ved at mange døgntilbud er lagt ned i spesialisthelsetjenesten, ligger hovedtyngden av

tiltak og støtteordninger ute i kommunene. Mye av omsorgen er tilbakeført til familiene. Det ses på den tidlige barnealderens betydning, tilknytningsmønstre og barns reaksjoner.

Dette er en informativ bok. Den er lett og lese, skrevet i et godt forståelig språk uten for mange faguttrykk.

Skulle jeg ha noen innvendinger, må det være bokas tittel, som blir litt utydelig. Det burde vært en undertittel som spesifiserer at boken mest handler om barn og unge.

Jeg lurar også på hvorfor tilbudet om psykisk helsetjeneste i kommunen ikke har fått mer plass. Som et direkte resultat av Opptappingsplanen, med forskyvning av tyngdepunktet til kommunene, har alle landets kommuner i dag en slik tjeneste. Den utgjør et betydelig utvidet og faglig kvalitativt psykisk helsetilbud til barn, unge og voksne.

Quiz

Tekst **Nina Hernæs** Foto **Colourbox**

1 Hva er nanisme?

- A Sengevæting
- B Nattevandring
- C Dvergekst

2 Hva er noe som er arvelig?

- A Anselig
- B Arvelig
- C Herskkelig

3 Hva er hypokapni?

- A For lite karbondioksid i blodet
- B For mye karbondioksid i blodet
- C For trange kapillærer

4 Og hva er hyperkapni?

- A For vide kapillærer
- B For lite karbondioksid i blodet
- C For mye karbondioksid i blodet

5 Hva mangler en som har insomnia?

- A Væske
- B Næring
- C Søvn

6 Hva er en som har hyperakusis overfølsom for?

- A Lyd
- B Bilde
- C Lukt

7 Et annet ord for kalløs?

- A Lett
- B Tung
- C Hard

8 Hva er mukus?

- A Slim
- B Galle
- C Snørr

9 Hvor i kroppen ligger ertebeinet?

- A I foten
- B I hånden
- C I øret

10 Hvilken sykdom kan overføres av tsetse-fluen?

- A Meksikansk våkesyke
- B Bengalsk tåresyke
- C Afrikansk sovesyke



EN ERT: Et ben i kroppen har samme navn som denne. Men hvor ligger det?

-  **10 POENG:** Imponerende. Pasientene kan ikke få nok av deg. (Sikker på at du ikke har kikket?)
-  **6-9 POENG:** Lovende. Men ikke treng deg på pasienter mer enn høyst nødvendig.
-  **3-5 POENG:** Bra. Men kanskje på tide med den videreutdanningen du har tenkt på så lenge?
-  **0-2 POENG:** Ikke bra. Hold deg mest mulig på vaktrommet og lat som du dokumenterer. (Sjekk at du virkelig er autorisert.)

SVAR: 1C Dvergekst, 2B Arvelig, 3A For lite karbondioksid i blodet, 4C For mye karbondioksid i blodet, 5C Søvn, 6A Lyd, 7C hard, 8A Slim, 9B I hånden, 10C Afrikansk sovesyke.

Deler barnesmerte

Barn og smerte har fått egen nettside under Barnesykepleierforbundet.

Tekst **Nina Hernæs**

Barn og smerte er en egen nettside. Intensjonen er å samle oppdatert forskning, fagartikler og annet nyttestoff for fritt bruk.

– Vi vet det er mye kunnskap rundt omkring. Utfordringen er å samle og formidle den videre, sier André Grundevig som er leder i Barnesykepleierforbundet.

Han oppfordrer sykepleiere til å ta kontakt og dele.

Oversatte verktøy

Nettsiden er et resultat av et mangeårig prosjekt som hadde som mål å kvalitetssikre smertevurdering og -behandling av barn. Blant annet ble det bevilget penger fra Norsk Sykepleierforbund til å oversette smertevurderingsverktøy til norsk. Disse finnes på nettsiden. Det som er viktig å være klar over, er at det er usikkert i hvilken grad de ulike

verktøyene er validert i en norsk populasjon.

For sykepleiere

– Men hvorfor en egen side om barn og smerte når det allerede finnes en norsk barnesmerteforening?

– Jeg har forstått det som om smerteprojektet vårt faktisk var kimen til barnesmerteforeningen, som er tverrfaglig. Det spesielle med oss er at vi er særlig tilrettelagt for sykepleiere. Det ene slår ikke i hjel det andre. Jeg håper vi kan ha en side hvor sykepleiere kan finne nyttig informasjon for dem. Vi oppdater gjerne. Foreløpig har vi for lite å legge ut, sier André Grundevig.

Les mer: www.sykepleierforbundet.no, velg «barnesykepleiere» under menyen «faggrupper».

Kontakt: andre.grundevig@unn.no

Fortere hjem

Premature som behandles på avdelinger der mor og far kan bo sammen med barnet blir raskere skrevet ut fra sykehuset enn de som ligger på vanlige nyfødtafdelinger. Det kommer fram i en svensk randomisert studie med 366 barn født før 37. svangerskapsuke.

Særlig hadde foreldrenes tilstedeværelse innvirkning på hvor lenge de aller minste barna måtte være på sykehuset. Barna som hadde foreldrene boende hos seg ble i gjennomsnitt skrevet ut fem dager før barna på vanlig avdeling. De minste, født før tredje svangerskapsuke, ble skrevet ut i gjennomsnitt ti dager før.

Barna som hadde foreldrene hos seg hadde også mindre behov for ulike former for respirasjonsstøtte.

Kilde: *Läkartidningen*

Sykefraværet i Norge er
altfor høyt. Eller? Side 72

Vi kan ikke forby andakt, men
sykehjem må ikke bli bedehus. Side 67

Er det greit å droppe
vaksiner? Side 80

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 MANUELA RAMIN-OSMUNDSEN

«Jeg ble oppdratt
til at det
er en plikt å
yte etter evne.»

76

DILEMMA MARIE AAKRE

«Vi kalles eksperter på å
forstrekke oss.»

74



NSF HAR ORDET

Forbundsleder Lisbeth Normann

Stilling: Forbundsleder i NSF

E-post: lisbeth.normann@sykepleierforbundet.no

Støtter kolleger i sør

I denne utgaven av Sykepleien kan du lese en lengre reportasje om våre kolleger i Uganda og de forholdene sykepleierne der arbeider under. NSF har i flere år støttet våre kolleger i sør, spesielt i det sørøstlige Afrika. Vi mener dette er en viktig prioritering.

Mange undres nok over hvorfor NSF har valgt å engasjere seg i arbeid langt utover egne landegrenser – og mange vil nok tenke også langt utover egne interessegrenser. Er dette riktig bruk av tid og ressurser? Dette er et betimelige spørsmål, og vi stiller oss selv disse kontrollspørsmålene. Erfaringer viser imidlertid at NSF's innsats verdsettes, både av dem som mottar støtten og av andre som ser at vårt engasjement virker. NSF ser på støtte til internasjonal bistand som en prioritert oppgave. Vi kan hjelpe andre. Samtidig kan vi dra lærdom av hvordan vår profesjon møter erfaringer og utfordringer i andre deler av verden.

Fra tidligere har NSF vært engasjert i Malawi og Tanzania. Her har vi bidratt til at rene profesjonsorganisasjoner har blitt fagforbund. Dette har blant annet ført til at våre kolleger nå står sterkere i forhandlinger om lønns- og arbeidsvilkår, at de får gjennomslag for krav de har kjempet for lenge, og at de samlet får en sterkere gjennomslagskraft og blir tydeligere som gruppe.

Nå handler det om Uganda. I to år har vi forberedt grunnen til et langsiktig samarbeid.

Altfor mange afrikanske kvinner blir ikke hørt.

Målet er utvikling av et sterkt og slagkraftig nasjonalt sykepleierforbund også i Uganda. Våre ugandiske kolleger arbeider under det vi vil kalle «umenneskelige forhold». Behovet for bistand er skrikende. Dårlige arbeidsforhold, kronisk underbemanning, ekstremt lav lønn (circa 1 000 kroner per måned), samt konstant mangel på medisiner og utstyr gjør livet til landets sykepleiere nesten uutholdelig. Koblet til dette er en trend der altfor mange økonomiforvaltere i distriktene ansetter ukvalifiserte



LØFTES: Hjelpen NSF yter vil forhåpentligvis gi ugandiske sykepleiere mulighet for å forhandle om høyere lønn, blant annet. Se også tema side 22. Foto: Marit Fonn

pleiemedhjelpere fremfor offentlig godkjente sykepleiere. Det gir jo flere hender til samme pris – men kvaliteten og kunnskapsnivået er uforsvarlig.

Stemmen til en enslig sykepleier som roper varsku blir ikke hørt. Stemmene til mange tusen ugandiske sykepleiere – samlet og fremført gjennom et sterkt og uredd forbund er noe helt annet.

Det NSF holder på med er ikke mindre enn en styrking av det sivile samfunn i Uganda – en viktig del av demokratibygging i landet. Våre kolleger i Uganda ønsker et sterkt, uredd talerør når kritiske forhold avdekkes, både på arbeidsplassen og i forhold til arbeidsbetingelser for sykepleierne. Øverst på arbeidslisten er etablering av en effektiv sykepleierorganisasjon – med juridisk rett til forhandling om lønns- og arbeidsvilkår på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå. Samtidig settes i gang omfattende opplæring av tillitsvalgte, slik at de mange kri-

tikkverdige forhold kan bli avdekket og omtalt med krav om endring. Veien er lang, men våre kolleger i Uganda tar tak i utfordringene overbevist om at det nytter å kjempe.

Kjønsspørsmålet står også sentralt. Altfor mange afrikanske kvinner blir ikke hørt. De skal jobbe i stillhet og ikke klage. NSF sier «tydelig – modig – stolt» til våre medlemmer. Dette burde også gjelde i Uganda – med vår hjelp og støtte. Vi har fått økonomisk støtte fra Norad til vårt arbeid for sykepleiernes rettigheter i sør. Dette er vi er svært takknemlige for, og vi anser det som en bekreftelse på at vårt engasjement i sør blir verdsatt også her i landet.

Må ikke bli til bedehus

Nylig hadde Human-Etisk Forbund (HEF) – som jobber for livssynsnytrale institusjoner, en annonsekampanje for å få tvangsreligion ut av alders- og sykehjem her i landet. «Religionsfrihet er også frihet fra religion» heter det i annonseteksten, som også påpeker at når du er for gammel eller syk til å si ifra, får man ofte religion med på kjøpet hvis man havner på et syke- eller aldershjem. Her går skillet mellom stat og kirke for «lut og kaldt vann»...

Ifølge pressesjef Jens Brun-Pedersen i HEF, er dette et felt som vil bli prioritert i årene fremover. Forbundet mener det er viktig at offentlige institusjoner trår varsomt på livssynsområdet og passer på at ingen blir tvunget til å delta på religiøse arrangementer uten deres vilje og aktive påmelding. Det som er aller viktigst er at det er de pårørende som tar opp slike problemstillinger. Det er de som har tyngde i disse spørsmålene – og må ta initiativ overfor eier av institusjonene – som oftest er kommunene.

HEF kan neppe kreve et forbud mot «Prestens time» eller andakt på aldershjem, men bør kunne påse at beboere får et valg på den måten at de som

vil være med, melder seg på framfor at noen må melde seg av. Mer problematisk blir det når andakter legges til fellesområder på alders- eller sykehjemmet. Slike arrangementer bør helst legges til rom som ikke benyttes som fellesområder. Ingen av beboere som ikke ønsker å delta, bør bli flyttet vekk fra fellesområder når slikt skal arrangeres, etter pressesjefens mening.

HEF mener offentlige institusjoner bør være livssynsnytrale. Dersom beboere ønsker besøk av representanter for livssynsorganisasjoner, må de ha frihet til å få oppfylt sine ønsker om det. Men senterlederne på alders- og sykehjem må gjøre det klart at beboere har reservasjonsrett mot slike besøk og arrangementer – og at de ikke okkuperer fellesarealer på alders- og sykehjem. Med den internasjonale eldrebølgen som er på gang, bør politikerne allerede nå ta stilling til om hvordan alders- og sykehjem skal forholde seg til misjonering fra alle trosretninger – så de ikke blir omgjort til bedehus på lang sikt!

Bente Andersen, medlem HEF

Hvorfor tjener bioingeniørene mer?

Jeg lurer på hvorfor bioingeniørene tjener mer enn sykepleierne? Håper noen vil svare på det. Har de mer ansvar? Det tror jeg ikke noe på. Begge yrkesgrupper har høyskoleutdanning, og begge er kvinnedominerte. Derfor er det rart at lønnen skal være forskjellig, slik det er på sykehuset mitt. Jeg skjønner det ikke. Vi har like lang utdanning, men vi sykepleiere har sikkert mer ansvar. Hvis vi gjør en eneste feil, kan det føre til at pasienten dør. Det er sikkert mange andre sykepleiere som synes disse forskjellene er uforståelige. Jeg skulle ønske vi fikk en debatt om dette.

Hilsen sykepleier fra Nord-Norge

SIDEN SIST Siden sist inneholder korrigerte og nye synspunkter på fakta gjengitt i tidligere utgaver. Vil du hjelpe? Kontakt oss på interaktiv@sykepleien.no

NSF tok ikke saken

I Sykepleien nr 1-2010 skrev bladet («Sykepleiere vant strid om arbeidstid») om en dom i Høyesterett som fastslår at arbeidsgiver ikke kan pålegge ansatte å ta vakter på andre tidspunkter enn det som er avtalt i individuelle arbeidsavtaler.

Av reportasjen kan leseren få inntrykk av at saken ble ført av Norsk Sykepleierforbund (NSF). Dette medfører ikke riktighet. Rett nok hadde NSF flere forhandlingsmøter med kommunen, men valgte til slutt å frafalle saken. Begrunnelsen var at risikoen for ikke å nå fram i domstolen var for stor til at NSF ville anbefale at det ble tatt ut søksmål mot kommunen.

De to sykepleierne reiste selv søksmål mot kommunen med krav om at de var ansatt i turnus med seinvakter, og at endringene i arbeidsavtalene var ugyldige. De fikk medhold i tingretten, men kommunen anket saken til lagmannsrette. Her ble kommunen frikjent.

De to sykepleierne påanket lagmannsrettens dom til Høyesterett, som støttet sykepleierne og stadfestet tingrettens dom.

Red.

Feil tall fra korridorene?

På side 17 i Sykepleien nr. 4 for 2010 er det en artikkel om korridorpasienter der det også er illustrert med en tabell over sykehus med flest korridor døgn.

Vet ikke hvor Sykepleien har hentet inn disse opplysningene, men tallene er helt feil for Orkdal Sjukehus. Slik det står i tabellen har Orkdal Sjukehus samme antall som St. Olavs Hospital i 2008 og samme antall for 1. tertial 2009. Dette kan ikke være riktig da Orkdal Sjukehus er fusjonert med St. Olavs Hospital og har mye mindre pasientgrunnlag. Dette må dere rette opp.

Mvh. Jorunn Waldahl, fagansvarlig for sykepleietjenesten, Orkdal Sjukehus

Svar:

Tallene er hentet fra Helsedirektoratets statistikk. Tallene kan være misvisende siden flere helseforetak er slått sammen. Alle helseforetakene det gjelder blir oppført med samme tall. Sykepleien kunne ha spesifisert dette tydeligere i artikkelen.

Her ligger korridor tallene: <http://nesstar2.shdir.no/kvalind/>

Red.



Selvsagt ikke imot privat sektor

I vinter gjennomførte Norsk Sykepleierforbund en streik i NHO Service-området, under slagordet «Nei til pirat sektor». Dette har falt Anne Bråthen så tungt for brystet at hun har valgt å melde seg ut av NSF (jfr. innlegg på Sykepleiens debattsider i nr. 4/2010).

NSF ønsker å være et forbund for både ansatte og ledere i både offentlig og privat sektor, og jeg beklager derfor at et medlem ikke lenger finner seg til rette i forbundet.

Anne Bråthen skriver at hun er i konflikt med sitt eget forbund. Til det er å si at NSF selvsagt ikke er imot privat sektor – selv om noen forsøker å framstille det slik. Det vi er imot, er at deler av privat sektor velger å opptre på en måte som undergraver de ansattes lønns- og arbeidsvilkår. I tre år har NSF forsøkt å få en tariffavtale med NHO Service som inneholder minst tilsvarende lønns- og arbeidsbetingelser som vi finner i de offentlige tariffavtalene og i HSH. NHO Service

har tilbudt en avtale som er vesentlig dårligere enn dette: minstelønn langt under nivået i andre avtaler og ingen ansiennitetssikring, ingen tariffesting av full lønn under sykdom, svangerskap og adopsjon, og heller ikke pensjonsbestemmelser.

Når virksomheter organisert i en arbeidsgiverorganisasjon kan operere med vesentlig dårligere lønns- og arbeidsvilkår enn virksomheter organisert andre steder, åpner dette for tariffhopping og sosial dumping. Det er konkurransevridende, og det øker presset mot konkurranseutsetting i offentlig sektor. NSF mener virksomheter innen helse og omsorg skal vinne anbud fordi de leverer det kvalitativt beste tilbudet til den beste prisen – ikke på bekostning av de ansattes lønns- og arbeidsvilkår. NSF kunne dokumentere at mange av de streikende sykepleierne tjente under minstelønn i Oslo kommune.

Så er det også slik at man i privat sektor ikke kan ture fram slik man vil når man vil bruke av of-

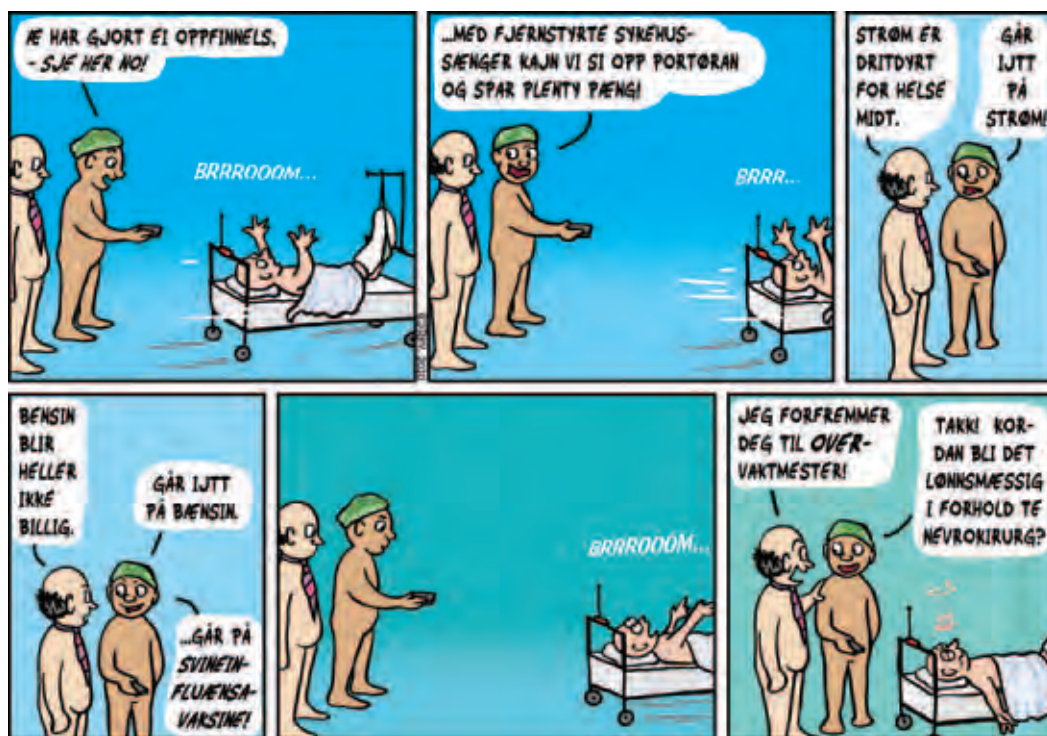
fentlige midler. Vi har en forskrift som krever at offentlige kontrakter skal sikre lønns- og arbeidsvilkår som ikke er dårligere enn det som følger av gjeldende landsomfattende tariffavtale, eller det som ellers er normalt for vedkommende sted og yrke. Tilsvarende er i Oslo kommune slått fast i et byrådsvedtak fra 2006 når det gjelder leverandører av tjenester til kommunen. Vi er derfor tilfreds med at kommunerevisoren i Oslo har varslet gransking etter sykepleierstreiken. I stedet for å rette skytset mot NSF, burde Anne Bråthen heller være kritisk til NHO Service, som utsetter sine medlemsbedrifter for en streik for noe de uansett er forpliktet til å gjøre.

Anne Bråthen skriver at hun kjenner seg tråkket på når hun fikk avslag på dispensasjonssøknader når hun satte beboernes grunnleggende behov og viktige omsorgstiltak i fokus. En streik er en belastning for alle involverte – for de streikende, for deres kolleger, for lederne og ikke minst for berørte tredjepart. Dette er alltid et dilemma når man streiker i yrker som arbeider med mennesker. Ikke desto mindre er streik et lovlig kampmiddel i norsk arbeidsliv, når forhandlinger og mekling ikke fører fram. Under streik må vi finne balansen mellom effekt og kostnader. Derfor må vi være strenge med å gi dispensasjoner – hvis ikke undergraver vi vår egen streik. Jeg kan garantere Anne Bråthen at alle søknader om dispensasjon fra streiken ble tatt svært alvorlig og grundig vurdert i forhold til fare for liv og helse. Alle søknader og beslutninger ble fortløpende rapportert til Helsetilsynet og fylkeslegen. Det er Helsetilsynet som avgjør når liv og helse er i fare.

Jeg mener fortsatt at både beboerne, de ansatte og virksomhetene er best tjent med ryddige og anstendige forhold, enten man jobber i offentlig eller i privat sektor. Det er også samfunnet best tjent med i lengden. Det arbeidet skulle vi gjerne fortsatt hatt deg med i.

Lisbeth Normann, forbundsleder og stolt sykepleier

TERAPI av Bodil Revhaug



www.sykepleien.no

Du kan si din mening om aktuelle saker på sykepleien.no

De gode losene!

Man våkner om morgenen, helt normalt, selv om ingenting er helt normalt. Sengen har bare én dyne og én pute, men det er fortsatt plass til en dyne og en pute til. Ser du litt nærmere etter vil du se spor av at noen sov der inntil for få dager siden. Men alt er normalt, du står opp og går på badet. Bare ett håndkle og én tannbørste, men for så vidt bruker du ikke mer enn én heller, så det er greit. Stuen ser litt bombet ut, men så skal du jo flytte ut i løpet av en dag eller to.

Normalt er det ikke, men heller ikke unormalt.

Tankene går tilbake i tid, tilbake til de lykkelige ... men stopp der. Noe stopper opp. Noe gjør vondt. Ikke i hodet, ikke i magen eller bena, men vondt, vondt og svart. Fullt dagslys, solen skinner og gir naturen beskjed om å stå opp til en ny vår. Men solen når ikke inn til deg. Den stenges ute. Ute av noe som gjør vondt.

Så har det skjedd igjen, du våkner, men et nytt sted. Hvite vegger, ukjent seng men trygghet, trygghet fordi et sted langt inne i deg ligger et minne. Minne om en arm rundt skulderen, en hånd på et kinn, kjente og ukjente stemmer. «Han blir her i natt. Best slik». Trygge hender som hjalp, en varm dyne, drømmefri søvn og så våkner du. Sakte skjønner du hva som har skjedd og sakte går realitetene opp for deg, men ikke så brutalt som i går. Solen stikker gjennom og lyser opp litt selv om det er skyer

og en vennlig stemme spør med oppriktig interesse om det går bedre.

Ja, og nei. Realitetene er jo ikke forandret, de er de samme, men evnen til å se dem på en ny måte er der. Litt ny måte. Litt forbi den tomme sengen i det tomme rommet til en nyredd seng i et nytt rom.

Litt evne til å se det gode. En sterk sønn og en omtentksom datter gjorde at også gårdsdagen ble historie. En snill eks, din fortsatt aller beste venn, slapp alt og stod bi da det brast. Et system som vi elsker å kritisere, fungerte. Både du og alle rundt kunne slappe av: «Nå har vi kontrollen, nå kan dere hvile.»

Så red de den stormen av for deg. Du kunne trygt sove fordi de som stod til rors nå kunne sitt fag. Like godt som du kan ditt yrke, vet de hva som skal til for å manøvrere skuta gjennom brenningen. Men får de ros eller skjenn? Helst skjenn for den promise av tilfellene hvor de styrte feil eller hvor stormen på et sekund endret retning. Så fort at ingen greide å legge om roret eller reve seilene fort nok. Da får de kjeft. Da samles de på valen, alle Holmgjengerne og Tabloid'erne. Alle vetsånnmarigodt'erne og jegadvertedem'erne. Da står de der og forlanger at en lavine av fagfolks hoder skal rulle. Ut med dem, ta ansvar, noen må ha skyld.

Ja, vi må gjerne kritisere når stormen blir for sterk. Det er vel vår rett som medlemmer i et samfunn. Men hvor ofte roser vi når de samme men-

neskene loser den skjøreste av alle små båter, den som har mistet så vel seil som ror og motor gjennom et ragnarokk av brenninger til smult farvann. Hvor er da alle Holmgjengerne og Tabloid'erne? Hvor er da de samme forståsegpåerne? Kanskje de skjemper seg litt, eller er det slik at ros ikke selger? For hvis du roser noen så skryter du av dem, og noen kan da faktisk tro at de er noe. Men det er de jo ikke, er de vel?

Jo, det er de. De tok deg da du ble slengt rundt i stormkavet, de grep trossa og dro deg trygt på land. Først da de så at du sto trygt på egne ben, håret var tørket og lyset igjen ble reflektert i øynene dine sa de: «Far vel og lykke på reisen».

Men de slapp ikke helt. De sendte et kart å seile etter. De sendte faktisk med en los. En los ikke bare til glede for deg, men for alle som står på land og ser den lille jolla på det store hav. De ser at det er én sammen med deg, en som veileder og korrigerer slik at de rundt deg, og du selv, kan hvile trygt og vite at denne stormen håndterte vi, og vi vet hvor redningsskøyta er hvis neste storm blir verre. Og ikke minst: VI vet at mannskapet kan jobben sin. VI kan stole på dem i tykt og tynt.

De fortjener all den ros de kan få. De er der for deg og for meg og for alle rundt oss.

TAKK!

Frithjof W. Kallevig

Riskhospitalet



Hva gjorde vi feil i 2009?

Dette betimelige spørsmålet er det fylkesmann Inge Ryan som stiller, på spalteplass i Freskmeldinga, internmagasin i Helse Nord-Trøndelag. Han snakker om at velferdssamfunnet er truet om ikke flere kommer i jobb. Han snakker om verdien av arbeid, og at helseproblemer ville blitt reduserte dersom flere sto opp og smurte matpakke og hadde et arbeid å gå til.

Jeg kunne ikke vært mer enig. Men samtidig er det litt av en dobbeltmoral Ryan kommuniserer her. På den ene siden ønsker han seg velfungerende friske arbeidstakere – på den andre siden lurar han på hva vi gjør feil. Når jeg møter mennesker som spør hva jeg jobber med – og jeg forteller at jeg er sykepleier – sier de nesten alltid at «ja, da blir du ikke arbeidsledig». Jeg blir nok ikke det – men jeg kan forvente å gå årevis i vikariater og deltidsstillinger før jeg får tryggheten og forutsigbarheten ved en fast stilling å forholde meg til.

Jeg ønsker å jobbe. Jeg er stolt av å være sykepleier – nyutdannet sådan. Jeg er takknemlig over å ha «foten innenfor» på en arbeidsplass med hyggelige kolleger og utfordrende arbeidsoppgaver. Dessverre er det bare meningsfylt i halv stilling. Som folk flest står ikke lønna fra en halvstilling til forbruket og jakten på ekstravakter gjør det vanskelig å planlegge fritiden.

Jeg må dessverre innse at min investering i utdanning ikke ennå har gitt den avkastningen jeg håpet på, i form av trygghet og forutsigbarhet i min økonomiske situasjon og min hverdag. Og det er meg en gåte at dere politikere og ledere ikke klarer å forstå at hvis jeg føler tilhørighet til min arbeidsplass, hvis jeg føler at jeg har noe jeg skulle ha sagt om organiseringen av MIN arbeidsdag, så klarer jeg kanskje omstillinger lettere.

Det skal spares igjen i helseforetaket. Årsverk skal vekk. Driften skal bli mer effektiv, kostnadene er for store. Store investeringer gir mindre penger til drift. Og hva gjør det med min jobb? Det vet jeg ikke ennå. Ironisk nok har situasjonen ført til korte vikariater for sykmeldte kolleger. Den enes utbrenthet og frustrasjon, er en annens vikariat.

Statsministeren er også bekymret for hvordan det skal gå med budsjettene. Sykelønnsordninga er for dyr – det er alt for mange som ikke klarer presset i arbeidslivet. Det spekuleres i om en dårlig arbeidsmoral er underliggende årsak til at flere og flere, unge som gamle, ikke klarer å være i jobb.

Jeg har lenge jobbet i helsevesenet, også før jeg ble sykepleier. Og jeg tror at for oss som er i denne sektoren, er GOD arbeidsmoral et stort problem. Vi som er sykepleiere sier ja til å ta litt av jobben til renholdspersonalet, til hjelpepleierne, til legene, sekretærene og til portørene. Har vi fått mer tid til å utføre dette arbeidet? Nei! Vi sier bare ja! Vi er altfor flinke, vi kvinnfolk, til å få til litt mer på litt kortere tid.

Kjære Inge Ryan, og alle som henger med på denne midvisen ennå. Jeg har noen tanker om hva vi gjorde feil i 2009:

Verdifull kompetanse i form av erfaring forsvinner med hjelpepleiere som blir omplassert. 20, 30 og 40 års erfaring er ikke verdt noe mer, vi trenger noen som kan gjøre alt. Og nyutdannede sykepleiere mister tilgang til erfaring fra dem som har jobbet lenge på samme arbeidsplass og som har et hav av kompetanse de ønsker å dele med nye kolleger. Det er feil!

Antall liggedøgn i norske sykehus skal ned – men kommunehelsetjenesten og rehabiliteringsinstitusjonene har ikke kapasiteten til å ta i mot ferdigbehandlede pasienter. Det er feil at sykehuset skal være en oppbevaringsplass for eldre pleietrengende som ikke får tilbud om rett omsorgsnivå i kommunen.

Det siste glupe forslaget er at kommunen som en midlertidig løsning skal kjøpe pleieplasser på sykehusene. Skal altså kompetansen til leger og sykepleiere med videreutdanning i alt annet enn eldreomsorg brukes nettopp til det? Mange pasienter som er innlagt ved sykehus i Nord-Trøndelag venter på et tilbud i kommunehelsetjenesten. En kollega fortalte nylig om en dement pasient som var innlagt ved hennes avdeling i ukevis. En såkalt «vandrer», som hun så seg nødt til å ta med rundt på morgenrunden til sine andre pasienter for å holde et øye med henne. Jeg trenger ikke polemisere over denne situasjonens uholdbare etiske problemstilling. Jeg bare nevner at det kunne vært din demente mor eller far som opplevde det slik.

Arbeidsgiveren snakker om omdømme – at vi ikke må si til pasienten at vi har det travelt – at vi må snakke om det positive ved arbeidsplassen. Men vi må ikke undervurdere pasientene! De ser da at vi har det travelt. De skjønner at vi må prioritere enkelte oppgaver framfor andre. Og de ser at selv om plenen er velpleid, så har vi ikke tid til å prate, til å sette oss ned sammen

med pasienten og sammen finne ut hva som kan gjøres for å få til en optimal behandling.

Det er feil når vi gang på gang må kjempe for å beholde arbeidsplassene våre, og muligheten vi har til å gi pasientene våre den beste mulige pleie. Når vi investerer 3 år i en høyskoleutdanning – og ikke kan få muligheten til en fast tilsetting på heltid. Det er feil når dyktige arbeidsfolk ikke får det godet det er å kunne planlegge sin fritid – fordi vi på grunn av ufrivillig deltid må ta ekstravakt etter ekstravakt for å få endene til å møtes.

Og det er feil når politikerne ikke klarer å se sammenheng mellom den sparsommelige bemanningen og presset det fører til, for de som står i denne situasjonen år ut og år inn.

Ryan, du sier at velferdssamfunnet er truet om vi ikke tar radikale grep. Og jeg er fullstendig enig. Tid er penger. Vi jobber på akkord med oss selv, vi som står ved dette samlebåndet som helsevesenet har blitt til. Det offentlige helsevesenet frister ikke som arbeidsgiver hvis stemningen som rår nå skal være toneangivende for de neste årene.

Jeg er ung og sterk, men det er grenser for hva vi kan tåle. Ingen av oss valgte dette yrket på grunn av lønna. Vi valgte det på grunn av utfordringene som ligger i det å ta seg av et annet menneske, fordi vi liker å arbeide med mennesker og at vi gjør en forskjell.

Jeg er takknemlig for hver dag jeg får – hvor jeg ved arbeidstidens slutt kan si at i dag har jeg fått muligheten til å gjøre en god jobb! Dessverre er det ikke alle dager som er slik. Det er mange dager hvor du har lyst å gråte når du går hjem, fordi det var så travelt – fordi vi ikke fikk mulighet til å ta matpause – eller gå på do. Og fordi vi så at pasienten led under at vi hadde det så travelt.

Vi som jobber i sykehussektoren skjønner at penger alene ikke kan løse problemene med korridorpatienter og lange ventelister, men vi vet også at økt grunnbemanning ville være et steg i riktig retning. Og når sengene blir trillet ut og pasientrommene er gjort om til kontorer, så blir folk sjuke likevel. Så får vi bare krysse fingrene for at det går bra. For slik det er nå, er det håpet vi setter vår lit til – ingen systematisk problemløsning synes å være igangsatt fra de høye herrer. For vi klarer litt til. Ikke sant?

MINNEORD

Marit Håland

Vår spreke, livsglade, kloke og gode kollega Marit Håland døde stille 4. desember 2009, 64 år gammel. Marit hadde vært syk i 2 ½ år, men hennes optimisme smittet over på oss andre. Vi hadde et håp helt til det siste.

Marit var født i Etne. Hun utdannet seg til sykepleier og seinere til helsesøster. Marit arbeidet som helsesøster i Stavanger fra om lag 1975. Sist som leder ved Hundvåg helsestasjon fram til hun ble syk.

Utallige små og store har lært Marit å kjenne gjennom jobben. Alle Marit møtte fikk tillit til henne. Hun kunne alt, og hadde stor glede av å dele sine kunnskaper med andre.

Marit var tvers gjennom positiv, optimistisk, løsningsorientert og praktisk. Eksempel på hennes praktiske anlegg er at hun skulle på helsesøsteroppdrag til Vassøy. Hun lånte seg en båt og rodde til Vassøy i stedet for å bruke buss og ferje som ville tatt mye lengre tid.

Sist vinter var det en dag med snø i Stavanger. Marit skulle til behandling på sykehuset, bil og kollektivtrafikk sto stille. Marit visste råd. Hun tok skiene fatt og gikk fra Hundvåg til sykehuset. Bare Marit kunne løst det slik.

Marit Håland var kretsleder i Norsk Sykepleierforbund Rogaland i perioden 1977 til 1978. Dette var før man hadde eget krets-kontor (nå fylkeskontor) og alt arbeidet for å fremme sykepleie og sykepleiefaget ble gjort på dugnad. På tross av dette holdt man månedlige møter, med stort faglig innhold og entusiasme. Marit Håland var også deltakende i planleggingen og gjennomføringen av landsmøte i Norsk Sykepleierforbund i 1979, som da ble avholdt i Stavanger.

I 1987 ble Marit Håland første kommunal lagleder med frikjøpt tid, hun var lagleder for Stavanger kommunale lag. For NSF som organisasjon var dette en stor milepæl. Vi kunne da drive medlemsservice på en helt annen måte enn tidligere. Dette vervet hadde hun frem til juni 1989.

Marit Håland var også en ivrig forkjemper for videreutdanning i forebyggende sykepleie. Hun var prosjektleder for oppbygging av studiet her i fylket, med oppstart i 1990.

Hun var medlem i Norsk Sykepleierforbund gjennom hele sin yrkesaktive periode.

Gjennom Marit har vi lært hvor viktig det er å se den andre eller ta den andre sitt perspektiv i både familie, hverdagsliv og jobb. Marit var alltid til stede og brukte mulighetene som kom. Vi vil huske henne slik.

Våre tanker går til familien, Olav og døtrene med deres familier, i sorgen og savnet.

Vi lyser fred over Marit sitt minne.

Kolleger i Stavanger

Grethe Kampenhøi

Grethe døde 24. januar 64 år gammel. Det er ikke til å forstå at hun er borte for alltid. Vi hadde snakket om det å være i jobb lenge. Dette fordi hun var glad i jobben og viktig for pasienter, studenter og kollegaer. Grethe var med fra starten da vi i januar 2005 åpnet en liten 7-sengers døgnpost. Hun hadde jobbet mange år som høyskolelærer og veileder, hun hadde videreutdanning i psykisk helsearbeid og hun var helsesøster. Og meget dyktig. Allerede fra starten presenterte hun en kvalitetsstandard ut over det vanlige, og hun ble en særdeles viktig person i oppbyggingen av denne posten. Hun hadde en bevissthet og en ekte tilstedeværelse som gjorde det mulig for henne å møte andre på ordentlig. Der og da, i øyeblikket. Hun formidlet ro og trygghet.

Vi hører mange ganger at vi har rettigheter når vi blir syke – også når vi sliter med en psykisk lidelse. Men det gis ingen garanti for at vi møter et medmenneske når vi sliter som verst. Grethe var et medmenneske som makttet å la den andre få beholde sin verdighet. Hun visste at innimellom alt det syke var det så mye friskhet. Hun tillot seg aldri å hvile i relasjonelle sammenhenger, og var hele tiden på jakt etter å finne balanse der det var energi på avveie. Og hun var en sann estetiker. Fargerik i bokstavelg forstand, pulsvanter, skjerv, «skranglete» smykker i alle farger og fasonger, tøff, myk, kreativ, morsom.

Hun var rundhåndet med ros og oppmerksomhet. Hun var også fast og streng. Med Grethe kom refleksjon på agendaen, ekte nysgjerrig som hun var både på seg selv og andre. Det skapte et godt grunnlag for læring og utvikling. Grethes standard vil alltid være verdt å tilstrebe. Den går ikke ut på dato. Takk for alt vi hadde sammen – det morsomme og alvorlige og all din kunnskap og visdom du raust delte med oss.

Våre tanker går til familie og venner.

På vegne av kollegaer på Åråsen 2, akutteamet og i resten av Seksjon for polikliniske tjenester ved Lillestrøm DPS.

Solveig Hegge.

Mari Ann Fjærem Le Dantec

Vår kjære venninne Mari Ann døde 4. mars bare 49 år.

Hun ble syk i ung alder, men med hennes energi og pågangsmot ble det ingen hindring for hennes liv.



Hun utdannet seg til intensivsykepleier, og vi var så heldige å få henne som kollega. Mari Ann var ambisiøs og fullførte flere utdanninger ved BI, økonomi og lederutdanning. Vi beundret henne for de utfordrende stillingene hun hadde i årenes løp.

Utdanning og krevende fulltids jobber mestret hun samtidig med å stifte familie, og bosette seg i Asker. Til tross for en hektisk hverdag og redusert helse, hadde hun alltid tid til venninner. Mari Ann ga mye av seg selv. Hun var klok, gav gode råd, var ærlig og direkte. Punktlighet var et av hennes varemerker, respekt for andres tid satte hun høyt. Hun stilte alltid opp for oss. Det var ikke den praktiske ting hun ikke kunne hjelpe til med.

Mari Ann var alltid en stilig dame, hennes utsøkte smak er det ikke mange som overgår. Interessen for mote og klær var en av hennes lidenskaper.

Guttene og Yannick var det viktigste for Mari Ann, de var hennes store glede. Det var alltid de som fikk første prioritet når noe skulle planlegges. Hun var fotball- og hockeymamma og en mester i å organisere hverdagen.

Helsetilstanden til Mari Ann forverret seg fra i høst. Den siste tiden var hun innlagt på Rikshospitalet med alvorlig hjertesvikt. Vi fikk i denne tiden lov til å være støttende venninner og hjelpende «sykepleiere».

Vi takker Mari Ann for godt vennskap og vil alltid savne henne. Våre tanker går til Yannick, Adrian og Alexandre som har mistet en kone og mamma som de var så glad i.

Ingunn Sanner og Hanne Svagård



Fagsjef/advokat i Unio
Jon Olav Bjergene

Er sykefraværet for høyt?

Norge har rekordhøy sysselsetting, høy omstillingsevne og produktivitet. Sette i dette lys kan man spørre om sykefraværet egentlig er høyt. Eller for høyt?

Partene i arbeidslivet undertegnet den 24. februar en ny avtale om et mer inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen). Det kom ingen dramatiske endringer av sykelønnsordningen slik mange ventet. Men en del viktige endringer ble gjort. Siden arbeidslivets parter tar inn over seg at mye av sykefraværet er arbeidsrelatert, har de forpliktet seg til å satse mer på inkluderingsarbeidet på arbeidsplassene. Partene ble konkret enige om blant annet mer bruk av gradert sykmelding, mer tilrettelegging på arbeidsplassene og tidligere innsats for å hindre at sykmeldte støtes varig ut av arbeidslivet.

IA-avtalen har fremdeles tre delmål. Delmål 2 er å inkludere flere funksjonshemmede i arbeidslivet, og delmål 3 er å inkludere flere seniorer i arbeidslivet. Hovedsatsingen er imidlertid delmål 1: å redusere sykefraværet i Norge med 20 prosent.

Den nye IA-avtalen forplikter arbeidslivets parter på sentralt og lokalt nivå til betydelig større innsats enn før for å få antallet sykmeldte ned. For at sykefraværarbeidet skal bli målrettet og effektivt må vi jobbe på rett måte og satse der problemene er størst. Vi må først og fremst ha klart for oss hvorfor vi har gått i gang med denne langvarige og relativt omfattende satsingen på å

De tallene vi har er imidlertid tydelige nok på at vi har høyere sykefravær i Norge enn ellers i Europa. Trendene er også negative. Sykefraværingsnivået i Norge har nemlig holdt seg høyt over tid. Land som tidligere hadde høyere sykefravær enn Norge, for eksempel Nederland og Sverige, har i løpet av ti år redusert sykefraværet kraftig. Norge har i samme periode hatt sykefraværstall som har variert som en berg og dalbane, men i gjennomsnitt holdt seg høyt. Først gikk tallene opp, så gikk de betydelig ned og deretter har de gått opp igjen. Nå har vi om lag samme sykefraværingsnivå som i 2001 da IA-avtalen ble inngått. Det totale sykefraværet var på 7,7 prosent tredje kvartal i 2009.

Mange som jobber

Dette innebærer ikke nødvendigvis at sykefraværet er for høyt. Sykefraværet varierer nemlig noe med sammensetningen av arbeidsstokken i et land. I Norge er det svært høy yrkesdeltakelse. Det store antallet kvinner og eldre i arbeidslivet skiller oss fra andre land, og kvinner og eldre har i gjennomsnitt høyere sykefravær enn menn. For kvinner tilskrives dette blant annet forplantnings- og fødselsrelaterte sykdommer. Det kan også ha sin årsak i dobbeltarbeid og dårlige arbeidsvilkår på typisk kvinnedominerte arbeidsplasser. Forskjellen på sammensetningen av den norske arbeidsstokken og OECD-gjennomsnittet er så stor at hvis vi skulle ned på OECD-gjennomsnittet ville vi måtte ha 400 000 færre arbeidstakere i Norge. I hovedsak kvinner og eldre.

Det er svært forskjellig mening om sykefraværet er høyt eller ikke. Vinterens debatt om temaet ble dominert av motpolarer. Noen brukte krigstyper og hevdet at sykefraværet var kritisk høyt. Andre mente det slett ikke var høyt og at det uansett bare var et uttrykk for sammensetning av arbeidsstokken, økt omstillingstakt, svak grunnbemanning og økt tidspress i virksomhetene.

Syke av jobben

I fagbevegelsen mener nok mange at det relativt høye sykefraværet i Norge har med arbeidsmiljøsituasjonen å gjøre. Det er nettopp i næringer med store arbeidsmiljøutfordringer at sykefraværet er høyest. Et godt eksempel på dette er helse- og omsorgssektoren. Dette er en kvinnedominert sektor, ofte med lav grunnbemanning og arbeidsoppgaver som gir risiko for yrkesrelaterte lidelser.

Spørsmålet om sykefraværet er høyt eller ikke, sammenlignet med andre land, er imidlertid ikke det som har engasjert arbeidslivets parter mest. Man har tenkt at det uansett er et betydelig potensial for å få det ned. Både fagbevegelsen og arbeidsgiveror-

Hvis vi skulle ned på OECD-gjennomsnittet ville vi måtte ha 400 000 færre arbeidstakere i Norge

få ned sykefraværet. Norge er da vitterlig et land med rekordhøy sysselsetting, høy omstillingsevne og produktivitet. Sette i dette lys er vel ikke sykefraværingsnivået et så stort problem for oss, er det egentlig høyt, og er det for høyt?

Berg og dalbane

Tallenes tale er klar. I Norge er om lag 800 000 personer sykmeldte hvert år. Tapte årsverk utgjorde 115 100 i 2008. Hvis vi sammenligner sykefraværet i Norge med gjennomsnittet i Europa, kommer vi svært dårlig ut.

Det må imidlertid presiseres at det ikke er så lett å sammenligne sykefraværet mellom land. Ulike regler om sykefravær, stønadsordninger og stillingsvern gjør det svært vanskelig å finne like grupper i sykefraværingsstatistikken og deretter sammenligne dem med hverandre.



ganisasjonene har derfor vært mest opptatt av at en vesentlig del av sykefraværet er arbeidsrelatert. Det betyr at sykdommene kan ha sin årsak i forhold på arbeidsplassen, men det kan også bety at arbeidstakere med rikelig arbeidsevne er fraværende og sykmeldte fordi det mangler tilrettelegging og annen hensiktsmessig organisering av arbeidsplassen.

Under arbeidet med den nye IA-avtale ble det lagt til grunn at mellom 20 og 40 prosent av sykefraværet er arbeidsrelatert. Arbeidslivets parter har innsett at denne delen av sykefraværet kan og må man gjøre noe med. Dette skal gjøres ved hjelp av den metoden IA-avtalen foreskriver. Nemlig med mer og godt systematisk HMS-arbeid, dialog og tilrettelegging på arbeidsplassene, og et godt samspill mellom ledelse, ansatte, tillitsvalgte og verneombud og selvstags NAV.

Der problemet er størst

På dette grunnlaget har partene i den nye IA-avtalen lagt opp til å forbedre sykefraværarbeidet. Dette skal skje sentralt og lokalt gjennom et bedre samarbeid mellom organisasjonene i arbeidslivet. Man har imidlertid tatt inn over seg at det er noen sektorer sykefraværstallene er særdeles høye og derfor påkaller særlig innsats. Man skal derfor mer enn før legge opp til satsinger innenfor utsatte områder som sykehusene og deler av kommunesektoren.

Hindre varig utstøting

Et av de viktigste nye tiltakene er at legene pålegges om mulig å unngå 100 prosent sykmelding og skal i stedet satse på gradert sykmelding. Dette henger sammen med at aktivitet ofte er god medisin. I tillegg viser erfaringer at det er viktig å ikke miste kontakt med arbeidsplassen under et sykefraværsløp.

For at det nye systemet med mer gradering av sykmeldinger skal virke, er det helt nødvendig å tilrettelegge bedre for syke arbeidstakere. De sykmeldte må også innenfor sin stilling akseptere nye arbeidsoppgaver som de har mulighet til å utføre. Dette er et sentralt punkt i den nye IA-avtalen. Det sier seg selv at hvis de som får gradert sykmelding ikke får tilstrekkelig god oppfølging på arbeidsplassen, går det ikke lang tid før de blir 100 prosent passivt sykmeldte.

Bedre tilrettelegging fordrer et godt samarbeid på arbeidsplassen mellom arbeidsgiver, tillitsvalgte og verneombud. Disse aktørene må aktiveres for å legge til rette for den enkelte, men også for å ivareta det totale arbeidsmiljøet. Tilretteleggingen må ikke medføre uforvarlig ekstrabelastning på andre ansatte.

Erfaringer viser at jo lenger en syk arbeidstaker er borte fra arbeidsplassen, jo større sjanse er det for at han blir langtidssyk og senere faller helt ut av arbeidsmarkedet. For å unngå det er det viktig å komme i gang med gode hjelpetiltak så tidlig som mulig. I den nye IA-avtalen legges det derfor opp til tidligere innsats enn før. Arbeidsgivers plikt til å lage en oppfølgingsplan fremskyndes. For lengre sykefraværsløp blir det også lagt opp til arbeidsgiver skal innkalle til et dialogmøte mellom arbeidsgiver og den sykmeldte. Legen har plikt til å møte hvis han blir innkalt. Arbeidstaker kan ta med seg tillitsvalgte eller verneombudet hvis han ønsker det.

Fra ord til handling

Det er mye godt tenkning nedfelt i den nye IA-avtalen, men ord er bare ord. Nå gjelder det å sette den ut i livet gjennom praktisk handling. Hvis alle trår til kan vi komme lenger og åpne det norske arbeidslivet for alle som kan og vil bidra. ■■■

ARBEIDSMILJØ: Helse- og omsorgssektoren er en kvinnedominert sektor, ofte med lav grunnbemanning og arbeidsoppgaver som gir risiko for yrkesrelaterte lidelser. Arkivfoto fra Ahus: Erik M. Sundt.



DILEMMA

Marie Aakre om faglig autonomi og ansvarlighet

Navn: Marie Aakre

Bakgrunn: Leder Rådet for sykepleieetikikk

E-post: marie.aakre@sykepleieforbundet.no

En bekymringsmelding

Å gjøre stillingstitlene nøytrale, vil gjøre oss mer likegyldige og mindre stolte over å være sykepleiere.

Bestillingen til oss alle er bedre samhandling. Tross uferdige politiske prosesser med reformen, er mange prosjekter i gang for å styrke samhandling rundt pasientforløp. Det er ikke bare behandlingsforløp og fast-

har rett når han sier at vår tålmodighet og tilpasningsevne er for stor i forhold til det faglige ansvaret vi påtar oss. Vi kalles eksperter på å forstrekke oss. Vi er ikke tydelige nok, vi er ikke faglige nok, og vi er «gull verdt» for politikere som stadig skaper falske håp og lover mer enn noen kan holde.

Profesjonsnøytralitet

For noen uker siden hadde jeg etikkseminar for sykepleiere på Rikshospitalet. Der fikk jeg et glimt inn i en bedriftskultur der profesjonsnøytralitet er en intensjon. Alle profesjonsbenevnelser er fjernet unntatt legenes, og de ulike yrkesgrupper som samhandler skal fremstå profesjonsnøytralt og mest mulig like. Jeg synes det lukter ren maktkamp av strategien, og det var liten begeistring å spore hos dem jeg møtte.

Når alt er like gyldig blir alt likegyldig! Det er mange eksempler på «likhetstyranni» som underkjenner og forhindrer faglig autonomi og ansvarlighet. Ingen fag eller person kan alene imøtekomme pasientens helhetlige behov. Dette er jo de ulike profesjonsutdanningsenes begrunnelse.

Likeverd er noe helt annet enn likhet, og samhandling er ikke mulig uten å forstå dette. Folk er ikke like og fag er ikke like. Respektfull samhandling styrkes ikke ved å underkjenne forskjellene, men å synliggjøre dem. I kommunale sykepleietjenester er det viktig å erkjenne at det er forskjell på sykepleiere, hjel-

pepleiere, omsorgsarbeidere og helsefagarbeidere hva gjelder kompetanse og ansvar. Hva som er ditt og mitt og vårt må kommuniseres og ledes tydelig i åpne samhandlingsprosesser.

Yrkesetiske retningslinjer

Styrket samhandling er ikke mulig uten å være tydelig. Vi trenger profesjonene og tydelig faglig autonomi og ansvar. Yrkesetiske retningslinjer gir tydelige føringer for vårt normative og faglige ansvar. De må brukes aktivt i alt kvalitetsarbeidet. Min bekymringsmelding i denne sammenheng kan knyttes særlig til hovedpunkt 3 og 6

I punkt 3 står det: Sykepleieren bruker titler og betegnelser som vedkommendes utdanning, autorisasjon og funksjon berettiger til, og som gir korrekt informasjon om kvalifikasjoner og ansvar.

I punkt 6 står det: Sykepleieren deltar i den offentlige debatt og bidrar til at faglige og etiske normer legges til grunn for sosial- og helsepolitiske beslutninger.

Hva er det som gjør oss sykepleiere faglig utydelige og grenseløse? Er det de gitte handlingsrom eller handler det mest om egen identitet og utrygghet? Vi kan bare vinne troverdighet og tillit gjennom å være tydelige. Vi kan ikke forvente verken respekt eller faglig legitimitet hvis hovedinntrykket er at det er det samme hvem som gjør hva i sykepleietjenester. Dette må vi sykepleiere selv ta hovedansvaret for å endre. Jeg kan ikke forstå at styrket samhandling

Likeverd er noe helt annet enn likhet, og samhandling er ikke mulig uten å forstå dette.

legenes rolle som fortjener oppmerksomhet. Samhandling om pasientforløp i et sykepleieperspektiv må få mye større oppmerksomhet. Sykehusene er komplekse pleieinstitusjoner selv om dette sjelden får stor oppmerksomhet, og nå vil altså politikerne overføre en langt større andel av disse pleiebehovene til kommunene. Vi vet at de fleste kommuner i Norge er i en knapphetskrise hva gjelder sykepleieressurser. Det mangler både plass og kompetanse til å innfri løfter om god sykepleie.

Kjære kolleger, jeg er bekymret. Jeg er redd vi sykepleiere ikke er beredt til å være tydelige og faglige i denne omstillingen. Dagens utfordringer er store nok, og vi vet at vilkårene for god sykepleiepraksis i kommunene lenge har vært marginalisert. Jeg tror Halvard Vike

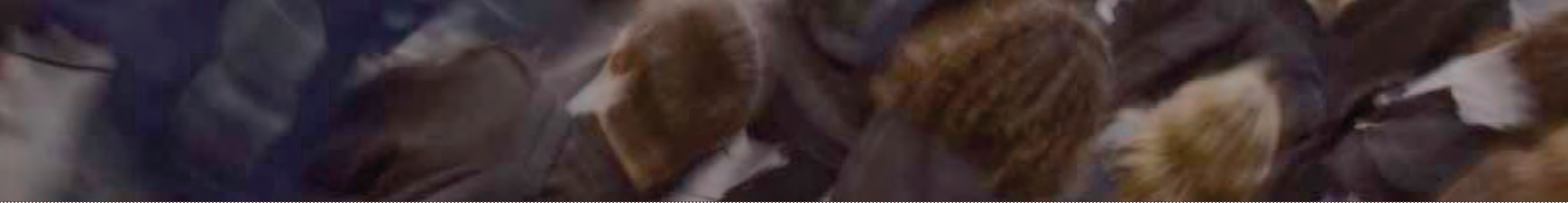
Andre faste bidragsytere



Professor i sykepleier ved Høgskolen i Bodø
Berit Støre Brinchmann



Professor ved seksjon for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo
Per Nortvedt



er mulig uten tydelig tilstedeværende hverdagsledelse av sykepleietjenester. Sykepleieledere må gjenreise faglige refleksjonsrom, det sykepleieetiske språk og stillingsbenednelser som tydelig forteller samarbeidspartnere, pasienter og samfunnet hvem vi er og hva vi har ansvar for. Sykepleie handler om langt mer enn det utvannede omsorgsbegrepet. Derfor må sykepleiere være på plass der kvalitetsnormer for sykepleiefaget besluttes. Sykepleiere arbeider med menneskers grunnleggende behov, og vi må dyktiggjøre oss i å artikulere vårt fag med en tydeligere felles stemme for hva faget og grensene for vårt fag handler om, både i den praktiske hverdag og i det offentlige rom. Historien burde lært oss at når ulike profesjoners ansvar og yrkesidentitet utydeliggjøres og utvannes, har det konsekvenser for kvalitet og samhandling. Profesjoner og profesjonsautonomi er under sterkt press, og vi må melde fra! ■■■



Arkivfoto: Stig Weston



- › Hvordan definerer vi vårt faglige ansvar hos oss?
- › Hva skal til for at vi kan bli tydeligere på å beskrive eget fag?
- › Hvilke titler og benevelser brukes i sykepleietjenesten i vår organisasjon?
- › Hva tenker vi om vårt samfunnsansvar?
- › Hvis vi skulle jobbe grundigere med tydelighet i sykepleie hos oss, hva ville jeg foreslå?

Til refleksjon

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.

NOEN REFERANSER:

Halvard Vike, Heidi Haukelien, Runar Bakken: Kompetanse og faglig infrastruktur i helse- og omsorgstjenester. Telemarkforskning, TF-rapport nr. 252/2009
Harald Grimen: Profesjoner i skvis

www.sykepleien.no

Flere dilemma på sykepleien.no under fanen interaktivt.



TETT PÅ

Manuela Ramin-Osmundsen

Hvem: Manuela Ramin-Osmundsen

Alder: 46 år

Utdanning: Jurist med etterutdanning i spesialpedagogikk

Yrke: Prosjektleder

Hvorfor: Jobber i Prosjekt Likeverd og Mangfold i Ahus for å sikre likeverdige helsetjenester for befolkningen generelt og innvandrere og nordmenn med innvandrerbakgrunn spesielt

Vil gi noe tilbake

Veien fra Paris til Ahus, via utlendingsdirektorat og ministerpost, har vært alt annet enn strømlinjeformet for Manuela Ramin-Osmundsen.

Tekst **Susanne Dietrichson** Foto **Marte Garmann Johnsen**



«Min innstilling til livet er å gå videre.»

Ute er det grått, men Manuela Ramin-Osmundsen lyser opp omgivelsene med sterke farger og strålende smil. Knallrød jakke og ditto leppestift, sorte øyne, sort genser og sorte perler i ørene. Rundt oss er det stille til å være fredag ettermiddag på en hotellbar midt i Oslo sentrum.

– Jeg pleier å si at jeg har tre tilknytningssteder: Martinique, Frankrike og Norge. Alle stedene representerer en del

av meg.

Ramin-Osmundsen ble født utenfor Paris av karibiske foreldre. Familien kommer fra Martinique, fransk koloni siden 1635. Selv har hun bare bodd i Karibia i en kort periode, hos bestemoren.

– Moren min var sykehusdirektør, så jeg vokste opp på forskjellige sykehus utenfor Paris. Et av mine tidligste barndomsminner er at jeg lærer å sykle i sykehusgården, forteller hun.

Juristen Ramin-Osmundsen har en rekke jobber bak seg hvor likeverd har vært et viktig tema. Da Norge stemte nei til EU i 1994, tok hun etterutdanning i pedagogikk med særlig vekt på migrasjonspedagogikk. Deretter ble hun første leder i Senter mot etnisk diskriminering (SMED). Siden den gang har hun hatt en turbulent karriere. Henholdsvis som direktør i UDI og som barne- og likestillingsminister. I dag er hun prosjektleder for prosjekt likeverdige tjenester i Ahus.

Ektemannen Terje Osmundsen, næringslivstopp og forhen-værende høyrepolitiker, beskriver henne på telefon som sosialt engasjert, tilpasningsdyktig og sterk. Men også krevende.

– Nøkkelen til å forstå Manuelas sterke sosiale samvittighet er at hun ble oppdratt til å se på seg selv som privilegert, men at dette er noe som forplikter, hevder han.

RAMIN-OSMUNDSENS ERFARINGER med pressen er sannsynligvis ikke bare positive. Intervjuet er så vidt i gang når hun gir beskjed om at hun hater å prate om sin fortid som leder og toppolitiker. I 2006 valgte hun å trekke seg etter bare to måneder

«Sykehusets oppgave er å behandle alle innbyggere på en likeverdig måte.»

som direktør, da det kom frem at UDI hadde brutt med regjeringens politiske retningslinjer ved å gi permanent oppholdstillatelse til en gruppe kurdere fra Nord-Irak. I oktober 2007 ble hun barne- og likestillingsminister. I februar 2008 gikk hun av etter hard kritikk for hvordan hun håndterte ansettelsen av nytt barneombud.

Ramin-Osmundsen har nok av kvinnelige forbilder i familien. Mormoren var jordmor og fengselsvenn. En av tantene drev en avis som særlig fokuserte på kvinnehelse; fødsel, amming og ernærings spørsmål. Moren har verv i flere humanitære organisasjoner og faren har arbeidet for forebygging av aids og drevet med seksualopplysning rettet mot barn og unge.

– Jeg ble oppdratt til at det er en plikt å yte etter evne. Og da snakker jeg ikke om privilegier i form av penger, presiserer hun.

– Jeg kommer ikke fra overklassen. Jeg vokste opp i et helt vanlig middelklassestrøk i Argenteuil, en liten by nord for Paris. Men det å utnytte sine intellektuelle ressurser blir sett på som en plikt i min familie.

Ramin-Osmundsen har alltid ønsket å jobbe med mennesker, særlig barn. Egentlig drømte hun om å bli lege eller dommer, med barnerett som spesialområde.

– Men så møtte jeg min mann og forsto at det fantes en reell mulighet for at jeg en gang kom til å bo i Norge, og jeg begynte å konsentrere meg om internasjonale spørsmål innenfor jussen.

Hun traff nordmannen Terje Osmundsen i Paris mens hun studerte der. De flyttet til Norge med en datter på halvannet år og en på tre måneder. I dag har de tre døtre.

RAMIN-OSMUNDSEN SER PÅ SEG SELV som en person med multiidentitet.

– Jeg er formet av flere kulturer og levesett. I takt med økende migrasjon blir det bare flere og flere mennesker i Norge med flerkulturell bakgrunn, slik jeg selv har. Min jobb som prosjektleder for likeverdige tjenester i Ahus er å bidra til å skape et sykehus som tilbyr gode tjenester til innvandrere. Og da tenker jeg særlig på kommunikasjon, informasjon og tilgjengelighet.

Ramin-Osmundsen understreker at av de 500 000 menneskene som har Ahus som sitt sykehus, kommer 100 000 fra bydelene Stovner, Alna og Grorud. 40 000 av disse har ikke-vestlig bakgrunn. I tillegg bor det mange innvandrere i Skedsmo, Lørenskog og Nittedal, kommuner som også er knyttet til Ahus.

– Sykehusets oppgave er å behandle alle innbyggere på en likeverdig måte. Vi må vite hvem de er og kjenne til bakgrunnen deres. For å yte gode tjenester til brukerne våre, må sykehuset ha et bevisst forhold til hvordan populasjonen ser ut, presiserer Ramin-Osmundsen.

BLANT INNVANDRERE finnes det noen med erfaringer som er fremmede for de fleste nordmenn. For eksempel dramatisk flukt, krig og sult.

– Hvordan skal vi gi disse et godt tilbud innenfor psykisk helsevern? Og innenfor somatikken er det et økende antall voksne som får diabetes 2, her er voksne med innvandrerbakgrunn overrepresentert. Vi må sørge for at disse får like god oppfølging som nordmenn.

Ramin-Osmundsen tror det finnes mange sannheter om innvandrere som ikke lenger stemmer med virkeligheten.

– For eksempel at innvandrere ikke drikker. Uteseksjonen rapporterer et økende antall barn og unge med innvandrerbakgrunn som ruser seg.

Hun understreker hvor viktig det er at spesialisthelsetjenesten samarbeider med bydelene og kommunene. Mange innvandrere kommer ikke til sykehuset, tror hun. Derfor må sykehuset tilby tjenester der folk bor, ute i bydelshelsetjenesten.

– Sykehuset og bydelene må jobbe sammen for et friskere folk, presiserer Ramin-Osmundsen.

– Det er dokumentert variasjon i kvaliteten på tjenestene til



«Jeg pleier ikke å banne, men det var en helt jævlig periode som jeg heldigvis er ferdig med nå.»

– HAR DU SELV OPPLEVD å bli forskjellsbehandlet?

– Da jeg fødte mitt tredje barn på her i Norge, opplevde jeg det jeg kaller feil assosiering.

Hun hadde bare bodd i Norge i noen år og snakket langt dårligere norsk enn i dag. Før hun fødte hadde hun hørt fantastiske historier om sykehusets barselavdeling med familierom. Her kunne far komme og bo sammen med mor og det nyfødte barnet.

– Men etter fødselen ble jeg uten videre plassert på samme rom som en ung farget kvinne som ikke snakket et ord norsk! Mitt barn sov som en stein, men hennes skrek i ett sett. Resultatet var at jeg var våken hele natten og hjalp henne med å roe barnet. Jeg ble ikke engang spurt om jeg var interessert i å bo på familierom slik de norske mødrene fikk tilbud om. Neste dag ville jeg bare hjem.

Med feil assosiering mener Ramin-Osmundsen at hensikten ikke er vond, men at effekten blir feil. Noe hun tror mange mennesker med innvandrerbakgrunn opplever i møte med samfunnet.

Hun tror at mer målrettet og forebyggende arbeid rettet mot innvandrere vedrørende helsetjenester må til:

– Vi må få folk med minoritetsbakgrunn inn i brukerråd og involvere minoritetsmiljøene mye mer i temaer knyttet til helse.

Innvandrere er en heterogen gruppe, men mange har likevel til felles at de sliter i møte med vårt komplekse samfunnssystem, understreker hun.

– DU GIKK JO SELV PÅ et par kraftige smeller yrkesmessig for noen år tilbake. Når du ser tilbake, ville du gjort ting annerledes?

– Min innstilling til livet er å gå videre. Det er selvsagt ting jeg ville gjort annerledes i dag. Men jeg ser meg ikke tilbake, jeg ser bare fremover.

– Hva følte du da du måtte gå av som barne- og familieminister?

– Det var helt jævlig. Jeg pleier ikke å banne, men det var en helt jævlig periode som jeg heldigvis er ferdig med nå.

– Tenker du at det var selvforskyldt eller var du et offer for omstendighetene?

– Begge deler. Det er som et prisme, mange ulike fasetter. Men totalen ble som den ble. Det er ikke noe vits i å tenke noe mer på det.

– Kom det noe positivt ut av det?

Tenkepause.

– Kanskje jeg ikke hadde jobbet med det jeg gjør i dag, sier hun prøvende, men blir fort mer bestemt:

– Jeg har hatt en personlig indre vekst. Jeg har erfart, tenkt og bearbeidet. Ganske grundig også, for å si det mildt. Det er ikke lett å bygge videre på noe som er så til de grader vondt. Men det er en nødvendig etappe som det er godt å være gjennom.

Hun legger til:

– Og så har jeg opplevd en menneskelig varme. Uten sidestykke. ■■

pasienter med innvandrerbakgrunn. Hva går disse ut på?

– Her trengs det mer forskning og sikre tall. Men det ser for eksempel ut som om kreft oppdages senere hos innvandrere enn hos nordmenn. Dette må vi i så fall gjøre noe med.

Ramin-Osmundsen bøyer seg over bordet.

– Dette handler om språk og om informasjon. Hvordan informerer vi kvinner med innvandrerbakgrunn på en slik måte at de faktisk går til mammografi? Min jobb er å bedre kommunikasjon og øke kompetanse på en måte som sikrer innvandrere gode helsetjenester. Og det synes jeg er kjempegøy!

– Hva kan sykepleiere gjøre for å bidra til mer likeverdige helsetjenester?

– Jeg har bare møtt sykepleiere som ønsker å gjøre en god jobb. Min oppfatning av sykepleiere er at de har en svært god yrkesetikk; de er opptatt av hele mennesket. Men jeg har også fått tilbakemeldinger fra sykepleiere som sliter med å gi innvandrere like gode helsetjenester som nordmenn. De trenger ofte tolk og mangler informasjonsbrosjyrer på aktuelle språk.

Ramin-Osmundsen forteller at alle sykehus har avtaler med tolkeformidlingsbyråer, men at kvaliteten på tolketjenestene som tilbys er av varierende kvalitet. Det kommer an på den enkelte tolk, kvalitetssikring og hvor godt informert tolken er på forhånd om den enkelte pasient.



Barnesykdømmene gir en veldig boost til immunforsvaret.

Gro Lystad, homøopat

Et lite stikk.

De siste ukene har debatten rast om hvorvidt det er trygt – eller endog å anbefale – å droppe vaksiner mot meslinger. Nærmere fem hundre hissige leserinnlegg på NRKs debattforum på knappe tre døgn vitner om sterkt engasjement – i begge leire.

Homøopat Gro Lystad satte fyr på debatten ved å si at smitteringer som bevisst smittet barn med meslinger er fornuftig, og at hun som homøopat har vært med på dette mange ganger.

Lystad har også uttalt at meslinger er positivt for et barn som er friskt, og at det kan tenkes at enkelte kan dø, men at det gjelder barn som er svekket på forhånd.

Vaksiner mot meslinger inngår i MMR-vaksinen.

– *Hvor farlig er egentlig meslinger?*

Astrid Grydeland Ersvik: – Meslinger er en av de mest smittsomme sykdommene vi har, og den alvorligste av barnesykdømmene. Den påvirker infeksjonsforsvaret og gir risiko for ettersykdommer, hvorav hjernebetennelse er den mest alvorlige. Før vaksinen ble innført, var det meslingeepidemier hvert tredje år, og i snitt

ni dødsfall hvert år i Norge. På verdensbasis er meslinger fortsatt en betydelig dødsårsak.

Gro Lystad er av en annen oppfatning: – For et barn som er oppvokst i et land som Norge, med godt kosthold, god helse og under de beste betingelsene, så er meslinger forbundet med ytterst liten fare for et friskt barn.

– Meslinger kan ha bivirkninger hos noen, men hvis barnet har en homøopat i ryggen, er jeg ikke redd for dette. Homøopatien har helt klare midler som brukes gjennom alle stadier av en meslingeepidemi. Det er de samme midlene som på 1800-tallet, fordi symptomene er de samme.

– Man kan også bruke homøopatiske midler preventivt hvis man ikke vil at barnet skal få for eksempel meslinger. Men det er en del foreldre som vil at barna skal få det når de er små, fordi barnesykdømmene gir en veldig boost til immunforsvaret. Gjennom overforbruk av antibiotika og vaksiner, spesielt før ett års alder, er vi i ferd med å få en generasjon barn med dårligere immunforsvar, sier Lystad.

– *Er det greit å droppe vaksiner mot meslinger?*

Før vaksinen ble innført, var det i snitt ni dødsfall hvert år i Norge.

Astrid Grydeland Ersvik, leder av Landsgruppen av helsesøstere i NSF

Eller ikke.

Gro Lystad: – Jeg synes personlig at det er greit. Men det ligger veldig mye forskning bak at jeg sier det. Jeg skriver på en bok om vaksiner, for å gi informasjon slik at foreldrene kan velge selv. Boken blir oversiktlig og nøktern, slik at man kan vurdere risikoen ved en sykdom opp mot risikoen ved en vaksine.

– Uansett om foreldrene velger vaksine eller ikke, vil jeg som homøopat uansett hjelpe hvis det er behov. Noen barn får vaksineskader på et dypere energetisk nivå, og trenger hjelp. ADHD, kronisk forkjølelse, betente ledd, diabetes og epilepsi kan være knyttet til meslingevaksinen, ifølge forskere.

Astrid Grydeland Ersvik er helt uenig: – Nei, det er ikke greit. Jo flere miljøer som lar være å vaksinere sine barn, jo større er smitterisikoen for alle. Vi har også mye større reiseaktivitet både for barn og ungdom nå enn før, som gjør at det er viktig med beskyttelse. Det å vaksinere seg handler også om solidaritet, det er effekten man får når mange gjør det, kontra bare noen få, sier hun.

– *Hvorfor vekker vaksinedebatten så sterke reaksjoner?*

Gro Lystad: – Det er veldig mye frykt forbundet med epidemier. Det pirker borti det som for mange leger er deres levebrød. Mitt inntrykk er at akkurat nå, etter svineinfluensaen, begynner mange å lure og sette spørsmålstegn ved vaksiner og hvilken milliardindustri det er. Dette er legenes hellige ku, samtidig er det som om man kjenner på seg at her er det et eller annet som ikke stemmer.

Astrid Grydeland Ersvik: – Det dreier seg om autonomi kontra solidaritet. Folk vil ha seg frabedt at andre bestemmer hva de skal gjøre. Det har vært en del presseoppslag som har vært feilaktige, der man får med seg oppslaget, men ikke korreksjonene i etterkant. I den vestlige verden har vi vaksinert oss bort fra de gode argumentene for vaksiner, fordi vi verken ser sykdommene eller komplikasjonene etterpå.

– Motstanderne av vaksiner er ganske få, men får minst like mye oppmerksomhet, om enn ikke mer enn de som er for, sier Grydeland Ersvik. ■■■

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





REFLEKS

Gjesteskribent Martine Aurdal

Navn: Martine Aurdal

Yrke: Leder av samfunnsavdelingen i Dagbladet

E-post: man@dagbladet.no

Kvinnefrigjøring i pilleformat

50 år med p-pillen har gitt kvinner kontroll over kroppen og ro til å nyte seksualiteten.

Jeg ble født i det året da selvbestemt abort ble lov i Norge. Hadde det vært lovlig tidligere, er det statistisk stor sjanse for at jeg ikke hadde blitt født i det hele tatt. Foreldrene mine gikk nemlig ennå på videregående skole da de fant ut at de var gravide med meg. De giftet seg raskt, og flyttet til Oslo for å studere. Når medstudentene deres tok turen til Lorry ved siden av lærerskolen, dro mamma og pappa til barnehagen for å hente meg. Det gikk bra, men de ble tidlig voksne. Jeg var ikke planlagt. Men som mora mi sa til meg da jeg skjønnte det: det betyr at jeg er et ekte kjærlighetsbarn.

«Frihet i en liten eske» påstår reklamen. Tamponger er ikke særlig frigjørende, selv om de er aldri så praktiske. I år kan vi derimot feire at det er 50 år siden vi fikk ekte kvinnefrigjøring i pilleformat, også kalt p-pillen. En liten pille, et stort framskritt. Det er dette som er retten til å bestemme over sin egen kropp. Pillen gir kvinnen frihet fra sin egen biologi, frihet til å nyte sex uten fruktbarhet. Uansett hva mannen i hennes seng skulle ville, vite og ønske, er det kvinnen som tar eller ikke tar sin pille som

også er åra som markerer inngangen til den viktigste revolusjonen i det forrige århundre: Kvinnefrigjøringen.

Sex er alltid mer risikabelt for en kvinne enn for en mann. Hun kan bli gravid, og er graviditeten uønsket, er det hun som må ta det tunge valget og bære det store ansvaret, om hun ønsker å bære fram barnet eller ikke. Graviditet er en voldsom belastning på kroppen, og tidligere tiders dyre og ulovlige metoder for å sikre seg mot graviditet eller avslutte uønskede svangerskap har vært både usikre og farlige for kvinner. Uten prevensjon er seksualakten et høyrisikoprojekt for damer, et prosjekt forbundet med så stor risiko at det sier seg selv at det er vanskelig å gi seg hen til nytelse.

Kirka var, nær sagt selvsagt, kritisk til p-pillen da den kom, sex skal være forbeholdt reproduksjon og lite annet. Den katolske kirke påsto senest under forrige pave at det er hull i alle kondomer. I USA har den offisielle strategien for å motvirke tenåringsgraviditeter inntil nylig først og fremst vært læren om avholdenhet. Slikt fungerer selvsagt ikke. Det verken Paven eller George W. Bush later til å forstå, er at mennesker kommer til å ha sex både i og utenfor ekteskapet uansett. Der det blir flere uønskede graviditeter, blir det også flere aborter. Dessuten, selv gifte kvinner ønsker å ha sex mer enn de to-tre gangene de gjør det for å forplante seg.

Jeg er overbevist om at min livskvalitet er bedre enn den ville vært om jeg ikke hadde hatt de samme mulighetene til å kontrollere min fruktbarhet. Mye skyldes selvsagt alt det praktiske: jeg måtte ikke slå meg tidlig til ro med mann og barn, men kunne vente med begge deler til jeg selv var klar for det. I mellomtida har jeg jobbet sene kvelder, gått på spontane fester og kunnet leve egoistisk. Jeg har hatt kjæreste og et seksualliv uten hele tida å bekymre meg for å bli uønsket gravid og hva jeg eventuelt skal gjøre med det. Derfor har jeg også hatt friheten til å kunne nyte min egen kropp, til å elske og bli elsket tilbake. Jeg har friheten til selv å bestemme over egen fruktbarhet, og til å velge om og når jeg vil bruke prevensjon. Derfor er jeg også så trygg i valget som ligger bak avgjørelsen om å la den lille esken med de hvite pillene ligge urørt nederst i skapet ei stund. Jeg er høygravid, jeg skal ha barn. Jeg har valgt det selv. Derfor kan jeg, hvis en dag min datter spør, fortelle henne at hun var godt planlagt. Et ekte kjærlighetsbarn.

Jeg er et ekte kjærlighetsbarn

kontrollerer hva utfallet av sengekosen blir.

Nederst i skapet på badet mitt ligger en liten eske med hvite piller. For meg har p-piller alltid vært en selvfølge. Alle venninnene mine har brukt dem, stort sett siden de første gang fikk fast kjæreste og et sexliv å snakke om. Prevensjonen har vært selvsagt, i den grad at overraskelsen og samtaletema har vært knyttet til de to venninnene mine som fikk så sterke bivirkninger at de ikke tålte å bruke pillen. Hva gjorde de, liksom? Måtte de stole på mannen? På mindre sikre prevensjonsmidler? Så skummelt. De kan jo bli gravide når som helst. Jeg kan i alle fall bestemme selv.

Nå har kvinner et bredt utvalg legemidler å velge mellom når vi vil sikre oss mot uønsket graviditet. Cirka hver tredje norske kvinne går på p-piller, det mest brukte preventivet foran spiral, sterilisering og kondom. Da p-pillen Enovid entret amerikanske butikkhyller i august 1960, var den det første sikre prevensjonsmiddelet. Sju år senere kunne også norske kvinner nyte godt av selve grunnlaget for seksuell frihet. Det er neppe tilfeldig at dette

Øvrige gjesteskribenter 2010:



Jon Hustad
Journalist i Dag og Tid



Trude Aarnes
Jordmor og privatpraktiserende sexolog



Anders Folkestad
Leder i Unio



Cathrine Sandnes
er redaktør av tidsskriftet Samtiden

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.

T DOSEPULVER 1 g: Hver pose inneh.: Metenaminhippurat 1 g, hjelpestoffer. Sitronsmak. **TABLETTER 1 g:** Hver tablett inneh.: Metenaminhippurat 1 g, hjelpestoffer. Med delestrek. **Indika-sjoner:** 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 amming. **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. A89, Urinveiskateter problemer, vilkår nr : 68. B99. Immunsivkt INA, vilkår nr : 31. **ICD-90,** Palliativ behandling i livets slutfase- Vilkår nr.31: D80 Immunsivkt med overveiende antistoffmangel, D81 Kombinert immunsvikt, D82 Immunsivkt forbundet med andre større defekter, D83 Vanlig variabel immunsvikt, D84 Annen immunsvikt. Vilkår nr.68,141: N10 Akutt tubulo-interstitiell nefritt. **ICPC** vilkår nr. 68,141: U70 Nyrebekkenbetennelse, U71 Cystitt/urinveisinfeksjon IKA, U72 Uretritt, **ICD** vilkår nr. 68,141: N11 Kronisk tubulointerstitiell nefritt, N12 Tubulointerstitiell 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 før man skifter til et annet middel som kan 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; 67:5 97-9. 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.medano

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

ER **DU** EN AV DEM?



For
kontakt-
linser

For deg
med tørre
øyne

Kun på apotek.

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 kontaklinsebrukere.

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

Prøv en ny generasjon øyedråper!