

Kameraet går

Side 40

**Studenter
møtte virkelig-
heten** Side 46

Den skulte policy

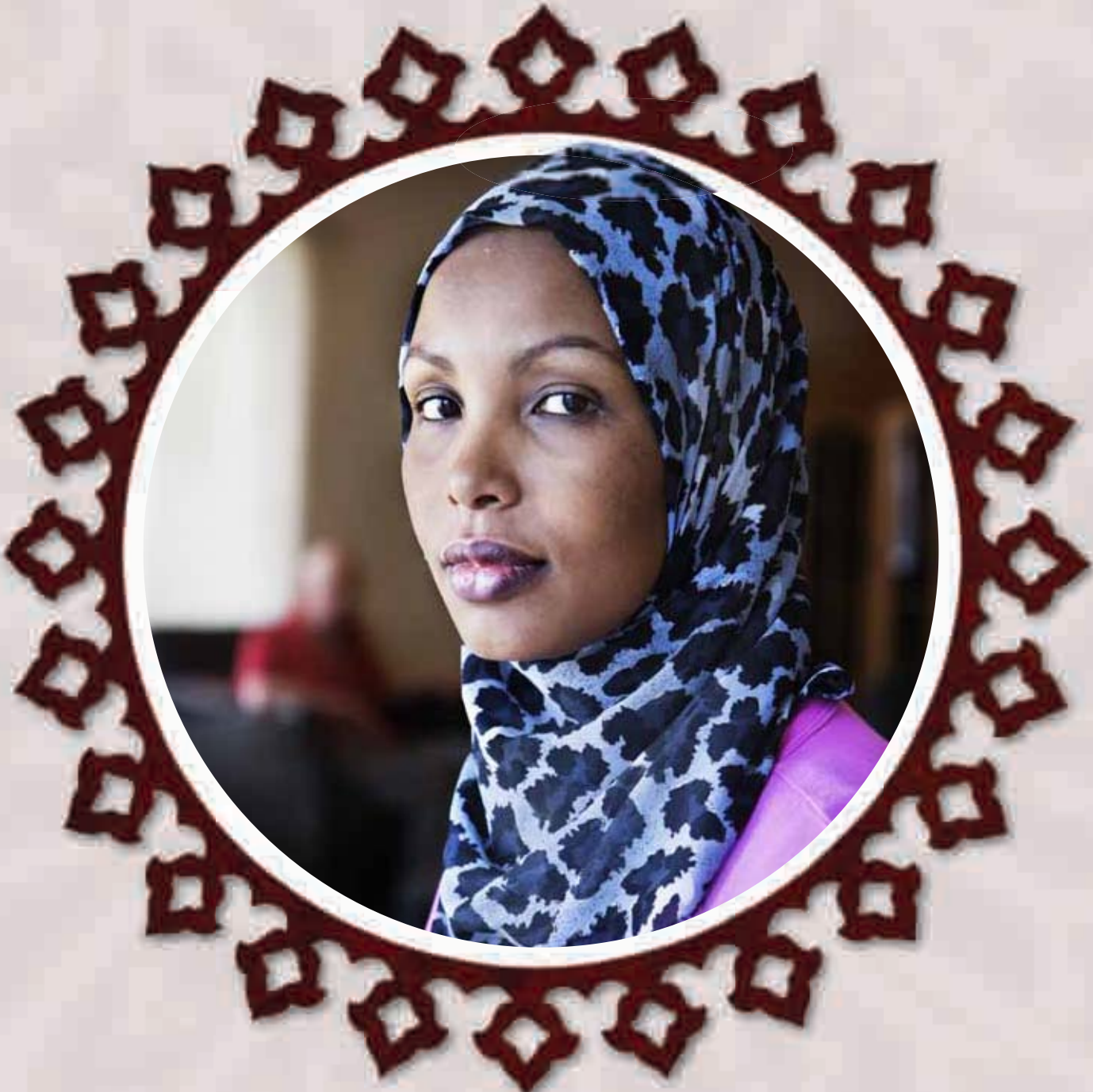
Kjersti Lien Holte har skrevet
doktorgrad om lojalitet
og taushet. Side 80

Sykepleien

LISBETH NORMANN: Kommunepolitikerne er ikke klar
over hvor alvorlig situasjonen er i egne kommuner.

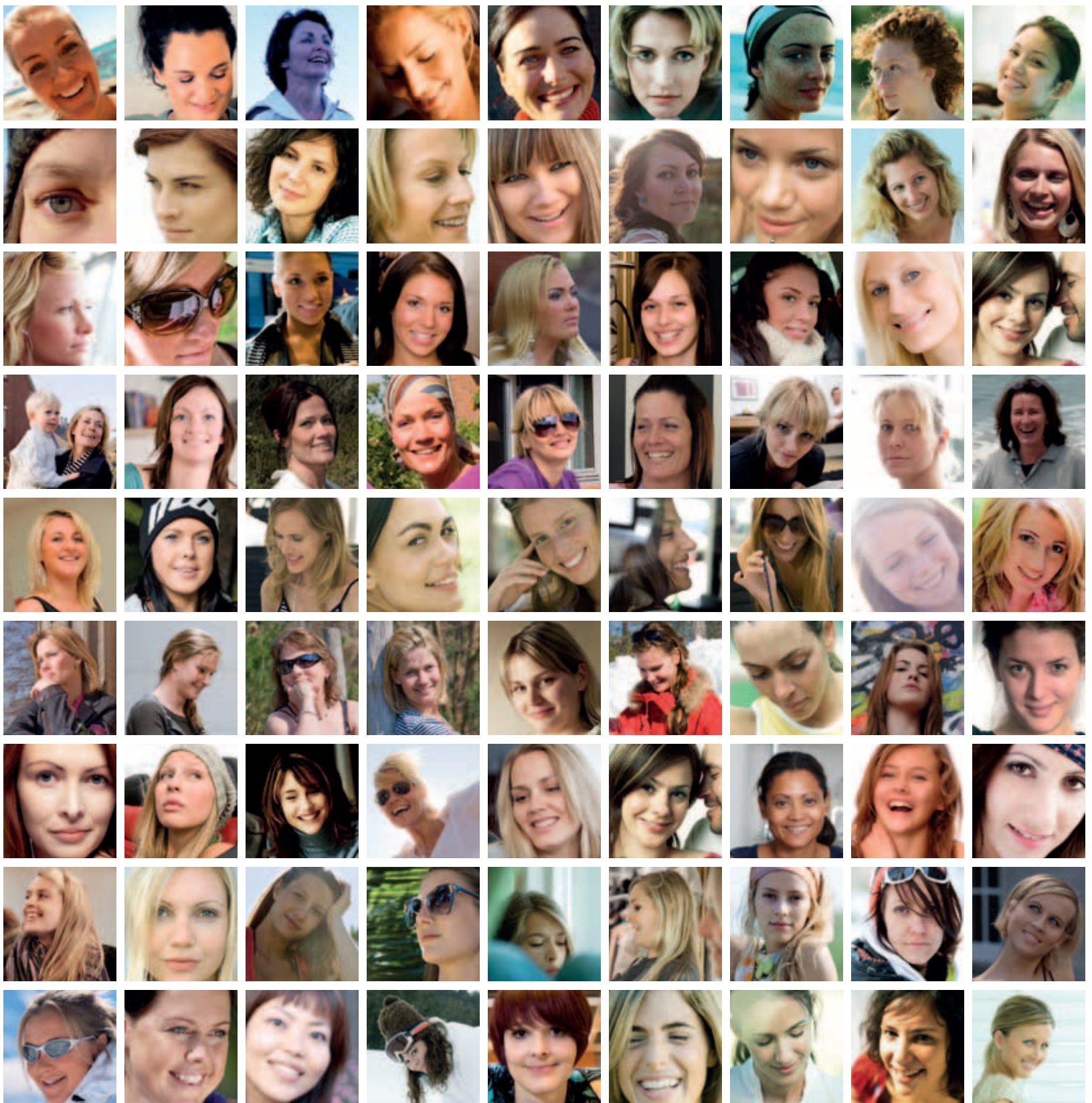
10 | **2011**

8. september
2011
99. årgang



**Er det vanskelig å være
muslimsk sykepleier i Norge?**





”Du har celleforandringer” – EN BESKJED DU HELST VIL UNNGÅ

Som sykepleier er du sikkert godt kjent med at de fleste kvinner går til regelmessige gynekologiske undersøkelser. En celleprøve tas for å avdekke eventuelle celleforandringer og mulige forstadier til livmorhalskreft. Mange kvinner lurer nok i ettertid på prøvesvaret, ofte med blandede følelser.

Du vet sikkert også at forskning har vist at et virus (HPV*) forårsaker de fleste celleforandringene.

Visste du at Gardasil® har effekt etter seksuell debut? Er du mellom 15 og 45 år kan du vaksinere deg på eget initiativ. Gardasil® kan forebygge livmorhalskreft, forstadier til livmorhalskreft, forstadier til vulva- og vaginalkreft og kjønnsvorter relatert til HPV-type 6/11/16/18.

Vi vil være sikre på at du og alle andre sykepleiere får denne beskjeden:
”Gardasil® har effekt etter seksuell debut!”
– et buskap du gjerne må dele med andre.

Gå inn på www.gardasil.no og få mer informasjon om forebygging av livmorhalskreft, forstadier til livmorhalskreft, forstadier til vulva- og vaginalkreft, kjønnsvorter og sikkerhet ved bruk av Gardasil®.

Nettet øker!

Vi vet at bladet som du nå holder i hendene leses grundig og av mange.

Hele 202.000 leser i gjennomsnitt Sykepleien i 64 minutter.
Dette er veldig gode tall ifølge Synovate som står for målingen.

Våre nettsider inneholder mye av det samme stoffet, men i tillegg så mye mer. Du kan daglig følge med på hva som skjer, diskutere med andre samt se enda flere stillingsannonser. Du kan delta på konkurranser og du kan enkelt finne fagstoff som du trenger.

Besøk dine
nettsider i dag!

sykepleien.no



Gardasil «Sanofi Pasteur MSD» Vaksine mot humant papillomavirus. ATC-nr.: J07B M01

INJEKSJONSVÆSKER, suspensjon: Hver dose inneh.: Humant papillomavirus (HPV) type 6 L1-protein ca. 20 µg, type 11 L1-protein ca. 40 µg, type 16 L1-protein ca. 40 µg, type 18 L1-protein ca. 20 µg, natriumklorid, L-histidin, polysorbat 80, natriumborat, aluminium (som amorf aluminiumhydroksyfosfatulsulfatadjuvans) 225 µg, vann til injeksjonsvæsker. Indikasjoner: Vaksine for bruk fra 9 år som skal forhindre premaligne genitale lesjoner (cervikale, vulva og vaginale) og livmorhalskreft som har årsakssammenheng med visse onkogene humane papillomavirus (HPV)-typer, samt kjønnsvorter (condyloma acuminata) som har årsakssammenheng med spesifikke HPV-typer. Se forsiktighetsregler og egenskaper for viktig informasjon. Bruk av preparatet skal følge offentlige anbefalinger. Dosering: Primærvaksinasjon: 3 separate doser på 0,5 ml gis ved måned 0, 2 og 6. Ved alternativ vaksinasjonsplan gis den 2. dosen minst 1 måned etter den 1. dosen, og 3. dose gis minst 3 måneder etter 2. dose. Alle 3 dosene må gis innen 1 år. Behovet for boosterdose er ikke klarlagt. Barn <9 år: Ingen erfaring. Gis i.m., fortrinnsvis i overarmens deltarmuskulatur eller i det øvre anterolaterale området på låret. Må ikke injiseres intravaskulært. Hverken subkutan eller intradermal administrering er undersøkt, og anbefales derfor ikke. Det anbefales å fullføre vaksinasjonsplanen. Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdsstoffene. Ved symptomer på overfølsomhet, må det ikke gis flere doser. Vaksineringsutsettes ved akutt, alvorlig febersykdom. Vaksinerings utsettes ved mindre infeksjon, som en lett øvre luftveisinfeksjon eller lett feber. Forsiktighetsregler: Beslutningen om å vaksinere en enkelt kvinne bør tas etter vurdering av risiko for tidligere HPV-eksponering og potensiell nytte av vaksinasjonen. Hensiktsmessig medisinsk behandling må alltid være tilgjengelig i tilfelle sjeldne anafylaktiske reaksjoner. Det er usikkert om alle som får vaksinen beskyttes. Vaksinen beskytter bare mot sykdommer som forårsakes av HPV-type 6, 11, 16 og 18. Anbefalte forsiktighetsregler for beskyttelse mot seksuelt overførbare sykdommer må fortsatt følges. Kun beregnet for profylaktisk bruk. Har ingen effekt på aktiv HPV-infeksjon eller etablert klinisk sykdom. Har ikke terapeutisk effekt og er derfor ikke indisert som behandling av cervixcancer, høygradige cervix-, vulva- og vaginaldysplasi eller kjønnsvorter, eller for å hindre utvikling av andre etablerte HPV-relaterte lesjoner. Beskytter ikke mot lesjoner forårsaket av virus typer i vaksinen som kvinnen allerede er infisert med på vaksinasjonstidspunktet. Ved bruk hos voksne kvinner må variasjonen i prevalens for HPV-typer i ulike geografiske områder tas med i vurderingen. Vaksinasjon er ikke erstatning for regelmessig screeningundersøkelse av cervix. Regelmessig screening iht. lokale anbefalinger er fortsatt viktig. Det foreligger ikke data om bruk ved svekket immunrespons. Personer med svekket immunrespons, uavhengig av årsak, kan ha redusert respons på vaksinen. Må gis med forsiktighet ved trombocytopeni eller annen koagulasjonssykdom, fordi det etter i.m. injeksjon kan oppstå blødning hos disse pasientene. Varighet av beskyttelsen er ukjent. Vedvarende beskyttelseseffekt har vært påvist i 4,5 år etter fullført primærvaksinasjon på 3 doser. Ingen sikkerhets-, immunogenisits- eller effektivitetsdata støtter kombinasjon med andre HPV-vaksiner. Interaksjoner: Kan gis samtidig med hepatitt B-vaksine på annet injeksjonssted uten å forstyrre immunresponsen på HPV-vaksinen. Andel personer som oppnådde et beskyttende nivå av anti-HB t10 mIU/ml ble ikke påvirket, men anti-HBs geometriske middelverditter var lavere når vaksinen ble gitt samtidig. Klinisk betydning er ukjent. Kan gis samtidig med kombinert boostervaksine av difteri og tetanus med enten pertussis og/eller poliomyelitt uten signifikant interferens med antistoffrespons mot noen av komponentene. En trend til lavere anti-HPV GMT er observert ved samtidig administrering. Klinisk betydning er ukjent. Samtidig bruk med andre vaksiner er ikke undersøkt. Bruk av hormonelle prevensjonsmidler synes ikke å påvirke immunresponsen på preparatet. Graviditet/Amming: Overgang i placenta: Begrensede data indikerer ingen sikkerhetsrisiko. Bruk under graviditet anbefales imidlertid ikke, og vaksinerings bør utsettes til etter fullført graviditet. Overgang i morsmelk: Kan gis til ammende. Bivirkninger: Svært vanlige (≥1/10): Øvrige: Erytem, smerte og hevelse på injeksjonsstedet, pyreksi. Vanlige (≥1/100 til <1/10): Muskelskjelettsystemet: Smarter i ekstremitetene. Øvrige: Blåmerke og pruritus på injeksjonsstedet. Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000): Hud: Urticaria. Svært sjeldne (<1/10 000), ukjent: Blod/lymf: Lymfadenopati, idiopatiske trombocytopeniske purpura. Gastrointestinale: Kvalme, oppkast. Immunsystemet: Overfølsomhetsreaksjoner inkl. anafylaktiske/anafylaktoide reaksjoner. Luftveier: Bronkospasme. Muskelskjelettsystemet: Uspesifikk artritt/artropati, artralgi, myalgi. Nevrologiske: Guillain-Barrés syndrom, svimmelhet, hodepine, synkope, iblant etterfulgt av bevegelser av tonisk-klonisk type. Øvrige: Asteni, utmattelse, uvelhet. Overdosering/Forgiftning: Symptomer: Ved overdosering er bivirkningsprofilen sammenlignbar med det som er observert ved anbefalte enkelt-doser. Egenskaper: Klassifisering: Rekombinant, adsorbent, ikke-infeksiøs fire-komponentvaksine med adjuvans, laget av høyrensedde viruslignende partikler (VLP) fra hoved L1-kapsidprotein hos HPV-type 6, 11, 16 og 18. Produsert i gjærceller vha. rekombinant DNA-teknologi. VLP inneholder ikke virus-DNA og kan ikke infisere celler, reproducere eller forårsake sykdom. Virkningsmekanisme: HPV infiserer bare mennesker, men dyreforsøk med analoge papillomavirus antyder at L1 VLP-vaksiner beskytter ved å inducere en humoral immunrespons. Preparatet beskytter mot infeksjoner forårsaket av de fire HPV-typer i vaksinen. Etter 3 år er beskyttelseeffekten mot HPV 6-, 11-, 16- og 18-relatert CIN 2/3 og AIS, VIN 2/3, ValN 2/3 og kjønnsvorter på hhv. 99%, 100%, 100% og 99%. Kryssbeskyttelseeffekt mot CIN 2/3 og AIS er også vist mot 10 ikke-vaksinertyper. Kombinert er effekten på 23%, mens for HPV-31 alene er effekten på 56%. Det er ikke vist beskyttelse mot sykdom forårsaket av HPV-typer hos pasienter som er PCR- og/eller antistoffpositive før vaksinerings. Påvirker ikke utvikling av infeksjoner eller lidelser som er til stede ved vaksineringsstidspunktet. Terapeutisk serumkonsentrasjon: Minimum beskyttende antistoffnivå er ikke identifisert. Innen 1 måned etter 3. dose er 99,9% antistoffpositive mot HPV 6, 99,8% mot HPV 11 og HPV 16, og 99,6% mot HPV 18. Immunogenisitet har sammenheng med alder og anti-HPV-nivåer ved måned 7 og er merkbart høyere hos pasienter <12 år enn hos eldre. Eksakt varighet av immunitet etter primærvaksinasjon med 3 doser er ikke fastslått. Bevis på immunologisk hukommelse ble sett hos vaksinerte personer som var antistoff-positive mot relevant HPV-type(r) før vaksinerings. Vaksinerte som fikk en tilleggsdose 5 år etter vaksinasjon, viste en hurtig og kraftig antistoff-respons (tegn på immunologisk hukommelse) som var større enn anti-HPV geometrisk middelverditter observert 1 måned etter den 3. dosen. Basert på immunogenisitetssammenligning kan en anta at vaksinen også har beskyttelseeffekt hos jenter 9-15 år. Immunogenisitet og sikkerhet er vist hos gutter 9-15 år. Beskyttelseeffekt er ikke evaluert hos menn. Oppbevaring og holdbarhet: Oppbevares i kjøleskap (2-8°C). Må ikke fryses. Beskyttes mot lys. Andre opplysninger: Hele den anbefalte vaksinedosen må benyttes. Ristes godt før bruk. Etter risting er innholdet en litt uklær, hvit suspensjon. Innholdet i sprøyten inspiseres visuelt for partikler og misfarging før injeksjon. Legemidlet skal kastes dersom det inneholder partikler eller er misfarget. Bruk én av de vedlagte kanylene til vaksinerings. Passende kanyle velges ut ifra pasientens størrelse og vekt for å sikre i.m. injeksjon. Sørg for at luftbobler fjernes fra sprøyten før injeksjon. Må ikke blandes med andre legemidler. Destruksjon: Ubrukt legemiddel eller avfallsmateriale skal behandles iht. lokale krav. Pakninger og priser: 0,5 ml (ferdigfylt sprøyte m/2 kanyler) 098722. Kr.1170,80. Godkjent SPC:18/08/2010. Sist endret: 17.11.2010

* HPV = Humant Papillomavirus. Norsk SPC datert 18/08/2010

Sykepleien

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

E-post:

redaksjonen@sykepleien.no
interaktivt@sykepleien.no

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

Medarbeidere:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

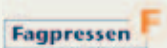
Grafisk formgiver Bjørg Nordstrand
tlf. 22 04 33 56
bjorg.nordstrand@sykepleien.no

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

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

Markedskonsulent Lise Dyrkoren
tlf. 22 04 33 72
lise.dyrkoren@sykepleien.no

Repro og trykk:
Stibo Graphic AS



SYKEPLEIENS FORMÅLSPARAGRAF:

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

Gjesteskribenter:



Bente Abrahamsen har forsket på nyutdannede sykepleieres arbeidserfaringer. De fleste ønsker seg til sykehus, men mange ender likevel opp i eldreomsorgen. Er sektoren bedre enn sitt rykte, eller er det andre årsaker? Kronikk side 76.



Per Nortvedt er opptatt av årsaken til at noen kan utføre det som skjedde 22. juli. Et politisk standpunkt kan tydeligvis ribbe oss for empati. Det har skjedd før, også med sykepleiere involvert. Dilemma side 78.



Martine Aurdal var på idylliske Sørlandet 22. juli. Hun er overbevist om at uskylden ikke er forsvunnet fra det norske samfunnet med terrorangrepene. Refleks side 86.



Runar Bakken skriver om det paradokset vi har opplevd med 11. september 2001 og 22. juli i år: Vi har fått et brutalt møte med en virkelighet vi tidligere har, trygge og mette, underholdt oss med på film og dataspill. Å velge sykepleie som yrke er å velge å jobbe i den virkelige virkeligheten, som han kaller det i sin tale til nye sykepleierstudenter. Talen er gjengitt på side 73.



Innhold

Sykepleien

AKSJONISTEN: «Bjeffet Rådet for

Hva skjer

- 7 Aksjonisten
- 8 Hva skjer – småstoff
- 11 Kan mangle 25 000 sykepleiere
- 12 Ledere slutter i NSF
- 14 – Tøffere å være tillitsvalgt
- 17 Vikarbyrå – ja eller nei?
- 19 – Lite kampånd blant sykepleiere
- 22 Digital omsorg
- 24 Søker innovatører
- 26 NSF diskuterer bemanningsnorm
- 28 Sorg er ingen sykdom
- 29 Vi bare spør Hege Gjessing

Der ute

- 40 Sykepleiernes Idol
- 44 Lavere kompetanse i ferien
- 46 Praksis-sjokket
- 50 Paragrafrytterne
- 51 Min jobb: Anne Lill Østern
- 52 Øyeblikket
- 54 Vil la Stortinget bestemme



60

66

Tema: Muslimske sykepleiere i Norge

- 30 – Allah, la det ikke være en muslim
- 32 – Jeg er ikke blitt forskjellsbehandlet fordi jeg er muslim. Heller fordi jeg er mørkhudet.
- 36 Unngår å blande roller
- 38 – Integrering må gå begge veier
- 39 6 på gangen

30



sykepleieetikk utidig og for tidlig?»

10 • 2011

8. september 2011 • 99. årgang

Fag og bøker

- 56 Samtaler endret syn på omskjæring
- 60 Kreft i Tanzania
- 63 Reiser ut for å lære
- 64 Simulerer akuttsituasjoner
- 66 Forfatterintervjuet: Beate Indrebø Hovland
- 68 Bokanmeldelser
- 69 Jeg elsker min ... sykepleiersekk
- 70 Danmark gir HPV-vaksine til flere
- 70 Quiz

Mennesker og meninger

- 72 Lisbeth Normann om bemanning
- 73 Meninger
- 73 Riskhospitalet
- 76 Beate Abrahamsen om valg av retning i sykepleiefaget
- 78 Dilemma: Per Nortvedt
- 80 Intervju med Kjersti Lien Holte
- 84 Hør her: John G. Bernander vs. Lisbeth Normann
- 86 Refleks: Martine Aurdal

- 87 Stillingsannonser
- 95 Kunngjøringer

GJESTESKRIBENTEN:

«Uskylden er ikke død»

Martine Aurdal

86



«Dette er sykepleiernes Idol»

40

80



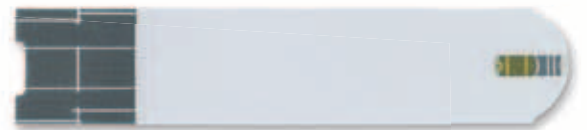


www.bayerdiabetes.no
tlf: 24 11 18 00

Alle apparatene i **CONTOUR[®]** familien bruker samme strimmel



Vi har alle diabetes og ulike behov,
men bruker samme strimmel



24
MÅNEDERS
HOLDBARHET

INGEN
KODING



- Bayers Ingen koding-teknologi
- Rask måletid – 5 sekunder
- Liten blodprøve – 0,6 µl
- 24 måneders holdbarhet



NORSK
SPRÅK



RF
Radio Frequency

simplewins™

Barth Tholens om etikk

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

En klok hund

Rådet for sykepleieetikk er som en hund som kan bjeffe når den aner uråd. Men noen ønsker at den var litt mer dressert.

NSFs landsmøte i 2007 ønsket seg en etisk vakthund med spissere ører, høyere tenningsnivå og økt volum. Rådet for sykepleieetikk hadde vært ganske puslete før. Nå ville landsmøtet at de skulle være mer på banen. Sykepleiere skulle få et selvstendig og uavhengig organ i NSF som kunne si fra når dårlig ressurstilgang og/eller dårlige ledere utsatte dem for umulige etiske dilemmaer. Rådet skulle fremme etisk refleksjon og vise klokskap når sykepleiere havnet i det vanskelige grenselandet mellom juss, økonomi, politikk og etikk.

Det skulle ikke bli lett. For når skal en god vakthund bjeffe for full hals? Når skal den bare knurre olmt eller flekke tenner? Skal den slå alarm ved hver minste lyd? Gå i strupen på hver inntrenger? Eller ha en roligere, nøktern profil, med fare for å sove akkurat når ugjerningen finner sted?

Det vil være ulike syn på om Rådet, med leder Marie Aakre i spissen, har skjøttet sin oppgave bra. De er nok blitt mer synlige og hørbare. Rådet mottar flere henvendelser fra både fortvilte sykepleiere og pasienter. Rådet produserer flere uttalelser enn før. Aakre selv har profilert seg i media som en som står urokkelig ved sykepleiens grunnlag, nemlig «respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet».

Skal den slå alarm ved hver minste lyd?

Forenklet kan man si at Rådet ikke hadde gjort jobben sin om det ikke hadde vært gjenstand for noen skikkelige kontroverser. Om alle hadde vært såre fornøyd med alt Rådet hadde foretatt seg, hadde noe vært alvorlig galt med denne vakthunden. Det har toppet seg mest når de har bjeffet voldsomt mot sine egne, det vil si sykepleiere selv, som i Harstadsaken og i Benjaminsaken på Ringerike sykehus. For mens det store flertallet av sakene som Rådet behandler, heller uproblematisk handler om kritikk mot «andre», er det straks vanskeligere når Rådet går ut mot etiske overtramp i egne rekker.

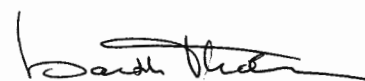
I Benjaminsaken døde en ung gutt på Ringerike sykehus etter en ukomplisert kneoperasjon. Politiet bøtela sykehuset for overtreddelse av helsepersonelloven, etter at vakthavende sykepleier ikke hadde oppdaget at pasienten fikk livstruende problemer

under smertebehandlingen på sengeposten. Hendelsen utløste en rask reaksjon hos Rådet for sykepleieetikk. Selv om Rådet fastslo at det ikke hadde innsikt i ansvarsfordelingen på sykehuset, slo det fast at «det personlige sykepleieansvaret ... ser ikke ut til å være ivaretatt» og «de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiepraksis er ikke fulgt». Det hører med til historien at sykehuset selv mente at alle rutinene hadde blitt fulgt; at sykehuset likevel godtok en bot på en halv million kroner; og at Helsetilsynet fortsatt ikke har ferdigbehandlet saken.

Bjeffet Rådet utidig og for tidlig? Noen vil mene det. Rådet hadde ikke innhentet andre opplysninger enn de pårørendes versjon av saken. De hadde ikke snakket med sykepleieren selv. Vedkommende var medlem i NSF og forventet nok at arbeidstakerorganisasjonen først og fremst ville være opptatt av hennes rettssikkerhet. Man kan godt forstå at hun kunne føle seg dolket i ryggen når et frittstående organ i NSF ubarmhjertig fastslo at hun hadde brutt profesjonsetikken før saken var ferdig undersøkt av myndighetene.

Forbundsstyret i NSF har nå fremmet et forslag til endring i vedtektene som fastslår at Rådet heretter ikke skal gi uttalelse i saker som er under behandling i et forvaltningsorgan eller i domstolene. Om forslaget blir vedtatt på landsmøtet i november, må Rådet også gjøre seg kjent med alle de berørte parters syn, før uttalelse avgis.

Forslaget vil kunne vekke debatt på Landsmøtet. Ikke bare fordi det setter strengere krav til Rådets saksbehandling, men også til vakthundens muligheter til å komme tidlig på banen. Derfor er det en vanskelig sak. Etikk er ikke juss. Vi må kunne stole på at hunden oppfører seg ordentlig og ikke biter uskyldige. Men det må heller ikke være slik at den bare skal få lov til å knurre litt etter at saken er ferdigarkivert mellom to permer.



Helseregionene avbestiller leveranse hos IBM

Det blir for dyrt og krevende å innføre det planlagte systemet for logistikk og økonomi som skulle binde alle helsefor-etak sammen. Helseregionene har derfor bestemt å avbestille leveransen hos IBM.

– Det er beklagelig at prosjektet må avbestilles, men vi erkjenner at det ikke er gjennomførbart innenfor de økonomiske rammene som er lagt til grunn, sier adm. dir. Morten Thorkildsen i IBM og adm.dir. Gunnar Bovim i Helse Midt-Norge RHF i en pressemelding.

Helse Sør-Øst

83 døde i USAs syfiliseksperiment



Foto: Scumdoc.com

Mer enn 1 300 guatemalere ble i det statsstøttede eksperimentet mellom 1946 og 1948 eksponert for den seksuelt overførbare sykdommen syfilis. Rundt 700 av dem ble smittet, og minst 83 døde, viser granskernes undersøkelser.

Dagens helsemyndigheter i USA avviste at noe lignende kunne ha skjedd i dag. Men eksperter på bioetikk er mindre overbevist. Spesielt er det grunn til å se på reglene for private forskningsprosjekter som reiser til utlandet for å foreta kliniske studier, sier professor i bioetikk på Universitetet i Minnesota, Mary Faith Marshall. NTB

Politikere støtter søksmål mot helseforetak

Et enstemmig formannskap i Eid kommune, har bevilget 10 000 kroner til Sykehusaksjonen til et søksmål mot Helse Førde. Saken gjelder ortopedtilbudet ved Nordfjord sykehus som det er vedtatt skal nedlegges.

Sykehusaksjonen har ikke gitt opp kampen. Derfor har den bedt lokalbefolkning og kommuner om pengestøtte til et søksmål.

Ledelsen i Helse Førde vil ikke kommentere saken. De sier det er opp til helsedepartementet å avgjøre den videre skjebnen til ortopediavdelingen. NRK

Nye anbefalinger

Vankomycinresistente enterokokker er et økende problem i Norge. Derfor har Folkehelsa laget nasjonale anbefalinger for hvordan de skal håndteres.

2010 var det to store utbrudd med slike bakterier på norske sykehus. Det ene, på Haukeland, er ennå ikke over. Nesten 200 pasienter er så langt knyttet til utbruddet.

Folkehelsa er bekymret for at disse bakteriene nå er kommet til Norge. Rådgiver Petter Elstrøm sier all resistens mot antibiotika gir grunn til bekymring.

– Dette handler om hvor lenge vi kan ha effektive medisiner mot infeksjoner, påpeker han.

Anbefalingene ligger på folkehelsa nettsider, fhi.no, og er foreløpige. Det er mulig å komme med innspill. Foto: Colourbox

Hva skjer

Les mer om:

- 11 Kan mangle 25 000 sykepleiere ›
- 12 NSF: Erstatte søkes ›
- 14 Tøffere som tillitsvalgt i Kongsberg ›
- 17 Bruker vikarbyråer mer ›
- 19 Leger takler reformer annerledes enn sykepleiere ›
- 22 Digital omsorg ›
- 24 Innovatører søkes! ›
- 26 NSF diskuterer bemanningsnorm ›
- 28 Nytt faggruppeblad ›

sykepleien.no

Hvem blir foreslått som ny leder i NSF? Følg med på sykepleien.no



Menn misliker probleprat



VIL SOVE: Han synes det blir for mye prat.

Foto: Colourbox

Gutter mener det er bortkastet tid å prate om problemer, selv om foreldre og kjærester presser på for at de skal åpne seg. Forskere fra University of Missouri i USA har tatt myten seriøst. At menn ikke vil snakke om følelser skyldes ikke at mannen føler seg sårbar eller er redd for å oppfattes som svak. Gutter ser rett og slett ut til å mene at det er bortkastet tid å snakke om problemene i det vide og brede. Nærmere 2000 deltakere har blitt observert og har svart på spørsmål om sine holdninger.

Forskning.no

Stopper støtte til Malawi



Sykepleiere i Malawi har ikke medisiner å dele ut til pasientene. De siste månedene har de heller ikke mottatt lønn. Snart er det tomt for medisiner på sykehusene i det afrikanske landet. Dette er bare en av konsekvensene etter at en rekke vestlige land, blant dem Norge, og EU-kommisjonen og Verdensbanken har stoppet eller redusert budsjetstøtten til landet. Bistandsprosjekter får ikke redusert støtte, skriver Bistandsaktuelt.

Legemiddelforbruk

Total anskaffelse for legemidler utgjorde 1,4 milliarder kroner.

Helseregion	2010 mill kr	2009-2010 økning
Helse Sør-Øst RHF	1401,9	3,9
Helse Vest RHF	498,0	10,0
Helse Midt-Norge RHF	368,6	9,9
Helse Nord RHF	261,8	3,9
Sykehus nasjonalt	2530,4	6,3



Legemiddelforbruk per helseregion i 2010. Tabellen viser sykehusenes innkjøpskostnad,

Kilde SLS januar 2010

Store ulikheter i ADHD-behandling

Holdningene til ADHD og behandlingen av tilstanden varierer kraftig mellom ulike land. Det gjennomgående er at forekomsten av ADHD øker, og stadig flere barn behandles medikamentelt. Det er også forskjeller mellom de nordiske landene:

Island ligger ganske mye høyere enn de andre nordiske landene: I 2007 fikk omtrent 12 av 1000 personer i den islandske befolkningen ADHD-medisiner. I Finland fikk bare litt over 1 av 1000 ADHD-medisiner. Norge lå på nærmere 5 per 1000, Sverige på nærmere 3 per 1000 og Danmark på noe over 2 per 1000.

Forskning.no



Foto: Colourbox

Håper det smaker

Ved Førde sjukehus samarbeider matvert og sykepleiere om et bedre kosthold for kreftpasienter. Prosjektet innebærer at en av kokkene er frikjøpt fra kjøkkenet for å jobbe i kreftavdelingen. Der deltar vedkommende i teamet som jobber spesifikt med mat og ernæring til denne pasientgruppa. Det gjelder både polikliniske kreftpasienter og pasienter som ligger på sengeposten. I tillegg gis det kostveiledning og praktisk visning av matretter til pårørende.

Helse Førde



EN PILLE OM DAGEN: Vitaminer hver dag er bra for gravide. Arkivfoto: Marit Fonn

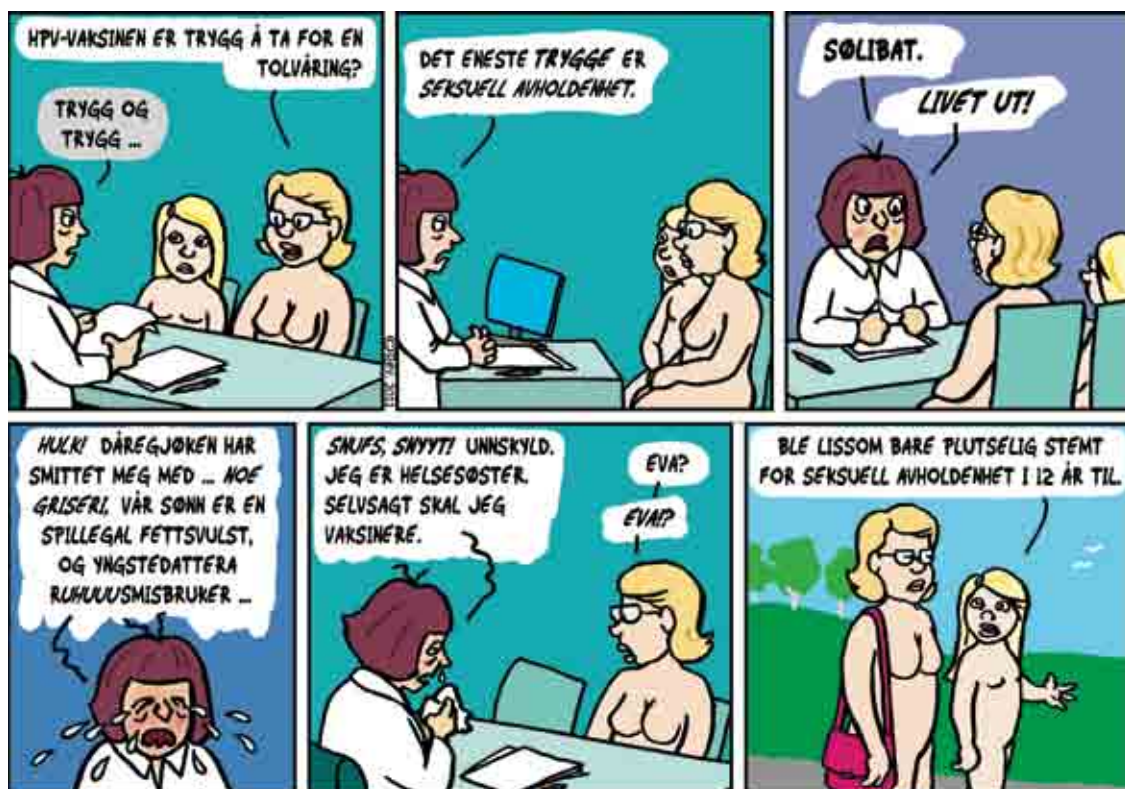
Vitaminer mot tidligfødsel?

En ny studie antyder at gravide som spiser en multivitaminpille hver dag, senker risikoen for å føde for tidlig. Studien er publisert i det vitenskapelige tidsskriftet American Journal of Clinical

Nutrition, antyder at multivitaminpiller reduserer risikoen for å føde for tidlig med 16 prosent. Resultatet stammer fra undersøkelsen: «Bedre helse for mor og barn.»

Forskning.no

TERAPI av Bodil Rønhaug



Meninger fra www.sykepleien.no



Erstatter søkes

«...Nei, vi trenger nytt blod. Ingen katastrofe å bytte ut alle tre på likt, det kan være riktig så revitaliserende...»

Ærlig talt.. (Medlem 001)

Forvirring om virkestoff

«Hei !! Dette er ett viktig tiltak !!! Veldig få kjenner til at ulike merkenavn , inneholder samme virkestoff ...»

- virkestoff

(eva karlsen . vårveien 7 Hønefoss)

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



UTFLOD? VOND LUKT?

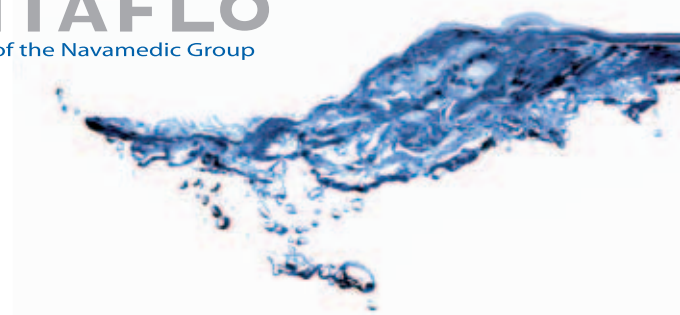
- Ecovag Balance® er dokumentert effektiv til å gjenopprette og vedlikeholde en sunn vaginalflora.
- Ecovag Balance® doseres kun én gang i døgnet.
- Du får Ecovag Balance® i alle apotek og i Vitaflos nettbutikk.

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

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



VITAFLO
Part of the Navamedic Group



Kan mangle 25 000 sykepleiere

Det vil bli noe sykepleiermangel i 2030, men det vil mangle enda flere helsefagarbeidere og aktivtører, skal vi tro Statistisk Sentralbyrå. Tekst Eivor Hofstad

Det blir flere eldre, men blir det nok helsepersonell? Hvis dagens studenttall videreføres, vil antakelig eldrebølgen gi noe sykepleiermangel, ifølge Statistisk sentralbyrås (SSB) beregninger. I beste fall vil det være noenlunde full dekning i 2030, i verste fall vil det mangle 25 000 årsverk. Men det vil stå enda verre til for helsefagarbeiderne: I beste fall vil det mangle 15 000, i verste fall 55 000.

Kriteriene som skal si noe om behovet for helsepersonell frem mot 2030, er knyttet opp mot ulike forutsetninger om politiske prioriteringer og utvikling i helse. I tillegg har blant annet politiske faktorer, som lønn og arbeidsforhold, betydning for rekrutteringen. Men dette har ikke SSB lagt inn i sine prognoser., forteller forskningssjef ved SSB, Nils Martin Stølen.

– Veksten i behovene er avhengig av mange forhold som det er vanskelig å ha noen sikker formening om. Det er rimelig å legge til grunn at politikerne ønsker noe standardheving i helse- og omsorg innenfor det som de offentlige finansene tillater.

Det vil si at det vil bli en økning i den samlede bemanningen på nærmere 50 prosent innen pleie- og omsorgstjenestene og nærmere 40 prosent i behovet for spesialisttjenester fram til 2030.

– For å møte de økte behovene må andelen unge som tar helse og sosialfagsutdanning økes fra dagens 27 prosent av et årskull til nærmere 1/3 i 2030. Det er tross alt ikke en formidabel økning, sier Stølen.

– Og hvor stor andel bør velge sykepleieryrket i forhold til i dag?

– Et inntak på i overkant av 4 000 til sykepleierutdanningen hvert år, tilsvarer 7 prosent av et ungdomskull. Det må øke noe avhengig av hvordan myndighetene velger å møte den forventede mangelen på helsefagarbeidere, sier forskningssjefen.

Hovedresultatene fra SSBs tall viser at det vil bli en klar mangel på helsefagarbeidere og aktivtører, noe mangel på sykepleiere, helsesøstre, jordmødre, bioingeniører, fysioterapeuter og tannleger. Legedekningen vil være i balanse, mens det vil være overskudd på barnevernspedagoger, sosionomer og radiografer. ■■■



PORSELEN

Supplere eller kjøpe nytt porselen? Det er vi som har utvalget:



ConGusto®



steelite
INTERNATIONAL

Ta kontakt med din Culinaforhandler, se informasjon på culina.no



Bergen 47 47 66 66 - Bodø 75 50 61 00 - Drammen 32 26 81 90 - Fredrikstad 69 30 19 50 - Kristiansand 46 63 00 03 - Lillehammer 61 05 75 70
Oslo 67 17 10 00 - Skien 35 52 15 55 - Stavanger 51 41 20 80 - Trondheim 73 95 65 00 - Tromsø 77 60 37 00





VIL HJEM TIL STAVANGER

2. nestleder Jan-Erik Nilsen. Foto: Stig Weston



- RIKTIG Å FORLATE NSF NÅ

Forbundsleder Lisbeth Normann. Foto: Stig Weston



- VIL PRØVE NOE NYTT

1. nestleder Unni Hembre. Foto: Marit Fonn

Erstattere søkes

Ingen av de tre NSF-lederne stiller til gjenvalg. Fylkeslederne er overrasket, men hoster opp nye kandidater.

Tekst **Marit Fonn**

De tre lederne i Norsk Sykepleierforbund (NSF) vil ikke fortsette i sine verv. Leder Lisbeth Normann og nestleder Unni Hembre ga begge sitt svar til nominasjonskomiteen i slutten av august. Andre nestleder Jan-Erik Nilsen, som i fire år har pendlet mellom Stavanger og Oslo, meddelte allerede i juni at gjenvalg ikke var aktuelt av private grunner.

De tre har ledet NSF sammen i én periode, altså fire år. Hembre var tidligere andre nestleder.

- Vil noe nytt

Normann begrunner sitt nei med at hvis hun skal bruke erfaringene og kompetansen hun har fått i NSF i en ny sammenheng, så føles det riktig å ta dette valget nå.

Hembre sier at hun etter 15 år i ulike posisjoner i Sykepleierforbundet synes det er på tide å prøve noe nytt.

Skuffelse

Avgjørelsen kom overraskende på fylkeslederne. Linda Lavik, fylkesleder i Buskerud, var ikke forberedt på at de to lederne ville gi seg etter én periode som team. Buskerud-styret var med på å foreslå gjenvalg for de to på toppen.

- Jeg ble skuffet, både fordi vi har hatt en super ledelse disse årene og fordi avgjørelsen kom så seint. Det hadde gjort jobben lettere å vite det før. Men fristen ble overholdt og vi må respektere avgjørelsen, sier Linda Lavik.

Fylkeslederne har vært i stor aktivitet for å

hoste opp nye ledere, både innenfor og utenfor NSF.

Kan utsette fristen

Når dette bladet trykkes, skal to kandidater ha sagt seg villig for valg til vervene i forbundstoppen. Eli Gunhild By er foreslått som forbundsleder. By er nå fylkesleder i Oslo.

Hanne Marit Bergland, som er fylkesleder i Troms, er foreslått som andre nestleder.

Men flere kandidater er på gang.

Valg av nye ledere skal skje på NSF's landsmøte i november. Fristen for forslag er 7. september, to måneder før landsmøtet skal holdes. Det er totalt 45 verv som skal besettes på landsmøtet. Men aller mest spenning er knyttet til ledervalget.

Leder for nominasjonskomiteen, Kirsten Gujord Meese, har holdt seg i ro før fristen gikk ut og overlatt til organisasjonen å ta grep da det overraskende ble kjent at toppvervene ble ledige.

- Jeg håper organisasjonen legger sjelen sin i det og prioriterer dette arbeidet nå, sa hun en uke før fristen gikk ut.

Hun har hatt troen på at det finnes gode kandidater å ta av.

- NSF har mange flinke folk.

Om det ikke er blitt nok kandidater nå ved fristens utløp, kan nominasjonskomiteen be forbundsstyret om å utsette fristen. Sier styret nei, må nominasjonskomiteen selv ut og finne flere kandidater. Det håper Meese hun slipper:

- Vi er opptatt av at demokratiet skal råde. Det er om å gjøre å finne gode kandidater og ikke

forhaste oss. Vi må sette sammen et godt team. Sykepleierne er representert så mange plasser. Det er viktig å gjenspeile områdene de jobber på.

- Tidsnød før også

Hun viser til at ved forrige valg ble fristen utsatt. Meese understreker også at ingen er kandidat til noen verv før de selv bekrefter sitt kandidatur.

Hun minner dessuten om at det ikke er første gangen NSF har vært i tidsnød. I 1998 sa leder Laila Dāvøy og nestleder Ingjerd Hovdenakk nei til gjenvalg, men da etter to perioder. De sa fra omtrent like sent som nå.

- Det løste seg den gangen. Da var det Bente Slaatten, Erik Bårdseng og Åse Jakobsen som overtok.

Det var første gang NSF fikk tre ledere på heltid.

Så fort kandidatene er klare, blir de forløpende offentliggjort på NSF's nettsider. Også sykepleien, no vil følge saken. I neste utgave av Sykepleien vil kandidatene bli presentert. ■■■

Kandidater til NSF-verv:

Når Sykepleien trykkes er disse kandidatene offisielle:

Forbundsstyret:	Kristin Gjerdingen Haugen (Oppland)
Rigmor Føske Johnsen (Vestfold)	
Anne Margrethe Haukaas (Rogaland)	Nominasjonskomiteen:
Toril O. Fjørtoft (Sogn og Fjordane)	Kirsten Helen Harstad (Rogaland)
Beate Furseth Dale (Hordaland)	Marianne Heim Skovly (Vestfold)
	Marit Hjalmarssen (Troms)
Rådet for sykepleieetik:	Kontrollutvalget:
Berit Daae Hustad (Vestfold), leder	Johnny Ødegård (Vestfold), leder
Janniche Rabben (Vest-Agder)	Reidun Nyborg Johansen (Rogaland)

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



– Tøffere å være tillitsvalgt

Hege Askestad (bildet), hovedtillitsvalgt i Kongsberg, har opplevd et tøffere klima etter den omstridte suspensjonssaken.

Tekst **Ann-Kristin Bloch Helmers, Bjørn Arild Østby og Lars Bryne** Foto **Bjørn Arild Østby**

Etter at tre ansatte på et sykehjem i Kongsberg ble suspendert med øyeblikkelig virkning i desember i fjor, har det ligget «en skygge» over samarbeidet med kommunen, ifølge tillitsvalgt.

Suspensjonene ble gjennomført uten forvarsel og uten at de fikk mulighet til å forklare seg. En av de tre suspenderte er sykepleiere. I ettertid viste det seg også at det ikke forelå skriftlige avviksmeldinger på sykepleieren, heller ikke annen dokumentasjon fra ansatte som skal ha observert de påståtte forholdene i saken.

Suspensjonene ble opphevet øyeblikkelig etter at de tre fikk mulighet til å forklare seg.

– Suspensjonssaken bør bli en alvorlig vekker i forhold til kommunens håndtering av avviksmeldinger, sa Hege Askestad til Sykepleien nummer 9 – 2011, som kom i august.

Til lokalavisen Laagendalsposten forteller hun at klimaet for å si fra som tillitsvalgt har blitt merkbart vanskeligere etter suspensjonssaken.

– Det er vanskeligere å nå fram med våre synspunkter og det har blitt et generelt hardere klima å være tillitsvalgt i. Tillitsforholdet har slik jeg ser det, fått en knekk, sier hun.

Vanskelig rolle

Gjennom denne saken har hun merket hvor

hun opplever at samarbeidet har blitt vanskeligere etter suspensjonssaken. Det beklager jeg. Jeg mener allikevel at det er viktig at vi skiller på denne helt spesielle saken og det ordinære samarbeidet partene skal ha i hverdagen for øvrig, sier hun.

Sendt redegjørelse

Helsetilsynet viste 11. mars i år til at det ikke er mottatt avviksmeldinger eller annen dokumentasjon fra andre ansatte som skal ha observert de påståtte forholdene i suspensjonssaken. Tilsynet ba kommunen redegjøre for det videre arbeidet med å sikre at avvik fra helselovgivningen ble fanget opp og rettet.

Kommuneledelsen har nå sendt en redegjørelse for sin avvikshåndtering til Helsetilsynet.

Anket til lagmannsretten

Alle de tre suspenderte i Kongsberg kommune har stevnet kommunen for Kongsberg tingrett.

Parat har nå anket dommen i erstatningssaken for den ene pleieren til lagmannsretten. I tillegg skal erstatningssaken for den suspenderte sykepleieren og hennes andre pleierkollega behandles i tingretten. Sakene er overført fra Kongsberg tingrett til Eiker, Modum og Sigdal tingrett. Sakene er foreløpig ikke berammet. ■■■

Tips oss

Har du tips fra din kommune du ønsker at vi skal se nærmere på?
Kontakt oss på firmapost@sykepleien.no

«Tillitsforholdet har slik jeg ser det, fått en knekk.» *Hege Askestad til Laagendalsposten*



utfordrende rollen som tillitsvalgt i et lokalsamfunn kan være.

– Man står i et avhengighetsforhold til arbeidsgiver, samtidig som man skal ha en uavhengig rolle som tillitsvalgt. Mange hensyn skal balanseres. Selv om vi påpeker kritikkverdige forhold, betyr det ikke at vi har en negativ holdning til hele organisasjonen, sier hun.

Etter at Sykepleien og Laagendalsposten skrev om suspensjonssaken og avvikshåndteringen, har det vært møter mellom NSF-tillitsvalgte og kommuneledelsen. Kommunalsjef Hilde Enget opplever at det er et godt samarbeid:

– Hovedtillitsvalgt for NSF informerte ledergruppen i Helse og omsorg den 24. august at

Ufaglært fikk jobben

I FORRIGE NUMMER AV SYKEPLEIEN skrev vi at kommuneledelsen i 2010 forsøkte å ansette en ufaglært som leder av hjemmesykepleien i Kongsberg, men at det etter protester fra tillitsvalgte endte med at en sykepleier fikk stillingen. Dette medfører ikke riktighet. En ufaglært fikk stillingen som leder for hjemmesykepleien. – Kongsberg kommune tilsatte en medarbeider med lang ledererfaring, men uten sykepleier-

faglig bakgrunn som leder i en av Hjemmetjeneste-basene i 2010. Som en følge av dette valget, ble det opprettet en ny sykepleierstilling med medisinfaglig ansvar, slik at det helhetlige ansvaret blir ivaretatt i tjenesten. Det er med andre ord en utradisjonell arbeidsfordeling i denne basen, en ordning som jeg mener fungerer tilfredsstillende, sier kommunalsjef Hilde Enget.



OMSORG UNDER LUPEN: I Sykepleien nr. 9–2011 presenterte vi blant annet suspensjonssaken i Kongsberg.



- Månedlig prevensjon, ingen piller å huske
- Lavere østrogendose (ethinyløstradiol) enn kombinasjons p-piller¹
- Bedre blødningskontroll enn kombinasjons p-piller (med 30 µg etinyløstradiol og levonorgestrel² eller drospirenon³)



Før forskrivning av Nuvaring® se preparatomtalen

C NuvaRing "Organon"

Antikonseptjonsmiddel

VAGINALRING 120 µg/15 µg: Hver vaginalring inneholder 120 µg etinyløstradiol og 15 µg levonorgestrel. **Indikasjoner:** Antikonseptjon. NuvaRing er beregnet til kvinner i fruktbar alder. Sikkerhet og effekt er etablert hos kvinner 18-40 år. **Dosering:** Den første vaginalringen settes inn i skjeden den 1. dagen i menstruasjonssyklus og brukes i 3 sammenhengende uker. Start på dag 2-5 i syklus er mulig, men da bør mekanisk tilleggsprevensjon brukes de første 7 dagene. Etter 1 ukes ringfri pause, der en menstruasjonssyklus lignende blødning inntreffer, settes en ny ring inn i skjeden på samme ukedag og til omtrent samme tid. Ved bytte fra annen hormonell prevensjon, se pakningsvedlegg. **Kontraindikasjoner:** Dyp venetrombose, nåværende eller tidligere, med eller uten medfølgende lungeemboli. Arteriell trombose, nåværende eller tidligere (f.eks. cerebrovaskulær hendelse, hjerteinfarkt) eller forstadium til trombose (f.eks. angina pectoris eller forbigående iskemiske anfall). Kjent disposisjon for venøs eller arteriell trombose, med eller uten arvelig tilbøyelighet slik som aktivert protein C (APC) resistens, mangel på antitrombin III, mangel på protein C, mangel på protein S, hyperhomocysteinemi og antifosfolipid antistoffer (antikardiolipin antistoffer, lupus antikoagulanter). Migræne med aura i anamnesen. Diabetes mellitus med vaskulære komplikasjoner. Alvorlige eller multiple risikofaktorer for venøs eller arteriell trombose. Pankreatitt eller slik i anamnesen hvis assosiert med alvorlig hypertriglyseridemi. Nåværende eller tidligere alvorlig leversykdom så lenge leverfunksjonsverdier ikke er normalisert. Nåværende eller tidligere levertumorer (benigne eller maligne). Kjente eller mistenkte maligne tilstander i genitalia eller brystene, hvis de er påvirkelige av kjønnshormoner. Udiagnostisert vaginalblødning. Hypersensitivitet for virkestoffene eller noen av hjelpestoffene. **Forsiktighetsregler:** Før behandlingen starter, foretas en grundig medisinsk undersøkelse, inkl. familieanamnese og blodtryksmåling. Graviditet utelukkes. Hyppighet av senere undersøkelser baseres på etablert klinisk praksis og tilpasses den enkelte kvinne. Hormonelle prevensjonsmetoder har vært assosiert med forekomst av venøse og arterielle tromboter. Risikoen for venøs tromboemboli (VTE) øker med: Økende alder, positiv familieanamnese (venøs tromboemboli hos søsken eller foreldre i relativt ung alder), fedme (og muligens også overflatiske tromboflebitter og åreknuter), langvarig immobilisering, større operasjoner, ethvert kirurgisk inngrep i beina eller alvorlig traume. I disse situasjonene er det tilrådelig å avbryte bruk (i tilfelle av planlagt kirurgi minst 4 uker i forveien) og ikke fortsette før 2 uker etter fullstendig remobilisering. Risikoen for arterielle tromboemboliske komplikasjoner øker med: Økende alder, røyking, dyslipoproteinemi, fedme, hypertensjon, migræne, hjerteklaffefeil, hjerteflimmer, positiv familieanamnese (arteriell tromboemboli hos søsken eller foreldre i relativt ung alder).

Referanser:

1. Heuvel M.W. et al. Contraception; 2005;72:168-74
2. Oddsson K. et al. Hum Reprod; 2004;20:557-62
3. Milsom I. et al. Hum Reprod; 2006;21:2304-11

Ved mistanke om en arvelig disposisjon skal kvinnen henvises til en spesialist for rådgivning før det tas en avgjørelse vedrørende bruk av hormonell antikonseptjon. Biokjemiske faktorer som kan indikere arvelig eller ervervet disposisjon for venøs eller arteriell trombose inkluderer aktivert protein C (APC) resistens, hyperhomocysteinemi, mangel på antitrombin-III, mangel på protein C, mangel på protein S og antifosfolipid antistoffer (antikardiolipin antistoffer, lupus antikoagulanter). Ved mistenkt eller bekreftet trombose skal bruk av preparatet avbrytes. Andre medisinske tilstander som har vært assosiert med sirkulatoriske bivirkninger omfatter diabetes mellitus, systemisk lupus erythematosus, hemolytisk uremisk syndrom, kronisk inflammatorisk tarmsykdom (f.eks. Crohns sykdom eller ulcerøs colitt). En økning i frekvens eller styrke av migræne (som kan være forløper for en kardiovaskulær hendelse) kan være grunnlag for å avbryte bruken av NuvaRing umiddelbart. Noe økt risiko for brystkreft. Den økte risikoen forsvinner gradvis i løpet av 10 år etter avsluttet bruk. Levertumorer må anses som en differensialdiagnose ved sterk smerte i øvre del av buken, forstørrelse av leveren eller tegn på indre blødninger i abdomen. Kvinner med hypertriglyseridemi eller slik i familieanamnesen kan ha en økt risiko for pankreatitt. Hvis vedvarende klinisk signifikant hypertensjon utvikler seg, bør bruk av preparatet avsluttes og hypertensjonen behandles. Bruken kan gjenopptas hvis normotensive verdier oppnås ved behandling med antihypertensiver. Følgende tilstander kan forekomme eller forverres ved svangerskap eller ved bruk av hormonell prevensjon: Gulsott og/eller kløe relatert til kolestase, dannelse av gallesten, porfyri, systemisk lupus erythematosus, hemolytisk uremisk syndrom. Sydenhams chorea, herpes gestationis, otoskleroserelatert hørselstap, (arvelig) angionevrotisk ødem. Ved akutte eller kroniske forstyrrelser av leverfunksjon sponeres preparatet inntil markørene for leverfunksjon går tilbake til normalen. Kan nedsette perifer insulinresistens og glukosetoleranse og kvinner med diabetes bør monitoreres nøye spesielt de første månedene. En forverring av Crohns sykdom og ulcerøs colitt har vært assosiert med hormonell antikonseptjon. Kvinner med tendens til kloasma bør unngå å utsette seg for sollys eller ultrafiolette stråler. Hvis en av følgende tilstander foreligger kan kvinnen ha problemer med å sette ringen riktig på plass eller ringen kan falle ut: Livmorhalsprolaps, fremfall av fremre eller bakre skjedevegg, kraftig eller kronisk forstoppelse. Svært sjelden er det rapportert at preparatet utilsikket er satt inn i urinrøret og kan havne i urinblæren. Feilplassering bør derfor overveies som differensialdiagnose ved symptomer på cystitt. Svært sjelden er det rapportert at ringen har festet seg i vevet i vagina og måtte fjernes av helsepersonell. Vaginitt kan forekomme. Det er ingen indikasjoner på at effekten av NuvaRing påvirkes av behandling for

vaginitt eller at selve ringen påvirkes av slik behandling. **Interaksjoner:** Interaksjoner kan forekomme med legemidler som inducerer mikrosomale enzymer, noe som kan resultere i økt clearance av kjønnshormoner f.eks. fenytoin, fenobarbital, primidon, karbamazepin, hydantoiner, rifampicin og muligens også okskarbazepin, topiramet, felbamet, ritonavir, griseofulvin og preparater som inneholder johannesurt. Noen kliniske rapporter antyder at den enterohepatiske sirkulasjonen av østrogener kan avta når visse typer antibiotika gis, f.eks. penicilliner og tetracykliner, noe som kan redusere konsentrasjonen av etinyløstradiol. Sikkerhet og effekt påvirkes ikke av behandling med antimykotika eller spermiedrepende midler. Andre legemidlers metabolisme kan påvirkes, ved at plasma- og vevskonsentrasjoner øker (f.eks. ciklosporin) eller reduseres (f.eks. lamotrigin). **Graviditet/Amning:** Overgang i placenta: Hvis graviditet oppstår, skal ringen tas ut. Effekten ved bruk av preparatet under graviditet, er ukjent. Til tross for intravaginal administrering er intrauterine konsentrasjoner av prevensjons-hormoner lik de nivåene som er observert hos p-pillebrukere. **Overgang i morsmelk:** Østrogener kan redusere mengden og endre sammensetningen av brystmelken. Bør ikke brukes under amming. **Bivirkninger:** Vanlige ($\geq 1/100$ til $< 1/10$): Gastrointestinale: Magesmerter, kvalme. Hud: Akne. Infeksiøse: Vaginale infeksjoner. Kjønnsgener/bryst: Smerter i bekkenet, ømme bryster, genital kløe, dysmenoré, vaginal utflod. Nevrologiske: Hodepine, migræne. Psykiske: Depresjon, nedsatt libido. Undersøkelser: Vektøkning. Øvrige: Ubehag i forbindelse med ringen, utstøting. Mindre vanlige ($\geq 1/1000$ til $< 1/100$): Gastrointestinale: Diaré, oppkast, oppblåst mage, forstoppelse. Hjerne/kar: Hete-tokter. Hud: Alopesi, eksem, kløe, utslett. Immunsystemet: Hypersensitivitet. Infeksiøse: Cervisitt, cystitt, urinveisinfeksjon. Kjønnsgener/bryst: Amenoré, ubehag i brystene, forstørrede bryster, brystsprenge, cervixpolypper, blødning under samleie, dyspareuni, cervix-ektopi, fibrocystisk brystsykdom, menoragi, metroragi, ubehag i bekkenet, premenstruelt syndrom, krampesmerter i uterus, brennende følelse i skjeden, vondt lukt fra skjeden, smerter i skjeden, vulvovaginal ubehag, vulvovaginal tørrhet. Muskel-skjelettsystemet: Ryggsmerte, muskelkramper, smerte i ekstremitetene. Nevrologiske: Svimmelhet, hypoestesi. Nyre/urinveier: Dysuri, sykkelig trang til vannlating, hyppig vannlating. Psykiske: Følelsesmessig labilitet, humørsvingninger. Stoffskifte/ernæring: Økt appetitt. Undersøkelser: Forhøyet blodtrykk. Øye: Synsforstyrrelse. Øvrige: Tretthet, irritabilitet, utilpasshet, ødemer, følelse av fremmedlegeme. Svært sjeldne ($< 1/10\ 000$), ukjent: Hud: Urticaria. **Oppbevaring og holdbarhet:** Grossist og apotek: Kaldt (2-8°C). Hos bruker: Romtemperatur ($< 30^\circ\text{C}$), ikke over 4 måneder. **Pakninger og priser:** 1 stk. kr 125,90. 3 stk. kr 321,80.

Sist endret: 07.06.2010

Tryggere bruk av p-piller

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

Statens legemiddelverk



MSD (Norge) AS, Pb. 458 Brakerøya, N-3002 Drammen, Tlf. 32 20 73 00, Faks 32 20 73 10, www.msd.no

Copyright © 2011 Merck Sharp & Dohme Corp., a subsidiary of Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, NJ, USA. All rights reserved. 10-2012-NUV-2010-SCAN(NO)-4987-J

Pleie og beskyttelse for sår hud

Cavilon™

No Sting Barrierefilm

**Har du pasienter som er plaget av sår hud?
Beskytt huden med en pustende og transparent barrierefilm.**

Cavilon™ Barrierefilm brukes forebyggende eller sprayes og pensles på sår og rød hud. I løpet av noen sekunder har du en langvarig beskyttelse mot:

- Friksjon og gnissing
- Irritasjon fra kroppsvæsker
- Bleieutslett
- Lim fra tape og bandasjer

Under den pustende barrierefilm blir huden frisk og hel igjen.

Cavilon har over 60 kliniske bevis – mer enn noen annen barrierefilm.

Fås på blå resept til stomi, inkontinens og kateter.

Vikarbyrå – ja eller nei?

To av tre kommuner benytter vikarbyrå. Lisbeth Normann synes det er mye, og er skeptisk. Kommende personalsjef i Bergen kommune synes alternativet er verre. Tekst **Eivor Hofstad**

Norsk Sykepleierforbund (NSF) og Den norske legeförening har sammen fått utført en meningsmåling blant norske ordførere og rådmenn. Alle er spurt, bortsett fra i Oslo. 31 prosent har svart.

Her kommer det fram at en av tre kommuner ikke benytter vikar- eller bemanningsbyrå i det hele tatt. Flertallet oppgir at de kun bruker det i svært liten grad. I Akershus og Sogn og Fjordane benytter de slike byråer i liten eller noen grad, det gjør også kommuner styrt av Frp.

– NSF er dobbel

– At to av tre kommuner bruker slike byrå er mye, og det bekymrer meg at man ikke ser de negative konsekvensene for pasientene, arbeidsmiljøet og den faglige utviklingen dette vil kunne ha, sier NSF-leder Lisbeth Normann.

– NSF har hatt et vekslende syn på vikarbyråer, minner Christine Jacobsen Skjælaaen om.

Hun har skrevet doktorgrad om innleie av sykepleievikarer i norske sykehus, og begynner snart som personalsjef i Byråsavdeling for helse og inkludering i Bergen kommune.

NSF var imot lovendringen som muliggjorde innleie av sykepleiervikarer i 2000. Men allerede i 2001/2002 inngikk forbundet tariffavtale med ni vikarbyråer. I 2001 oppfordret daværende leder Bente Slaatten medlemmene å søke jobb i vikarbyråer for å få høyere lønn og mer fritid. Dette bidro til et ekstra godt tariffoppgjør for sykepleierne våren 2002, ifølge Skjælaaen.

– Kommunene tar etter sykehusene i bruken av både vikarbyråer og interne vikarpooler. Selvfølgelig kan det være negativt, men hva er alternativet? Hvis de heller tar inn en

student eller folk fra gata, kan det være bedre å bruke byrå med fagkompetente sykepleiere.

Øker eller minker?

To av tre tror bruken av vikar/bemanningsbyråer vil være på samme nivå som i dag fremover, mens en del tror det vil øke og de færreste tror det vil minke.

– Jeg tror ikke det vil minke. Det er en enkel måte å få tak i folk på. Men det er politikerne og arbeidsgivernes ansvar å gjøre noe med at pleie- og omsorgstjenesten er underbemannet, sier Normann.

– Jeg tror faktisk konsekvensene av adeccosaken blir et større behov for vikarbyråer. Når det blir mer orden på overtidbruk og lange vakter, trengs det flere sykepleiere til å dekke opp vaktene, sier Skjælaaen. ■■■

DU FIKSER REISEFØLGET.
VI FIKSER RESTEN.

Ta med firmaet, vennene eller foreningen. Flybilletter, transfer og hotell • Billetter til ulike arrangementer • Restaurantbestillinger og inspirasjonstips • Reisemål over hele verden • Alltid kostnadsfritt pristilbud

 reisefeber.no
gruppe & konferanse



Anna Oppedal Tokheim, Möller's ernæringsfysiolog

4a-11

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

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

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

OPTIMAL UTVIKLING AV HJERNEN

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

UTVIKLING AV ET STERKT SKJELETT

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

TRYGT KVALITETSPRODUKT

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

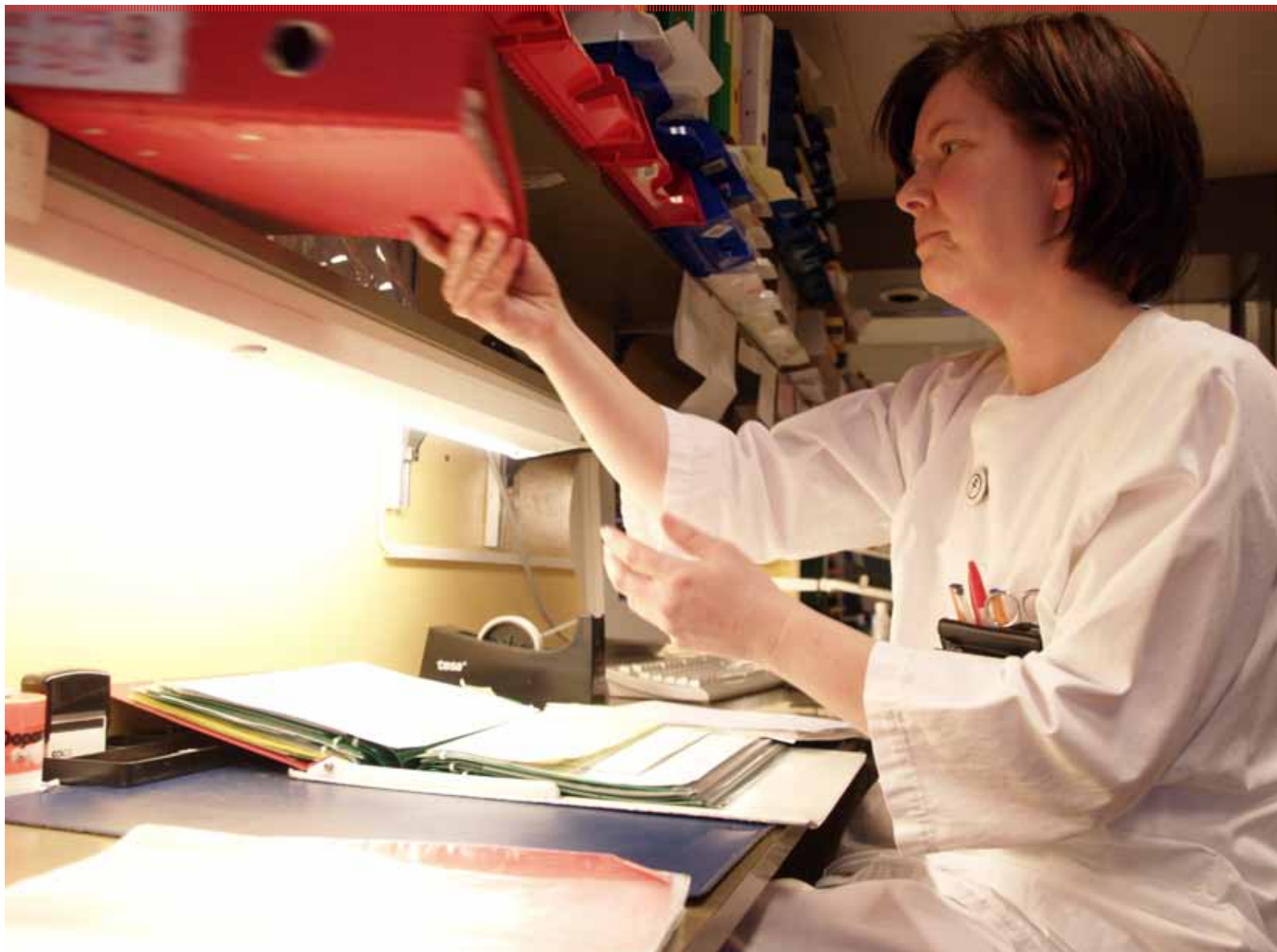
Lær mer om hvordan Möller's Tran lages på mollers.no

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

MÖLLER'S

GRUNNLAGT 1854





– Lite kampånd blant sykepleiere

PAPIRMØLLA: Mer papir - mindre pasient, er sykepleiernes oppsummering av de siste årenes reformer. Sykepleierlederne i studien til Elin M. Fjeldbraaten ikke kjempet for sykepleierfaget, men hadde fokus på drift og lederrollen. Arkivfoto: Lars-Erik Vollebæk.

Både legers og sykepleieres faglige identitet trues av nye reformer, ifølge ny studie.

Mens legene har jobbet kollektivt for faget, trakk sykepleierne seg vekk. Tekst Ann-Kristin Bloch Helmers

Det kommer fram gjennom dybdeintervjuer i studien «Mellom idealer og praksis: En casestudie av leger og sykepleiere i møte med reformer i spesialisthelsetjenesten.»

– Gjennom reformene som har vært de siste årene ser det ut til at det har vært lite kampånd blant sykepleierne. Man har bare tilpasset seg.

Det sier statsviter og sykepleier Elin Margrethe Fjeldbraaten. I sin doktorgradsavhandling har hun forsket på hvordan sykepleiere og leger

forholder seg til de endringer og reformer som er i helsesektoren. Hun jobber nå som rådgiver ved Sørlandet Sykehus HF.

Grunnlagsmaterialet består av intervjuer med sykepleiere og leger som arbeider med pasienter i sykehus, samt ledere på ulike nivåer. Resultatene viser at legegruppen og sykepleiergruppen håndterer endringene som har vært i spesialisthelsetjenesten ulikt.

På slutten av 1990-tallet og begynnelsen av

2000-tallet ble det gjennomført fire større endringer og reformer; innsatsstyrt finansiering, pasientrettighetsloven, sykehusreformen og enhetlig ledelse.

Markant forskjell

Både legene og sykepleierne opplever at den faglige autonomien og kontrollen har blitt svekket, fordi det har kommet nye krav til dokumentasjon, rapportering og profesjonsnøytral ledelse.



Leger og sykepleiere skal nå kunne ha lederjobben, uavhengig av profesjon. Denne muligheten har de angrepet forskjellig, kommer det fram i intervjuene Fjeldbraaten har gjort.

– Det er en markant forskjell mellom lederne med legebakgrunn og lederne med sykepleiebakgrunn i forhold til hvordan de identifiserer seg med lederrollen og fagrollen, sier hun.

Samtlige ledere med sykepleiebakgrunn definerer seg selv som først og fremst ledere, og har få eller ingen referanser til seg selv som sykepleiere. En av enhetslederne, som er sykepleier, sier det slik i studien:

«Jeg er nok ikke en leder som er typisk syke-

pleierne i materialet hadde ikke lokale strategier for å beholde fagligheten, og NSF lokalt var ikke særlig opptatt av å kjempe for egen profesjon. Jeg fant en mismatch mellom den overordnede strategien fra fagforeningen sentralt, og hva man var opptatt av lokalt, sier hun.

Trekker seg bort

– Sykepleierne valgte individuelle løsninger på at fagligheten ble truet. De jobbet deltid, trakk seg bort og vurderte å bytte jobb. Legene hadde møter og la strategier, og sørget for å komme i posisjon for å få innflytelse og makt til å kjempe for sitt fag.

«NSF lokalt var ikke særlig opptatt av å kjempe for egen profesjon»

Elin Margrethe Fjeldbraaten

pleieleder. Jeg liker ikke ordet. For en sykepleieleder – da leder en sykepleiefaget. Det er en bit av det, men det er ikke halvparten en gang. Pasienten kommer inn for å få behandling og sykepleien er en del av behandlingen. Og da tenker jeg at jeg er mye mer, og vil være mye mer, en driftsleder enn en sykepleier. (...) Jeg er ikke en så veldig forfekter av sykepleiefaget i min lederrolle. Sykepleiefaget er det sykepleierne der ute som skal kunne.»

Legene derimot, definerte seg først og fremst som leger, deretter som ledere.

Forskjellige strategier

– Legene i materialet finner strategier hvor de står sammen og fremmer faget kollektivt. Legeforeningen står sterkt lokalt. Det motsatte fant jeg hos sykepleierne.

– Mange av de praktiske endringene som har kommet etter reformene, utfordrer kjernen i sykepleie. Den holistiske, mellommenneskelige delen av faget har blitt betydelig svekket i sykehusene. Sykepleierne i materialet sier at de har fått mindre tid til pasienten, og må bruke mer tid på registrering og skriving. Flere pasienter gjennom systemet betyr også at det har blitt mer av det sykepleietekniske arbeidet.

Men alle sykepleierne pekte på nettopp det mellommenneskelige som en kjerne i sykepleiefaget.

Sykepleierne formidlet også en opplevelse av at flere av endringene er blitt påtvunget, med få muligheter til å handle annerledes enn det de organisatoriske betingelsene «tvinger» dem til.

Mange av sykepleierne formidlet også mak-

tesløshet og resignasjon i tilknytning til både produktivetskrav, flytting, oppsigelser og arbeidstilknytning, hvor både det sosiale og faglige engasjementet utfordres.

Skriving og ringing

– Travelheten, som kan spores tilbake til det statlige målet om økt produktivitet, gjør at sykepleierne i den daglige praksis stadig har måttet finne mer ressursbesparende måter å utføre det profesjonelle arbeidet på, sier Fjeldbraaten.

Hun mener det ser ut til at sykepleierne motvillig har tilpasset seg nye organisatoriske betingelser som fjerner dem fra pasienten.

– Dette bidrar til at sykepleien beveger seg fra å være pasientsentrert til mer oppgavesentrert, sier hun.

En sykepleier i materialet sier det slik:

«Vi får jo mindre tid til pasienten, og det er jo egentlig den utdannelsen jeg har. Det er ikke for å sitte og skrive. Jeg er klar over det at alt må dokumenteres, skrives, men det er i grunn ikke det jeg har utdannet meg til. Jeg har utdanna meg for å hjelpe og stelle pasienter, gi medisiner. Men det blir mer og mer skriving og ringing.»

Penger viktigst

Både sykepleierne og legene i studien mente at reformene først og fremst var reformer for å spare penger. Sykepleierne uttrykte frustrasjon over at de opplevde jobben mer som produksjon enn pleie.

– Et resultat av reformene er at flere pasienter skal gjennom systemet på kortere tid – det betyr at legene får gjøre mer av det som er deres kjerneoppgave, nemlig det medisinskfaglige. Dette kan være med på å styrke deres identitet. Det mellommenneskelige, å bry seg om pasienten, er ikke en like sentral legeoppgave, sier hun.

Fjeldbraaten forteller at det var en utfordring i seg selv å skulle definere kjernen i sykepleiefaget.

– Hva er det som gjør at sykepleie er en egen profesjon, og ikke legenes assistenter?

Ingen kampånd

Hun mener at det nå er i ferd med å skje en refortolkning av sykepleieryrket.

– Alderssammensetning i befolkning endres, og spesialisthelsetjenesten blir mer spesialisert. Hvilken rolle skal sykepleierne ha når pasientene sendes tidligere ut til kommunene?

Hun mener man vil ha et kjempebehov for mer sykepleieteknisk arbeid i kommunene, og ser for seg at sykepleierne da vil få en mer teknisk og koordinerende rolle, mens hjelpepleiere og omsorgsarbeidere vil få mer av det mellommenneskelige.

– Det er viktig å stille dette spørsmålet nå, rett foran samhandlingsreformen: Hva er sykepleie? ■■■

Reformer:

Siden slutten av 90-tallet har det kommet:

- › innsatsstyrt finansiering
- › pasientrettighetsloven
- › sykehusreformen
- › enhetlig ledelse

Endringene har hatt til hensikt å øke produktiviteten og kostnads-kontrollen, styrke pasientenes rettigheter, redusere ventelistene, oppnå bedre samordning mellom de ulike sykehusene, samt å øke kvaliteten på tjenestene.

Studien til Elin M. Fjeldbraaten viser at det legene og sykepleierne først og fremst har oppfattet av reformen, er at de skal spare penger.



FORSKER: Elin M. Fjeldbraaten.

SenSura[®] Mio



Passer til forskjellige kroppsfasonger Føles sikker

Føyer seg etter kroppens naturlige bevegelser

SenSura[®] Mio er en ny colostomipose utviklet med en hudplate som gir økt elastisitet og tilpassningsevne. Den elastiske hudplaten er basert på BodyFit™ Technology. Den tilpasser seg kroppens konturer og sikrer at hudplaten sitter godt, samtidig som den føyer seg etter kroppens naturlige bevegelser.

For mer informasjon, gå inn på www.coloplast.no.



Ostomy Care
Urology & Continence Care
Wound & Skin Care



Coloplast utvikler produkter og tjenester som gjør livet enklere for mennesker med personlige medisinske behov. Vi samarbeider tett med brukere av våre produkter og utvikler løsninger tilpasset deres behov. Vi kaller dette intimsykepleie. Våre forretningsområder inkluderer stomi, urologi og kontinens, hud- og sårpleieprodukter. Vi er et internasjonalt selskap med over 7000 ansatte.

Coloplast er et registrert varemerke eid av Coloplast A/S © 2011-05
Alle rettigheter er forbeholdt Coloplast A/S, 3050 Humlebæk, Danmark

Coloplast Norge AS
Svovelstikka 1
0603 Oslo
Tlf.: +47 22 57 50 00

www.coloplast.no

Digital omsorg

Når bilen krenger, piper det i sensorer, og mobilen vår sier fra når batterinivået blir for lavt. Men hvem varsles om bestemor faller?

Tekst Åse Dragland, Gemini

Om jeg faller på badegulvet og ikke kommer meg opp, vil jeg at noen skal varsles. Og jeg vil heller ha en GPS eller sensor rundt halsen enn å gå meg vill når hukommelsen forsvinner.

Det sier Astrid Nøklebye Heiberg (75), kjent som tidligere professor, lege, statssekretær i Sosialdepartementet og president i Røde Kors. I dag er hun en varm tilhenger av teknologi som kan gi støtte så eldre kan bo lenger hjemme.

– Jeg vet at for å benytte teknologi kreves det informert samtykke fra den det angår, men det må da Helsemyndighetene kunne få til? En enkel blankett kan ligge hos fastlegen, så han kan si til meg – akkurat som ved fornyet sertifikat: «Nå har det kommet så langt, fru Heiberg, at du bør vurdere å skrive under på samtykke til at andre kan bruke overvåkingsteknologi på deg.» Det kan da vel ikke være noen sak?

Ikke nok varme hender

Men velferdsteknologi er en sak – et flokete område til og med. For én ting er at eldre og helsevesen sier ja til en innføring. Noe annet er hvordan det skal organiseres, etiske spørsmål og hvilke teknologiløsninger som skal tas i bruk.

Bakteppet kjenner vi alle: Samtlige land i Europa har en demografisk utvikling med et



VIL BLI FUNNET: – Når hukommelsen svikter, kan det være kjekt med GPS, mener Nøklebye Heiberg.

økende antall eldre. Samtidig finnes det ingen tilsvarende vekst i arbeidsstyrken i helsesektoren. Dermed er det tid for gode ideer til bedre og mer effektive løsninger, og velferdsteknologi lanseres som det beste av disse.

Teknologiske løsninger finnes i hopetall. Men de er for kompliserte og ikke tilpasset behovene til de eldre, som også har lite erfaring med slike løsninger. Derfor er noen land nå i gang med pilotforsøk, blant andre Danmark og England.

Som en engel

England kjører et av de største prøveprosjektene i Europa. 2500 pasienter er involvert i piloten som har vakt internasjonal oppsikt.

Høsten 2010 gjør NRK opptak i bydelen Newham i London, og tv-kameraet fanger inn pensjonist William Flemming som har fått svekket helse og er avhengig av hjelp i sin egen stue.

– Vil du ha et kryssord, spør kona og hjelper mannen sin ned på stolsetet.

Rekkehuseleiligheten øst i London er full av tekniske installasjoner, blant annet måler William blodtrykk og oksygenopptak hver dag. Det er pasienten selv eller pårørende som gjør målingene. Datainformasjonen sendes til et team av sykepleiere og assistenter som vurderer om endringer i vekt og puls er alvorlige eller normale:

«Blodtrykket hans har falt litt – drikker han nok vann?» sier kvinnen som sitter i telefon og samtidig sjekker pasientjournalen med kollegene.

– De sjekker meg hver dag, og det kjennes betryggende. Hvis jeg føler meg rar, og blodtrykket er høyt, vet jeg hvorfor, sier William.

Prosjektledelsen påstår at han er blitt mer selvstendig enn på lenge. Etter eget sigende har han ikke hatt behov for å møte opp på helsesenteret på et halvt år.

Ute i hagen i Newham rydder kona til William i rosehekken sin. Hun snakker om hvordan dagene har forandret seg til det bedre, og at hun har fått et sosialt liv. Tidligere var hun bundet til å passe den syke mannen sin inne i huset:

– Før har jeg ikke kunnet forlate ham. Dette

har endret livet mitt – det er som å ha en god venn eller engel som ser etter han.

Den norske tv-reporteren retter mikrofonen mot prosjektledelsen og stiller spørsmålet vi alle lurer på: – Men savner ikke de eldre den rene øye- og nærkontakten med helsepersonale? Er det ikke noe som forsvinner i dette?

– De får faktisk mer kontakt nå enn før, når de traff pleiere og helsevesen kanskje hver tredje eller fjerde måned, opplyser den kvinnelige prosjektlederen. – Den daglige og ukentlige kontakten får dem til å føle seg tryggere.

Forskning som brobygger

I Norge satte regjeringen i fjor ned et utvalg som skal vurdere behovet. I statsbudsjettet er det ikke satt av midler til feltet. Etter en lang periode i dødvannet samler nå forskere, industriaktører og kommuner seg i en rekke forprosjekt med finansiering fra regionale forskningsfond. Slik kan partene begynne å sy sammen større hovedprosjekt.

– Velferdsteknologi er ment å gi trygghet, sosial kontakt, stimulans og aktivitet, sier forskningssjef Randi Eidsmo Reinertsen ved SINTEF. Her har helse- og IKT-forskere bygget opp kompetanse på tvers av faggrupper, og jobber nå tett sammen i flere prosjekter som ser på hvordan velferdsteknologi kan brukes til å løse utfordringene.

– Vi må finne ut hva eldre som skal bo lengre hjemme, vil ha behov for. Løsninger som forebygger og varsler fall blir viktig, og riktig medisinerings må sikres. Eldre mennesker vil trenge sensorer som kan våke over vitale livsfunksjoner og oppdage endringer i sykdomsbildet i tide, og de kan ha bruk for sosiale medier som kan lette kontakt med familie og helsetjeneste.

Reinertsen er opptatt av at forskere må prøve å minske kløften mellom produsent og kommunene (bruker) som skal velge løsninger. Hjelpemidlene må bli så enkle at de eldre kan beherske dem, og ta dem i bruk tidlig. Slik blir det en glidende overgang fram til den dagen de virkelig trenger utstyret.



VANT SMARTPRIS: Flere Kols-prosjekter er i gang, blant annet i Oslo, Bærum og Stavanger. Bildet er fra Dalane kommune, som samarbeider med Stavanger universitetssykehus om en teknologisk løsning som blant annet innebærer elektronisk kontakt med kols-pasienter. For dette vant de Sykepleiens Smartpris 2010 som årets innovasjonsvirksomhet. Arkivfoto: Jan Inge Haga.

GPS, sosiale medier og helsetelefon

Muligheten for å varsle andre blir viktig når man bor alene og helsa er skrøpelig. Like bortenfor Reinertsen sitter helseforsker Kristine Holbø. Hun ser på hvordan de beste GPS-modellene kan utvikles videre til et nytt og positivt hjelpemiddel for eldre og demente, men stiller samtidig spørsmål rundt ansvar og praktisk gjennomføring.

Klara Borgen i Trondheim kommune leder prosjektet «Helse- og velferdsteknologi». Hun forteller at kommunen har sett på pilotforsøk i Skottland rundt varslingsystemer, og nå er i gang med en tilsvarende modell.

– Vi ønsker å bygge opp et nytt telefonmottak – én helsevakttelefon som skal favne om dagens ulike hjelpetelefoner som legevakt, trygghetsentral og krisetelefoner. Når det gjelder GPS, vil vi i første omgang teste ut verktøyet for å skape ekstra trygghet rundt eldre som bor alene. Vi vil ikke forhaste oss, men forsøke å tenke helhetlig når det gjelder velferdsteknologi – og har startet med å kartlegge hva som er gjort og hva status er i kommunen, sier hun.

I prosjektet «Sosiale medier for den aldrende befolkning» utvides bildet ytterligere når forsker

Tone Øderud trekker inn webbasert teknologi og kommunikasjon:

– Fysisk aktivitet og sosial kontakt gjør at eldre fungerer godt lenger. Sosiale medier gir muligheter for å samhandle sosialt. Kanskje kan eldre ha et skjermbilde på tv-en der de holder kontakt med barn og barnebarn i en annen by? Med tilpassing og tilrettelegging kan de både snakke med og se dem.

Kontaktsentraler

For å kunne overvåke helsa til en person, må målinger til. På samme vis som William i England sender sine målinger inn til en sentral, forsøker Bærum og Trondheim kommune i samarbeid med forskere og IKT-bedrifter å etablere kontaktsentraler for å følge opp kronisk syke pasienter hjemme.

I snart fire år har SINTEF-forsker Jarl Reitan vært ansvarlig for «Kols-prosjektet» der kroniske kols-pasienter følges opp hjemme. Til nå har hjemmehjelpere foretatt målinger og sendt inn til en «kols-sentral» på St. Olavs Hospital. Nå ser det ut til at Trondheim kommune kan overta med et eget mottakerapparat. Prosjektet «Helse- og velferdsvakta» skal se på etablering

av en 24-timerstjeneste der det også trekkes inn spesialistkompetanse fra sykehuset. I Oslo jobber kollega Dag Ausen og Bærum kommune med et tilsvarende prosjekt, hvor kontaktsentralen også vil kunne følge opp alarmer fra en trygghetspakke i hjemmet.

Målingene skal gjøres av de eldre selv eller pårørende, og kommuniseres til sentralen via mobil. Men det kan også skje på annet vis: IKT-forsker Ingrid Svagård har vært med å utvikle et konkret sensorbelte som kommuniserer med en mobiltelefon. Beltet måler hjerterate, temperatur og aktivitet.

Rehabilitering og medisiner

Hjelpende teknologi trenger ikke være montert på en person, men kan plasseres i de fysiske omgivelsene til den eldre.

– Jeg vil ikke snuble i teppekanter og falle innendørs, sier Astrid Nøklebye Heiberg.

– Brudd betyr opptrening, lang rekonvalesens og isolasjon. Derfor må dårlig belysning unngås.

Bærum kommune, SINTEF og hjelpemiddel-firmaet Abilia tenker også i disse baner. Derfor er de i ferd med å sy sammen en trygghetspakke med kognitive hjelpemidler og varslingsystemer.



– Denne kommunale kofferten kan lånes ut, og innholdet skal lett kunne monteres hos den eldre, forteller Terje Myhre i Abilia. – Her vil det være fallalarm, og sensorer montert på vegg og dører vil kunne registrere bevegelser og slå på lys i rom. Systemer med talestøtte kan gi beskjeder hvis stengsel på en dør blir brutt.

Og hva med å få tatt riktige medisiner til rett tid? Økt press på den kommunale hjemmetjenesten gjør at det blir viktig å finne enkle, effektive løsninger som sikrer medisinbehandling. SINTEF har vært inne i bildet og sett på håndtering på sykehjem via elektroniske medisinskap og medisinvogner som skal hindre feil. Nå skal de sammen med Trondheim og Bærum kommune, samt flere legemiddelfirma, vurdere automatisk tildeling av medisin for gamle hjemme som ikke kan håndtere dette selv.

Felles standarder mangler

Skal velferdsteknologi fungere, kan den ikke bare ta hensyn til én bruker, men til et

nett av aktører som trenger å kommunisere sammen: bruker, kommune, helsevesen, pårørende, advokat og forsikringsselskap. Det krever igjen en felles teknisk plattform

Dette arbeides det med i EU-programmet UniversAAL, der 17 partnere med SINTEF i ledelsen er i gang med å produsere et åpent system av tjenester for å designe og dele velferdsteknologi.

– For å bruke en lego-metafor så vil UniversAAL kunne tilby byggeklosser, verktøy og instruksjoner. Noen klosser kan koble deg mot sensorer (som GPS-en på en smarttelefon) mens andre kan la deg dele informasjon med tjenester som for eksempel Facebook, Google og Microsoft, sier Marius Mikalsen på SINTEF IKT.

– Om en liten norsk bedrift vil lage en løsning og bruke GPS-informasjon til å spore demente, kan utvikleren starte fra scratch og lage alt selv, eller han kan benytte byggeklosser fra UniversAAL. Når løsningen er ferdig, vil kanskje bedriften tilby den til kommunen. Om kommunen er interessert, men mangler

«klossen» som trengs for at informasjonen skal tilflytte dem, skaffer de seg den fra UniversAAL. Dermed funker systemet.

Det internasjonale UniversAAL-systemet må sees i sammenheng med at kommunene nå prøver å standardisere IKT. Nylig har de ti største kommunene organisert seg i en gruppe (K10). Dette kan bli en motor for å utvikle en felles arkitektur som kan komme alle til gode.

Hva mener KS?

Men hvordan møter kommunene og arméen av helsearbeidere som skal sette dette ut i livet, utfordringene? På telefon kan strategisk rådgiver i Kommunenes Sentralforbund (KS), Åshild Willersrud, fortelle at mangel på kompetanse er et nøkkelord. KS har nylig gjort en undersøkelse der ca. 200 kommuner har svart på spørsmål rundt innføring av teknologi.

– Undersøkelsen slår fast mangelen på kompetanse. I tillegg savner de ansatte informasjon rundt

Søker innovatører

Kjenner du en smarting? Sykepleiens konkurranse Smartprisen 2011 har frist **1. november** for å melde inn kandidater.

Sykepleiere som mener de har bidratt positivt til kvalitetsforbedring og effektivisering, kan sende inn søknad. Det kan handle både om utvikling av nye rutiner og tilbud, nyskaping på arbeidsplassen eller utvikling av «tekniske» løsninger som gjør arbeidet lettere.

Alle, både enkeltpersoner og virksomheter, kan foreslå kandidater, og du kan også foreslå deg selv. Forslagene sendes til: smartpris@sykepleien.no

Kvalitetssikring

Det er kompetansenettverket Innomed i Trondheim som skal bistå med kvalitetssikring av kandidatene til prisen. Innomed har betydelig erfaring med innovasjon i helsetjenesten og vil eventuelt også kunne hjelpe vinnere og andre kandidater med videreutvikling og spredning av sine ideer.

75 000 kr.

Praktisk informasjon og krav til dokumentasjon er lagt ut på www.sykepleien.no, www.ks.no og www.innomed.no under overskriften Smartpris 2011.

På Sykepleiens nettsider vil du også kunne lese om tidligere prisvinnere og deres ideer. Etter Innomeds kvalitetssikring vil en uavhengig jury vurdere kandidatene.

Navnet på prisvinnerne kunngjøres i begynnelsen av neste år.

Det skal deles ut tre priser, hver på 75 000 kroner. Prispengene skal gå til videreutvikling av konseptet, til eventuelle studier eller til videreformidling av konseptet. ■■■



hva velferdsteknologi er og kan utrette.

Willersrud mener det er åpenbart at høyskolene rundt om får en oppgave framover, med tema som må inn i undervisningsopplegget på både grunn- og videreutdanning.

– Heldigvis vet jeg at Høgskolen i Sør-Trøndelag jobber med dette, og at Bergen kommer med tilbud om videreutdanning til høsten, sier hun.

Erfarne brukere

Astrid Nøklebye Heiberg vil ha samtykkeordning for eldre angående velferdsteknologi. Hva skjer her? Vi ringer Ivar Leveraas i Hagenutvalget som har velferdsteknologi som mandat. Men Leveraas har ingen gode nyheter: Datatilsynet stiller strenge vilkår, så noen blankett hos fastlege er nok ikke mulig.

Det er imidlertid én god nyhet i jungelen av hindringer: Når norsk velferdsteknologi står klar en gang rundt 2020, vil 70-80-åringene i målgruppa bestå av erfarne Facebook- og iPhone-brukere. De vil overhodet ikke være redde for teknologi.

HØSTENS STORE AKTIVITETSKONKURRANSE!

Bestig Mount Everest på 60 dager!

15. september – 15. november

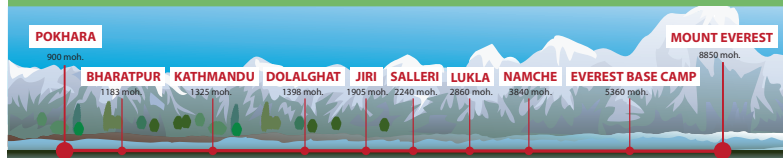
Har du husket
din påmelding?



Ansatte fra helsesektoren i Norge inviteres herved med på Høstens Store Aktivitetskonkurranse – Sammen skal vi bestige Mount Everest! Konkurransene til Dytt kjennetegnes av at de er engasjerende for alle, uansett fysisk form. Få med dine medarbeidere og gjør noe aktivt og morsomt sammen. Konkurrer mot andre fra helsesektoren i hele Norge!

“En enkel og morsom måte å komme seg i form på sammen”

Pris kun 299 kr per deltaker inkl. skritteller. Prisen er oppgitt eks. mva. Gjør deres påmelding på www.dytt.no/host. Eller ring: 22 33 59 00. Påmelding før 12. september.



dytt.no Friskere og Gladere medarbeidere

Smartprisen 2011

TRE PRISER

› Årets nyskaper:

Prisen går til en eller flere sykepleiere som i sterk grad har bidratt til å utvikle nye ideer, nye arbeidsmetoder eller nye rutiner. De skal enten ha utviklet sine ideer selv eller ha utmerket seg ved å ta i bruk ny teknologi og/eller nye metoder.

› Årets innovasjonsvirksomhet:

Prisen går til en virksomhet eller et tjenestested/avdeling som har utmerket seg ved å utvikle og ta i bruk nye ideer, nye arbeidsmetoder, ny omsorgsteknologi og/eller nye rutiner i helsetjenesten. Sykepleiere skal ha en vesentlig rolle i virksomheten.

› Årets oppfinnelse:

Prisen går til en konkret ny oppfinnelse eller en idé til en konkret ny oppfinnelse som kan bidra til å løse praktiske utfordringer i helsesektoren. Løsningen skal være av materiell art, den skal være selvutviklet og det skal ikke stå kommersielle aktører bak. Det må dokumenteres at man er først ute med løsningen. Oppfinneren skal enten være sykepleier eller et team av personer der sykepleiere er med.

NSF diskuterer bemanni

NSF har fryktet at en minstenorm for bemanning på landets sykehjem vil bli en maksimumsnorm. Men nå åpner Lisbeth Normann opp for å snu.

Tekst **Eivor Hofstad**

Både barnehagebarn og førskolebarn har fått det. Snart får alle skolebarn det også: En minstenorm for bemanning. Med valget og samhandlingsreformen rett rundt hjørnet, har den politiske debatten rundt bemanningsnorm på landets sykehjem også blusset opp.

Ap og Sp er mot, Høyre er mot for andre grupper enn legene, Venstre er skeptisk, men er for en norm for legene, Frp er for (både for

sykepleiere, helsefagarbeidere/hjelpepleiere og leger), mens SV og KrF er på gli, og skal diskutere forslaget. Fagforbundet er mot, Legeforeningen ønsker det for legene, men hittil har ikke Norsk Sykepleierforbund (NSF) ønsket det for sykepleierne.

Derfor var det nye toner da NSF-leder Lisbeth Normann i Dagsrevyen den 25. august åpnet opp for å støtte forslaget om bemanningsnorm i sykehjem.

Skal opp i forbundsstyret

– Vi har vært redde for at det skulle bli en maksimumsnorm og at de som hadde bedre bemanning enn normen da ville redusere den. Men mange har dokumentert for oss at det ikke er så stor grunn til å være bekymra for det, sier hun.

– Så nå har dere ombestemt dere?

– Nei, men vi må ta denne diskusjonen på nytt og personlig mener jeg dette ser ut som et mer realistisk tiltak enn før.

Få orden på alt. Begynne å trene. Lære fransk. Ordne privatøkonomien. Bytt dyre smålån mot ett bedre. Begynne et bedre liv. Ring 815 56 474.

Gjør det. Ring. Vi liker å bruke telefonen. Da kan du spørre og vi forklare. Vi synes at det er triveligere. Men vi er så gammeldagse at vi også har en hjemmeside der du kan søke om lån.



Månedsbetaling beregnet ut ifra en tilbakebetalingstid på 12 år

	8,9%	11,9%	15,9%
50 000 kr	648	738	868
100 000 kr	1215	1392	1648
200 000 kr	2347	2700	3207
300 000 kr	3479	4007	4766

Etableringsgebyr på 1475 kr og termingebyr på 65 kr er inkludert i månedsbetalingen i tabellen.

*Renten er individuell og er mellom 8,9% – 19,9% og du kan velge tilbakebetalingstid mellom 1-12 år. Det avgjør hva månedsbetalingen blir.

www.nordax.no

Nordax

FOR Å SØKE: Alder 23-69 år, minst 150 000 kr i årsinntekt, norsk statsborger eller bodd i Norge i 3 år og ikke ha eller ha hatt betalingsanmerkninger. DEN EFFEKTIVE RENTEN: 19,23% på 65 000 kr, 5 år, nom. rente 15,9% og etableringsgebyr 1 475 kr og termingebyr 65 kr. Totalt beløp å betale er 100 715 kr (aug 2011).

ngsnorm

– Hvorfor det?

– De bemanningsundersøkelsene vi har foretatt, blant annet den siste vi fikk fra FAFO, dokumenterer at bemanningen er for lav mange steder, at gapet mellom planlagt og faktisk bemanning er illevarslende stor og at andelen ufaglærte ikke går ned. Derfor mener jeg man må over på andre metoder og tiltak som lar seg dokumentere. Men dette skal vi diskutere i forbundsstyret.

– Normering vil gi vanskeligheter

Tone Toften, statssekretær i regjeringen argumenterte i det samme dagsrevyinnslaget også med frykten for at en minstenorm på bemanning i praksis skal kunne virke som en maksimumsnorm.

– Tror du det er den egentlige grunnen?

– Nei. Det finnes jo normering både i skole og barnehage. Jeg tror normering vil skape vanskeligheter fordi man da må rette opp åpenbare skjevheter i bemanning og bemanningssammensetning, prioritere og rekruttere flere sykepleiere, investere i kompetanseheving og bevilge ressurser til det, sier Normann.

– Vil ikke en eventuell minstenorm også få en slutt på profesjonsnøytraliteten som regjeringen er så glad i, men som NSF liker så dårlig?

– Alt som bidrar til at profesjonsnøytralitet ikke blir en realitet er fint. Men viktigst av alt er at kompetanse- og bemanningskrav vil sikre pasientene kvalifisert behandling og oppfølging, mener NSF-lederen.

Vil presse til nytenkning

I Aftenposten viste nylig kommunalminister Liv Signe Navarsete (Sp) til at det ikke er noen entydig sammenheng mellom personellinnsats og kvalitet – målt ved brukernes tilfredshet med tjenestene. Hun poengterer også at det er store individuelle forskjeller i de eldres behov for tjenester.

SV-leder Kristin Halvorsen sier i samme avis at det er grunn til å ta forslaget om bemanningsnormer på alvor, særlig når viktige grupper som tidligere har vært mot, mener det er behov for ny debatt.

– Vil NSF gjøre noe for å påvirke partiene ytterligere før valget?

– Vi må nok ta diskusjonen i eget hus først, men vi kan jo presse politisk på å tenke nytt likevel, sier Normann. ■■■

**AKTROMMET.NO**
– skaper en bedre hverdag for sykepleiere



Nytt produkt!

Unngå at utstyr faller ut av lommen.

Bestill i dag på vår nettbutikk

www.vaktrommet.no

Produktet er utviklet med hjelp fra Innovasjon Norge.



Sorg er ingen sykdom

Ennå tenker vel de færreste at sorg er en sykdom, men det er en dynamikk i vårt samfunn som gjør at en slik tanke blir mer og mer nærliggende, skriver Dr.philos. Henning Herrestad i siste utgave av bladet Psykisk helse og rus. Tekst **Johan Alvik**

Herrestad, som også er utdannet gestalt-terapeut, jobber som koordinator for sorgtjenesten i Fransiskushjelpen. Han skriver i siste utgave av Psykisk helse og rus om sorg, og sammenliker det å sørge med å være i eksil i et fremmed land. Han skriver blant annet:

– Vi har gjort legene til voktere over hvem som skal få lettelse fra arbeid (sykemelding, sykelønn) og offentlige tilbud om omsorg og støtte, og for å kunne hjelpe må legen finne

at den sørgende er syk. Vi er også i ferd med å gjøre alvorlig sorg utover seks måneder til en psykisk lidelse. Det er en internasjonal industri å drive forskning og utvikling av effektive behandlingstilbud og medikamenter. Bak dette ligger både økonomiske motiver og en tanke om at vi må endre måten vi møter menneskelige problemer på mot tiltak som har demonstrert en positiv virkning, skriver Henning Herrestad i Psykisk helse og rus. (...)

– På den annen side kan man gjøre opprør mot

denne medisinske tenkningen om sorgen. Vi kan gå sammen om å kreve aksept for at den sørgende har et livsproblem som man må ha respekt for. Den sørgende er ikke syk, men fortjener allikevel å få lettelse eller fri fra vanlig arbeid, og å få støtte og omsorg. Skal vi forstå hva sørgende er utsatt for er den beste sammenligningen at den sørgende er sendt i eksil i et fremmed land, skriver Herrestad i Psykisk helse og rus.

Les hele artikkelen i PDF-format på www.sykepleien.no. ■■■



NY UTGAVE AV PSYKISK HELSE OG RUS:

Denne utgaven er laget i samarbeid med svenske Psyche. Du kan abonnere på Psykisk helse og rus ved å kontakte Charlotte Walthers på cwalth@online.no eller på telefon 48209684.

ALT PÅ ETT KORT

NYHET!

DRIVSTOFFRABATT

50 øre
fra første liter

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

Les mer om alle fordelene på nettsiden vår.

essomastercard.no
Drivstoffrabatt og mye, mye mer

**20%
rabatt på**

TigerWash



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

Tilbudet gjelder medlemmer av Norsk Sykepleierforbund / Drivstoffrabatt er øre/liter på pumpepris drivstoff inkl. moms / Effektiv rente ved en kredittramme på kr 50.000 er fra 25,34 % til 26,62%

Hege Gjessing

Alder: 39 år

Aktuell som: Ny president i Den norske legeforening

BAKGRUNN:

Hege Gjessing overtok som legepresident 1. september etter Torunn Janbu, som gikk av etter seks år. Gjessing er anestesilege og har vært leder for Yngre legers forening de siste fire årene.

Diskuterer gjerne profesjonskamp

Kvinne overtar etter kvinne.

Hva tenker du om det?

– Jeg har ikke vært så opptatt av det. Jeg har lyst til å gjøre denne jobben og har gått for det.

Hvorfor ble du lege?

– Jeg visste det allerede på ungdomsskolen. Husker ikke helt hvorfor. Men valget var vel motivert av å kunne ha et meningsfylt yrke med påvirkningskraft, og samtidig en trygg jobb. Jeg søkte aldri på noe annet.

De fleste legestudentene er jenter.

Hva synes du?

– Det er bra med mange kvinner i faget. Men det beste er arbeidsplasser med omtrent halvparten av hvert kjønn. Fortsatt er de fleste leger menn. Men vi har begynt å tenke på hvordan vi skal få flere gutter på studiet. Det har vært 60 prosent jenter lenge.

Kvotering?

– Så langt har vi ikke tenkt. Vi har tenkt på hvordan stimulere gutter for å opprettholde balansen.

Blir sparekniven på Oslo universitetssykehus den store nøtten?

– Det er en svær sak. Ledelsen har erkjent at den ikke har lyttet til fagmiljøene. Vi har veldig gode tillitsvalgte, men jeg er redd de blir slitne. Man beveger seg på en knivsegg; det kan gå fram eller tilbake. Det kan bli bra eller stanse opp.

Hvordan står det til med legers autoritet?

– Undersøkelser viser at befolkningen har stor tillit til oss. Å inngi tillit gir en form for autoritet. En god autoritet.

Betyr økte pasientrettigheter et økt personlig press for legene?

– Interessant tema. Det er selvsagt bra at pasientene har rettigheter, men legges det til rette for dem som skal levere? Her tenker jeg også økonomi. Dette går rett inn i prioriteringsdebatten. Mange, både leger og sykepleiere, opplever å være strukket for langt. De lurer på om de kan holde ut.

Hva blir viktigste saker?

– Ledelse. Forebygging. Nasjonal sykehusplan. Samhandlingsreformen. Faste stillinger for leger i spesialisering. Ikke i nummerert rekkefølge, altså.

Det er for mange leger i Norge. Enig?

– Det er nok ikke det. Det er riktig at vi er godt forsynt, men det er mangel i noen fag. Mangel på radiologer er nå en flaskehals. Det forventes balanse i ti år. Så vil det bli for få leger.

Har profesjonskampen mellom leger og sykepleiere blitt for stille?

– Et vanskelig og betent spørsmål, men interessant å diskutere. Samarbeid og teamarbeid er jo viktig. Og diskusjonen om jobbglidning har så vidt begynt.

Har sykehusleger for lange vakter?

– Avtalen er 19 timer, og den står vi for. Det er mulig å lage avtaler om kortere vakter. Men hva en vakt er, er veldig forskjellig.

Hvor er dere mest uenige med sykepleierne?

– Hm. Kan du spørre igjen neste år? Jeg synes vi oftest har felles interesser.

Har du en hertesak?

– Én? Det forandrer seg, men nå er hertesaken å få til god ledelse. Nært der pasienten er, på avdelingen og i kommunen.

Er leger høflige nok?

– Mange setter pris på møtet med legen, men ønsker seg gjerne mer tid. Det blir tydelig for pasientene at leger har mange arbeidsoppgaver. Men det handler ikke om høflighet, men om å ha tid og rom til å være til stede.

Noe du vil si til sykepleierne?

– Å ja! At de gjør en super jobb. Da jeg var anestesilege, var det å jobbe i team med dem som gull. Alle ga. Vi hjalp hverandre ut av situasjoner hele tiden.

Savner du klinikken?

– Jeg pleier å trives der jeg er. Jeg har gjort mine vurderinger om veivalg. Og koser meg med det.

Tekst Marit Fonn Foto Mark Cabot



Tema **Muslimske sykepleiere**

32 – Jeg er ikke blitt forskjellsbehandlet fordi jeg er muslim ›

38 Unngå å blande roller ›

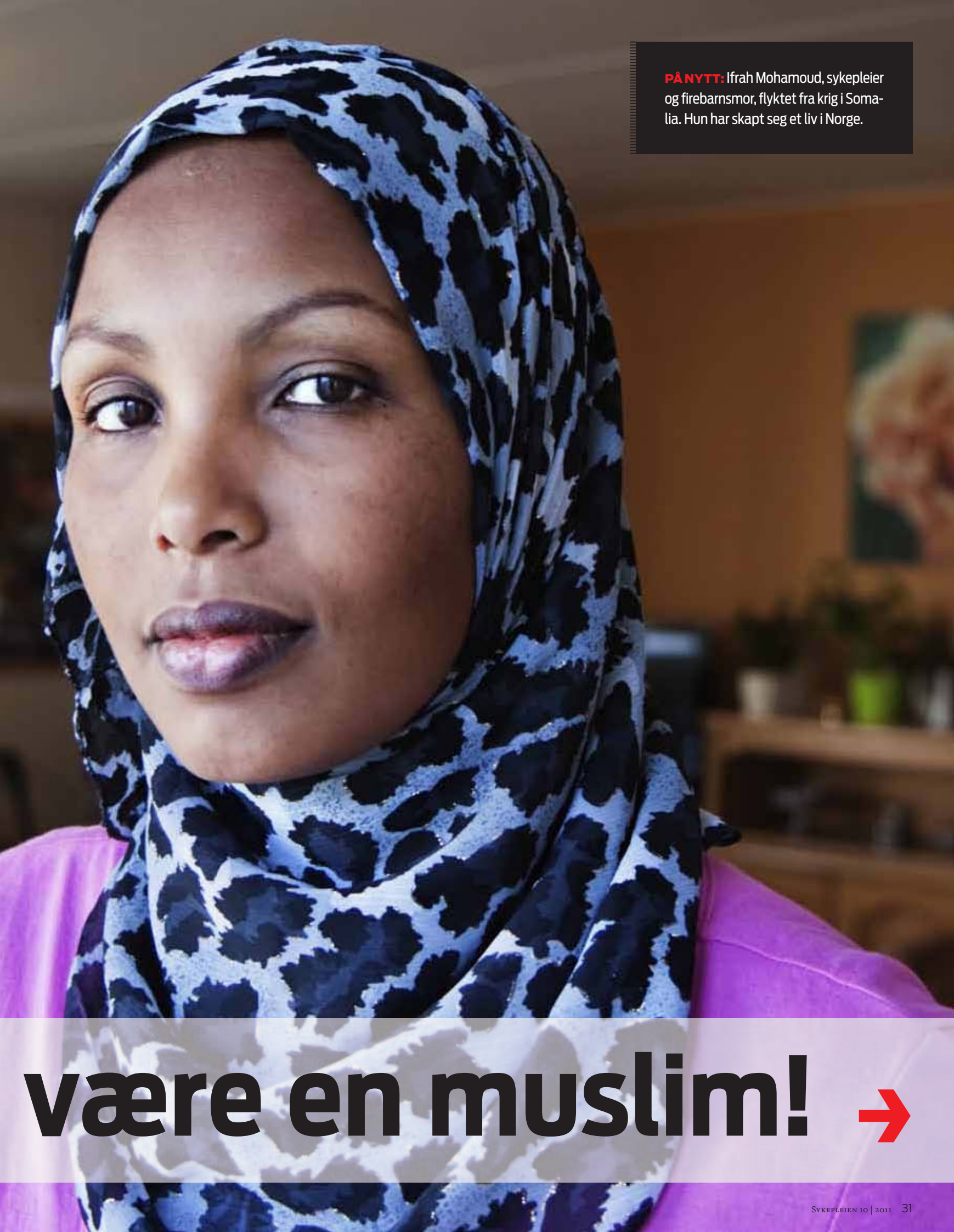
40 – Integrasjon må gå begge veier ›

«La det ikke være en muslim!» Det var sykepleier Ifrah Mohamouds første tanke da hun hørte om bomben 22. juli. Nå føler hun at tryggheten er satt på prøve.

Muslimske sykepleiere i Norge er berørt på ulikt vis. Men i yrket føler de seg trygge.

Tekst Marit Fonn og Nina Hernæs Foto Marit Fonn

– Allah, la det ikke

A close-up portrait of a woman wearing a blue and black patterned hijab and a pink top. She is looking slightly to the left of the camera with a neutral expression. The background is blurred, showing what appears to be a home interior with wooden shelves.

PÅ NYTT: Ifrah Mohamoud, sykepleier og firebarnsmor, flyktet fra krig i Somalia. Hun har skapt seg et liv i Norge.

være en muslim! →

«Jeg er ikke blitt forskjellsbehandlet fordi jeg er muslim. Heller fordi jeg er mørkhudet.

Ifrac Mohamoud

Ifrac Mohamoud har to hjemland. Både Somalia og Norge er i sorg.

Tekst og foto **Marit Fonn**

Jeg må passe på rollen min siden jeg er alene som sykepleier her. Jeg må ikke snakke for mye privat med beboerne. Det er ni måneder siden Ifrac Mohamoud skiftet jobb fra sykehjem til omsorgsbolig. Her i bydel Østensjø i Oslo jobber hun bare dagvakter. Med eneomsorg for fire barn – den yngste er tre år – er det en lettelse.

– Jeg er blitt nordmann. Opptatt av jobb og hjem, smiler hun. Hun sveiper over bordet med en klut. Kaffeflekkene etter frokosten forsvinner. En beboer kommer med en bylt klær hun vil ha vasket. Tv-en står på, en mann dupper i en stol.

Flyktet fra krigen

I 2004 var Mohamoud sykepleierstudent. Da fortalte hun Sykepleien om flukten fra hjemlandet Somalia da krigen brøt ut i 1991. Hun

– Vi ville forskjellige ting med livet. Men jeg fikk en velsignelse. At hun skulle bli gravid, var ikke planlagt. Sønnen kaller hun en solstråle, en stjerne:
– Han er veldig sosial og tar alles oppmerksomhet, smiler hun.

Bruker egne klær

Da hun var 16 år, begynte hun å bruke hijab av eget ønske. Moren, som var dyrlege, gikk ikke selv i heldekkende klær. Hun likte det ikke.

På denne jobben bruker Mohamoud sine egne klær.
– Det hender jeg kommer på jobb til diaré og oppkast. Da tar jeg på skobeskyttere, plastforkle, hansker og munnbind. Det har gått greit. Ikke flere enn to er blitt smittet.

Den rosa jakken bruker hun bare på jobb, de andre klærne tar hun på hjemmefra. Jakken har praktiske lommer. I den ene har hun den private mobilen, i den andre har hun jobbmobilen.

På sykehjemmet hadde hun hvit uniform. Hun syntes det passet best med hvit hijab til.

– For meg var det riktig å opprettholde tanken om hvitt og hygiene. Derfor brukte hun ikke hijabene som jobben tilbød, men bestilte dem fra Dubai, i sett på tolv stykker.

– Jeg fikk komplimenter for antrekket på jobben, forteller hun.
– Savner du det hvite?
– Egentlig ikke. Her er ikke smittefaren så stor.

«Burde jeg flytte?»

22. juli var hun i Paris på ferie med to av barna. De var på hotellet da datteren ropte: «Mamma, de snakker om en bombe i Oslo.»

– Vi gikk på vg.no på telefonene våre. Det første jeg tenkte var:

«Plutselig kan det skje at jeg ikke har et hjemland.» Ifrac Mohamoud

flyktet med mor, fem søsken og en nevø til Kenya. Faren ble drept. Hun giftet seg med en somalisk mann hun ikke kjente som bodde i Norge. Hun ble fort gravid, men før hun fikk barn, skilte de seg. De var for forskjellige. Hun giftet seg på nytt og fikk to barn til. Etter noen år skilte også de seg.

– Ingen skam for somaliske kvinner å skille seg og gifte seg på nytt, sa hun til Sykepleien.

Etter tolv år i Norge, ble hun sykepleier i 2006. Hun giftet seg igjen, men ekteskapet sluttet brått.

Muslimske sykepleiere

Norsk Sykepleierforbund (NSF) har ingen oversikt over livssynet til sine medlemmer. Det fins heller ikke offisiell statistikk over livssyn til sykepleiere i Norge.

Eli Gunhild By, leder i NSF i Oslo, forteller at sykepleieres livssyn ikke har vært noe tema.

– Det vi har snakket om er høytidsfeiring, sier hun.

– De som jobber i kristne høytider har mange steder ikke tradisjon for å stille i stand til jul. Derfor er det leders oppgave å sørge for at det er folk på jobb som er vant til å feire jul slik beboerne forventer, sier hun.

Hun viser også til at Ullevål sykehus har en egen sykehushijab.

– Jeg opplever ikke at det har vært kontroversielt, sier hun.
– Sykepleiere har en lang historie med hodebekledning. I forhold til hygieniske prinsipper er det heller ikke noe i veien for å dekke til håret, slik jeg ser det, sier hun.

Tekst **Nina Hernæs**



TRENGER HJELP: May Wold har brukt skulderen og har fått korttidsopphold. Hun er glad for å få hjelp av Ifrah Mohamoud.

«Allah, la det ikke være en muslim.» Og så: «Allah, la det ikke være en somalier.»

For hvordan ville det bli da? Hun assosierte terroren med 11. september og historiene om hvordan folk ble behandlet etterpå. I manges øyne ble alle muslimer medskyldige.

Da gjerningsmannen viste seg å være norsk, fikk hun sjokk:

– Jeg leste at han ville skade det multikulturelle samfunnet. «Det kommer mer», tenkte jeg. Hvis han virkelig er mot oss, kan det ikke være bare nordmenn han vil ta. Han vil angripe et sted med mange innvandrere. Så fikk vi nye sjokk om Utøya. Vi gråt, det var forferdelig.

Mandagen var hun tilbake i Norge. Da hun var på det lokale senteret, ble det annonsert ett minutt stillhet.

– Jeg fikk gåsehud.

Hun var hjemme da hun hørte på nyhetene om 13 år gamle Sophias reaksjon. På NRKs nettsider hadde Sophia skrevet: «Jeg er muslim og føler det er min feil. Han sier han drepte alle de fordi jeg er her. Burde jeg flytte ut for å beskytte norske barn i framtiden?»

– Jeg gråt. Hun satte ord på det jeg følte. Selv om jeg ikke hører

det sagt, det er i bakgrunnen. Plutselig kan det skje at jeg ikke har et hjemland. Jeg har bodd halve i livet i Somalia, halve i Norge.

Sørger i begge hjemland

I starten følte hun at hun var i transitt i Norge; når det ble fred i Somalia, skulle hun tilbake.

– Etter hvert måtte jeg gi opp det, og skapte et liv her. Jeg har studert, jeg jobber, er blitt del av samfunnet. Jeg føler meg heldig med hjemland nummer to. Nå er tryggheten satt på prøve. De ordene fra Sophia skapte en flom av tanker.

Hvordan vil det bli for barna hennes? De har jo vokst opp her.

– Da ble det enda tyngre å tenke på å måtte begynne på nytt et annet sted.

– Snakket du med noen om dette?

– Nei. Jeg noterte. Fikk inspirasjon til å skrive om hvor mye Norge betyr for meg.

Mohamoud har enda en krise å forholde seg til. Millioner sulter på Afrikas horn. Hun følger nyhetene på satellitt-tv.

– Jeg har selv vært der de flykter fra nå. Men de har ikke samme mulighetene som jeg fikk. Det knytter meg enda mer til Norge. At



Hvem er muslim?

Antall muslimer henger sammen med innvandring fra muslimske land. Men selv om en innvandrer kommer fra et land der islam er hovedreligion, er det ikke sikkert vedkommende er muslim. Det kommer for eksempel fram i undersøkelsen Levekår for innvandrere fra 2005/2006.

Mens offisiell statistikk for Iran oppgir at 98 prosent av befolkningen er muslimer, svarer tre av ti av dem med iransk bakgrunn og som deltok i den norske undersøkelsen, at de er oppdratt i en annen religion enn islam.

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Id

Islam har to store høytider:

- › Id al-fitr, som markerer avslutningen på fasten.
- › Id al-adha eller offerfesten, som feires i måneden for pilegrimsferden.

Kilde: Holocaustsenteret

jeg var flyktning, preger livet mitt. Det er for eksempel ikke lov å kaste mat i huset mitt.

Begge hennes hjemland er i sorg. Til Somalia sender hun penger. Hun er medlem i Leger Uten Grenser, i Røde Kors og en somalisk forening for foreldreløse barn.

– Men i Norge, hva kan jeg gjøre? Ikke noe. Jeg føler meg unyttig. Men jeg sender alle gode tanker til alle som er berørt.

Tøft med turnus

Det nærmer seg middagstid. Mohamoud sjekker på pc-en at maten er bestilt.

– Nå kan vi bestille og få maten samme dag. Det var ikke sånn før. Men jeg er en systemperson, sier hun fornøyd.

Hun skulle gjerne hatt kolleger å snakke med på jobb, men er glad for dagvaktene.

– Lederen min har sagt at jeg kan få ta vakter i hjemmesykepleien hvis det blir for kjedelig her.

En stund vurderte hun å bli lærer i helse- og sosialfag for å slippe turnus.

– Jeg kunne gjerne fortsette å gå på skole. Det er ikke umulig at jeg studerer videre når ungene blir eldre.

Det er mye interessant å velge mellom. Kanskje ledelse, så hun kan bli avdelingssykepleier.

– Jeg er flink med mennesker. En stund tenkte jeg på psykiatri. Men jeg tar mye til meg, så jeg tror ikke det er bra.

Men det har hendt hun har spurt seg hvorfor hun valgte sykepleie, med ansvar for små barn.

– Jeg sier til min eldste datter at turnusarbeid er tøft. Hvis hun har lyst på familie og får barn, risikerer hun å bli alene om omsorgen. Men jeg er glad hun har meg. Jeg har jo verken mor eller annen familie her.

Datteren går på allmennlinjen på videregående.

– Hun ser det som en selvfølge at hun skal på høyskole eller universitet.

Døtrene bruker ikke hijab. Men den eldste gjorde det i fire år.

– En dag sa hun til meg: «Jeg har mistet overbevisningen. Nå bruker jeg hijab mest for ikke å skuffe deg.»

Mohamoud er glad hun sa fra.

– Hun må velge selv. Det verste er dem som går hjemmefra med hijab og så putter de den i vesken. Mange skaper to identiteter.

Har måttet omstille seg

Hun har måttet omstille seg i mye. Det har vært mye nytt. Som overnatting og bursdager hos døtrenes venninner.

– Det er en usagt regel at det er ikke bra. Jeg skal jo beskytte barna mine. Å sende dem av gårde har gitt meg mye angst. Men man kan bli for kontrollerende og overbeskyttende. Så jeg har en regel: Det må være en voksen til stede. Jeg sier: «Det er min lille trygghet. Jeg møter dere halvveis. Dere er så



KONTROLL: Ifrah Mohamoud liker system og oversikt.

kjære, mine edelstener.» Det har ikke vært lett å komme dit. Hun er vokst opp i en kultur der voksne bestemmer – uten å forklare.

– Det er helt annerledes her. Det er mye lettere å akseptere en avgjørelse når man får en begrunnelse. Jeg har først tenkt nei om ting, men så måttet innrømme at jeg egentlig ikke har en bra grunn for å nekte, ler hun.

– *Har du liknende refleksjoner som sykepleier?*

– Ikke på samme måten. Hjemme tenker man ikke profesjonelt. Der har jeg mer personlig ansvar.

Hun kjøpte leilighet på Ammerud i 2008. Det er i den mye omtalte Groruddalen, der etnisk norske flytter fra, fordi det er for mange innvandrere der.

– Er det så forferdelig å være nabo til meg? spør jeg meg.

– *Men du er en vellykket, integrert innvandrer?*

– Det legger ikke folk til grunn. De ser ikke bak statistikken. De ser ikke de hvite som ikke bidrar. En stor del av innvandrerne eier leilighetene selv. De har egen forretning, de jobber, de bidrar til samfunnet. Men i alle samfunn er det noen som faller utenom.

Lær språket og vær fordomsfri, er hennes råd til innvandrere. Du får så mye tilbake.

– *Er du spesielt ressurssterk?*

– Jeg kjenner mange som utdanner seg og er i arbeid. Men de er ikke synlige. I mediene kommer det mest fram av det vi ikke ønsker.

Skeptisk til mørk hud

Ifrah Mohamoud tenker ikke så mye på at hun er muslimsk på jobben.

– Det fins sykepleiere med ulike religioner. Det skal ikke være synlig i samhandlingen med pasientene. Men det er lett å se at jeg er muslim, i forhold til andre religioner. Noen pasienter spør om jeg er muslim. Jeg bekrefter det, men går ikke videre. Noen spør hvorfor jeg har hodeplagg. Jeg svarer kort og konkret.

– *Er det ubehagelig?*

– Nei. Jeg har ikke opplevd forskjellsbehandling fordi jeg er muslim. Heller fordi jeg er mørkhudet. Noen ønsker ikke at jeg og andre med mørk hud skal hjelpe dem. Det har jeg opplevd på sykehjemmet.

– *Hvordan reagerer du da?*

– Jeg spør om det er noe spesielt med meg. Er det noe jeg har gjort? Noe med min kompetanse? Noen svarer at de liker bare ikke folk fra en annen kultur. Andre har ikke lyst til å snakke om det. Vi må respektere deres ønsker så langt det lar seg gjøre. Men hvis man er alene på vakt, er det ikke så lett.

– *Hva sier du da?*

– Du har rett til å mene det du vil. Men vil du ha prosedyren gjort, er det ditt valg om jeg skal gjøre det eller ikke. Da sier de fleste ja.

Mohamoud har vært mest redd for å få reaksjoner på det religiøse hodeplagget.

– Men etter hvert er jeg blitt trygg på meg selv som sykepleier. Noen er avvisende med kroppsspråket. Men jeg vil ikke vise usikkerhet, jeg bare gjør jobben min. Det pleier å gå bra.

Stelte til jul

Mohamoud tror hun har arvet et godt språkøre fra far.

– Han var multilingvist og snakket arabisk, italiensk, somalisk og engelsk. Jeg kunne bra engelsk, det hjalp meg.

Hun var motivert for å lære norsk fra første stund.

– Jeg ville ikke leve som døv i et nytt land. Jeg snakket, og ble korrigeret. Jeg så på tv. Så engelske filmer med norsk teksting. Ikke alle har så lett for å lære. Noen har dårlige lærere. Og analfabeter blir undervist sammen med universitetsutdannede. Da faller man lett igjennom.

Jobben byr på mange utfordringer. Som sist julaften.

– På sykehjemmet ble alt tilrettelagt. Her var jeg alene. Hva

« Er det noe jeg har gjort? Noe med min kompetanse? »

Ifrah Mohamoud

drikker de? Hvilken mat vil de ha? Jeg ringte lederen og synes jeg klarte det fint. Sørget for musikk. Jeg husker hjemmefra at vi la mye i det å feire høytider. Jeg ville få til det samme her.

– *Hva nå?*

– Selv om mange er hyggelige, vet jeg at det er noen som tenker som Anders Behring Breivik. Det er skremmende. Det er en frykt det er vanskelig å bli kvitt. Men jeg håper at det ikke forandrer seg at folk er så samlet om dette. Jeg håper de ikke begynner å tenke: Kanskje har han rett. At det skjedde fordi det er så mange fremmedkulturelle her i landet.

Men hun har også lest om somaliere som sier de opplever at nordmenn har åpnet seg etter terroren. De hilser og gir klemmer.

– Men det er ikke bare nordmenn som er forandret. Vi er også mer mottakelige, ikke så redd. Livet er hva man skaper det til. Vi er ikke bare et produkt av omstendighetene.

Faster på jobb

Mohamoud faster. Hun verken spiser eller drikker på jobb nå under ramadan.

– Fasten er veldig viktig for meg. Å kjenne sult og tørst er ikke det verste. Det er verre å føle seg sliten utover dagen.

Når fasten er over, skal det feires med id. Den dagen får hun fri uten lønn.

Nå skal det bli godt å komme hjem og slappe av. Da er det av med hijaben. På telefonen har hun mange bilder av seg selv. Hun viser hvordan hun tar seg ut med nyfrisert hår. Det er som å se en filmstjerne.



Islam

Islam er den nest største religionen i verden. Kristendommen er størst. Innenfor islam er det, som i andre religioner, stor variasjon i syn på virkeligheten, handlinger og etikk. Det fins to store retninger innen islam, sunni og sjia. Rundt 85 prosent av

muslimene er sunni-muslim, 15 prosent sjia-muslim.

Ulike grupper regnes for å være fundamentalister. De har en muslimsk stat som mål der den religiøse loven, sharia, er normen for økonomi og samfunnsliv.

Kjernen i islam er:

- troen på Allah som den ene gud og at Muhammed var hans profet
- troen på at Koranen er en bokstavelig gjengivelse av guds ord
- synet på at det som er nedskrevet om profetens liv er en kilde til islam
- de fem søylene, som er de fem rituelle pliktene alle muslimer har.

Kilde: Holocaustsenteret og Store norske leksikon

Unngår å blande roller

Arshad Mahmood får ikke mange kommentarer om religionen på jobb.

Men han kan bli avvist som mann. Tekst og foto **Marit Fonn**

Arshad Mahmood fra Pakistan kom til Norge i 1985. Da var han 19 år. Et par fettere hadde kommet som arbeidsinnvandrere fra før. Selv fikk han opphold som student på folkehøyskole. Han fikk siden jobb på sykehjem og fikk da ideen om å bli sykepleier. I 1992 var han ferdig utdannet.

Nå jobber han i hjemmesykepleien i Stovner bydel i Oslo, og har mest nattevakter. Hans kone er også fra Pakistan, de har kjent hverandre fra de var små.

– Vi fikk vårt første barn i 1994. Da passet det bra med å jobbe natt. Nå har det blitt en vane.

Det har etter hvert blitt fire barn, den eldste er 17, den yngste fem år.

Tillitsvalgt

Han har kommet til Sykepleierforbundets hus i Oslo sentrum. Her har han vært mange ganger på møter som tillitsvalgt.

– Jeg synes jeg har to hovedroller. Jeg er norsk muslim og med

– Det er godt å ha jobb. Barna har gått i barnehage og på skole. Kona har jobbet innimellom. Vi har venner fra alle religioner. Muslimer, kristne, sikher, hinduer og buddhister. Det er trygt å bo i blandet miljø der flertallet er fra mange kulturer.

Fem om dagen

Noen faster på jobb. Han ser ikke det som noe problem.

– Det er bare vilje som teller. Man klarer hardt arbeid bare man bestemmer seg.

Faste innebærer ingen inntak av føde eller væske mens solen er oppe.

– Og så er det den psykiske biten som dreier seg om å være et ordentlig godt menneske. Det handler om nestekjærlighet.

Selv faster han av og til. Han er i moskeen hver fredag, men ikke hver dag. Bønn skal bes fem ganger om dagen.

– Ikke så lett å kombinere faste og bønn med jobb?

– Det kan gå fint. De som faster, planlegger nok ekstra godt. De går hjem etter jobb, tar det med ro og tenker på at de ikke må gjøre noe de ikke burde. Og man trenger ikke å gå i moskeen for å be. Det kan man gjøre hvor som helst på et rent sted med ansiktet mot Mekka.

Ennå har han ikke vært i Mekka. Men han skal dit en gang i livet, det er av de viktige pilarer i islam. Hele familien planlegger å reise.

– Blir du boende i Norge?

– Hjertet mitt sier jeg bør dra tilbake til Pakistan. Men jeg tviler.

Han ser seg nå som norskpakistaner.

– De pakistanske verdiene sitter i meg. Men jeg føler meg som del av samfunnet her og ser at det norske systemet og byråkratiet fungerer. Det virker som vi kan godta hverandre, i hvert fall her i storbyen Oslo.

Forhandler om fri til id

Å være sykepleier og muslim er ikke vanskelig, synes han.

– Det er bare å skille hva som er hva. Er man på jobb, må man jo ikke vise alt. Og vi kan forhandle om gode arbeidstidsordninger med arbeidsgiver.

Fredagsbønnen starter klokken tre. Noen steder er det lov å avspasere så man kan gå fra jobben klokken halv tre for å rekke bønnen.

– I Bergen kan ansatte avspasere på id hvis de sier fra i god tid. Slik er det ikke ennå i Oslo. Men sammen med andre fagforeninger vil vi ta det opp med arbeidsgiver, sier Mahmood.

Id etter fasten skal skje første dag man ser at månen er ny. Det kan oppfattes forskjellig. Mahmood har opplevd at naboen har feiret id på en tirsdag og han selv på en onsdag. Nå har Islamsk råd begynt å oppfordre alle muslimer å feire id på samme dag

« De pakistanske verdiene sitter i meg. Men jeg føler meg som del av samfunnet her. *Arshad Mahmood*

det følger det plikter og rettigheter. Jeg er norsk statsborger og det er jeg glad for.

– Men som sykepleier er du sykepleier. Jeg jobber i eldreomsorgen. Pasientene er syk på en eller annen måte. Med kunnskap som sykepleier må jeg takle det vedkommende sier og har behov for innen visse rammer.

Stovner er ganske flerkulturell, påpeker han, både befolkningen og ansatte.

– Det er sjelden noen sier noe ubehagelig til meg, verken kolleger eller brukere. Men det hender noen ikke ønsker å ha hjelp av en mann.

99 prosent er faste brukere.

– Vi må ha et godt tillitsforhold siden vi går hjem til dem, og da trenger vi å vite litt om hverandre, som hvor vi kommer fra og hvor vi bor. Da blir det lettere for pasientene å snakke om sine behov.

Han får ikke mange kommentarer om religionen sin ellers heller.

Språk. Kunnskap om samfunnet. Utdanning. Det er suksessfaktoren for å bli integrert, mener han.

Arshad Mahmood bor på Furuset i Groruddalen og føler seg godt integrert.



TILLITSVALGT: Arshad Mahmood forhandler gjerne om id og fredagsbønn.

for å unngå forviklinger. Det synes Mahmood er fint.

Lettklede vikarer

Mahmoods kone bruker ikke hijab, men dekker håret med et sjal. Døtrene får kle seg som de vil, men han synes nok det beste er at de dekker seg til.

– Noen pasienter har reagert på hijab blant ansatte, for eksempel når de skal hjelpe til med dusjing. Pasienten synes det virker upraktisk. Men når den ansatte selv synes det går greit, ser ikke vi det som noe problem.

Et annet dilemma som dukket opp i sommer, er lettklede vikarer.

– Eldre menn kan bli ubehagelige mot de ansatte. Når man går hjem til folk må man ta hensyn. Mange er ensomme. Og det er mange psykiske virkeligheter å forholde seg til. Sommerstid har vi en del vikarer. Når pasientene blir ubehagelige,

takler de det ikke så godt. Men de faste, profesjonelle takler slikt mye bedre.

Var i Pakistan 22. juli

22. juli var han i Pakistan. Det var venner derfra som ringte og fortalte ham om terroren.

– De så det på tv. De kunne ikke tro at dette kunne skje etter at jeg har fortalt hvor fredelig det er i Norge. Barna kan gå fritt ute. Damer og menn også. Før jeg dro til Pakistan på ferie, ble jeg spurt: «Tør du dra?»

De første timene fikk muslimene gjennomgå hjemme i Oslo.

– Venner som kjører drosje har fortalt at det ble banket på rutene og sparket i bilene deres.

– *Føler du deg like trygg som før?*

– Ja, jeg gjør det. Vi vet uansett ikke hvor og når vi skal dø. Det er en del av troen.



Islam i Norge

Det fins ikke offisiell norsk statistikk over tro eller religiøs tilknytning. Derfor er det umulig å gi et eksakt tall for antall muslimer i Norge. Men det fins registre over medlemmer i religiøse trossamfunn som mottar statsstøtte. I 2010 var det 99 000 medlemmer i muslimske trossamfunn. Men tallet er trolig ikke representativt for hvor mange muslimer som lever i Norge.

Det er anslått at det bor 185 000 personer fra land som har islam som hovedreligion i Norge. Men det er ikke dermed sagt at alle disse er muslimer.

De fleste som er registrert i muslimske trossamfunn bor i Oslo. Her bor også flest innvandrere fra land der islam er hovedreligion.

Kilde: Statistisk sentralbyrå

De fem pliktene

- › Å si fram shasada (den islamske trosbekjennelsen)
- › Å be fem ganger om dagen
- › Å faste i måneden ramadan
- › Å gi til de fattige
- › Å reise som pilegrim til Mekka

Kilde: Holocaustsenteret

– Integrering må gå begge veier

Å snakke flytende norsk er ikke nok. Å bli sykepleier krever en dypere forståelse og evne til å utøve skjønn. Tekst **Marit Fonn** Foto **Juveriya Bhutta**

Marit Greek, pedagog og førstelektor ved Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA), har jobbet med språklige minoriteter i en årrekke.

– Skal man lykkes som student og gjøre en god jobb som profesjonsutøver, må man mestre språket. Det gjelder også de som er født og oppvokst i Norge.

Å mestre et språk er langt mer enn å kunne mange ord.

– Norskfødte med innvandrerbakgrunn kan for eksempel snakke flytende norsk, og likevel ikke ha tilstrekkelig språkkompetanse for studiene.

Kanskje lever de isolert fra det norske samfunnet og har få

« Vi er lite trent i å forstå et innvandrerpreget norsk. Førstelektor **Marit Greek**

norske venner. Kanskje følger de i liten grad med i den norske samfunnsdebatten.

– Da kan det norske tankesettet framstå som fremmed, selv om de lever i Norge, snakker norsk, og har gått på norsk skole.

Greek snakker om å kunne utøve skjønn, ha faglige diskusjoner og utvikle faglig selvstendighet.

– Ikke minst må man kunne tilpasse språket etter situasjon og

målgruppe. Ikke alle andrespråksstudenter utvikler slik forståelse. Når de skal utøve et yrke, er ikke dagligspråket tilstrekkelig. Sykepleiere må kunne kommunisere godt både med pasienter, pårørende og kolleger.

– Vi feiltolker innvandrere

Å følge med i samfunnsdebatten og lese aviser er vel så viktig som å lære norsk når man skal integreres, mener Greek. Men hun understreker at integrering må gå begge veier:

– Vi norske kan ha en arrogant holdning og gå ut fra at «de» ikke er like flinke som oss. Men det er ofte fordi vi feiltolker dem og fordi vi er lite trent i å forstå et innvandrerpreget norsk. Norske dialekter skjønner vi, svensk og dansk også, men et innvandrerpreget norsk har mange av oss problemer med. Kanskje har det noe å gjøre med viljen til å forstå? undrer Greek.

Hennes yngste datter på 23 år har venner med innvandrerbakgrunn, og språket er ikke noe problem.

– Hun er vokst opp på Fjell i Drammen, der 77 prosent har en annen språklig tilhørighet. Språkmangfoldet er det normale. Det er hverdagen.

Blir oversett som student

På HiOA har rundt 16 prosent av studentene innvandrerbakgrunn. De som ikke snakker og skriver norsk godt, blir lett oversett av medstudenter og lærere.

– De utvikler seg mindre faglig og språklig.

For å bøte på problemet med ekskludering, har Høgskolen gitt studenter med norsk som andrespråk ekstra skriveveiledning. Dette har bedret karakterene deres.

– Men veiledningen handlet ikke om skriveveiledning, men om å stille spørsmål og diskutere innhold.

Greek tror det kan være vel verdt også å følge opp nyutdannede sykepleiere som er minoritetsspråklige når de skal ut i sin første jobb.

– Snakk med dem. Diskuter arbeidsoppgavene. Det tror jeg er en god investering.

Nytt språkkurs

For å utvikle seg språklig er det ofte ikke mer lesing eller skriving som skal til, men å bruke språket sammen med andre. Det har Høgskolen tatt konsekvensen av og starter derfor i høst språk- og kommunikasjonskurset SKOMP. Det er rettet mot innvandrere i profesjonsutdanninger.

– Men det egner seg også for dem som allerede er utdannet, for eksempel som sykepleiere, sier Greek. ■■■



SNAKK: Mange har behov for snakketrening, mener Marit Greek.

6 på gangen

Tekst **Nina Hernæs** og **Marit Fonn**

Hvordan er det å være muslimsk sykepleier/student i Norge?

Lubna Rauf, 21, sykepleierstudent på Høyskolen Diakonova i Oslo. Har pakistanske foreldre.

– Før vi fikk vite at det var en etnisk norsk mann som sto bak terroren, var jeg redd. Hadde det vært en muslim, tror jeg det ville blitt borgerkrig. Det ville blitt vanskelig for meg å få jobb. Etterpå ble folk hyggeligere. Nå er det tilbake til normalt.

Jeg er født og oppvokst i Norge, snakker norsk hjemme, spiser norsk mat og har norske venner. Men hadde en muslim utført denne terroren, ville jeg nok blitt sett som ikke-norsk.



Parasto Gholami, 31, sykepleier i Bø i Telemark. Født i Iran.

– Å være sykepleier med tokulturell bakgrunn synes jeg er veldig positivt. Men jeg har opplevd at noen tror jeg tenker annerledes fordi jeg er fra en annen kultur.

Jeg er godt integrert. Mange tenker nok ikke på at jeg har innvandrerbakgrunn, og det har hendt at det har kommet utsagn som overrasker meg. Etter det som skjedde 22. juli kommer jeg til å argumentere mot påstander jeg reagerer på.



Øzlem Emeci Kocak, 33, sykepleier på Drammen sykehus. Har tyrkiske foreldre.

– Jeg tenker ikke så mye over at jeg er muslim. Men religionen er en del av min identitet og jeg er stolt over å være muslim. Det påvirker meg som sykepleier, jeg blir enda mer omsorgsfull.

22. juli var jeg i Tyrkia. Det første jeg tenkte var at Al-Qaida måtte stå bak. Samtidig bad jeg om at det ikke måtte være en muslim. Da ville vi alle bli satt i samme bås. Jeg tenkte: Nå kommer blikkene og spørsmålene.



Nimo Jama, 30, hjemmesykepleier i Hammerfest. Født i Somalia.

Det er helt greit å være muslim og sykepleier. Jeg har jobbet både i Oslo og Hammerfest, og har ikke opplevd fordommer. Det har hendt at eldre har vært skeptiske, men det handlet ikke om rasisme, men skepsis til det som er ukjent. Da går det an å prate sammen og bli kjent.

22. juli håpet jeg at det ikke var en muslim som stod bak terroren. Det er så lett å generalisere. Men islam er en religion som er mot vold. Det som hendte er veldig trist, det påvirker meg veldig.



Borzoo Haddadi, snart 60, jordmor på Odda fødestove. Født i Iran.

– En god muslim er et godt menneske. Jeg er muslim, men praktiserer ikke muslimske ritualer. Jobben er spesiell for en mann og muslim, men jeg har aldri fått negative reaksjoner på at jeg er muslim. Noen har ønsket at jeg ikke skal forløse dem, men det er fordi jeg er mann. Det må jeg akseptere.

22. juli trodde jeg som de fleste andre at muslimske terrorister sto bak. Jeg ble både lei meg og redd. Jeg regnet med reaksjoner, og tenkte på at vi bare er rundt 50 muslimer i Odda.



«Sandra», 30-årene, sykepleier på Sykehuset Buskerud. Født i Bosnia.

Hun er født i Bosnia. «Sandra» kom til Drammen på 1990-tallet og er nå i 30-årene.

Hun ble utdannet sykepleier i fødelandet, og etter et års utdanning i Norge ble hun godkjent sykepleier her. Nå jobber hun på Sykehuset Buskerud.

– Du kan ikke se på meg at jeg er muslim. Jeg har europeisk utseende, sier Sandra på telefon – med utenlandsk aksent.

Arbeidskollegene merker det kun fordi hun ikke feirer jul, tror hun. Hun er lys i huden og kler seg europeisk.

22. juli var hun hjemme og malte. Hun hørte ikke om tragedien før i åttentiden om kvelden.

– Første tanken var at det var muslimsk terror. Jeg vet ikke hvordan det ville blitt for oss her i Norge, om det ville fått noen betydning for meg. Jeg har ikke tenkt så mye på det.

Hun påpeker at det er stor forskjell på å være muslim fra Somalia og fra Bosnia.

– Vi er veldig ulike, ikke bare utseendemessig, men også i vårt syn på verden.

– Hvordan?
– Vi omskjærer ikke i Bosnia. Få går med hijab, og det er frivillig. Det er nok lettere for oss å tilpasse oss det norske samfunnet, både på grunn av utseendet og fordi vi likner i kultur, siden vi er fra Europa. Og vi har likestilling mellom menn og kvinner.

Det er lettere for henne å identifisere seg med hvite europeere enn muslimer fra Somalia eller Pakistan. Hun tror også det er lettere å jobbe som sykepleier med hennes bakgrunn enn for mange andre muslimer.

– Religionen har ikke så stor plass i privatlivet eller i jobben.

– Hvordan blir du mottatt av pasientene?

– Ikke noe problem.

– Og kollegene?

– Ikke noe problem, sier Sandra.

« Vi er veldig ulike, ikke bare utseendemessig, men også i vårt syn på verden » Sandra

Der ute

Les mer om:

44 Lavere kompetanse i ferien ›

46 Praksis-sjokket ›

50 Hvordan finne medlemsfordelene ›

51 I beredskap ›



sykepleien.no

› Hva skjer i sykepleierfaget?
Fagartikler og reportasjer
på sykepleien.no



DER UTE OSLO

Det er audition. Sykepleiere går til filmen: De skal reklamere for yrket sitt.

Sykepleiernes Idol



Profileringskampanje

Norsk Sykepleierforbund vil markere hvor viktig sykepleiere er for norsk helsevesen. Det skal de gjøre gjennom å lage reklamefilmer som skal vises på kino og tv. Kampanjen lanseres på forbundets landsmøte i november.

Athithan Kumarasamy gliser til kamera.

– Hva sykepleie er?

Han nøler ørlite.
– Det har jeg ofte lurt på. Jeg spør heller: Hva er det ikke? Sykepleie er alt.

Kumarasamy prøvfilmer for rollen som seg selv. Kanskje er han en av dem som skal fronte Norsk Sykepleierforbunds nye kampanje. Til det trengs ekte vare.

Mysteriet sykepleie

Scenen er kjent fra tv: Unge og ikke fullt så unge mennesker sitter med papirlapper, drikker kaffe, venter. Det er stille konsentrasjon. En etter en ropes de opp.

– Sykepleiernes idol, sier Ole Kristian Joten og smiler skjevt.

36-åringen jobber til daglig med lungesyke på Rikshospitalet. Men i dag er spørsmålet om han når gjennom kamera. Og om han passer inn i den ønskede miksen av kjønn, alder, dialekt og arbeidssted som til sammen skal vise tv-seere og kinogjengere over hele landet hva sykepleie er.

Den eneste som mangler når kamera skrus av, er Solveig Kloppen. Ingen står der, med vidåpne armer og spør: «Hvordan gikk det?» med en klem på lur.

Joten syns det gikk bra.

– Hadde vært morsomt å bli med videre.

Ville se folk

Foran kameraet forteller Athithan Kumarasamy at han egentlig skulle bli styrmann. Men han hoppet av siste året.

– Jeg ble så sjøsyk. Og så måtte jeg se mennesker. Jeg kunne ikke være i måneder på havet uten andre enn mannskapet.

Nå er han sykepleiekonsulent i bydel Gamle Oslo. Er både ute i felten og inne på kontor. Møter mange forskjellige pasienter. Det er eldreomsorg og rus. Unge og gamle. Han er med å vurdere deres pleiebehov.

– Målet er å se den enkeltes behov og møte dem der de er til enhver tid, sier han.

Ønsket drahjelp

Målet med reklamefilmene er, ifølge forbundsleder Lisbeth Normann, todelt. De skal både vise frem sykepleiernes kompetanse og gjøre sykepleierne selv stolte.

– Folk skal tenke «fy søren, for en jobb de gjør».

Hun kjenner ikke til lignende kampanjer med sykepleiere i Norge. I USA ble det for noen år siden laget noe lignende, men med skuespillere. Normann vil ha





**«Folk skal tenke
«fy søren, for en jobb
de gjør».»**

Lisbeth Normann, NSF-leder



SYKEPLEIER, POLITIKER, MUSIKER: Athithan Kumarasamy gjør også gjerne reklame.

FRA ANESTESI TIL

ordentlige sykepleiere. De skal både filmes på jobb og når de snakker om faget.

Det overordnede målet strekker seg fem år frem i tid: Da skal den jevne nordmann uhjulpel si hva sykepleier er, noe mange med tre års sykepleierutdanning strever med i dag.

– Det er ikke snaut?

– Nei, men det nytter ikke å ha lave ambisjoner, sier Normann, som erkjenner at forbundet til nå ikke har greid å profilere yrkesgruppen godt nok.

– Vi får heller ingen drahjelp av myndighetene, mener hun.

– De er lite interessert i å profilere sykepleier, og det synes jeg er oppsiktsvekkende. Lærerne har for eksempel fått reklamekampanjer. Vi må gjøre det selv.

Ukjent verden

Tilbake på audition:

Elisabeth Runde Strand slår ut med hendene. Hun er fra Volda og forteller om jobben på kreftpoliklinikken der.

– Givende, sier hun.

– Veldig utfordrende.

Hun snakker om å se pasienter som nærmer seg døden. Om håpet de bærer på. Kanskje er det bare innbilning, men det virker som om kamera suger henne til seg.

Bjørnar Wilhelmsen er nestemann. Han får festet mikrofon til den hvite uniformen. Normalt går han i grønt. Han forteller om jobben som aneste-

sisykepleier. Om ørsmå grep ham må ta for å få pasienten til å slappe av.

For de utenfor jobber han i en ukjent og for mange skremmende verden.

– For meg er det hverdag, sier han rolig.

I anestesen er det flere menn enn ellers i sykepleien.

– Det er litt action, mye maskiner.

Lyst til å bli sykepleier fikk han som pleieassistent på Dikemark.

– Jeg så at sykepleierne fulgte med på mer enn bare sykdommen, forklarer han.

– De passet på at pasientene spiste, at de var rene, at de hadde hel hud. De var der hele tiden. Det fascinerte meg.

Vil ikke oppgi pris

Filmene skal lanseres på landsmøtet i november og skal også være med å markere 100-årsjubileet neste år. Nor-

«Tv-reklame er voldsomt i skuddet»

Lasse Gimnes, kommunikasjonsrådgiver

mann sier de også vil bli brukt internt.

– Det må koste mye penger?

– Ja, men det er penger vi velger å bruke, sier hun.

– Jeg håper også dette vil få ringvirkninger ved at sykepleiere blir mer verdsatt hos politikere og de som tar beslutninger. Kanskje får de litt dårlig samvittighet.

– Har det vært kritiske røster?

– Nei.

Akkurat hvor mye penger det er snakk om, vil ikke Normann svare på.

– Det er for tidlig å si.

Sterkt med tv

Ifølge kommunikasjonsrådgiver i Gimcom, Lasse Gimnes, er det vanskelig å anslå hva en slik kampanje vil koste.

– Men tv-reklame er voldsomt i skuddet og er for tiden vinneren i reklamemarkedet, sier han.

– En kveld kan fort koste en million.

Etterspørselen er til tider større enn det tv-kanalene kan tilby annonsører av sendetid.

NSFs reklamefilmer lanseres i november. Gimnes peker på at dette er høytid for tv-reklame.

– Mørketid innebærer mer tv-

Gimnes tror også filmene kan virke stimulerende internt.

– Er de gode, tror jeg de vil gjøre sykepleierne stolte. Folk synes det er artig å se tv-reklame for sin egen merkevarer.

Hvem går videre?

Elisabeth Runde Strand har alltid villet bli sykepleier.

– Jeg har sagt det helt fra jeg var lita jente.

Nå spørs det om hun også blir sykepleier på film.

I skrivende stund er det fremdeles ikke helt klart hvem av sykepleierne som går videre. Men Sykepleien fikk vite om to. En av dem er Bjørnar Wilhelmsen.

– Jeg blir helt matt, sier han på telefon fra Hammerfest.

– Så gøy å få reklamere for dette. Jeg har vært sykepleier i over 20 år, og det er et fantastisk yrke med mange muligheter. Jeg stortrives.

– Vil dere klare å formidle hva sykepleier er?

– Tror det. Jeg synes det er lurt å vise hva vi gjør. Vi er ikke så gode til å skrive det i en tekst, kanskje er det lettere på film.

– Regner du med penger og berømmelse?

– Ha, ha. Jeg har allerede skrevet under på at jeg fraskriver meg royalties. ■■■

Tekst Nina Hernæs Foto Stig Weston



CASTING: Bjørnar Wilhelmsen synes det er helt greit å reklamere for faget sitt.

TIL TV-RUTEN: Elisabeth Runde Strand fra Volda prøvfilmer for reklame.



Ren design

Silentia SilverLine er vårt svar på kravene innen helsevesenet for avskjerming. Systemet er gjennomtenkt og gir deg fleksibilitet ved monteringen, som kan anpasses etter virksomheten. Du får et bra overblikk i lokalet, samtidig som pasienten gis innynnsbeskittelse. Silentia SilverLine er lett å holde ren, stenger ikke for lyset, og ikke minst – har en pent design. Systemet er utviklet og produsert i Sverige Interessert? Ring oss allerede idag.

Silentia SilverLine er vårt svar på kravene innen helsevesenet for avskjerming. Systemet er gjennomtenkt og gir deg fleksibilitet ved monteringen, som kan anpasses etter virksomheten. Du får et bra overblikk i lokalet, samtidig som pasienten gis innynnsbeskittelse. Silentia SilverLine er lett å holde ren, stenger ikke for lyset, og ikke minst – har en pent design. Systemet er utviklet og produsert i Sverige Interessert? Ring oss allerede idag.



Gir godt overblikk og slipper inn lyset



Mobil eller veggmontert



Lett å rengjøre



AVSKJERMING UTEN Å STENGE INNE



www.avalon-medical.no
info@avalon-medical.no
Tlf: 23 03 63 70

Ufaglærte vikarer blir sittende på vaktrommet for det er så mange oppgaver de ikke kan utføre.

Lavere kompetanse i ferien

Bedre ferieavvikling:

- › Det går best når ferieavviklingen planlegges i god tid
- › Høyere lønn lokker bedre kvalifiserte vikarer, som for eksempel Fredrikstad har praktisert (se teksten)
- › Tillegg i lønn pluss ekstra fridager lokker enda flere.

Ledige sykepleiervakter blir ofte fylt av ufaglærte i ferietiden. Dette er en av konklusjonene til en gruppe hovedtillitsvalgte fra kommunehelsetjenesten som er samlet i Sarpsborg. De representerer hele Østfold. Det er tid for å oppsummere sommeren. Eller «den store lakmustesten», som fylkesleder Karen Brasetvik kaller det.

– Så, hvordan har det gått i sommer? spør Brasetvik forsamlingen som rasler med papirene de har foran seg.
– Vi begynner med bykommunene, sier hun.

Tilbakeblikk

NSF Østfold gjennomførte en undersøkelse i mai om hvordan sykepleiebemanningen var i de forskjellige kommunene. Fra kartleggingen kom det klart frem at de aller fleste kommunene og institusjonene dekket opp ledige sykepleiervakter med pleiere med lavere kompetanse.

talt med tillitsvalgte, er avtalebrudd, sier Brasetvik.

Funn

Brasetvik trekker frem noen funn fra kartleggingen. For å begynne med det positive:

Hvaler kommune (hjemmebaserte tjenester) hadde 33 ledige sykepleiervakter i denne toukersperioden. Av disse ble 23 erstattet med sykepleiere, 3 med lavere kompetanse, mens det ikke ble satt inn vikar i 7 ledige sykepleiervakter. Hvaler utmerker seg ved hovedsakelig å erstatte sykepleiere med sykepleiere.

Så et eksempel som ikke er like bra: På sykehjemmet i en mindre kommune var 68 av 119 sykepleiervakter ledige. Her ble samtlige dekket av personell med lavere kompetanse.

En fersk studie om forholdet mellom faktisk og planlagt bemanning basert på data fra 14 kommuner i Norge, viser at sykepleierbemanningen er 24 pro-

Østfold ligger under landgjennomsnittet når det gjelder sykepleierbemanning. Den er helt marginal slik det er i utgangspunktet, sier Brasetvik.

Store forskjeller

Da undersøkelsen ble gjort, var det vanlig drift. Fylkeslederen er derfor spent på hvordan det ser ut etter en hektisk sommer. NSF Østfold og de tillitsvalgte har gjennom flere år prøvd å få arbeidsgivere til å planlegge sommeren lang tid i forveien. Tillitsvalgte har også jobbet hardt for å få til gode lønnsavtaler for sommeren for å sikre nok folk.

– Tilbakemeldingene viser at det er store forskjeller fra kommune til kommune. De som har vært flinke til å planlegge, kommer best ut. De som frister med ekstra lønn, har lyktes best i å få dekket ledige sykepleiervakter med sykepleiere, sier fylkeslederen.

Ros og ris

På spørsmål om hun ønsker å trekke frem noe som har vært flinke, velger hun Fredrikstad.

– De har valgt å bemanne opp i ferien. Det er stikk i strid med hva de fleste gjør. Fredrikstad kommune blir mindre sårbare dersom folk blir syke, eller det skulle skje noe uventet. Da «tåler» man bedre en sommer, sier hun.

I tillegg har Fredrikstad gitt topplønn pluss 50 kroner timen til nyutdannede sykepleiere i sommer og 1000 kroner ekstra for ekstravakt i helgen, som kommer i tillegg til eventuell overtidsbetaling.

Brasetvik ønsker ikke å trekke frem

«En legestudent trakk opp antibiotika fra ampulle og injiserte det rett inn i pasientens kanyle.»

Tillitsvalgt om sommerens vikarerfaringer

– Det gjelder hele uken, ikke bare i helgene, sier Brasetvik.

Et annet viktig poeng er at det er den planlagte bemanningen partene inngår turnusavtale om.

– Endringer i bemanning og bemanningssammensetning som ikke er av-

sent lavere enn planlagt. Tilsvarende underdekning for helsefagarbeidere er 18 prosent. Disse vaktene erstattes med ufaglærte.

– Resultatene fra denne studien stemmer godt med vår egen kartlegging. Det er bekymringsfullt ettersom



SOMMERVIKAR: I Østfoldkommunene var erfaringen at den faglige standarden sank i ferietiden med noen hederlige unntak. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

noen spesielt negative kommuner, men sier generelt:

– Som du hørte fra de tillitsvalgte her i dag, folk strekker seg langt for å få sommeren til å gå opp. De som får det tøffest, er de som begynner planleggingen sent, og som ikke vil gi noe ekstra lønn eller andre goder, sier hun.

Overraskende

Fylkeslederen synes det var overraskende å høre om ufaglærte som sitter på vaktrommet uten oppgaver, mens de faglærte jobber seg halvt i hjel.

– Det er interessant. Ikke minst i forhold til undersøkelsen vi gjorde tidligere i år. Det å leie inn ufaglærte gir flere hender, men det er så mange oppgaver de ikke kan utføre at de blir sittende uten noe å gjøre. Det blir dyr arbeidskraft, konkluderer hun.

Og det var mange av de fremmøtte som fortalte nettopp slike historier.

Vikarbyrå

Mange kommuner baserer sommeren

på innleide vikarer fra byråer. Ifølge de tillitsvalgte, var dette mer eller mindre mislykket i år.

– Problemet var at byråene ikke klarte å levere vikarer med den kompetansen vi ble lovet og hadde avtale om. Jeg har fått meldinger om at der det var lovet folk, dukket de rett og slett ikke opp, sier tillitsvalgt Ylva Marthinsen fra Fredrikstad kommune.

– Hva skjer når byråene ikke klarer å levere?

– Det vet jeg ikke ennå, men dette må jo få konsekvenser, sier Ylva Marthinsen.

Alvorlig

På møterommet i Sarpsborg fortelles mange sommerhistorier. Det virker som om det er sykepleiere det har vært vanskeligst å få tak i. I minst tre kommuner har legestudenter blitt erstattet med sykepleiere. Erfaringen er variert. Ett sted gikk det riktig galt.

– En legestudent trakk opp antibiotika fra ampulle og injiserte det rett

inn i pasientens kanyle. Pasienten hylte. Det var rett og slett livsfarlig, sier den tillitsvalgte som forteller historien.

Det ble ført avvik på hendelsen. Men Helsetilsynet er ennå ikke koblet inn.

– Dette er noe vi bør ta opp med Legeforeningen og Helsetilsynet. Hvilke oppgaver skal man kunne regne med at en legestudent på femte året behersker? Dersom denne saken går til Helsetilsynet, kan konsekvensene bli skjebnesvanger for studenten. Jeg tror også Legeforeningen ønsker klare ansvarsregler for dette, sier Brasetvik.

En annen tillitsvalgt forteller også om en legestudent som ble fortvilet da han skulle sette sprøyte.

– Han hadde aldri gjort det før. Han kunne ikke måle blodsukker eller gi insulin. Han kunne mindre enn en hjelpepleier. Også han hadde gått fem år på medisinstudiet, sier hun.

Men en kommune hadde svært gode

erfaringer med sine legestudenter.

– Kanskje vi bare var heldige, sier hun.

Samhandling

Fylkeslederen mener det er et paradoks at mens Østfolds helsetjeneste trenger flere sykepleiere, tilbys nyutdannede sykepleiere deltidsstillinger.

– Det gjør at en nyutdannet sykepleier må shoppe vakter hos flere arbeidsgivere for å forsørge seg. Helseministeren sier at vi ikke har råd til å mislykkes med samhandlingsreformen. For å få det til trenger vi mer kompetanse og mer ressurser til kommunene, sier helseministeren. Dessverre har de færreste østfoldkommunene fulgt oppfordringen om å satse på mer kompetanse, sier Brasetvik.

– At sommeren kommer som en overraskelse på arbeidsgiver, er ingen overraskelse lenger, sier Brasetvik. ■■■

Tekst **Kari Anne Dolonen**

Hva skal man gjøre når virkeligheten krasjer med teorien fra skolebenken?

Praksis-sjokket

Infeksjoner

- › Omkring én av 17 sykehuspasienter og sykehjemsbeboere hadde en helsetjenesteassosiert infeksjon. Det kommer frem i Folkehelseinstituttets prevalensundersøkelse som ble gjort våren 2011.
- › I Østfold hadde 8,4 prosent av eldre på helseinstitusjon en infeksjon da målingene ble gjort. Det gir dem tredjepllassen på fylkesoversikten. De to fylkene som hadde høyere infeksjonsforekomst var Rogaland og Nord-Trøndelag. Færrest infeksjoner hadde Finnmark og Akershus.
- › Slike infeksjoner er uheldige komplikasjoner som påfører pasienten unødvendig lidelse. Det medfører også økte kostnader for samfunnet.
- › Undersøkelsene viser også at urinsveisinfeksjoner utgjør et betydelig problem i norske helseinstitusjoner.

Brita Valle Hustad er andreårsstudent ved sykepleierutdanningen i Østfold, som holder til i Fredrikstad. Etter første praksisperiode har hun sett virkeligheten ute på post, og er sjokkert over spriket mellom liv og lære.

Vi møter henne utenfor skolen, og setter oss ned i solskinnet for å vente på Anita Grønsveen, som også tar fatt på andre året denne høsten. De to ønsker å fortelle hvordan de har opplevd møtet med praksis.

– Der jeg jobbet så jeg blant annet grove hygienebrudd. Jeg har sett hansker bli tatt på i gangen. Pleieren gikk så inn til pasienten. Hun tok i døra, og alt mulig annet før stellet begynte. De samme hanskene ble på gjennom hele stellet, også da hun ryddet opp etter seg. Jeg har sett pleiere som går med skitten tøy med avføring på ute i gangene, gjerne forbi traller klare med mat, uten pose rundt. En ufaglært gikk fra en pasient til en annen uten å skifte hansker imellom, forteller Valle Hustad.

Eldre har mange diagnoser, og en infeksjon kan i verste fall bli dødelig.

– Dårlig hygiene er ikke bra rundt pasienter med mange diagnoser. Infeksjoner oppstår lett, for eksempel i trykksår. Det er derfor helt utrolig at ikke pleiere er mer opptatt av hygiene, sier Valle Hustad.

Ga beskjed

Muligens det groveste Valle Hustad var vitne til, var da en hjelpepleier utførte nedentilvask, og så satte i tannprotesen til pasienten, med de samme hanskene.

– Jeg holdt på å kaste opp. Jeg meldte fra til veilederen min, som tar det videre. Jeg så også en pleier gå fra en pasient til en annen med de samme hanskene på, sier hun.

– Er det vanskelig å si ifra som student?

– Ja. Som student vil man gjerne ikke bli oppfattet som verdensmester. Vi er der for å lære. Vi har også fått beskjed om å være ydmyke og litt forsiktige. Veilederen min har fått fem refleksjonsnotater, hun er rystet over samtlige. Som sykepleier føler hun at hun ikke har oversikt over det som skjer i avdelingen. Hun har medisinsansvar, ansvar for en del kontorarbeid og får av naturlige grunner ikke vært så mye i avdelingen som hun ønsker å være, sier Valle Hustad.

Anita Grønsveen har kommet og slått seg ned sammen med oss. Hun nikker mens hun hører på hva Valle Hustad forteller. Selv har hun lignende opplevelser. De har begge også hørt andre medstudenter fortelle lignende historier og tror dermed ikke deres opplevelser er spesielle. De ønsker derfor ikke å henge ut noen spesielt, men mener det trengs bevisstgjøring.

Liv og lære

Det slår dem begge, er at det er stor forskjell på det de lærer på skolen og hvordan virkeligheten faktisk er. Begge to har jobbet i sektoren før de begynte på sykepleieutdanningen.

– Ser dere ting med andre øyne nå når dere er studenter?

– Ja. Vi lærer jo på skolen hva vi skal gjøre, og ikke minst hvorfor. Det gjør oss mer bevisste. Jeg må selv si at jeg har sittet på forelesninger og tenkt: «Å, gud, det der har jeg gjort mange ganger. Det burde ikke skjedd», sier Grønsveen og fortsetter:

– Jeg tror alle har godt av litt oppfriskning av kunnskap. Ikke minst å forstå hvorfor det er viktig at tingene gjøres på spesielle måter. Før jeg begynte på utdanningen gjorde jeg kanskje ting riktig, men visste ikke hvorfor.

– Hvordan var reaksjonene på at dere sa ifra?

– De har vært veldig gode. Takk og pris for det. Vi er blitt støttet og oppfordret til å si ifra. Det har vært en positiv opplevelse. Ikke minst fordi det er lite hyggelig å bli oppfattet som en bråkmaker. I neste praksis kommer jeg ikke til å grue meg like mye dersom jeg ser ting som ikke er bra, sier Valle Hustad og får støtte av Grønsveen.

– I etterkant er jeg veldig glad for at jeg har gitt beskjed og fått oppleve at det er blitt håndtert positivt. Mange



tør ikke si ifra i redsel for konsekvensene. Så selv om vi begge opplevde ting som ikke var bra, så vi også mye som var bra. Vi opplevde å jobbe med mange flinke folk. Både sykepleiere, hjelpepleiere og ufaglærte.

De har gitt beskjed, men er likevel usikre på om det har ført til endringer.

Holdninger

Begge to har fått høre kommentarer som: «Jeg ser at du er ny, for du er så opptatt av å gjøre alt riktig».

– Slike kommentarer sier litt om holdningene til dem som sier slikt. Kanskje det er på tide å finne på noe annet? Det er sikkert fint og trygt å jobbe på samme sted i 20 år, men jeg tror alle har godt av å føle hvordan det er å være «ny», sier Valle Hustad.

Når det gjelder pleierens holdninger og informasjon overfor pasientene, finnes det et stort forbedringspotensial, ifølge de to.

– Mange regelrett «herjer» med pasientene. Jeg har jobbet en del i psykiatrien, der det er viktig å gjenta informasjon ofte. I min praksisperiode ved sykehjem var det ytterst sjelden jeg hørte noen forberede pasienten på hva som skulle skje. Et eksempel var en svært engstelig pasient som ble spesielt redd ved forflytning. Min erfaring med pasienten var at bare jeg tar meg tid og snakker rolig og forklarer og bruker kroppskontakt, så går forflytningen

nesten knirkefritt. Men jeg så at de ansatte bare dro pasienten opp, og pasienten ropte og hyperventilerte. Så sa de kanskje «Det går så bra, så». Men det hjalp ikke, forteller Valle Hustad.

Hva kan gjøres?

Det verste er når sykepleiere gjør feil.

– Ufaglærte vet kanskje ikke bedre, men sykepleiere og hjelpepleiere kan ikke skjule seg bak det. Er de så lei av jobben sin at de ikke gidder mer, spør Valle Hustad.

Man ser fort hvem som kan være forbilder og hvem som ikke bør være det, er de to enige om.

– Hva kan gjøres?

– Det burde settes strengere krav til ansatte i helsesektoren, og kanskje spesielt i sykehjem. Her bor gamle pasien-

ter med i snitt seks diagnoser hver. De trenger komplisert sykepleie. De trenger personell med kunnskap og kompetanse. Det får man ikke på to opplæringsvakter og så rett på en kveldsvakt med ansvar for elleve pasienter.

Begge vil ha flere kurs og bedre tilrettelegging for utdanning mens man er i jobb. De vil ha flere fagarbeidere på sykehjem.

– Alle kan ikke bli sykepleiere, men alle kan ta grep og få mer kunnskap og mer kompetanse. Det er sju måneder til samhandlingsreformen blir en realitet. De jeg jobber med på min egentlige arbeidsplass, gruer seg. De føler ikke at de er klare, de har ikke kompetanse nok. Hjelpepleierne har bedt sjefen om kursing.

Alvorlig

Studentleder i NSF, Anna Mohn Sneve, mener opplevelsene disse to studentene forteller om er alvorlige.

– Enkelte av feilene i hygienrutinene kan føre til alvorlige infeksjoner. Eldre mennesker med tilleggslidelser kan bli påført infeksjoner de kanskje ikke vil overleve, sier hun.

Sneve synes det er bra at studen-

«Jeg så en pleier gå fra en pasient til en annen med de samme hanskene på.»

Brita Valle Hustad, sykepleierstudent

ter står frem og sier ifra slik de to fra Østfold gjør. Generelt råder Sneve studenter til først å snakke med kontaktsykepleier i tillegg til å melde fra til sin lærer ettersom studenter ikke er ansatte.

– Skolen har ansvar for at studentene får god praksis. I tillegg er det slik at alt helsepersonell, inkludert studenter, har et selvstendig ansvar

SA FRA: Sykepleierstudentene Anita Grønsvveen (til v.) og Brita Valle Hustad tror mange som jobber i helsevesenet ikke er bevisste på hvorfor rutinene er som de er. De fikk positive reaksjoner da de sa fra om feil. Foto: Erik M. Sundt

for å melde fra til ansvarlig leder. Om det ikke virker, meld til Helsetilsynet.

– Studenter har ingen spesielle rettigheter i forhold til dette. De er ikke ansatte ved institusjonen. Det kan gjøre det lettere å fremme kritikk, men det forutsetter ofte at de har sine lærere «med på laget», sier hun.

– *Hvem har ansvaret for at prosedyrer følges på avdelingen?*

– I første rekke avdelingens leder, men også eieren, kommunen. Det er dem som setter rammene for utøvelsen ved å bestemme bemanning og så videre. Men i dette tilfellet synes jeg det primært høres ut som slett faglig standard, og fravær av kompetanse og kvalitetskontroll. Det er kommunens ansvar å sørge for at det finnes kvalitetssikringssystemer i enhver virksomhet, og at avviksmeldinger følges opp og utbedres. Faglig forsvarlig sykepleie har det enkelte helsepersonell selvstendig

og individuelt ansvar for, sier Sneve.

Ikke unikt

For studentlederen er ikke historien studentene forteller unik. Men hun er glad for at de ble møtt på en ordentlig måte da de sa ifra.

– Dessverre får vi tilbakemeldinger fra studenter som opplever at læreren fra skolen forsøker å dempe studenters kritikk av dårlig kvalitet. Studentene forteller om at de opplever at skolen ikke ønsker å komme i konflikt med et praksissted fordi de frykter det kan gå ut over «velviljen» til å tilby praksisplasser skolen er avhengige av, sier hun.

– *Er det viktig at studenter står frem?*

– Ja! Det er viktig, men det er også viktig at de fra skolens side blir oppfordret til det. Og om det ikke er en kultur for kvalitetsforbedring på skolen, kan man heller ikke vente at studentene skal innføre slikt alene.

Vi må huske på at mange studenter møter motbør når de tar opp det de opplever som svak kvalitet i utdanningen også. Da er det fare for at tiliten til at skolen skal ta kvalitet på alvor i praksisfeltet svekkes.

– *Dersom man ikke sier fra når man er student, hvor sannsynlig er det at man sier fra når man er ferdig utdannet og ute i jobb?*

– Jeg tror man fort kan fortsetter med det man har lært. Man sosialiseres inn i en ukultur. Når ikke de som burde være gode rollemodeller er nettopp det, er det fare for at man reproducerer kunnskapsløsheten og likegyldigheten. Det er viktig at vi allerede som studenter lærer hvilket ansvar vi har. Det å kunne tenke kritisk og sette spørsmålstejn ved avdelingens rutiner og kultur/ukultur er absolutt en viktig og nødvendig del av dette ansvaret, sier Sneve. ■■■

Tekst **Kari Anne Dolonen**



Gratis kurs om likeverdige offentlige tjenester!



Er arbeidet ditt til størst mulig nytte for dem som trenger det? Legger du nok vekt på likeverd i møte med tjenestemottakerne? Sett av en dag til å fordype deg i temaet likeverdige offentlige tjenester sammen med Likestillings- og diskrimineringsombudet.

Kursene retter seg mot ledere, førstelinjetjenesten, politikere, fag- og interesseorganisasjoner. Det blir spesielt fokus på verktøy som kan bedre tjenesteytingen og hva diskriminering innebærer i praksis.

KURSDATOER:
21.10 Trondheim
28.10 Bergen
11.11 Oslo

Program og påmelding: www.ldo.no/loft



Støttet av EUs program for sysselsetting og sosial solidaritet (2007–2013), i regi av Generaldirektoratet for sysselsetting, sosialpolitikk og likestilling. Programmet gir økonomisk støtte til implementering av EUs målsettinger i forhold til arbeids- og samfunnsliv, i tråd med EUs sosiale agenda, og bidrar dermed til oppnåelse av Lisboa strategiens målsettinger på disse felt. Innholdet i denne plakaten gjenspeiler ikke nødvendigvis EU-kommisjonens standpunkt eller meninger.





En sikker beskyttelse mot eksponering av antibiotika*

PhaSeal® er et lukket system som gjør at du på en sikker måte kan håndtere antibiotika uten å bli eksponert. Systemet er utformet slik at du enkelt kan tilføre legemidler både for infusjon og injeksjon.

PhaSeal anvendes i dag rutinemessig ved sykehus i over 30 land. Systemets effektivitet når det gjelder å forhindre spredning av legemidler i arbeidsmiljøet er bekreftet i en rekke uavhengige vitenskapelige studier.

For mer informasjon, besøk PhaSeal.com



*PhaSeal kan ved klargjøring og administrering også anvendes til andre typer farlige legemidler, f.eks. cytostatika.

PhaSeal®


Har du spørsmål om lønn, rettigheter eller forsikring?


Send en epost til interaktivt@sykepleien.no.

Du kan også gå inn på sykepleien.no og finne svar på aktuelle spørsmål.

Hvordan finne medlemsfordelene?

Medlemsfordeler og et spørsmål om diskriminering i forbindelse med fødsel og permisjon er temaene for denne utgaven av paragrafrytterne.

 Jeg har hørt at man som medlem i Norsk Sykepleierforbund (NSF) kan få rabatt på bensin, strøm og andre ting. Hvilke medlemsfordeler har man, og hvor finner jeg oversikt over dette? Randi Moan Riiber, leder av NSF's Forsikringskontor svarer:

 På NSF's hjemmeside (www.sykepleierforbundet.no) under fanen «medlemskap» eller øverst på siden via «medlemsfordeler» får du tilgang på de medlemsfordeler NSF har fremforhandlet. Foruten gode forsikrings og bankavtaler har NSF følgende rabattavtaler:

Avis bilutleie – 30 prosent rabatt på billette i Norge.

Los – For et fast månedsbeløp på 19 kroner får du kjøpe strøm til innkjøpspris.

Esso – 50 øre rabatt på bensin og diesel samt noe rabatt på fyringsolje og bilvask.

Telenor – Mobiltelefon – 30 inkluderte ringeminutter per måned.


Rabatt på bredbånd, bredbåndstelefon og fast telefon.

Diverse hotellavtaler.


Fra og med høsten 2011:

Riksteatret – Her får du som NSF-medlem rundt 20 prosent rabatt på inntil fire billetter per forestilling.

Norwegian Outlet – 10 prosent rabatt.

 Jeg er ute i svangerskapspermisjon og føler meg diskriminert. Før jeg gikk ut i permisjon jobbet jeg gjennomsnittlig to vakter i uka. Jeg har imidlertid fått beskjed om at når jeg kommer tilbake etter permisjon, vil jeg kun bli tilkalt når de trenger meg. Mens jeg har vært borte, har de ansatt nye som de heller prioriterer. I arbeidsavtalen min står at jeg skal jobbe mellom 0 og 100 timer i måneden.

Dette spørsmålet svarer Likestillings- og diskrimineringsombudet (LDO) på:

 Likestillingslovens paragraf 3 sier at det ikke er tillatt å stille en kvinne dårligere pga. graviditet, fødsel eller foreldrepermisjon. Denne bestemmelsen gjelder også for ansatte i midlertidige og løse ansettelsesforhold. Din arbeidsgivers praksis betyr at du mister



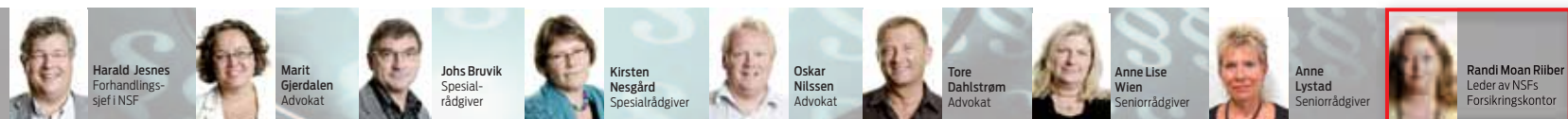
50 ØRE: Som NSF-medlem får du blant annet rabatt på bensin og diesel.

jobben på grunn av graviditeten/permisjonen. Dette vil helt klart kunne vurderes som brudd på likestillingsloven.

Arbeidsmiljølovens paragraf 14–9 sier at fast arbeid skal gjøres av fast ansatte. Derfor er det spørsmål om du også etter loven er fast ansatt i de vaktene du har jobbet selv om det ikke er kontraktsfestet. Dette er avhengig av hvor lenge du har jobbet i faste vakter og hvor stabilt dette mønsteret har vært. Om ditt ansettelsesforhold er fast, vil din arbeidsgivers praksis også kunne regnes som usaklig oppsigelse. Dette lovverket forvaltes ikke av LDO, men fagforeningen din bør kunne hjelpe deg med dette.

Uansett hvordan du går videre med saken, anbefales du å skaffe dokumentasjon på din arbeidsavtale, samt lønsslipper som viser hvor mye du faktisk har jobbet før du gikk ut i permisjon. Om du har dokumentasjon for at du ikke vil få tilbake vaktene etter permisjon, bør du også skaffe dette. Jeg vil i første omgang anbefale deg å be om hjelp hos din fagforening, som kan bistå deg med hele saken. Hvis du ikke får hjelp der, kan du reise saken som klagesak hos LDO. I så fall vil vi bare kunne ta stilling til om du har blitt diskriminert.

Passer på paragrafene:





Anne Lill Østern

Alder: 40 år

Jobber: Delegat for Røde Kors og akuttpsykiatrisk mottakspost, Oslo universitetssykehus, Ullevål

I beredskap

Jeg er klar til å reise på kort varsel.

Da jeg første gang gikk inn i flyktningleiren i Libanon, tenkte jeg «hva har jeg gjort». Men jeg ble der i elleve måneder. Det var en fantastisk tid. Året var 1996.

Etterpå har jeg reist ut flere ganger, både for Leger Uten Grenser og Røde Kors. Jeg har blant annet vært i Darfur, Sør-Sudan, Pakistan og på Haiti. Hjemme har jeg jobbet som sykepleier og anestesisykepleier. Akkurat nå jobber jeg i akuttpsykiatrien.

Jeg vet ikke når jeg skal ut neste gang, men står på Røde Kors sin liste over helsepersonell som kan reise på kort varsel.

Å få lov til å hjelpe mennesker i nød, gir meg masse. Jeg møter utfordringer og takknemlighet, både for hjelpen jeg gir og for at noen er villig til å ta del i deres katastrofer og kriser. Men jeg gråter hver gang jeg reiser fra familien min.

Redd har jeg aldri vært, men man må ha tenkt over at arbeid i områder med krig og konflikt ikke er ufarlig. Da jeg var i bushen i Sør-Sudan, timevis unna hjelp, slo tanken meg: Hva om ...

Menneskene som bodde der hadde virkelig ingen ting. Været var ekstremt. Skinte solen, var det 60 grader. Regnet det, vasset vi i gjørmevann til livet. Det var giftige slanger og masse fluer. Der lærte jeg at jeg kan overleve overalt.

Men jeg er heldig, jeg vet at jeg etter endt oppdrag skal hjem. Hadde jeg blitt dumpet et sånt sted, uten å vite for hvor lenge og om jeg kom meg ut, da hadde jeg gått til grunne.

Da jeg var ganske fersk, var jeg i Sierra Leone. På min andre dag mistet jeg en ung jente under innledning av anestesien. Hun var svært syk. Det var hjerteskjærende, men jeg måtte fortsette å jobbe. Om kvelden, da jeg var ferdig, sto faren og broren til jenta på gangen. Ingen andre var å se. «Nå kommer de for å ta meg», tenkte jeg. Men faren rakte fram hånden og sa på gebrokkent engelsk: «It was her time to go, but thank you for trying».

Det viser litt av takknemligheten jeg møter. Men hadde jeg ikke visst at jeg hadde gjort alt riktig under anestesien, og hadde jeg ikke følt meg 110 prosent på høyden, hadde jeg aldri gitt anestesi igjen.

Jeg vil hjelpe flest mulig, men noen ganger er det for farlig. I Darfur lå det for eksempel 50 krigsskadde i et område, som vi ikke fikk lov å reise inn i. Det er tøft når jeg vet at hjelpen kunne gjort en forskjell. Men jeg forholder meg til regler, det er en grunn til at vi har dem.

Det er tungt å reise fra et oppdrag, men jeg gleder meg alltid til å komme hjem. Da er jeg takknemlig og føler meg så privilegert. For at jeg har fått lov til å delta i et oppdrag, for familien, alt jeg har, jobben. Jeg lever på euforien det gir meg. Jeg er fylt av alt jeg har opplevd ute, men så blir jeg oppslukt av akkurat det samme som alle andre her hjemme. Men skjer det en katastrofe et sted i verden, er jeg klar og venter på telefon. ■■■

Fortalt til Nina Hernæs Foto Marit Fonn





21. AUGUST var offisiell minnedag for terrorangrepene i Oslo og på Utøya. Dagen før har psykiatrisk sykepleier Venke Aarethun vært med overlevende ungdommer og pårørende til Utøya for å se stedene der de omkomne ble funnet.

På bildet er Aarethun ved domkirken i Oslo, før hun skal overvære minneseremonien i Spektrum.

På Utøya var det flere helseteam da etterlatte og overlevende fra massakren skulle besøke øya den 20. og 21. august, under ledelse av Helsedirektoratet og Direktoratet for Samfunnsikkerhet og beredskap. Men Sør-Trøndelag sendte i tillegg, på eget initiativ, sitt eget helseteam nedover for å bistå fylkets overlevende og etterlatte.

Teamlederen Venke Aarethun er psykiatrisk sykepleier og rådgiver, til daglig ansatt ved Ressurssenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging ved St Olavs Hospital i Trondheim. Hun har også jobbet med ungdom og rus, psykotiske og voldelige menn, samt vært solidaritetsarbeider i Midtøsten siden 1984.

Foto: Stig Weston

Helseforetakene bør ikke avgjøre lokalsykehusets skjebne, mener de fleste av de folkevalgte i kommunene.

Vil la Stortinget bestemme

På spørsmålet «Hvem bør bestemme lokalisering av sykehusene» svarer de folkevalgte i kommunene at de vil overlate dette til Stortinget og regjeringen, mens bare 20 prosent svarer at helseforetakene skal avgjøre saken. Formelt er det i dag de regionale helseforetakene som sitter med ansvaret for beslutningene.

Bør avgjøres sentralt

Det er meningsmålingsbyrået NorgesBarometret som har utført spørre-

undersøkelsen på oppdrag fra NSF og legeföreningen. En tredjedel av landets folkevalgte har svart.

Blant folkevalgte fra Arbeiderpartiet, Høyre, FrP og SV er det et flertall for at det er de sentrale myndighetene som bør avgjøre hvordan sykehuskabalene skal se ut utover landet. I de andre partiene er det et flertall for at andre instanser skal bestemme. En av fem ønsker at fylkeskommunen igjen skal overta ansvaret for beslutningene i sykehussektoren. Særlig representanter fra

SV, Senterpartiet og Venstre ønsker å gå tilbake til en slik løsning.

Lokalsykehus med akuttberedskap

De folkevalgte er mer enige om hvilke tilbud et lokalsykehus bør ha for innbyggerne. De ønsker seg først og fremst en medisinsk avdeling for akutte sykdommer (77 prosent). Nesten like mange ønsket seg en kirurgisk avdeling for akutte skader og sykdommer. Bare halvparten av dem som svarte syntes det var nødvendig

med en ortopedisk avdeling for bruddskader.

Noe overraskende syntes over en tredel av folkevalgte som svarte i undersøkelsen, at en fødeavdeling er et must på et lokalsykehus. Venstre-representanter syntes dette var minst nødvendig, mens Frp-ere og KrF-ere la mest vekt på et fødetilbud i nærmiljøet: Tre av fire ville ha en lokal fødeavdeling. ■■■

Tekst **Barth Tholens**

FART NÅR DU VIL HA MER PÅ MAGEN



Duphalac® er et laktuloseprodukt mot forstoppelse. Det virker i løpet av 2-4 dager, og kan brukes jevnlig for å forebygge treg mage. Duphalac® kan blandes med mat og drikke. Duphalac® fås som mikstur 200 ml, 500 ml og 1000 ml.

Duphalac® fås nå også med fruktsmak. Diabetikere kan også bruke Duphalac®.

Duphalac® er et reseptfritt legemiddel som fås på apotek.

Bør brukes med forsiktighet hos pasienter med laktoseintoleranse. Skal ikke brukes av pasienter med mavesmerter av ukjent årsak. Skal ikke brukes ved betennelsstilstander i tynn- og tykktarm (eks ulcerøs kolitt).

TREG MAGE KAN RAMME ALLE



duphalac
laktulose
- når magen sier nei

Den brukervennlige flasken

Abbott Norge AS
www.abbott.no
Telefon: 81 55 99 20

Abbott
A Promise for Life

054-Dup-Mar-11

Fag & bøker

Side
60

DYSTER KREFTSTATISTIKK: Kreft anses for å være en relativt ny sykdom i Afrika. Derfor er det verken bevissthet rundt symptomene eller nok kunnskap om kreftsykdommer. Mange kreftsyke kommer for sent til behandling, eller har ikke råd til å reise langt for å få nødvendig behandling. Ocean Road Cancer Institute er på det nåværende tidspunkt det eneste sykehuset i Tanzania som tilbyr både kjemoterapi og strålebehandling. De har et samarbeid med Haukeland universitetssykehus i Bergen. Foto: Ellen Tolo



3
nye bøker

AUDUN ØYRI
**Norsk medisinsk
ordbok, 9. utgåva**

En ny utgave av ordboken, som første gang kom i 1988. De aller fleste ordene er fra medisinsk fagspråk, noe fra andre fagspråk og ord og uttrykk som brukes i media.



AUDUN ØYRI
**Engelsk-norsk/
Norsk-engelsk
medisinsk ordliste**
27 000 oppslagsord
på norsk. 25 500 på
engelsk.



GRO TH. LIE OG INGER
GRANBY
Mennesket bak rusen
Om Selbukollektivets historie,
ungdommenes utviklingspro-
sess og betydningen av aner-
kjennelse
En bok om hvor sammensatt
rusproblematikken kan være.





Grethe Savosnick, cand. mag., klinisk spesialist som helsesøster og familieterapeut. Er ansatt som spesialrådgiver ved Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS-Ø), Oslo.

Samtaler endret syn på omskjæring

Samtalegruppe for somaliske kvinner førte til økt kunnskap og nye holdninger til kjønnslemlestelse.

Denne artikkelen vil jeg belyse noen erfaringer fra en samtalegruppe med somaliske kvinner. Samtlige var omskåret og målsettingen med samtalen var å forebygge kjønnslemlestelse. Men først vil jeg beskrive hva kjønnslemlestelse er og hvilken kulturforståelse som ligger til grunn for denne praksisen i Somalia.

Ulike begreper

Utgangspunktet for samtaletemaene i kvinnegruppen er tatt fra veiledermanualen «Kvinner liv og helse i eksil» (1), utarbeidet av det Nasjonale OK-prosjektet (Omsorg og kunnskap mot kvinnelig omskjæring). Manualen er utarbeidet som en guide til anvendelse i samtalegrupper der hensikten er å skape prosesser som kan føre til forandring og utvikling av kvinners liv og helse i eksil. Den inneholder forslag til opplegg for samtalegrupper hvor kjønnslemlestelse er tema. I denne artikkelen vil jeg ta for meg gruppemøter hvor temaene «tradisjoner» og «kvinnehelse, spesielt kvinnens underliv» blir belyst. Jeg vil vise eksempler på hvordan vi kom i dialog med somaliske kvinner når hensikten var å forebygge kjønnslemlestelse.

Det finnes flere ulike betegnelser på kjønnslemlestelse. Valg av begrep vil ha etiske, kommunikative og innholdsmessige konsekvenser. I Norge brukes kvinnelig omskjæring og kjønnslemlestelse. Female genital mutilation (FGM) eller kjønnslemlestelse brukes av norske myndigheter for å signalisere at det dreier seg om et overgrep mot kvinner og jenter. Begrepsbruken bør derfor tilpasses den enkelte situasjon (2). I denne artikkelen brukes alle tre begrepene, men tilpasset situasjonen som beskrives.

Definisjon

WHO definerer kjønnslemlestelse av jenter som alle inngrep hvor ytre kjønnsdeler fjernes helt eller delvis, eller inngrep som medfører annen skade på kvinnelige kjønnsorganer, som foretas av kulturelle og andre ikke-terapeutiske årsaker. WHO har inndelt kjønnslemlestelse (FGM) i fire typer: Type I: Innebærer hel eller delvis fjerning av klitoris og/eller forhuden og antas å utgjøre omkring 5 prosent av omfanget på verdensbasis. Type II: Innebærer delvis fjerning av klitoris samt delvis eller fullstendig fjerning av de små kjønnsleppene. Mest utbredt på verdensbasis. Praktiseres av cirka 75–80 prosent av de som praktiserer omskjæring (type I og II kalles sunna). Type III: Delvis eller fullstendig fjerning av

ytre kjønnsdeler og igjensying, slik at urinrørsåpningen dekkes av et hudseil og skjedeåpningen forsnevres til cirka 1 centimeter i diameter (kalles infibulasjon). Er spesielt utbredt i Somalia. Type IV: Uklassifisert. Alle andre skadelige inngrep i kvinners kjønnsorgan av ikke-medisinske årsaker.

Utbredelse

Kvinnelig omskjæring er en tradisjon som er dypt forankret i kultur og moral. Praksisen forekommer både blant muslimer, kristne og folk som tilhører lokale trossystemer, blant jordbrukere og nomader, folk fra by og land, fattige og rike, utdannede og analfabeter (3).

Kjønnslemlestelse forekommer i over 40 land, hvorav 28 er afrikanske. Det forekommer også i en viss utstrekning i noen land i Asia og Midtøsten. Nyere forskning antyder en høy forekomst innenfor enkelte kurdiske grupper (3). Generelt er praksisen knyttet til folkegrupper og ikke nasjonalstater, og en slik tradisjon er forbundet med kulturelt forankrede oppfatninger, holdninger og verdier som det vil ta tid å endre. Det er ulike begrunnelser for hvorfor jenter bør omskjæres hos ulike befolkningsgrupper og regioner (4). Vi må være klar over at smerte og lidelse ikke er hensikten med inngrepet. Formålet er at jentas verdi og verdighet skal øke som følge av omskjæring (5).

Praksis i Somalia

Det somaliske samfunnet har siden 1988 vært preget av kaos, krigshandlinger, utrygghet, sult og fattigdom. På grunn av borgerkriger har landet har vært uten regjering de siste 20 årene. Infrastruktur som skoler og sykehus vært fullstendig ødelagt, noe som har medført lite eller ingen skolebakgrunn og høy andel av analfabetisme hos befolkningen (6). Kvinner har derfor liten eller ingen kunnskap om kroppens funksjon og de helsemessige konsekvensene ved FGM.

Cirka 98 prosent av somaliske kvinner blir omskåret. De fleste omskårete kvinner har få tanker om omskjæring, det er noe alle gjør, som er blitt gjort i generasjoner. Mange opplever denne praksisen som moralsk og som en god skikk.

I Somalia vil en uomskåret jente bli sett på som en «uren kvinne» og risikerer å ikke bli gift (7). En ugift kvinne er en umulighet i en kultur der det å bli mor er den eneste kvinnerollen som gir

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

Søkeord:

- ▶ Kvinnehelse
- ▶ Omskjæring
- ▶ Gynekologi
- ▶ Informasjon



mening og status. I Somalia er det viktig å forberede døtrene til ekteskap, og mødrene har et de kulturelle forklaringene på omskjæring (7). Det er de voksne kvinnene som forsvarer og fører tradisjonen videre.

Ikke et overgrep

Kvinner som har gjennomgått FGM og kvinner og menn som gjennomfører inngrepet på sine barn, ser på dette som noe positivt, ikke som et overgrep. Mødrene gjør det i beste mening. Vi må være klar over at i den kulturelle sammenhengen FGM foregår, vil en jente som ikke er omskåret oppfattes som et forsømt barn. Et uomskåret kjønnsorgan betraktes som unaturlig, usømmelig og dermed også utenkelig (3). For at en kvinne skal bli en «kvinne» i kulturell forstand, må hun være omskåret. Når hun er omskåret, er det tegn på at hun kommer fra en bra familie og har fått en god oppdragelse. I denne konteksten vil en uomskåret kvinne få problemer med å finne seg en mann. Mødrene gjør dette for at jentene skal bli en ærbar kvinne og godt gift. Hvor underlig det enn høres ut; omskjæring er et uttrykk for omsorg og kjærlighet. Det blir sett på som noe bra og viktig til tross for store lidelser og plager, og fører til at man blir en del av kvinnefelleskapet (3).

Smertefullt

Det er vanskelig å bryte med en slik tradisjon. Mødrene gjør det som kulturen forventer av dem. Å stå utenfor sin egen kultur er tøft og vanskelig. I Somalia er det å bli omskåret en del av det å bli kvinne, «å bli ren». Mange somaliske jenter gleder seg til å bli omskåret fordi det er et overgangsritual til å bli voksen (8). I den afrikanske kulturen blir disse ritualene markert med fester, en seremoni som kunnngjør at jenta går fra et stadium til et annet. Mange tror at omskjæring er en religiøs plikt, men det er ingen påbud i Koranen om at kvinner skal omskjæres.

Det er svært smertefullt å bli omskåret, og de fleste får problemer med både vannlating og menstruasjon. Men smertene blir veid opp mot at det å være omskåret gjør en stolt og trygg. Det jentene assosierer med omskjæring er stort sett positive ting som renslighet, bevis på jomfruelighet, tilhørighet, aksept og stolthet. Fysiske komplikasjoner alminneliggjøres på grunn av uvitenhet, og plagene tilskrives ikke omskjæringen. Å ha underlivssmerter eller plager er en del av det å være kvinne, «det gjør at man er mer verdt som kvinne». I Somalia har ikke FGM vært et samtaletema mellom kvinner og menn. Det er bare noe man gjør uten å stille spørsmål (3).

Patriarkalsk samfunn

Det somaliske samfunnet er patriarkalsk med en sterk kjønnsdeling. Somaliske kvinner har tradisjonelt en sterk posisjon i hjemmet og familien. Samfunnet har over tid vært preget av ekstrem fattigdom (9). Derfor har det vært viktig å få døtrene godt gift slik at de kan forsørge seg og familien. FGM er ikke et tema somaliske menn tradisjonelt snakker om seg imellom. Det tilhører kvinnens verden. Menn og kvinner i Somalia har forskjellige roller og oppgaver i familien som utfyller hverandre, og de lever tradisjonelt til dels adskilt. Kvinner og menn pleier ikke å snakke om FGM seg imellom. Mennene snakker kun om FGM når en av dem skal gifte seg. En tradisjonell somalisk mann ønsker vanligvis at hans fremtidige kone er omskåret, da det er et symbol på at hun er ærbar.

Kvinnegruppen

Det kan være svært krevende å lede samtalegrupper hvor temaet er sensitivt og personlig, slik jeg beskriver det i denne artikkelen.



STERK TRADISJON: Cirka 98 prosent av somaliske jenter blir omskåret. Illustrasjonsfoto: Shanicia Jackson/Scanpix

Når man skal starte opp med en kvinnegruppe hvor hensikten er forebygging av kjønnslemlestelse, er det en fordel å samarbeide med ressurspersoner fra de berørte områdene. Erfaringer viser at endring av holdninger og praksis i etniske minoritetsgrupper går lettere hvis ressurspersoner fra miljøet deltar aktivt i arbeidet (10,11).

Flere forutsetninger må være til stede for at en kvinnegruppe som dette skal fungere. Gruppelederen må prøve å oppnå en god og trygg atmosfære i gruppen. Dette vil danne grunnlaget for å få til «den gode samtalen», bygd på gjensidig tillit og respekt (12).

Smerte og lidelse er ikke hensikten med inngrepet.

Alle gruppedeltakerne må føle at de blir hørt og sett, ingen må føle seg krenket eller nedvurdert. Det er viktig at gruppeleder deltar i samtalen som en likeverdig samtalepartner (13). Det er også viktig at gruppeleder og ressurspersonen samarbeider godt.

Oppstart

Femten kvinner ble invitert til å delta i en kvinnegruppe hvor temaet skulle være FGM. En ressursperson fra miljøet hjalp til med å rekruttere deltakerne. Hun deltok aktivt i gruppemøtene og ble også benyttet som tolk. Av de femten inviterte kvinnene møtte bare tre til det første møtet. Ifølge de oppmøtte kvinnene



kunne årsaken til det dårlige oppmøtet være at de ikke ønsket å snakke om temaet FGM fordi de anså det som noe privat og personlig. Da kvinnene fikk høre hvilke temaer som skulle tas opp i samtalegruppen, mente de det kunne være interessant for flere kvinner og sa: «Vi somaliske kvinner trenger mer kunnskap om kvinnehelse og om komplikasjoner forbundet med kvinnelig omskjæring».

Gruppeleder spurte kvinnene som hadde møtt opp hva de tenkte kunne gjøres for å få flere kvinner til å komme til gruppen. Kvinnene mente informasjonsbrevet måtte endres, ordet «kvinnelig omskjæring» burde ikke brukes. Man burde heller nevne temaer som kvinnehelse, tradisjoner og integrering. Derfor ble det skrevet et nytt informasjonsbrev på deres morsmål. Etter en tid kontaktet ressurspersonen samtlige kvinner for å høre om de hadde fått brevet. Hun fortalte hva som sto i brevet og informerte om hva temaene skulle være.

Vanskelig tema

Neste gang møtte ti kvinner til møtet. Deltakerne ble informert om hva som var hensikten med gruppen. Flere av de oppmøtte kvinnene sa de ikke ønsket å snakke om kvinnelig omskjæring. Det var tydelig at dette var et tema som var svært vanskelig å snakke om, men de ville gjerne snakke om kvinnehelse og tradisjoner. Gruppeleder informerte om at i forbindelse med

I Somalia vil en uomskåret jente bli sett på som en «uren kvinne».

temaene «kvinnehelse og tradisjoner» ville hun komme inn på kvinnelig omskjæring. Kvinnene ble helt stille, det var tydelig at de opplevde dette som ubehagelig. Gruppeleder ga dem tid til å diskutere seg imellom på sitt morsmål, og etter hvert ble alle enige om å delta i denne gruppen.

De fleste deltakerne i kvinnegruppen hadde dårlige norsk-kunnskaper, lite eller ingen skolebakgrunn og var lite orientert i det norske samfunnet. De hadde barn i alderen tre måneder til 16 år.

Tradisjoner

Da temaet «tradisjoner» skulle diskuteres, møtte seks kvinner opp. Kvinnene hadde fått i oppgave å tenke gjennom hvilke tradisjoner de ønsket å føre videre, og hvilke de ikke ønsket å føre videre til barna sine. Flere av deltakerne mente at de bare hadde dårlige tradisjoner i Somalia. De ga som eksempel at kvinner ikke har rettigheter, ikke har mulighet til å gå på skole og utdanne seg, og at de er undertrykte av mannen. Men hvorfor mente kvinnene at de bare hadde dårlige tradisjoner? Følte de seg utrygge i situasjonen eller ønsket de å tekkes gruppeleder? Opplevde kvinnene at deres tradisjoner ikke hadde noen verdi her i Norge? Det ble viktig for gruppeleder å trekke frem de positive elementene i kvinnes kultur slik at de fikk tilbake verdigheten sin. Gruppeleder kunne se på kvinnes analoge språk at dette hadde god effekt. Dette grepet var nødvendig for å kunne fortsette med gruppemøtene.

Allerede på dette møtet kom temaet FGM opp. En kvinne sa: «Kvinnelig omskjæring er en dårlig tradisjon som bare skader oss og gir oss problemer. Jeg er uomskåret, jeg har to døtre og jeg vil ikke føre denne tradisjonen videre til mine barn». Først var det ingen som kommenterte noe av det hun sa. Det var stille en lang

stund, men etter hvert begynte gruppen å diskutere omskjæring, og det ble en svært interessant diskusjon.

Kvinner helse

Da temaet «kvinner helse, spesielt kvinnens underliv» skulle tas opp, møtte tolv kvinner. To hadde tatt med seg en venninne. Alle visste at temaet denne gangen skulle være om kvinnelig omskjæring og helsekonsekvenser som følge av dette. Tidligere hadde oppmøtet vært varierende, men da dette temaet skulle tas opp, var interessen stor. Kvinnene fikk informasjon og kunnskap om hva som skjer ved kjønnslemlestelse og hvilke helsemessige komplikasjoner som kan oppstå. Videre fikk de se bilder av et omskåret underliv og et underliv som ikke var omskåret. Det ble også vist bilder av komplikasjoner som kan oppstå etter en omskjæring. På forhånd hadde kvinnene blitt informert om at bildene var sterke og at det var frivillig om de ville se dem eller ikke.

Komplikasjoner

Da gruppeleder spurte hva de tenkte om det de hadde hørt og sett, sa en kvinne: «Jeg blir veldig trist og lei meg når jeg hører dette, jeg visste ikke om disse komplikasjonene». En annen sa at hun ikke trodde at cystedannelse var en komplikasjon. Hun mente det var en sykdom som kunne oppstå på lik linje med alle andre alvorlige sykdommer. Det var «Allah» som bestemte, det var noe man ikke kunne råde over selv. En kvinne fortalte at dette var en komplikasjon hun selv hadde opplevd etter omskjæring, og blitt veldig syk. Hun måtte legges inn på sykehuset og opereres: «Allah bestemmer ikke dette». En annen kvinne sa at det var mennene som forlangte at jentene skulle omskjæres.

Trenger kunnskap

Gruppeleder spurte: «Hva er grunnen til at jentene blir omskåret?» Ingen svarte. Kvinnene virket brydde og gruppeleder lot spørsmålet ligge. Hypotesespørsmål gir en åpning for å snakke om temaet, og er spesielt nyttige for å få deltakerne til å overveie alternative handlingsmuligheter (14,15). «Hva vil skje hvis jentene deres ikke ble omskåret?» En av kvinnene svarte at da ville ingen gifte seg med dem. «Hvem skal guttene/mennene gifte seg med hvis ingen jenter er omskåret?» Det ble stille en lang stund. «Det er helt utenkelig, men det hadde vært fint, da hadde det ikke vært noe problem, da måtte mennene giftet seg med jentene som ikke var omskåret». Plutselig sa en: «Vi må gjøre hva vi kan for å få slutt på dette».

Gruppeleder spurte kvinnene hva de kunne gjøre for at tradisjonen ble stoppet. En kvinne sa det ikke var hun som bestemte, og at det var mange menn som var for omskjæring. En annen kvinne fortalte at hun hadde to små jenter, og at hun ikke ville utsette døtrene sine for kvinnelig omskjæring. En av kvinnene sa hun ville snakke med alle hun kjente om hvor skadelig og farlig kvinnelig omskjæring er, for hun var ikke klar over at disse «kvinneplagene» oppsto på grunn omskjæring. En kvinne sa det bør være obligatorisk i introduksjonsprogrammet og voksenopplæringen for alle menn og kvinner om hvor skadelig denne tradisjonen er. En annen sa at flere burde få tilbud om å gå i en slik samtalegruppe som dette: «Vi trenger kunnskap om temaet».

Kvinnegruppen kom etter hvert med flere forslag til hva som burde gjøres for å få slutt på denne tradisjonen. En av kvinnene sa hun gjerne ville hjelpe til med å rekruttere nye kvinner til å delta i en samtalegruppe. Før de avsluttet gruppemøtet, ble det enighet om å fortsette med samme tema neste gang, da møtet

hadde vært emosjonelt og vanskelig for de fleste kvinnene.

Holdningsendringer

Hva var grunnen til at møtet om «kvinnens helse, spesielt kvinnens underliv» ble så vellykket? En årsak kan være at gruppelederen hadde informert i forkant om hva som var tema, og forberedt deltakerne på at hun ville vise sterke bilder. Gruppeleder informerte saklig ved hjelp av bilder og lysark om hva som skjedde med kvinnekroppen ved en kvinnelig omskjæring. Ved å benytte denne tilnærmingen ga gruppeleder kvinnene tid til å diskutere seg imellom og selv reflektere over det hun hadde formidlet. Målet var ikke en størst mulig teoretisk kunnskap om skadevirkninger av FGM, men at kvinnene gjennom å dele tanker og erfaringer med hverandre fikk innsikt i at det er mulig å endre tradisjoner som er skadelige. Gruppeleder opplevde at den nye kunnskapen og gruppediskusjonen medførte at kvinnene endret synet på FGM, og bidro til at de selv så en mulighet for endring.

To typer endringer skjedde med kvinnene. Temaet «kvinnelig omskjæring» endret seg til ikke lenger å være sensitivt og vanskelig å snakke om. Etter hvert ønsket kvinnene å ha et ekstra gruppe-møte for å snakke mer om temaet. Den andre endringen var at deres syn på kvinnelig omskjæring gradvis endret seg. Kvinnene begynte å se andre muligheter og løsninger på problemet. Var det måten kvinnene ble møtt på som skapte endring, eller skyldtes det ny kunnskap? Var det på grunn av kvinnefellesskapet og gruppedynamikken, eller var det fordi de fikk sette ord på følelsene sine?

Felles forståelse

Etter hvert som kvinnene i gruppen ble bedre kjent med hverandre, oppsto en felles forståelse. Det oppsto nye måter å tenke, føle og handle på. Kvinnene endret holdninger etter hvert som samtalen utviklet seg. De ble mer bevisst på hvor skadelig FGM var; fra motvilje til å snakke om det, til stor åpenhet rundt temaet. Samtalene ble svært konkrete og levende. Selv om det ble snakket om mange vanskelige temaer i gruppen, lo deltakerne mye sammen. Kvinnene hadde en egen evne til å se humoristisk på ting som kunne være vanskelig. Humor er en kraft som kan bidra til å mestre livet på en bedre måte.

Dialogen i gruppen gjorde det mulig for kvinnene å snakke om vanskelige ting, og ny mening oppsto. Forandringen som skjedde med kvinnene kom fra dem selv og var ikke et resultat av instruksjon fra gruppeleder. Etter hvert som kvinnene ble tryggere og fikk tillit til hverandre, ønsket de å snakke om sin egen omskjæring og hvor smertefullt det hadde vært. Gradvis ble det også mer fokus på de psykiske reaksjonene som følge av FGM. Kvinnene ble svært emosjonelle og søkte støtte hos hver-

andre. Man kan si at gruppen etter hvert hadde en terapeutisk funksjon for kvinnene.

Nettverk

De fleste kvinnene fortalte at de hadde fått ny kunnskap om FGM, om hva som skjedde med kvinnekroppen og om komplikasjoner som kan oppstå. De fleste sa også at de nå tok avstand fra omskjæring. Flere visste ikke at «kvinneplagene» de hadde var komplikasjoner etter omskjæring. Disse uttrykte at de ville informere venner og familie om de helsemessige konsekvenser som følge av FGM, og mente at det etter hvert ville bli slutt på denne tradisjonen. Samtlige mente det hadde vært fint å snakke om dette temaet i gruppen og å møte andre somaliske kvinner. De hadde fått utvidet nettverket sitt og ønsket å støtte hverandre, både når det gjaldt dagliglivet i Norge og det videre arbeidet for å bryte med denne skadelige tradisjonen. Nettverket ville trolig fortsette å fungere etter at gruppen ble avsluttet.

«Fra stolthet til skam»

Det er vanskelig å forestille seg hvordan det føles; fra å være en ærbar og fullkommen kvinne i sitt gamle hjemland til å bli definert som en lemlestet kvinne i sitt nye. En ung somalisk kvinne fortalte meg at hun gikk fra å føle stolthet over å være penest omskåret av alle kvinnene i landsbyen hun kom fra, til å føle skam over å være omskåret i sitt nye hjemland. Hun sa: «Stolthet ble til skam». Hva gjør det med kvinnene at noe de opplevde som positivt i hjemlandet gjøres til noe stygt i eksil? De blir bevisst på at de har blitt utsatt for noe de ikke skulle blitt utsatt for og oppfattes som et offer. Disse perspektivene er viktig å ha med seg når man skal jobbe med forebygging av kjønnslemlestelse. Man må også ha kunnskap om kulturen som ligger bak denne praksisen, da blir det lettere å inngå en dialog med de berørte.

Avslutning

Et annet viktig moment, som jeg ikke har diskutert her, er hvorvidt majoritetssamfunnet har rett til å blande seg inn i minoriteters praktisering av egen kultur i eksil. Minoriteter skal ha lov og rett til å praktisere sin egen kultur i eksil, men når kulturen eller tradisjonene er skadelig for kvinner og jenters helse og krenker deres kroppslige integritet og menneskerettigheter, har staten plikt til å gripe inn og forby FGM.

Erfaringen jeg har fått fra arbeidet med denne gruppen har gitt meg håp om at det er mulig å få til en endring i synet på denne tradisjonen, og tro på at det er mulig å få slutt på praksisen. Dette kan skje gjennom gruppesamtaler samt ny kunnskap om helsekonsekvenser som følge av FGM. ■■■

LITTERATUR

1. Savosnick C, Johansen EB. Kvinners liv og helse i eksil; veiledning for drift av samtalegrupper med kvinner fra land der kvinnelig omskjæring praktiseres. OK-prosjektet, 2004. (tilgjengelig elektronisk på www.nkvt.no).
2. Johansen REB. (2007). Endring innenfra. Barne- og likestillingsdepartementet / NAKMI (kan bestilles fra: publikasjonsbestilling@dss.dep.no; bestillingsnummer Q-1126).

3. Talle, A. (2010a). Kulturens makt; kvinnelig omskjæring som tradisjon og tabu. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
4. Lidén, H., Bentzen, T. (2008). Kjønnslemlestelse i Norge. Institutt for samfunnsforskning, Oslo.
5. Sinding Aasen, H. (2010). Kjønnslemlestelse; Norges menneskerettslige forpliktelser. Foss, N. (red): Omskjæring. Stopp. Cappelen Akademisk forlag, 113–131.
6. Engebriktsen, A., Farstad, G.R. (2004). Somaliere i eksil i Norge; en kartlegging

- av erfaringer fra fem kommuner og åtte bydeler i Oslo. NOVA, skriftserie 1/04.
7. Talle, A. (2010b). Kulturell og historisk sammenheng. Foss, N. (red): Omskjæring. Stopp. Cappelen Akademisk forlag, 39–57.
8. Heller, E. (2003). Brutt taushet; om problemer for omskårede kvinner i land der praksisen er uvanlig og forbudt. Film, www.okprosjekt.no (kan bestilles fra publikasjonsbestilling@dep.no; bestillingsnummer Q-1057 B).
9. Klepp, I. (2003). Trivsel og integrasjon

- blant etniske minoriteter; ein kvalitativ studie av afghanske og somaliske flyktninger i to kommuner på Nord-Vestlandet. Arbeidsrapport 145, Høgskulen i Volda.
10. Hundeide, K. (2003). ICDP veileder for etnisk minoriteter. Oslo: International Child Development Programme (www.icdp.no).
11. Hundeide, K. (2009). ICDP for veiledere som arbeider med minoritetsforeldre. Oslo: International Child Development Programme (www.icdp.no).
12. Andersen, T. (2005). Reflekterende proces-

- ser; samtaler og samtaler om samtalerne. København: Dansk psykologisk forlag.
13. Anderson, H., Goolishian, H.A. (1992). Från påverkan till medverkan; språk- och meningskapande system i samverkan. Stockholm: Bokförlaget Mareld.
14. Tomm, K. (1985). Ett perspektiv på Milanosenterets systemiske tilnærming. Fokus på familien, (13): 67–82.
15. Tomm, K. (1997). Systematisk intervjuemetodik; en utveckling av det terapeutiska samtalet. Stockholm: Bokförlaget Mareld.



Ellen Tolo, kreftsykepleier ved kreftavdelingen på Haukeland universitetssykehus.

Kreft i Tanzania

Afrika er den verdensdelen med flest nye krefttilfeller. Likevel har kreft kommet i skyggen av det generelle sykdomsbildet.

Kreftavdelingen på Haukeland universitetssykehus har et samarbeidsprosjekt med kreftsykehuset Ocean Road Cancer Institute (ORCI), Dar es Saalam, Tanzania. I en periode jobbet jeg som sykepleier ved dette sykehuset. I denne artikkelen vil jeg belyse kreftsituasjonen i Afrika, med spesifikke innslag fra Tanzania.

En klump i brystet

En kvinne kjenner en klump i brystet. Hun bryr seg først ikke om den, og tenker at den vil forsvinne etter hvert. Men klumpen forsvinner ikke, den blir bare større. Etter en tid bestemmer hun seg for å oppsøke en lege. Det er få leger i regionen der hun bor så hun bruker en hel dag på å komme seg til legekantoret, og enda en dag på å stå i kø. Når hun endelig kommer inn på kontoret gir legen henne en antibiotikakur. Til tross for antibiotikabehandlingen blir ikke kulen i brystet mindre. Hun søker derfor råd hos den lokale medisinsmannen. Av ham får hun noen urter. Kvinnen bruker disse urtene i noen måneder, for hun er klar over at det kan ta tid for urteblandingen å virke. Men klumpen minker ikke. Den blir tvert imot større. På dette tidspunktet har brystet økt betydelig i omfang. Det er hovent og rødt, og det har etter hvert blitt ubehagelig for kvinnen å løfte armen. Dette plager henne så mye at hun oppsøker legen på nytt. Det er en annen lege denne gangen, og han får mistanke om at det kan være brystkreft. Denne legen henviser henne til et sykehus hvor hun kan undersøkes videre og ta en biopsi. Problemet er at det vil ta henne om lag en uke å komme dit. Det vil koste mye i reiseutgifter, å bo der, få behandling, og hvem skal ta seg av familien? Økonomisk vil det bli svært kostbart, men hun er heldig og har en stor familie som samler sammen nok penger til at hun kan reise. Regionsykehuset hun reiser til er et av de få sykehusene som har en patolog som kan ta biopsi og analysere den. Analysesvaret bekrefter mistanken om kreft. For å få behandling må hun reise til sykehuset Ocean Road Cancer Institute i hovedstaden. Dette sykehuset er det eneste i landet som tilbyr kreftbehandling med cellegift og strålebehandling. Etter flere dagers ventetid på det overfylte sykehuset får hun komme til en konsultasjon. Når hun endelig får startet cellegiftbehandlingen må hun betale for den selv. Strålebehandling får hun tre ganger i uken, i motsetning til fem behandlinger som er anbefalt for å få en effektiv behandling. Hun rekker å motta to cytostatikabehandlinger før hun dør.

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

Søkeord:

- ▶ Kreft
- ▶ Utviklingsland
- ▶ Internasjonal samarbeid



er en stor økonomisk utfordring for allerede tungt belastete helsevesen i disse landene. Samtidig står de fleste land i Afrika overfor en rekke andre helseutfordringer de må håndtere, med HIV/AIDS, polio og malaria høyt oppe på prioriteringslisten. Kreft kommer derfor i skyggen av disse infeksjonssykdommene, til tross for at statistikk viser at kreft tar flere menneskeliv enn HIV/AIDS, polio og malaria gjør til sammen (2). Tallene forteller hvor viktig det er å rette søkelyset mot kreftsituasjonen i afrikanske land.

Krefttilfellene øker

Historien om den kreftsye kvinnen innledningsvis setter et søkelys på noen av de viktigste faktorene som kanskje kan forklare hvorfor kreftstatistikken er så dystert i Afrika. Det at kreft ansees som en relativt ny sykdom i Afrika kan være en av hovedforklaringene (2,3). Siden sykdommen er relativt ny er det en mangelfull bevissthet og forståelse for kreft og kreftens sykdomsforløp i befolkningen (2,3). Dette fører til at man ikke oppsøker lege før symptomene er blitt smertefulle og hemmende i hverdagen. Tradisjonell medisin står sterkt i den tanzanianske kulturen. Når det gjelder kreft er dette et stort problem, da det ofte utsetter det mulige diagnosetidspunktet. Siden pasienten har begrenset kunnskap om kreft, har man ikke forutsetninger for å knytte sammen symptomer og kreftsykdom (4). Når den medisinske hjelpen som blir gitt heller ikke er effektiv, er det nærliggende at man knytter symptomene og sykdommen til overtro og trolldom. Det at pasienten unngår å oppsøke medisinsk hjelp kan også ha en sammenheng med at symptomene på kreft kan ha visse likhetstegn med symptomene på HIV/AIDS, en sykdom som er sterkt stigmatisert.

Mangler kunnskap

Redusert bevissthet og kunnskap blant helsepersonell er dessverre et av problemene ved krefthåndteringen (4). I pensumet på både medisinstudiet og i sykepleierutdanningen i Tanzania er det lite undervisning om kreft. Det finnes derfor få leger og sykepleiere som har tilfredsstillende kunnskaper om kreftdiagnostisering, behandling og relevant sykepleie. Infeksjonssykdommer er en stor del av hverdagen i Afrika, og antibiotikabruk er omfattende. Dette kan forklare hvorfor helsepersonell i første rekke mistenker infeksjon framfor noe mer alvorlig. Den manglende kunnskapen blant helsepersonell er en viktig grunn til at pasienter ikke får stilt en kreftdiagnose før sykdommen har nådd et langt stadium. Historien om kvinnen illustrerer ulike faktorer som er med på å påvirke sykdomssituasjonen hennes. I ressurssterkere land har man lokale behandlingsinstitusjoner, og det å komme seg dit er ingen betydelig utfordring for pasienten.

Kreft i Afrika

Dette er en fiktiv historie, men den kunne veldig gjerne vært sann. Historien illustrerer situasjonen for den kreftsye pasienten i Tanzania. Verdens helseorganisasjon anslår at i 2020 vil det være 16 millioner mennesker globalt som hvert år får en kreftdiagnose, og 70 prosent av dem vil bo i utviklingsland (1). Dette



KREFTPASIENTER I KØ: Polikliniske pasienter som venter på behandling ved kreftsykehuset Ocean Road Cancer Institute i Tanzania. Foto: Ellen Tolo.

I land som Tanzania vil den begrensede infrastrukturen spille en rolle i pasientenes sykdomsprogresjon; man må ofte reise langt, veinettet er dårlig, offentlig transport er lite utbygd, og ikke minst, det finnes få behandlingssituasjoner. Sammenlagt gjør disse ulike faktorene sitt til at behandlingsstart utsettes betydelig. Samtidig må pasienten reise fra familien, noe som vil ha store konsekvenser for barna, og ikke minst for familiens økonomi.

Kreftbehandling og ORCI

Ocean Road Cancer Institute er på det nåværende tidspunkt det eneste sykehuset i Tanzania som tilbyr både kjemoterapi og strålebehandling. Det er et sykehus med 120 senger, men man har jevnt over et belegg på godt og vel 200 pasienter. På grunn av den høye pågangen av pasienter kombinert med begrensede behandlingsressurser, er det mange pasienter som ikke får nødvendig behandling; sykehuset har lite cellegift å tilby, og strålebehandlingen blir ofte ikke gitt regelmessig, hvilket er vesentlig for at behandlingen skal ha tilfredsstillende effekt. Kreftbehandlingen i Tanzania skal i utgangspunktet være gratis, men begrensede statlige midler gis til å dekke behovet for nødvendig og effektiv kreftbehandling. Oftest må pasienten betale deler av, eller i verste tilfelle hele cellegiftbehandlingen sin selv. Strålemaskiner er store økonomiske investeringer, og det koster å holde dem ved like. Ved ORCI har man for øyeblikket

tre strålemaskiner. Ufordringen er at sykehuset har problemer med regionale strømbrudd, og manglende økonomiske midler til å vedlikeholde maskinene. Dette resulterer i at en eller flere maskiner kan være ute av drift for kortere eller lengre perioder.

Palliasjon

Som historien over illustrerer er det et stort problem at den kreftsyke pasienten i Tanzania har en sykdom som har kommet langt før hun eller han får stilt en kreftdiagnose (5). Palliasjon, det å kunne tilby pasienten lindring og en fredfull død, har en sentral rolle i kreftomsorgen. Kreft, og ikke minst langtkommen

Kreft ansees som en relativt ny sykdom i Afrika.

kreftsykdom, innebærer ofte ubehag og smerter. I Tanzania, hvor mange mennesker lever med ubehandlet eller underbehandlet kreftsykdom, er det av stor betydning for pasienten at palliasjon blir prioritert og tildelt økonomiske midler.

Helsepersonell ved behandlingssentrene i Tanzania uttrykker strekt behov for å kunne tilby bedre palliativ pleie, i form av bedre smertelindring og symptomkontroll. Man ønsker sterkt å utvikle



en hospitsvirksomhet. Dessverre finnes det for øyeblikket lite økonomiske midler i Tanzania til å gjennomføre dette. Generelt i Afrika er det lite bruk av morfin, til tross for medikamentets sentrale rolle i palliasjonen (6). I hverdagen på ORCI gir man hovedsakelig paracetamol, tramadol og dexametason, samt i noen tilfeller petidin. Man gir også morfin mikstur (pulver som blandes med vann til styrken 5 mg/ml) som inntas per oralt, gjerne i kombinasjon med paracetamol. Morfin som injeksjon blir sjelden gitt, og depottabletter finnes ikke. Sykepleierne opplever ofte at pasientene ikke ønsker å ta morfin, da det fremdeles er et stigmatisert medikament med tanke på rusproblematikk (6). Den kreftsyke pasienten i Tanzania har sjelden noe annet valg enn å bli hjemme, og oftest lide en smertefull død med pårørende som pleiepersonell. Det finnes private organisasjoner som tilbyr senger til mennesker med en langtkommet ondartet sykdom, men dette tilbudet er gjerne forbeholdt AIDS-pasienter.

Forebyggende tiltak

Man mener at en tredjedel av kreftformene i Afrika kan forebygges (7). Infeksjoner er ansvarlig for nærmere 36 prosent av krefttilfellene i utviklingsland, i motsetning til vestlige land hvor tallet er mindre enn 10 prosent (5, 8). Max Parkin et al. påpeker at kreftbyrden er stigende som et resultat av økende HIV-assosierte kreftformer, som livmorhalskreft og Kaposi sarkom

Flere av de hyppigste kreftformene kan unngås gjennom forebyggende tiltak.

(5). Man ser også at tallene er stigende for kreftformer knyttet til livsstilsendringer assosiert med økonomisk utvikling, og en økende aldrende befolkning. Disse tallene viser hvor viktig det er å fokusere på forebyggende arbeid i afrikanske land. Å forebygge kreftsykdom har en stor økonomisk gevinst framfor å behandle kreft (6,9,10). I land som Tanzania, med begrensede økonomiske ressurser, vil det derfor være hensiktsmessig å fokusere på forebygging. Flere av de hyppigste kreftformene kan unngås gjennom forebyggende tiltak. Blant den afrikanske befolkning har den økende urbanisering og modernisering innvirkning på livsstilen (3), og livsstilsendringene dette medfører har betydning for risikoen for å utvikle kreftsykdommer. Lungekreft er sterkt assosiert med bruken av tobakk (10,1). Med et fallende forbruk i den vestlige delen av verden har tobakksindustrien kastet seg over Afrika, med det resultat at det blir stadig flere røykere i verdensdelen (10). Undervisning- og holdningskampanjer, som gjør befolkningen bevisst på hvor farlig tobakk er, vil være av stor betydning (11). Undervisningskampanjer om kosthold, samt å hindre eksponering av kreftrelaterte infeksjoner, behandling av slike infeksjoner og vaksiner mot spesifikke infeksjoner, vil kunne være utslagsgivende for hvor mange som utvikler kreft i afrikanske land.

Screening

Forskning bekrefter at nasjonale screeningprogrammer med celleprøver er en effektiv strategi for å oppdage livmorhalskreft på et tidlig stadium (5,12). Denne sykdommen er den ledende dødsårsaken blant kvinner i utviklingsland (12,13), og er også den hyppigste kreftformen blant kvinner i Tanzania. I Dar es Saalam har det blitt satt opp plakater i boligområder og reklame på radio oppfordrer kvinner til underlivsundersøkelse med celleprøve. Kreftavdelingen ved det regionale sykehuset i Mwanza

ønsker å starte en flytende klinikk på Victoriasjøen slik at man kan oppsøke kvinner i lokalmiljøet. Screening er et eksempel på hvordan det er mulig å diagnostisere pasienten før de har nådd et avansert stadium, og hvordan en hyppig kreftform kan forebygges. Et annet forebyggende tiltak mot livmorhalskreft er vaksinen som beskytter kvinner/jenter mot utviklingen av det kreftfremkallende viruset HPV. Vaksine er et tiltak som vil være av stor gevinst for kvinners helse, og redde mange liv (1). Utfordringen er at vaksinen er kostbar, og det er vanskelig å sette i gang effektiv vaksinasjon i Tanzania uten tett samarbeid med legemiddelindustrien (1,4,14).

Betydningen av kunnskap

Kunnskap om kreftsykdom er avgjørende, noe den innledende historien tydeliggjør. Å heve kunnskapsnivået blant helsepersonell vil bety mye for den kreftsyke pasienten i Tanzania, og ikke minst for dem som ennå ikke har fått sin kreftdiagnose. Kunnskapsutveksling og erfaringsoverføring mellom institusjoner er en god måte å heve det faglige nivået på, og lite ressurskrevende. I de senere år ser man at flere sykehus i ulike afrikanske land inngår samarbeid med sykehus i asiatiske land, hvor særlig India er fremtredende. Det er også viktig at kunnskapsutveksling skjer mellom ressurssterkere og ressurssvakere land innad i Afrika, da man har mye av de samme sykdomsutfordringene. Jeg vil påstå at de veletablerte kreftinstitusjonene i den vestlige og ressurssterkere delen av verden har et moralsk ansvar for å hjelpe og støtte kollegaer med å utvikle kreftomsorgen. Fordelen med utvekslingsprosjekter er at det ikke er økonomiske midler som blir overført, men det blir utvekslet kunnskap mellom helsepersonell. I land hvor korrupsjon er et fremtredende problem vil det være svært hensiktsmessig at midler blir gitt på andre måter enn direkte pengeoverføringer. I samarbeid med Fredskorpset har Haukeland universitetssykehus i Bergen et utvekslingsprogram med Ocean Road Cancer Institute i Tanzania. I dag er dette et utvekslingsprogram innen sykepleie, hvor det er to sykepleiere fra Tanzania i Norge, og to sykepleiere fra Norge i Tanzania. Prosjekter som dette øker norske sykepleieres bevissthet om den prekære situasjonen i kreftomsorgen, og det skaper engasjement og vilje til å gjøre noe for situasjonen. Tanzanianske sykepleiere ved et norsk sykehus opplever en hverdag med et mangfold av ressurser, men med strengere rutiner. Ved å jobbe i en norsk sykehussetting innarbeider den tanzanianske sykepleieren nye rutiner. Den nye erfaringen vil hun eller han ta med seg hjem, og prøve å kombinere med hverdagen på det tanzanianske sykehuset. Ved å jobbe under andre forhold ser man tydeligere små forandringer som kan gjøres, som til tross for at de er små kan være av stor betydning. I tillegg til utveksling kan også kortere opplærings- og praksisprogrammer for helsearbeidere, med spesialiserte helsepersonell som veiledere og forelesere være et viktig bidrag for å øke kunnskapsnivået.

Politisk initiativ

Den enkelte regjering i de afrikanske landene må ha politisk vilje og ta initiativ i forhold til den brutale kreftsituasjonen i Afrika. Man må anerkjenne kreft som et stort – og økende – problem. Den enkelte stat må ha vilje til å utvikle et kreftkontrollprogram og engasjere seg aktivt for å implementere programmet i samfunnet (1). Innebygd i programmet må det være en nasjonal handlingsplan for det forebyggende arbeidet, diagnostikk og behandling av kreft, og en nasjonal målsetting for kreftomsorgen med utgangspunkt i tilgjengelige ressurser. Forskning bør være en del av kreftkontrollprogrammet. Forskning er viktig

for å evaluere tiltakene og se om de gir positive resultater, eller for å undersøke om man må forandre tiltakene. Finansiering er nevnt flere ganger som en vesentlig utfordring. Dr. Ngoma ved Ocean Road Cancer Institute, viser til at kun 5 prosent av de globale midlene som brukes på kreft, blir brukt til dette formålet i utviklingsland (14). Det internasjonale samfunnet har derfor en moralsk plikt til å engasjere seg i den prekære situasjonen i Afrika (3,4). Viktige organisasjoner, slik som Verdensbanken og University of Oxford, er allerede engasjerte i dette. WHO spiller her en sentral rolle. Det at organisasjoner, både statlige og private, og ikke minst legemiddelindustrien, tilbyr politisk, teknisk og økonomisk støtte vil kunne gjøre mye for kreftsituasjonen i Afrika (1,14).

Veien videre

Kreft er et tema som har kommet i skyggen av det generelle sykdomsbildet i Afrika. Det skjer til tross for at denne delen av verden har det største antallet nye tilfeller av kreft. Veletablerte kreftinstitusjoner, organisasjoner og kreftsentre kan bidra i utviklingen av nasjonale kreftkontrollprogrammer i land med store økonomiske utfordringer. Med det vil man kunne oppnå en økt bevissthet på kreft, og anerkjennelse av kreft som et samfunnsproblem. Overføringer av ressurser, det være seg økonomiske eller kunnskapsbaserte, bør tilbys med utgangspunkt i landets egne behov og ønsker for bruk. Man bør ta hensyn til at løsninger som fungerer i europeiske land, ikke nødvendigvis vil være hensiktsmessige i et afrikansk land. Gjennom økt bevissthet om kreft og symptomer på kreft blant helsepersonell og befolkningen generelt, vil kreftsykdommen kunne oppdages på et tidligere stadium, prognosene være bedre, behandlingen mindre komplisert, og sannsynligheten for helbredelse større. Man vil også kunne forebygge antallet nye krefttilfeller. Den palliative delen av kreftomsorgen må ikke falle i skyggen. En god palliativ omsorg med smerte- og symptomkontroll forbedrer livskvaliteten til pasienten og familien som står overfor store utfordringer knyttet til kreftsykdommen (9). Situasjonen når det gjelder kreft i Afrika er prekær, og det å øke bevisstheten rundt dette problemet vil forhåpentligvis være første steg på veien mot at flere engasjerer seg i kampen mot kreft på det afrikanske kontinentet. ■■■

LITTERATUR

1. Lingwood R, Boyle P, Milburn A, Ngoma T, Arbutnot J, McCaffrey R, Kerr SH, Kerr DJ. The challenge of cancer in Africa. *Nature Reviews Cancer* 2008; 8: 398–403.
2. Milburn A, Kerr D. Africa's hidden epidemic of cancer. *The Independent* 10.05.2007. <http://www.independent.co.uk/opinion/commentators/alan-milburn-and-david-kerr-africas-hidden-epidemic-of-cancer-448166.html> Nedlastet (10.09.2010).
3. Kerr D, McCaffrey R. Cancer Burden in the Developing World. *Afrodex, Newsletter, volume 1, issue 1* <http://www.afrox.org/35/afrox-newsletters> Nedlastet (10.09.2010).
4. Reve B. Tackling Africa's silent disease. *The Scientist* Juni 2009. <http://www.the-scientist.com/news/display/55808/> Nedlastet (17.10.2010).
5. Parkin M, Sitas F, Chirenje M, Stein L, Abratt R and Wabinga H. Part 1: Cancer in Indigenous Africans – burden, distribution, and trends. *The Lancet Oncology* 2008; 7: 683–692.
6. Logie DE, Harding R. An evaluation of a

- morphine public health programme for cancer and AIDS pain relief in Sub-Saharan Africa. *BMC Public Health* 2005; 5: 82.
7. Kelly M. Cancer? In Africa? *The Lancet Oncology* 2003; 7: 394–396.
 8. Kanavos P. The rising burden of cancer in the developing world. *Annals of Oncology* 2006; 8: 15–23.
 9. Hainaut P, Boyle P. Curbing the liver cancer epidemic in Africa. *The Lancet Oncology* 2008; 9(610): 367–368.
 10. Boyle P. The globalisation of cancer. *The Lancet Oncology* 2006; 9(536): 629–630.
 11. Wairagale W. Africa's increasing efforts to control cancer. *The Lancet Oncology* 2007; 12: 1057.
 12. Mellstedt H. Cancer initiatives in developing countries. *Annals of Oncology* 2006; 8: 24–31.
 13. Sitas F, Parkin M, Chirenje M, Stein L, Abratt R, Wabinga H. Part 2: Cancer in Indigenous Africans – causes and control. *The Lancet Oncology* 2008; 8: 786–795.
 14. Ngoma T. World Health Organization cancer priorities in developing countries. *Annals of Oncology* 2006; 8: 9–14.

Reiser ut for å lære

Å sende sykepleiere til Afrika bygger kompetanse i Helse Bergen. Tekst **Nina Hernæs** Foto **Marit Fonn**



MYE Å HENTE: Jon Wigum Dahl mener Helse Bergen får mye igjen for å engasjere seg i fattige land.

Ellen Tolo, som har skrevet artikkelen om kreft i Tanzania, er en av flere sykepleiere i Helse Bergen som har vært i Afrika. Helse Bergen har en egen avdeling for internasjonalt samarbeid, og har partnerskap med sju sykehus i Afrika og Asia, blant annet i Etiopia, Sør-Sudan og India. Til nå har avdelingen vært selvfinansiert.

– Men vi ser at våre ansatte lærer så mye ute, at Helse Bergen i år har bevilget oss 3,5 millioner kroner, sier avdelingsleder Jon Wigum Dahl.

Etter planen vil bevilgningen øke til 7 millioner i 2012 og 10 millioner årlig fra og med 2013.

– Pengene skal først og fremst brukes til kompetansebygging internt.

God trening

– Det har bredt seg en forståelse i organisasjonen om at samarbeid med afrikanske sykehus ikke bare handler om å hjelpe noen det er synd på, men at vi har mye å lære selv også, påpeker Dahl.

– Det gjør også noe med verdigheten til dem vi samarbeider med.

Flere hundre ansatte har deltatt i ulike programmer siden avdelingen ble opprettet i 2003. Akkurat nå er

sju sykepleiere enten reist ut eller er på vei.

Dahl viser til at land i for Afrika og Asia har et helt annet sykdomsbilde enn Norge.

– Det gir kunnskap og også mulighet for mengdetrening. For eksempel har vi en hjertelege som snart skal til India. Mens vi her i Bergen har femseks pasienter med mitralstenose i året, har de der fem-seks slike pasienter i uken. Ved å sende en lege dit, bidrar vi med kompetanse. Men vi får også bedre kompetanse tilbake, sier han.

Beholder grunnlønnen

Midlene fra Helse Bergen gjør også at de som reiser ut, får beholde grunnlønnen sin.

– Alle avtaler gjelder og de beholder ansettelsesforholdet sitt her, sier Dahl.

– Dette er et viktig prinsipp både for ledelsen og fagforbundene.

Han ser bare positive ringvirkninger av det internasjonale engasjementet.

– Dette skaper entusiasme, både blant medarbeidere og i lokalsamfunnet. Det fremmer samarbeid på tvers av faggrupper og gir sykehuset positiv oppmerksomhet, sier han. ■■■



Inger-Johanne Thidemann, førstelektor og prosjektleder, Institutt for helse- og sykepleievitenskap, Universitetet i Agder



Vivi Haavik Tønnessen, fagutviklingssykepleier, Sørlandet sykehus HF, Intensivavdelingen Arendal

Simulerer akuttutsituasjoner

Simulering som læringsmetode kan gi bedre kvalitetssikring og økt pasientsikkerhet.

Universitetet i Agder (UiA) og Sørlandet sykehus HF (SSHF) har inngått et tverrfaglig samarbeidsprosjekt om scenario-basert simulering. På Klinikklaboratoriet ved UiA har man topp moderne utstyr og universitetslektorer med simuleringskompetanse. Intensivsykepleiere og anestesileger ved SSHF har klinisk kompetanse. Universitetets nye pasientsimulatorer gir gode muligheter for å drille studenter og helsepersonell i prosedyrer og håndtering av virkelighetsnære situasjoner. Førstelektor og prosjektleder Inger-Johanne Thidemann (UiA), fagutviklings- sykepleier Vivi Haavik Tønnessen og anestesioverlege Asbjørn S. Berg-Hornnes (SSHF) har i fellesskap utarbeidet et simuleringsscenario til en læringsfilm som skal brukes i simuleringstrening. Til scenarioet er det også utarbeidet en test for egenvurdering av nødvendig kunnskap før simuleringstrening.

Etterligner virkeligheten

Simulering er et forsøk på å etterligne virkeligheten og kopiere vesentlige aspekter fra en klinisk situasjon. Når en sammenlignbar situasjon oppstår i praksis gir den gjenkjennelse og kan derfor bli enklere å forstå og forholde seg til for sykepleierstudenter og helsepersonell (1). En definisjon på kompetanse er evnen til å «omsette teoretiske, erfaringsbaserte og etiske kunnskaper til praktiske handlinger» (2). Simulering som metode imøtekommer denne definisjonen og gir deltakerne mulighet til å reflektere over egne ferdigheter og analysere kritisk egne og andres handlinger i et scenario (3). Simulering synes derfor å være en svært egnet metode for å undervise og evaluere enkeltpersoner eller personer som arbeider i team. I akuttutsituasjoner, som AHLR (avansert hjerte- og lungeredning), anser man metoden for å være den best egnede for å øke handlingskompetansen (4). Men det er behov for mer forskning på simulering knyttet til testing av kompetanse over tid (5,6).

Innhold

Innholdet i scenarioet er en pasient med mistanke om hodeskade og akutt respirasjons- og sirkulasjonsproblematikk; nedsatt bevissthet og videre bevisstløshet med ufrie luftveier. Kunnskaper, ferdigheter, handlingsprioriteringer og kommunikasjon er grunnleggende elementer i førstehjelpshåndtering og teamarbeid. Læringsmålene i simuleringen er å gjøre observasjoner og vurderinger av bevissthet og respirasjon og iverksette korrekte

tiltak. To intensivsykepleiere, en anestesilege og en sykepleierstudent i 3. studieår deltar i scenarioet, alle spiller «seg selv» og handler slik de ville gjort i en reell klinisk situasjon.

Fagdager

På intensivavdelingens fagdager i oktober 2010, var simuleringstrening av dette scenarioet en del av programmet. Hensikten var todelt. Ved å se sine kollegaer simulere, skulle observatørene reflektere over egen praksis. Deretter skulle de vurdere simuleringen og gi konstruktive tilbakemeldinger om simuleringen og eventuelle

Simulering er et forsøk på å etterligne virkeligheten og kopiere vesentlige aspekter fra en klinisk situasjon.

alternative handlingsforslag. På den måten ble simuleringens faglige innhold kvalitetssikret før opptak av læringsfilmen. Opptaket ble gjort i den påfølgende uken.

Fagdagene var organisert over to dager, men med samme program begge dagene. Slik fikk alle sykepleierne ved intensivavdelingen mulighet til å delta som observatører. I tillegg var ansatte fra akuttmottaket og anestesivdelingen ved sykehuset invitert. Til sammen deltok over femti sykepleiere, spesialiserte sykepleiere og leger fra klinikken, i tillegg til sykepleierstudenter i 3. studieår. Fagdagene ble holdt på Universitetet i Agder, campus Grimstad, i det nye klinikklaboratoriet. Programmet ble innledet med informasjon om simuleringsscenarioet, pasientsimulatoren og hensikten med observatørrollen. Deretter ble scenarioet lest opp og deltakerne presenterte sine roller i scenarioet. Fra simuleringssrommet ble scenarioet overført direkte via storskjerm til observatørene som satt i klinikklaboratoriets amfi.

Evaluering

Etter avsluttet scenario hadde deltakerne en debriefing med observatørene som tilhørere. Deltakerne beskrev først kort simuleringen slik

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

Søkeord:

- ▶ Simulering
- ▶ Intensiv
- ▶ Akutt sykepleie
- ▶ Tverrfaglig





FILMOPPTAK: (f.v.) Sykepleierstudent Dan Emil Rosland (UiA), filmfotograf Tore Jonssen (Media Service AS), lege Helene Fiane-Karlsen (SSHF), intensivsykepleier Miriam Øyresklev (SSHF) og intensivsykepleier Kirsten Guttormsen (SSHF).

de hadde oppfattet den (7). Deretter ble læringsmålene repetert. I analysefasen ble det fokusert på ulike situasjoner og hendelser, hva deltakerne hadde gjort og begrunnelser for handlingene og handlingsprioriteringene. Til slutt ble deltakerne spurt om de ville ha gjort noe annerledes hvis de skulle ha deltatt i simuleringen en gang til. Relevante videoopptak fra simuleringen ble vist og kommentert av den enkelte deltaker. Etter debriefingen diskuterte deltakerne og observatørene sammen hendelsene og begrunnelsene. Diskusjonen og tilbakemeldingene var nyttig for å avklare faglig innhold, samt forhold av mer praktisk art, for å forbedre simuleringen ytterligere før filmopptaket.

Forelesninger

Programmet på fagdagene ble avsluttet med forelesninger fra fire kliniske eksperter på områder som hadde relevans for innholdet i scenarioet. Forelesningene var primært for å gi de ansatte ved SSHF en faglig ajourføring, men medvirket også til å kvalitets sikre kunnskap knyttet til scenarioet. Forelesningstemaene var: hodeskader, sedasjon av respiratorpasienter, delirium og hjerneslag.

Prosjektsamarbeidets sluttprodukt er en mappe med:

- » læringsvideo om pasient med mistanke om hodeskade og akutt respirasjons- og sirkulasjonsproblematikk; nedsatt bevissthet og videre bevisstløshet med ufrie luftveier
- » kunnskapstest
- » forelesning om hodeskader (fra fagdagen)
- » PowerPoint-presentasjon om intubering (tidligere utarbeidet av ansatte ved intensivavdelingen, SSHF)
- » litteraturliste

I tillegg er det utarbeidet en felles mal for oppsett av scenarioer ved UiA og SSHF.

Avslutning

Vår erfaring fra dette samarbeidsprosjektet er at scenariobasert simulering, med avansert pasientsimulator, er et nyttig verktøy for å drille prosedyrer og håndtere virkelighetsnære situasjoner med kommunikasjon og samarbeid som vesentlige elementer. Politiske myndigheter, helseorganisasjoner, pasientrettighetsgrupper og akkrediteringsorgan er svært opptatte av å kvalitets sikre helsetjenesten, utdanning av helsepersonell og av pasientsikkerhet. Ved å dra veksler på hverandres kliniske og pedagogiske kompetanse, slik det er gjort her, vil scenariobasert simulering som læringsmetode kunne gi en ny og spennende læringsarena for både studenter og ansatte ved Universitetet i Agder og Sørlandet sykehus HF. Dette kan ha betydning både for kvalitetssikring og pasientsikkerhet. ■■■

LITTERATUR

1. Morton PG. Creating a laboratory that simulates the critical care environment. *Critical Care Nurse* 1996;16(6): 76–81.
2. Johansen GA. Vanskelig å måle effekten. *Sykepleien*. 2009;97 (15): 28–29.
3. Jeffries PR. Simulation in Nursing Education. From Conceptualization to Evaluation. 2007, New York: National League for Nursing 2007;168.
4. Hamilton R. Nurses' knowledge and skill retention following cardiopulmonary resuscitation training: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing* 2005;51(3): 288–297.
5. Decker S, Sportsman S, Puetz L, Billings L. The Evolution of Simulation and Its Contribution to Competency. *The Journal of Continuing Education in Nursing* 2008; 39(2): 74–80.
6. Lynagh M, Burton R, Sanson-Fisher R. A systematic review of medical skills laboratory training: where to from here? *Medical Education* 2007;41(9): 879–887.
7. Steinwachs, B. How to Facilitate a Debriefing. *Simulation Gaming* 1992; 23(2): 186–95.



Beate Indrebø Hovland

Aktuell med: Narrativ etikk og profesjonelt helsearbeid
Yrke: Førstemanuensis
Bosted: Oslo



Vi er vår egen

Beate Indrebø Hovland tror helsearbeidere kan gi bedre hjelp ved å lære mer om narrative strukturer.

Tekst **Susanne Dietrichson** Foto **Stig Weston**

Helsearbeidere forholder seg daglig til menneskers sårbarhet. Jeg er opptatt av hvordan man møter denne sårbarheten, forteller Hovland.

– Mange mennesker føler seg krenket i møte med helsevesenet. Jeg tror man kan unngå en del krenkelsers ved å lytte til andres fortellinger, gi rom for disse og stille seg åpen til det de har å fortelle.

Hovland er utdannet teolog med etikk som spesialfelt. I jobben på Lovisenberg diakonale høyskole underviser hun studenter i profesjonsetikk. Nå har hun skrevet boka «Narrativ etikk og profesjonelt helsearbeid.»

– *Hva menes egentlig med narrativ etikk?*

– Narrativ etikk tar utgangspunkt i forestillingen om at fortellinger, både de vi selv lever ut, og de som blir formidlet av andre eller kulturen, spiller en avgjørende rolle for hva vi ser, hvordan vi vurderer det vi ser, og hva vi gjør, eller lar være å gjøre, sier Hovland.

Hun er opptatt av fortellingens betydning for profesjonelt helsearbeid og forholdet mellom fortellinger, hvordan vi tolker dem og igjen handler

som følge av dette. Hvordan vår egen livsfortelling skaper vår identitet er også et sentralt tema i boka.

– Det er viktig å være bevisst på hvordan vi lærer oss å konstruere våre livsfortellinger. Fortellingens byggesteiner er våre kroppslige opplevelser. De kan ikke velges bort, men vi har større frihet når det gjelder hva vi forteller, og ikke minst, hva vi ikke forteller, presiserer hun.

– Hva er det i vår livsfortelling som er viktig for vår selvforståelse? Hvordan ønsker vi å fremstå? Når er vi mest oss selv? Spør hun.

– Ofte liker vi å tenke at vi i størst grad er oss selv når vi er på topp; når vi yter det beste både privat og på jobb. Når vi er rasjonelle og har kontroll. Mens vi kanskje velger ikke å fortelle om de dagene eller periodene av vårt liv hvor vi ikke er på topp, slitne, nedtrykte eller i psykisk ubalanse, sier Hovland.

– Jeg mener at vi er oss selv uansett hvordan vi har det, fordi vi er den som livsfortellingen vår til enhver tid gjør oss til. Hvis alle sider ved oss selv kan inkluderes i livsfortellingen vår, kan det også gjøre oss mer åpne for andres fortellinger, tror hun.

Hovland påpeker at hva vi velger å fortelle, handler om kultur, miljø, om hvem vi forteller til (hvordan vi blir møtt) og hvor vi forteller. Hun mener

fortelling

kulturen og kulturens fortellinger bidrar til hva vi opplever som bra eller dårlig ved vår egen fortelling.

– Kulturens verdier preger oss, både hvordan vi opplever verden og hvordan vi opplever oss selv og de andres blikk på oss selv, presiserer Hovland.

– Det er viktig å være oppmerksom på hvordan kulturen påvirker oss både når det gjelder hvordan vi presenterer vår egen livsfortelling og hvordan vi møter andres. Dette er særlig viktig når mennesker fra ulike kulturer møtes.

Og det er viktig at profesjonelle hjelpearbeidere er klar over hvor sterkt kulturen virker på oss.

– Individets opplevelse av sykdom og livskriser kan ikke løsrives fra hvordan de tolkes av samfunnet eller

kraft av å være lyttere, blir medforfattere til andres fortellinger om deres liv.

– Det handler om våre fordommer, i hvilken grad vi lar den andre få fortelle på egne premisser, og det handler om hvordan vi lytter til den andre, ved å respondere, eventuelt supplere, og tilby noen alternative perspektiver. Her har helsearbeidere en stor og viktig rolle.

Hovland mener helsearbeidere kan hjelpe folk til å se sin egen livsfortelling på en annen måte og bidra til at sykdom integreres i livsfortellingen.

– Sykepleiere kan være svært fokuserte på mestring og det positive, det er en del av sykepleierkulturen, mener hun.

– Men vi må ikke presse folk til

Vi må ikke presse folk til å være positive.

kulturen. Ofte kan fortolkningen av en sykdom eller krise, for eksempel at det anses som noe skambelagt, skape vel så store problemer for mennesker som selve sykdommen eller krisen.

I boka skriver hun også om hvordan vi møter den andres livsfortelling og hvordan særlig helsearbeidere har et stort ansvar når de utfordres til å videreføre denne ved å ta avgjørelser på den andres vegne.

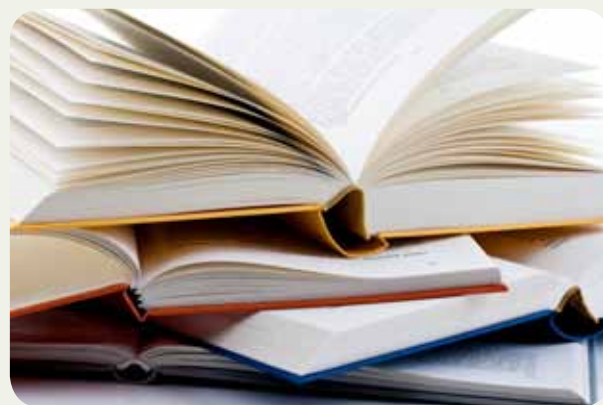
– For eksempel i møte med mennesker som ikke er i stand til å fortelle sin egen historie; mennesker med alvorlig demens, sterke psykiske lidelser eller mennesker i koma.

Hun understreker at vi alle, bare i

å være positive. Vi må tåle folks fortellinger i alt dets mangfold. Og som helsearbeidere må man være særlig bevisst på hvordan man bringer videre pasientens fortellinger. Mange pasienter opplever det som krenkende å bli gjenfortalt.

– *Hvorfor er boka viktig?*

– Med denne boka håper jeg at helsearbeidere kan få en økt bevissthet i forhold til hvordan vi skaper mening i vårt eget liv. Hvordan vi forstår andre er preget av hvordan vi forstår oss selv og verden rundt oss. Ved å forstå noen av de grunnleggende strukturene ved egen og andres livsfortelling kan helsearbeideren bli en bedre hjelper, tror Hovland. ■■■



Boka som forsvant

JEG FÅR ALLTID et spesielt forhold til bøker jeg har likt å lese. Det er som med musikk du hører om igjen. En låt du ikke har hørt på ti år, bringer deg raskt tilbake til alt som skjedde i livet ditt den gangen.

Slik har jeg det med bøker også. Jeg liker å ha dem stående i bokhylla selv om jeg ikke skal lese dem flere ganger, bare fordi de gir meg gode minner om fine leseopplevelser. Det er imidlertid en bok jeg savner i bokhylla, nemlig Onkel Toms hytte.

Onkel Toms hytte ble gitt ut på nytt i år, 160 år siden den kom ut i USA for første gang. Boka skal ha medvirket til den amerikanske borgerkrigen og avskaffelsen av slaveriet i USA, og ble skrevet av lærerinnen Harriet Beecher Stowe. Den handler om slaven Tom og hans lange vei mot frihet, og beskriver de vanskelige levekår og undertrykkelsen som slavene led under på plantasjene i sørstatene. Tom beskrives som en ærlig, rettskaffen og kjærlighetsfull person, som til tross for umenneskelig behandling bevarer verdigheten og avstår fra hevntanker, men tror på det gode i mennesket.

Det er i hvert fall slik jeg oppfatter bokas handling etter å ha lest om den i sommer, og det er også slik jeg husker boka fra da jeg var ung. Jeg har nemlig vært så heldig å vokse opp i et lesende hjem, og fikk bøker til både jul og bursdager som barn og ungdom av mine foreldre.

Onkel Toms hytte fikk jeg i sjette klasse eller der omkring, og den gjorde stort inntrykk på meg. Så godt likte jeg boka at jeg lånte den ut til en av jentene i klassen ikke så lenge etter at jeg hadde lest den selv, jeg var vel litt forelsket, tror jeg ...

Dessverre fikk jeg den aldri tilbake, jenta flyttet sommeren etter og boka forsvant. Men, selv om Onkel Toms hytte mangler, så er minnene der likevel og tar meg tilbake til den gang da.



Vettil Slott



Rom for taushet i profesjonelle samtaler

Av Ingeborg Herset og Sveinung Horverak
146 sider
Fagbokforlaget, 2011
146 sider
ISBN: 978-82-450-0961-3
Anmelder: Karl-Henrik Nygaard, rådgiver

Når taushet blir gull

ANMELDELSE: Vi lever i en talende kultur, der tale ofte blir assosiert med styrke, autoritet og frigjøring. Taushet kobles gjerne med passivitet, svakhet og lydighet. Begrepet inneholder både en makt- og en kjønnsdimensjon. Taushet gir verdighet til en kvinne, men ikke til en mann, skrev Aristoteles. Det er også forskjell på det å bli gjort taus og det å velge tausheten selv. Dette er et av mange interessante perspektiver i denne boken. Bakgrunnen er en masteroppgave der informantene har gjort rede for hvordan de som profesjonelle sosialarbeidere har møtt taushet som utfordring i sin praksis.

Taushet ses på som en naturlig kommunikasjonsform som helse- og sosialarbeideren må være bevisst i møte med pasient og klient. Sentralt i boken er gjennomgangen av fors-

kningslitteratur knyttet til emnet. I tillegg legges det stor vekt på de etiske perspektivene. Her er det i hovedsak Knud E. Løgstrups etiske teorier som brukes.

Taushet i profesjonelle samtaler blir satt inn i en faktormodell med tre hovedbegreper; faktorer knyttet til situasjonen, individet og normative (etiske) forhold. Disse utgjør rammen i diskusjonen om hvordan taushet kan møtes av den profesjonelle helse- og sosialarbeideren. Her er grundige diskusjoner om individuelle faktorer som forståelse, erfaring og følelser, situasjonelle faktorer som bakgrunn for handlingene, tidspunkt og sted og normative faktorer som hensikten med samtalen, spilleregler og etikk. I den siste delen av boken vises det til tolv ulike strategier som kan brukes når det oppstår taushet i samtaler.

Hovedbudskapet i boken er en oppvurdering av taushet som en viktig og nyttig del av interaksjonen i profesjonelle samtaler mellom helse/sosialarbeider og pasient. Her er nyttige perspektiver til refleksjon og forståelse av nettopp dette. Boken er i stor grad preget av forfatternes bakgrunn fra barneverntjenesten, men det gis også eksempler fra sykepleietjenesten.

Boken er nyttig for alle som i profesjonell sammenheng tar del i samtaler med klienter og pasienter. Jeg mener temaet også er viktig for andre som møter mennesker i vanskelige livs- og arbeidssituasjoner. Å kunne lytte, også til «den andres» taushet, er en egenskap som bærer en visdom i seg. Også her gir boken meg tanker til refleksjon over egen praksis.

Nevnes bør også godt stikkordregister og litteraturliste.

Det er lettere å skrive ti bind med filosofi enn å benytte én grunnsetning i praksis.

Leo Tolstoj



Eldre og søvn

Av Anne M. Wolland og Mona Skard Heier
117 sider
Cappelen Damm akademisk, 2011
ISBN 978-82-02-35931-7
Anmelder: Liv Wergeland Sørbye

Viktig å vite om søvn

ANMELDELSE: Bemanningsnormene for både kommunehelsetjenesten og sykehusetaten er basert på at de fleste pasientene skal sove om natten. Ofte er ikke virkeligheten slik. Det kan være mange grunner til at en eldre pasient ikke får sove. Dersom man som sykepleier hadde hatt noe mer kunnskap, ville kanskje både de gamle og sykepleierne fått roligere netter.

Legene Wolland og Heider er begge spesialister i nevrologi og klinisk nevrofysiologi, og de har lang erfaring med pasientbehandling og forskning. Leseren får først en kort innføring i fenomenet søvn og hvordan søvnen forandrer seg med alderen. Boken gir informasjon om hvordan aktuelle sykdommer og medikamenter påvirker søvnen.

Forfatterne viser hvor sammensatt årsakene til søvnforstyrrelser kan være. Søvnproblemer blant eldre kan behandles, men det er få enkle løsninger. Det er viktig med individuell tilpassing. Forfatterne gir konkrete råd, særlig nyttig er en oversikt over vanlig brukte medikamenters virkning på søvnen.

Forfatterne viser til en norsk undersøkelse, hvor gjennomsnittlig søvnlengde for menn var 6,52 timer og for kvinner 7,11. En annen undersøkelse som fulgte middelaldrende kvinner i 14 år, viste at den gruppen som sov mellom 5-6 ½ time hadde best overlevelse. Så frykten for å få for lite søvn kan være ubegrunnet.

Boken gir også eksempler på hva en selv kan gjøre for å få tilstrekkelig god søvn. Et viktig anliggende er at

soverommet er for søvn, ikke arbeid eller tv-titting.

Boken er både faglig og pedagogisk svært godt tilrettelagt med figurer, faktaruter, gode kasuistikker med spørsmål og svar på aktuelle problemer. I vedleggene er det eksempler på søvndagbok og ulike sjekklister. Boken inneholder en fyldig referanseliste med aktuelle forskningsartikler.

Forfatterne henvender seg fortrinnsvis til helsefaglig personell. Eldre som ønsker å lære mer om sine søvnproblemer bør få informasjon som er skreddersydd for den enkelte.

Livskvalitet er nært knyttet sammen med et godt søvnmønster. Kunnskapen som blir formidlet gjennom denne boken er verd å bringe videre både til våre pasienter og medmennesker.



Ingalill Johnsgaard

Alder: 59 år

Stilling: Generell indremedisinsk sykepleier, OUS Aker sykehus

Favoritt: Sykepleiersekken

I denne spalten intervjuer vi sykepleiere om deres favoritt på jobben. Hvilket hjelpemiddel er din favoritt? Skriv til interaktivt@sykepleien.no

– Detaljene kunne vært rosa. Jeg elsker rosa.

Sykepleiersekken har rom for alle tingene Ingalill Johnsgaard må ha med seg når hun sykler av gårde til jobben.

Tekst og foto **Laila S. Berg**

Etter å ha vært hjelpepleier i nesten 30 år, bestemte Ingalill Johnsgaard seg for å gjøre noe med sykepleierdrømmen. Hun har arbeidet som sykepleier ved slagavdelingen på Aker sykehus siden 2007, og var tidligere på Rødvet sykehjem.

På sykepleierdagen 12. mai var hun så heldig å vinne en sekk. Den har blitt hennes favoritt.

Hvorfor er sykepleiersekken din favoritt?

– Den er uunnværlig å ha på ryggen når jeg sykler til jobb. Den er liten, lekker og nett, og den har mange praktiske rom. Jeg kan ikke tenke meg å bytte den ut med en veske eller annen sekk.

Hvem fikk du sekken av?

– Jeg vant sekken i en quizkonkurranse på sykepleierdagen på Rikshospitalet den 12. mai i år. Alle med full pot vant. Jeg tror det var 15–20 sekker. Ekstra hyggelig var det fordi avdelingslederen på slagavdelingen, Anne Marie Dahl, ble kåret til årets avdelingssykepleierleder, og gamle og kjære kolleger var samlet. Det var hovedtillitsvalgt i Sykepleierforbundet som overrakte sekken.

Hva er det beste med den?

– Designet. Hele fem lommer med glide-lås. Ytterst er et rom for nøkler, jobbkort og her oppbevarer jeg lommelykten til

sykkelen. Dernest er det plass til en lommebok, og et sett med regntøy. I den tredje lommen har jeg mobil og filofax, og på siden er det en liten lomme til lepestiften. Sekken har polstret pustefór på innersiden mot ryggen, og seler som sitter godt. Den er også godt merket med reflekser.

Noe du kunne tenke deg forbedret?

– Detaljene på sekken kunne godt vært i rosa for damer. Jeg elsker rosa.

Hva er det hyggeligste kompliment du har fått for sekken?

– Jeg har fått spørsmål om hvor det er mulig å få kjøpt en slik sekk. For øvrig gis den til NSF's medlemmer.

Noe du bare må ha med deg i sekken?

– Nøkler, identitetskort, mobil og lommebok.

Hva går jobben din ut på?

– Jeg har ansvar for at pasientene får den behandling, pleie og omsorg de trenger, og jeg har ansvar for kommunikasjon med de pårørende. Jeg er verneombud, har gruppeansvar og ansvar for å administrere utdeling av medisiner, ernæring og sårskift. Jeg har også ansvar for samarbeid med andre etater og bydelers.



Hvordan får du den gode kontakten med pasientene?

– Jeg snakker med pasienten, jeg legger vekt på å være rolig, og jeg gir alltid et smil. Dessuten synes jeg det er viktig å inkludere de pårørende i omsorgen.

Quiz

Tekst **Nina Hernæs**

Er du en kompetent sykepleier?

Test kunnskapene med vår aktuelle og nådeløse quiz!

1 Hva er VRE?

- A Viril venerisk epidemi
- B Vrang recessiv E. Coli
- C Vankomycinresistente enterokokker

2 Hvor fins normalt VRE?

- A I pungen
- B I tarmen
- C Bak øret

3 Hvor mange hovedtyper malaria fins det?

- A 4
- B 8
- C 16

4 Hva betyr ordet malaria?

- A Dårlig luft
- B Slem mygg
- C Ond aura

5 Hva forårsaker vestnilfeber?

- A Et virus
- B En bakterie
- C En sopp

6 Hva slags dyr overfører vestnilfeber til mennesker?

- A Fugler
- B Mygg
- C Kameler

7 Hvor lang kan en bendelorm bli?

- A 10 cm
- B 10 meter
- C 100 meter

8 Hva skyldes ekinokokkose?

- A En infeksjon som skyldes en type enterokokker
- B En sykdomstilstand forårsaket av dårlig kokkekunst
- C Infeksjon med larver fra bendelorm

9 Hva omdannes heroin til i kroppen?

- A Vann
- B 6-MAM
- C Dopamin

10 Et annet navn på heroin?

- A Diacetylmorfin
- B Heterofiloin
- C Herodopin



KAMEL: Er dette en farlig smittekilde?

Foto: Colourbox

10 POENG: Imponerende. Pasientene kan ikke få nok av deg. (Sikker på at du ikke har kikket?)

6-9 POENG: Lovende. Men ikke treng deg på pasienter mer enn høyst nødvendig.

3-5 POENG: Bra. Men kanskje på tide med den videreutdanningen du har tenkt på så lenge?

0-2 POENG: Ikke bra. Hold deg mest mulig på vaktrommet og lat som du dokumenterer. (Sjekk at du virkelig er autorisert.)

SVAR: 1C Vankomycinresistente enterokokker, 2B I tarmen, 3A 4, 4A Dårlig luft, 5A Et virus, 6B Mygg, 7B 10 meter, 8C Infeksjon med larver fra bendelorm, 9B 6-MAM, 10A Diacetylmorfin

FAG NYHETER

Danmark gir HPV-vaksine til flere

Den danske regjeringen vil tilby alle kvinner opp til 26 år HPV-vaksine. Hensikten er å forebygge livmorhalskreft.

Tekst **Nina Hernæs**

Norge gis HPV-vaksinen til jenter i sjuende klasse. Alle andre må betale selv. Prisen ligger i dag på rundt 3 000 kroner.

Debatt også i Norge

Det har vært en lang debatt i Danmark om vaksineren skulle utvides. Danskene begynte å vaksinere jenter i tolvårsalderen i 2009. Også i Norge har det vært diskutert om ikke eldre jenter bør få vaksinen. Legemiddelverket anbefalte i fjor å gi 13-, 14- og 15-åringer vaksinen på blå resept, men dette ble avvist av Helse- og omsorgsdepartementet. AUF har også argumentert for å utvide vaksineren.

Aggressive virus

HPV er et virus som smitter svært lett seksuelt. Man antar at de fleste vil bli smittet en eller flere ganger i livet. De aller fleste vil kvitte seg med viruset på egen hånd, men noen få utvikler en kronisk infeksjon. Det er disse som har risiko for å få kreft.

HPV er først og fremst knyttet til livmorhalskreft hos kvinner, men kan også forårsake analkreft, peniskreft og kreft i munn og svelg. Det er derfor også et spørsmål om ikke også gutter

bør få vaksinen. Danskene innlemmer ikke guttene i denne omgang.

Seksuell debut

Vaksinen mot HPV-virus er mest effektiv hvis den settes før seksuell debut, altså før jentene har vært utsatt for smitte. Det er årsaken til at den gis til såpass unge jenter. Men ifølge studier har kvinner opp til 24 år gevinst av vaksinen, og Australia tilbyr vaksinen helt opp til 26 år.

Først i 2012

Ifølge en pressemelding fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet vil tilbudet sannsynligvis komme i gang i 2012.

I Norge foreligger det ikke planer om å tilby HPV-vaksinen til flere.

– Før vaksinen ble innført, foreslo vi å gi den til jenter opp til 16 år, sier divisjonsdirektør Hanne Nøkleby i Folkehelsen.

– Men forslaget ble av økonomiske grunner ikke fulgt. Derfor er det ikke sannsynlig at tilbudet blir utvidet nå.

– Men hadde dere ønsket det?

– Jo eldre jentene blir, jo mer reduseres nytten av vaksinen. Men vi ser fordelene med å vaksinere også eldre jenter, sier hun. ■■■

Vil ha uavhengig HPV-evaluering

Tidligere leder av Kreftregisteret, Frøydys Langmark, mener hele det norske HPV-miljøet er å anse som inhabile. Hun foreslår derfor at den etterspurte evalueringen av HPV-testing i praksis bør gjøres av utenlandske fagfolk.

Dette skriver hun i et innlegg i Dagens Medisin.

HPV-testing brukes for å identifisere kvinner med risiko for livmorhalskreft. I Norge har det vært sterk uenighet om hvilke tester som bør brukes. Fagmiljøene og politikerne venter nå på evalueringen før det gjøres eventuelle endringer i testingen.

Kilde: Dagens Medisin

Nordsjøturnus bra
for pendlere. Side 74

Ja eller nei til lovfestet
minstelønn? Side 84

Vil jobbe på sykehus,
havner på sykehjem. Side 76.

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 KJERSTI LIEN HOLTE

«En sykepleier
fortalte at det
å si fra føltes
som å klage
på huset eller
maten til
sjefen.»

80

DILEMMA PER NORTVEDT

«Tro kan flytte fjell. Men også
gjøre oss upåvirkelige overfor
andre menneskers lidelser.»

78



NSF HAR ORDET

Forbundsleder Lisbeth Normann

Stilling: Forbundsleder i NSF

E-post: lisbeth.normann@sykepleierforbundet.no

Still krav til kommunepolitikerne!

Vi går nå inn i en fireårsperiode med mange nye kommunestyrerepresentanter. Mange har en helt annen virkelighetsoppfatning av helse- og omsorgstjenesten enn de som jobber der.

Uansett parti er dette politikere som ut fra sitt ståsted vil det beste for kommunens innbyggere innenfor de rammebetingelser som finnes. Ifølge partiprogrammer ønsker representantene fra høyresiden i større grad private løsninger, mens de fra venstresiden ønsker offentlige løsninger. Uansett hvem som nå skal styre kommunene er det viktig at sykepleierne gjennom sine tillitsvalgte har innflytelse på kommunenes politikk.

NSF har flere ganger avdekket at det er for lav sykepleierbemanning i forhold til behovet i både sykehjem og i hjemmesykepleien. En fersk studie av forholdet mellom faktisk og planlagt bemanning basert på 14 kommuner i 2010 og fire kommuner i 2009 viser at det til enhver tid er færre sykepleiere på vakt enn planlagt i både sykehjem og hjemmesykepleien. Verst er det i sykehjemmene, der det gjennomsnittlig er 27 prosent færre sykepleiere enn det som planlegges når vaktlistene settes opp. Tilsvarende underdekning for helsefagarbeidere er 23 prosent. Faglærte blir erstattet med ufaglærte.

De må ha oversikt over situasjonen.

Jeg tror ikke kommunepolitikerne er klar over hvor alvorlig situasjonen er i kommunene som de har ansvaret for. Derfor må kommunestyrene årlig få lagt fram hvordan personellsammensetningen faktisk er, og hva det betyr for kvaliteten. Dette må være avgjørende for prioriteringene i budsjettarbeidet. Videre mener jeg at tilsynsrapporter fra Helsetilsynet må behandles i kommunestyret. Det minste en kan forlange er at det i hvert fall behandles i utvalget som har ansvar for helse- og omsorgs-



NOK PLEIE? Når de nye kommunepolitikerne er på plass, må sykepleiere jobbe for å påvirke dem, skriver Lisbeth Normann.

tjenesten. Det er kommunepolitikerne som har ansvaret. Da må de også ha oversikt over hvordan situasjonen faktisk er, og ikke overlate det til administrasjonen. NSF utfordrer derfor både KS og den enkelte kommune til å få gode rutiner på dette.

Pasientene på sykehjem er sykere, og dermed mer hjelpetrengende, nå enn før, og når Samhandlingsreformen skal tre i kraft om få måneder er det et mål at færre skal sendes til sykehus. En undersøkelse KommuneBarometeret har utført for NSF viser at 48 prosent av ordførere/rådmenn mener at Samhandlingsreformen vil føre til færre sykehusinnleggelse. Da må kommunenes helse- og omsorgstjeneste ha både flere sykepleiere og leger.

Fafo la i vinter fram rapporten «Eldreomsorg under press». Den viser at over 60 prosent av hjemmesykepleierne mener det er for høy terskel for å få sykehjems plass. I de store kommunene mener 80 prosent det samme. Vi har i sommer spurt ordførere og rådmenn det samme spørsmålet. Her svarer 70 prosent på at det er passelig høy terskel for å få sykehjems plass, 11 prosent mener det er for lav terskel og bare 20 prosent mener det er for høy terskel. Dette er for så vidt ikke overraskende, men jeg oppfordrer alle ordførere og rådmenn til å tenke over hvorfor det er slik at de som jobber i tjenesten har en helt annen virkelighetsoppfatning enn de selv. Jeg

oppfordrer også dere til å stille dette spørsmålet til ordføreren og helsepolitikere i kommunene hvor dere bor.

NSF har også spurt et representativt utvalg av kommunestyrerepresentanter om hvor stort tiltro de har til at de selv vil få den helsehjelpen de har behov for når de blir gamle. På en skala fra 1–6 svarer en fjerdedel av representantene i den negative delen av skalaen. Flertallet har svært stor tiltro til at de får den hjelpen de trenger. AP har størst tiltro, Fremskrittspartiet lavest.

Langt alvorligere er svarene gir på spørsmålet om hvor stor tiltro de da har til at de får den hjelpen de trenger dersom de skulle få en psykisk lidelse. Her svarer 45 prosent i den negative delen av skalaen, altså nesten halvparten. Når de nye kommunestyrene er på plass oppfordrer jeg sykepleierne om å være aktive i å påvirke politikere. Dere har masse kunnskap som det er viktig at politikeren får fra dere. Jeg vil også gratulere alle de sykepleiere som velges inn i kommune- og bystyrene. Dere gjør en viktig jobb for demokratiet, og jeg håper dere får fire spennende og innflytelsesrike år.

Tale til studentene

Sykepleien gjengir her velkomsttalen til dosent Runar Bakken til nye sykepleierstudenter ved Høgskolen i Telemark:

Kjære fremtidige sykepleiere. Det er ofte sånn her i livet at når vi beveger oss fra et rom til et annet, trår vi sjelden på terskelen. Vi blir først klar over den, etter at vi har passert, og vi snur oss kanskje i undring. Dere har alle passert terskelen til en av landets høyskoler eller universitet for første gang – og noen undrer seg kanskje på hvilken betydning det kan komme til å få.

Jeg vil påstå: Ved å velge å bli sykepleier, har dere ikke bare gjort et klokt valg. Dere er privilegerte! La meg forsøke å begrunne hva jeg mener med det.

«Velkommen til virkeligheten» – var overskriften på en artikkel jeg leste en tid etter 11. september 2001. Overskriften henspilte på det virkelighetssjokk vi fikk da først det ene, så det andre tårnet – raste sammen.

Terrorhandlinger av det omfang hadde inntil 11. september 2001 – i hovedsak – levd i vår og det amerikanske folks fantasi, en grusomhetens fantasi fra utallige amerikanske katastrofefilmer. Da tårnene virkelig raste sammen, møttes fantasi og virkelighet, og ingen trodde sine egne øyne. Denne høyst virkelige virkelighet, har om mulig blitt enda mer virkelig for oss nå med den 22. juli og i tiden etter.

En av grunnene til at vi er blitt så sjokkerte, er at vi – i medmenneskelighetens navn – og spesielt etter den 2. verdenskrig – systematisk har bygget opp institusjoner i et forsøk på å eliminere den menneskelige ondskap, smerte og lidelse. Sammenlignet med andre kontinenter, har de fleste av oss derfor vokst opp i trygge omgivelser uten umiddelbar fare for å bli skutt, drept, fordrevet, eller langsomt sulte i hjel.

Og her står vi overfor et paradoks: Trygge og mette har vi i angstfylt spenning føret oss med fjernsyn, film, dataspill – med alt det onde og truende vi har forsøkt å fjerne fra vår virkelighet. Vi lengter ikke etter virkelig ondskap, smerte og lidelse, men vi lengter kanskje etter å komme tett på de motstridende følelsene mellom det gode og det onde – motsetninger som gir livet spenning, og som gir oss en følelse av virkelig å leve! I kinosalen, på dvd, dataspill – har vi kanskje identifisert oss med dem som kjemper for det gode, mot det onde, og vi kjenner at blodet bruser – at noe står på spill og er av betydning, men alt sammen uten selv å måtte gjøre det i virkeligheten.

Dere som nå har valgt å bli sykepleiere har valgt en utdanning som fører dere rett inn i den virkelige virkeligheten som rommer det gode og det onde, og som definitivt ikke er noe liksom-virkelighet slik vi finner det i f. eks filmer og dataspill. Dere har valgt utdanninger og fremtidige yrker hvor dere ikke skal forholde dere til bilder av virkeligheten – bilder av virkeligheten som ikke lukter – bilder og lyd av herteskjærende gråt som kan skrus ned. Nei, dere skal

møte en virkelig virkelighet bestående av mennesker med navn og historier. Dere skal kjenne lukten av disse menneskene, kjenne pusten, høre stemmen, og med øynene vil dere komme til å se inn i øynene til mennesker hvor det lyser av smerte, redsel eller glede og takknemlighet.

Dere har valgt en utdanning og et fremtidig yrke hvor dere må forholde dere til en virkelig virkelighet, som handler om å kjempe for det gode i livet og mot det onde i livet. Med det valget vil dere erfare at livet kan være en dans på roser – fylt av saft og kraft og glede, og et sant mørkt helvete. Dere vil erfare takknemlighet fra mennesker som kan legge år til sine liv takket være hver enkelt av dere, og mennesker i sorg over tapte liv og tapte livsmuligheter. Langt fra alle yrker gir den muligheten og er så fylt av betydningsfull mening.

Men er det alltid så enkelt å vite om man er på det godes side? Terrorangrep er noe annet enn naturkatastrofer – hvor både hav og ild kan sluke mennesker, hvor jordskjelv kan begrave oss. Det kan være katastrofalt, men det ligger ingen menneskelig vilje bak det. Derimot er både 11. september og 22. juli en katastrofe i det menneskelige – i det mellommenneskelige. Mens angrepet 11. september 2001 var et angrep utenfra – fra radikale islamister – Al-Qaida – kom angrepet 22. juli 2011 innenfra – fra en etnisk hvit nordmann. I begge tilfelle er det en katastrofe i det menneskelige, fordi begge angrepene brukte drap av uskyldige medmennesker som et middel i en større og mer omfattende krig mot de moderne vestlige demokratier. Men både Al-Qaida og Anders Behring Breivik vil hevde de kjemper det godes kamp. Og hvem av oss kan være så sikre på at vi ikke har en flik av deres tankegods i dypet av våre liv?

Mens terrorhandlingen i 2001 hentet motivasjon og inspirasjon fra kulturer som rommer barbariske trekk, ønsker Anders Behring Breivik seg et Europa slik det

var i middelalderen – ikke så ulike den type samfunn som Al-Qaida ønsker seg; fritt for vantro mennesker, fritt for kvinner som velger sine liv, fritt for homser og lesber. Skal dere derimot basere deres handlinger på de grunnleggende humanistiske menneskerettighetene og demokratiske verdier – som sykepleien også er tuftet på, må dere kunne hjelpe og bistå en Anders Behring Breivik, en pedofil, en homofil, en radikal islamist ... alle. Ingen av dere kan reservere dere fra å gi bistand til alle som måtte trenge det, selv om det av forskjellige grunner kan by deg imot. Det vil være krevende, men det er da du svarer på det du er uenig i med toleranse. Det er da du møter hat med det gode. Det er da du gir statsministerens oppfordring om å møte det onde med mer demokrati, mer åpenhet og toleranse, et konkret innhold innenfor den utdanningene dere har valgt.

Det er krevende å etterleve disse idealene fordi det betyr at alle – uansett om vi er etnisk norske, eller har kommet hit med en annen kultur og religiøs bakgrunn, må virkeliggjøre disse – ikke norske verdiene, men europeiske opplysningsidealene – i vår hverdag. Det betyr at vi må dyrke frem en kultur – ved høyskoler og universitet – hvor kritisk meningsbrytning og selvkritikk må bli en del av studiehverdagen, en kritisk meningsbrytning og selvkritikk som vi må skape rom for å tåle. I stor grad vil dette for oss alle handle om å erstatte trosforestillinger og kunnskapsløshet med holdbare kunnskaper hentet fra ulike vitenskapelige kilder.

Mitt håp og ønske er at den terskelen dere nå har oversteget ved å velge sykepleieryrket, vil sette dype spor. Vi ved landets høyskoler eller universitet har mislyktes hvis dere forlater høyskolen lik den dere er i dag – at ingenting skjedde med dere. Jeg ønsker at dere vil bli noe dere ikke på forhånd kunne forestille dere, men som dere vil være svært stolte av. Jeg ønsker oss alle lykke til.



Brev til NSF-medlemmer i Kongsberg kommune

I forbindelse med at Sykepleien og Laagendalsposten nå skriver mye om Kongsberg kommune, ønsker vi å sende et brev til våre medlemmer. Dere må gjerne ta kontakt med oss dersom dere har spørsmål eller kommentarer.

Vi vet at mange synes det er belastende å jobbe som sykepleier/helsesøster/leder når kommunen får negativ omtale i media. Vi har stor forståelse for dette, og vi vet at dere gjør en god jobb til beste for pasientene og befolkningen.

Noen er skuffet over at Sykepleien kan framstille kommunen negativt. Vi vil derfor presisere at Sykepleien er et fagtidsskrift for sykepleiere, men Sykepleien er redaksjonelt uavhengig av Norsk Sykepleierforbund (NSF). Det Sykepleien skriver der, er ikke «godkjent» av NSF. Dette er viktig at dere vet. Sykepleien setter noen ganger et kritisk søkelys på kommuner, sykehus og andre arbeidssteder. I dette tilfellet har de samarbeidet med Laagendalsposten og satt flere hendelser i en sammenheng og trekker konklusjoner ut fra det.

Vi som er tillitsvalgte i NSF har flere viktige funksjoner inn i en kommune. Stort sett samarbeider vi godt med arbeidsgiver og det er enighet om det meste. Men vi må ta opp saker som gjelder arbeidsforhold til den enkelte og vi må si fra om systemer som ikke fungerer godt nok. I desember i fjor ble et medlem suspendert fra stillingen sin, uten at det etter vårt syn var belegg for det og uten at reglene for oppsigelse/avskjed ble benyttet. NSF reagerer sterkt på dette. Arbeidslivets spilleregler ble satt til side og det ble etter vårt syn, gjort en grov feil av kommunen. Dersom NSF mener at et medlem blir usaklig oppsagt eller blir suspendert på feil grunnlag, vil vi forsvare medlemmet opp mot arbeidsgiver. Det ligger i NSFs formål. At denne saken har fått så høy medieinteresse kan ha sammenheng med at kommunen selv gikk så høyt ut i utgangspunktet.

NSF har blitt spurt av media om kommunen har et godt og velfungerende avvikssystem. Vi har svart at det ikke er godt nok. Vi sier dette fordi

vi vet at det ikke fungerer godt nok alle steder i kommunen. Vi har fått tilbakemelding fra medlemmer som sier at de synes systemet fungerer godt på deres arbeidsplass, og det er veldig bra.

NSF står for det vi har sagt i denne saken, og vi respekterer at media har sin rolle i saken. Vi har ikke satt oss inn i alt Sykepleien og Laagendalsposten har jobbet med (kildemateriale med mer), og det er heller ikke vår rolle. Vi er opptatt av at det som ikke fungerer godt nok blir sett på med kritiske øyne slik at ansatte har trygge og gode arbeidsplasser og at det gis et godt helsetilbud til befolkningen.

Vi er alltid opptatt av hva dere som medlemmer mener, og ikke nøl med å ta kontakt dersom dere har spørsmål eller kommentarer i denne saken: hege.askestad@kongsberg.kommune.no eller linda.lavik@sykepleierforbundet.no. Dere kan også ringe fylkeskontoret på tlf: 32896650.

Linda Lavik, fylkesleder NSF Buskerud

Nordsjøturnus kan bli et reddende tiltak

Etter å ha lest kronikken til NSFs fylkesleder i Møre og Romsdal Gunhild Rolandsen «Nordsjøen er ikkje ein sjukeheim», følte jeg et stort behov for å ytre mitt syn på denne saken. Slik jeg tolker hennes høres det ut som en nesten umenneskelig jobb å jobbe lange vakter på ulike sykehjem og i helsesektoren.

Jeg er en av de som bor ute i distriktet, men jobber inne i byen på sykehuset, noe som medfører en del pendling. Jeg har vært utrolig heldig med mine ledere som har latt meg få en komprimert turnus som har vært tilpasset meg. Men dessverre har de ikke kunnet tilby meg nordsjøturnus ennå.

Når vi som ikke bor i nærheten av vårt arbeidssted reiser fra vår familie for å jobbe, er det for meg helt naturlig at vi ønsker å jobbe lengre dager. Dette er med på at vi kan ta lenger fri i perioder. Slik det er ved det foretaket jeg jobber, er vi helt avhengige av bruk av innleie av vikarer fra ulike vikarbyråer, for å få dekket opp de vaktene vi ikke har nok pleiere til.

Disse pleierne sier i klartekst at de ikke vil fortsette å komme hvis de ikke får jobbet mer komprimerte vakter, og gjerne lengre skift når de først er her. Det å miste disse pleierne har ikke de ulike foretak «rå» til. Disse menneskene utgjør mange stillingshjemler ved foretaket.

Det er kanskje slik at enkelte mennesker innehar en større kapasitet til å jobbe lengre skift en andre. Jeg selv og mange andre har jobbet og gått doble vakter når det har vært et behov for dette. Og kan si med hånden på hjerte at mine pasienter på ingen måte har mottatt «dårligere pleie». De har mottatt en faglig forsvarlig tjeneste.

Ved å innføre tolv timers vakter hadde man klart seg med to vaktskift i døgnet. Noe jeg mener kan være med på å kvalitetssikre behandlingen for våre pasienter. Færre nye pleiere å forholde seg til vil skape større trygghet. Jeg skulle ønske at noen helseforetak forsøkte å innføre dette for dem som ønsker slik turnus. Men la det være et frivillig tilbud.

Hadde jeg bodd der hvor min arbeidsplass er,

hadde jeg ikke hatt behov for lange vakter. Ved å tilrettelegge for oss «pendlere» får vi mer fritid i lag med familien.

Jeg synes det er på tide at NSF er med på å tilrettelegger for medlemmer som ønsker oss en nordsjøturnus med tolv timers vakter, vi lever tross alt i 2011 og i industrien har dette fungert utmerket i mange år.

Geriatrisk sykepleier Merete Johansen

www.sykepleien.no

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



K2 vitamin – et av våre viktigste vitaminer



Etter hvert som vi blir eldre blir skjelettet svakere, vi trenger derfor tilskudd av kalsium. Kroppen frakter først kalsiumet ut i blodårene men her blir det meste av det liggende som skadelige avleiringer og vi får ikke den effekten vi ønsker.

K2 vitaminet hjelper kroppen å frakte kalsiumet ut av blodårene og inn i skjelettet. På denne måten virker kalsiumet slik det skal, skjelettet blir sterkere og risikoen for å utvikle et svakt skjelett reduseres betraktelig. Samtidig reduseres kalsium-avleiringer i blodårene slik at blodet får strømme fritt uten hindringer, K2 vitamin er godtfor hjerte og blodomløp.

Helsepersonell og andre interesserte finner gjengitt noen av de viktigste studiene på www.k2vitamin.no.

K2 er godt for:

- Skjelett
- Beinbygning
- Hjerte
- Blodomløp

K2 vitamin reduserer kalsiumavleiring i åreveggene

Arteriosklerose (åreforkalkning):
For mye kalsium i åreveggene

Vitamin K2: reduserer avleiring av kalsium i åreveggene.



K2 vitamin øker innholdet av kalsium i skjelettet

Osteoporose (benskjørhet):
For lite kalsium i skjelettet

Vitamin K2: øker innholdet av kalsium i skjelettet.



For mer informasjon og dokumentasjon, besøk oss på www.k2vitamin.no



Bestill på telefon:
815 09 300 (09.00-15.00)



Bestill på e-post:
kundeservice@tgmontgomery.no



Bestill på SMS:
Send kodeord:
K2 "navn og adresse"
til 2440



Bestill på web:
www.k2vitamin.no

Prøv
K2 vitamin
i hele 3 måneder
til halv pris:
kun **198,-**
+39,50 i porto og ekspedisjon



Eller send inn svarkupongen (porto er betalt) ✂

Ja takk!

Send meg 3 måneders forbruk av K2 vitamin til kun 198,-

Jeg benytter meg av introduksjonstilbudet og får tilsendt 3 måneders forbruk av K2 vitamin for kun 198,- (+39,50 i porto og ekspedisjon). Deretter mottar jeg, kun så lenge jeg ønsker det, en ny forsendelse hver 3. måned for kun 398,- + 39,50 porto og ekspedisjon. Jeg har ingen kjøpeplikt og kan når som helst stoppe videre forsendelser.

Navn: _____

Adresse: _____

Postnr.: _____ Sted: _____

Tlf./mob: _____

Underskrift: _____

Adressaten betaler for sending i Norge

Distribueres av Posten Norge

T G Montgomery
Svarsending: 2526
0091 Oslo



Bente Abrahamsen, seniorforsker ved Høgskolen i Oslo.

Nyutdannede sykepleiere går til eldresektoren

Behovet for sykepleiefaglig kompetanse i eldresektoren er stort og det vil øke i årene framover. Er det grunn til bekymring?

Hvis de eldre skal få den omsorgen de har behov for, er det nødvendig å ha et tilstrekkelig antall kvalifiserte sykepleiere i denne sektoren. Samtidig viser en undersøkelse i regi av studentorganisasjonen til Norsk Sykepleierforbund at nesten ingen sisteårs sykepleierstudenter ønsker å arbeide i sykehjem. Det gir grunn til bekymring.

En ny undersøkelse, gjennomført ved Senter for profesjonsstudier, Høgskolen i Oslo, viser at nesten hver tredje nyutdannete sykepleier likevel går rett inn i en jobb hvor de arbeider med eldre. Cirka 20 prosent av de nyutdannede jobber på sykehjem eller i omsorgsboliger, mens 10 prosent er i hjemmesykepleien. Siden bare 4 prosent av sykepleierstudentene har et uttalt ønske om å arbeide med eldre, er det overraskende at cirka 30 prosent arbeider i denne sektoren kort tid etter at de fullførte

stor andel har søkt seg til eldresektoren, og tyve år etter fullført utdanning arbeider cirka 30 prosent av 1977-kullet med eldre.

Regionale forskjeller

Hvordan kan det forklares at eldresektoren er en langt vanligere arbeidsplass for nyutdannede sykepleiere enn det sisteårsstudentenes ønsker skulle tilsi?

En forklaring kan være at mange nyutdannede ikke får den stillingen de helst ønsker seg. Nyutdannede når kanskje ikke opp i konkurransen om de mest attraktive stillingene. Arbeidsmarkedet for sykepleiere varierer i ulike deler av landet, og man kan regne med at de som bor i store byer har best mulighet til å få oppfylt ønsket om jobb i sykehussektoren. For mange sykepleiere kan eldresektoren være eneste jobbtilbud dersom de ønsker en jobb der de bor.

Det er derfor ikke overraskende at det er store regionale forskjeller blant nyutdannede i hvor de jobber. Det er langt mindre vanlig å starte sin yrkeskarriere i eldresektoren for sykepleiere utdannet i Oslo, Bergen og Trondheim enn for sykepleiere utdannet i Ålesund. Mens cirka 20 prosent av nyutdannede sykepleiere utdannet i Oslo arbeider med eldre, gjelder det over halvparten av sykepleierne utdannet i Ålesund. Selv om mange nyutdannede flytter fra den byen de tok sykepleierutdanning i, kan vi regne med at svært mange søker sin første jobb i denne regionen.

De store regionale forskjellene i rekruttering til eldresektoren blant nyutdannede avspeiler sannsynligvis forskjeller i jobbmuligheter mer enn forskjeller i jobbpreferanser.

Større jobbtrygghet

En annen forklaring kan være at en del nyutdannede endrer jobbpreferanser i møte med arbeidslivet.

De første årene etter fullført utdanning er vanligvis en periode hvor det skjer store endringer i sykepleieres livssituasjon. Mange etablerer egen familie og kjøper bolig som for de fleste fører til betydelige økonomiske forpliktelser. Behovet for en jobb som gir økonomisk trygghet og forutsigbarhet kan bli viktigere enn det å jobbe innenfor et bestemt arbeidsområde. For mange

Eldresektoren er en bedre arbeidsplass enn de forestilte seg.

sykepleierutdanningen. Ikke uventet viser resultatene at somatiske sykehus er den vanligste arbeidsplassen for nyutdannede sykepleiere, mens relativt få går til psykiatri.

Stabil rekruttering

I undersøkelsen har nyutdannede sykepleiere fra fem ulike høyskoler/universitet besvart spørsmål om egen arbeidsplass tre år etter at de avsluttet sykepleierutdanningen.

Tilsvarende studier er også gjennomført for tidligere kull. Resultatene viser at det er liten endring i nyutdannede sykepleieres valg av arbeidsområde gjennom de siste 20 årene. Både blant sykepleierne som fullførte utdanningen i henholdsvis 1992, 2001 og 2007 er det cirka 30 prosent som begynte sin yrkeskarriere i eldresektoren. For sykepleierne som var nyutdannet på slutten av 1970-tallet (1977) var situasjonen en helt annen. Under 10 prosent begynte i eldresektoren. I dette kullet startet nesten alle sykepleiere sin yrkeskarriere innenfor somatiske sykehus, men mange har byttet arbeidsområde i løpet av karrieren. En

vil valget være enkelt hvis det står mellom fast ansettelse og et tilbud om midlertidig jobb. Hvor mye den enkelte ønsker å arbeide vil variere, men å få oppfylt sitt arbeidstidsønske kan være avgjørende for valg av jobb. Arbeidstiden avgjør både inntekt og hvor mye tid som kan brukes sammen med familien.

Studien viser at nyutdannede i eldresektoren både oppnår fast ansettelse og får den stillingsprosenten de ønsker seg i større grad enn de som jobber i somatiske sykehus. For eksempel oppgir ni av ti nyutdannede i eldresektoren at de har fast ansettelse, mens det gjelder to av tre i sykehussektoren. Og til tross for at omfanget av deltidsarbeid blant nyutdannede er nesten identisk i de to sektorene (cirka 25 prosent), er det langt færre som er misfornøyd med arbeidstiden innenfor eldresektoren enn i andre deler av helsesektoren.

Framtidig arbeidsplass

For å sikre et tilstrekkelig antall sykepleiere med høy faglig kompetanse i eldresektoren er det avgjørende at de som allerede arbeider der blir værende.

Undersøkelsen gir også opplysninger om sykepleiernes videre yrkesplaner. Resultatene er oppløftende. Nesten 90 prosent av de nyutdannede i eldresektoren oppgir at de planlegger å jobbe i sektoren de neste årene. Videre er det svært få som oppgir at de har søkt andre stillinger. Det er ingen ting som tyder på at nyutdannede i eldresektoren er mindre stabile arbeidstakere enn nyutdannede som jobber i somatiske sykehus.

Tar videreutdanning

Resultatene er også positive når det gjelder videreutviklingen av den sykepleiefaglige kompetansen i eldresektoren. Tre år etter fullført utdanning er hver femte nyutdannede sykepleier i gang med videreutdanning. I tillegg oppgir halvparten av de som ikke tar videreutdanning, at de har planer om å søke om opptak på videreutdanning innen to år.

En sammenligning på tvers av sektorene viser at heller ikke med hensyn til interessen for videreutdanning skiller sykepleiere i eldresektoren seg fra sykepleiere i somatiske sykehus. Dette er noe overraskende, ettersom det er vanlig å anta at nyutdannede sykepleiere velger bort eldresektoren på grunn av få muligheter til faglig utvikling. Resultatene i denne studien kan tyde på at dette er i ferd med å endres, og at mulighetene for faglig utvikling i eldresektoren har blitt bedre.

Denne undersøkelsen viser at til tross for at sykepleierstudenter viser svært liten interesse for å arbeide med eldre, blir nettopp det virkeligheten for mange nyutdannede sykepleiere. Når de aller fleste ønsker å fortsette å arbeide i sektoren, kan det være et tegn på at eldresektoren er en bedre arbeidsplass enn de forestilte seg da de var sykepleierstudenter. ■■■

BEDRE ENN VENTET: At flere nyutdannede sykepleiere jobber i eldreomsorgen kan ha flere årsaker: Det er lettest å få fast stilling, sektoren er bedre enn sitt rykte, og at det er vanskeligere å få jobb på sykehus som nyutdannet. Illustrasjonsfoto: iStockphoto.





DILEMMA

Per Nortvedt om politiske forestillinger

Navn: Per Nortvedt
Bakgrunn: Professor ved seksjon
for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo
E-post: p.nortvedt@medisin.uio.no

Hvordan kan noen gjøre

Bombingen av regjeringskvartalet og grusomhetene på Utøya angår oss alle og reiser mange spørsmål, spørsmål som også er relevante for sykepleien.

Et av de viktigste spørsmål er følgende: Hva får et menneske til å begå handlinger som dette? Hva gjorde at gjerningsmannen overhodet ikke viste medfølelse? Hvorfor stanset han ikke opp ved den lidelse han påførte andre mennesker? Hvorfor viste han ingen empati (unntatt kanskje med den lille gutten, hvis far han nettopp hadde drept og som modig konfronterte ham direkte med spørsmålet, «er det ikke nok nå»?)

Svaret på slike spørsmål får vi kanskje aldri, men det er likevel et stort behov

massehenrettelsene av psykisk syke og barn med utviklingshemming som ledd i nazistenes utryddelsesprogram. Heller ikke disse hadde empati med ofrene. De viste nesten aldri noen medfølelse, selv ikke overfor barn. I tillegg har de som deltok i systematiske massedrap vist liten anger i ettertid, da rettsapparatet begynte å arbeide med disse sakene i Tyskland, 10–20 år etter den 2. verdenskrig.

Også sykepleiere begår onde handlinger, krenker pasienters verdighet, er delaktige i tortur og massedrap. Det er

for liv og helse. Det andre var ofte en spontan empati med de forfulgte, som den ene redderen som skjulte en forfulgt fra konsentrasjonsleiren sa: «Han bare stod der plutselig, i all sin nød og hjelpeløshet. Hva kunne jeg gjøre annet enn å hjelpe? Alle ville gjort det samme i mitt sted.» (Oliner and Oliner 1988).

Empati og moral

Evnen til empati synes å være grunnleggende for å vise moralsk ansvar. Det er normalt å føle ubehag ved å se andres lidelse og menneskelig smerte. I dag prøver vi å sette oss inn i hendelsene på Utøya og hvordan ungdommene må ha opplevd de forferdelige timene. Det norske folk har vært sterkt berørt. Men gjerningsmannen var tilsynelatende ikke særlig plaget av det han gjorde, verken emosjonelt eller forestillingsmessig. Han viste ingen empati.

Empati er menneskets universelle evne til å berøres av andre menneskers ubehag og lidelse. Men denne grunnleggende evne til moral ser ut til å være svært utsatt for sosial og politisk påvirkning. Tro kan flytte fjell, sies det. Men det virker som tro også kan gjøre oss upåvirkelige overfor andres lidelse.

Mål og ideologi

Gjerningsmannen fra Oslo hadde en hensikt. Han trodde på det han gjorde, han var drevet av et mål og en ideologi. Historien har lært oss at når menneskers politiske ideer gjør andre til brikker i et

Politikken kan bringe fram det verste i oss.

for å forstå ugjerningen. Noen sammenhenger trer i dag fram, blant annet i den ideologi, i den planlegging og nådeløshet som drev mannen. En annen er den tilsynelatende fullstendige mangel på empati han synes å ha vist med sine ofre.

Ondskapsfulle regimer og ideologier

Historiske erfaringer har lært oss hvordan helt vanlige mennesker, vanlige politifolk, mennesker som ikke engang var nazister, fullstendig frivillig begikk massedrap på jøder og andre under okkupasjonene av Polen og Russland i 1939–45. Familiefedre deltok i folkemord, i stor grad helt uten empati med ofrene. Soldatenes ektefeller, ja til og med musikkorps på besøk fra Tyskland, ønsket å bivåne massehenrettelsene på uskyldige kvinner og barn. Tyske sykepleiere deltok villig i

kanskje enda mer uhyrlig når en profesjon som har empati og tjeneste for andre som sitt mål blir et redskap for ondskap. Men også en profesjons etiske prinsipper og empati kan bli satt på prøve av ondskapsfulle regimer og ideologier.

Medmenneskelighet

Historiske erfaringer og intervjuer med personer som klarte å bevare sin medmenneskelighet, selv under de vanskeligste tenkelige vilkår (som de som med fare for sitt eget liv beskyttet jødefamilier i Polen, Nederland og Skandinavia under den 2. verdenskrig), synes å peke på to helt sentrale faktorer som har betydning for aktivt å vise medmenneskelighet.

Det ene var en bevissthet gjennom oppdragelse og skole, at alle mennesker har likhet i verdi og har krav på respekt

Andre faste bidragstere



Professor i sykepleie ved Universitetet i Nordland **Berit Støre Brinchmann**



Leder Rådet for sykepleieetikk **Marie Aakre**

slikt?

spill, og fratrar mennesker deres individualitet og unikhet, så kan også vanlige mennesker begå uhyrlige handlinger. Ikke bare dataspill, men politiske forestillinger og ideologier kan frata et menneske den medfølelse med andres lidelse som er bærebjelken i vår individuelle og kollektive moral. Politikken kan bringe fram der verste i oss.

Men akkurat som politiske forestillinger kan redusere et menneskes empativne, så kan politikken også fremme vår medfølelse og vår evne til å sette oss inn i andres sorg og lidelse. Dette har vi sett i hele landet i dagene og ukene etter angrepet den 22 juli. Kloke ord om åpenhet, toleranse og nestekjærlighet fra statsminister, kongehus og andre fra det politiske miljøet bragte fram det beste i et helt folk og bidro til vår kollektive medfølelse med dem som er rammet. Vi har sett kraften i en politikk som fremmer medmenneskelighet og toleranse. Denne respekt for enkeltmennesket må også gjelde gjerningsmannen selv. Også han, hvor enn avskyelig hans handlinger har vært, har krav på en rettferdig rettergang og verdig behandling når han skal sone sin dom. ■■■

LITTERATUR

Oliner SP, Oliner PM. The Altruistic Personality – Rescuers of Jews in Nazi Europe. What led Ordinary Men and Women to risk their, their Lives on Behalf of Others? London: MacMillan, 1988.



Til refleksjon

- › Hvordan kan sykepleiere bli redskap for ondskap?
- › Tror du politikk kan frambringe det verste i deg?

Send din mening på epost til interaktivt@sykepleien.no, eller skriv til Sykepleien, boks 456 Sentrum, 0104 Oslo. Reaksjoner fra leserne trykkes i neste nummer.

UTEN EMPATI: Selv sykepleiere har begått grusomme handlinger under totalitære regimer, i troen på at de gjorde var det riktige, skriver dilemmaspartisten. Foto: Marit Fonn

www.sykepleien.no

Flere dilemma på sykepleien.no under fanen interaktivt.



– Det mest lojale er å si fra

Arbeidsplasser som ikke har en åpenhetskultur, risikerer å få skandaler rett i fanget, sier forsker Kjersti Lien Holte.

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

Holte er forsker ved Høgskolen i Østfold og foredragsholder. Hun har skrevet doktorgrad om den skjulte policyen for taushet om arbeidsrelatert kritikk hos ansatte.

Hennes spesialfelt er kommunikasjon i organisasjoner.

– Bak hver person som til slutt blir en varsler, står det mange andre som vet og har sett det samme. Hvorfor sa ikke disse ifra? Og om de sa fra, hvorfor ble ikke de kritiske forholdene rettet opp?

Skjult policy

I sin doktorgrad har Kjersti Lien Holte undersøkt hva den skjulte policyen for taushet består av. Det empiriske materialet er hentet

«Mange ender opp med å bli sykemeldt, få psykiske lidelser, eller de må rett og slett finne seg en ny jobb.» Kjersti Lien Holte

fra et sykehjem, en skole og en fabrikk i prosessindustrien. Hun har brukt kvalitativ metode; intervjuer og observasjon.

I materialet til Lien Holter er det blant annet en sykepleier som forteller at det å si fra føles som å klage på huset eller maten til sjefen. Hun er redd for at sjefen vil ta det personlig og at det skal få negative konsekvenser for deres relasjon. Det kom også fram at sykepleiere er redde for å miste jobben eller mulighet for fast stilling ved å si fra.

Inn i loopen

– Enkelte havner i en slags loop, der de sier fra og sier fra, uten at noe skjer. Til slutt gir de opp. Det kom også fram i intervjuene på sykehjemmet at de mange innsparingstiltakene signaliserte at det ikke var noe poeng i å si fra om ting som kommunen likevel ikke hadde råd til å gjøre noe med, ifølge Lien Holte.

En sykepleier i studien forteller at selv om avdelingssykepleieren gjorde stemmen sin veldig mild og fin og inviterte henne til å si fra om det hun hadde på hjertet, så måtte hun passe seg. Sykepleieren sier: «Hvis man går litt i dybden på ting, kan det lett bli tatt som kritikk. Det er da man kanskje er litt forsiktig med å si noe. Da biter man det heller i seg.» Hun forklarer at det kunne være vanskelig for avdelingssykepleieren å forstå at det var rutinene hun klagde på og ikke at hun gjorde en dårlig jobb.

– Når ansatte oppfatter det slik at de selv må være feilfrie for å kunne si fra om arbeidsrelatert kritikk, vil det føre til at mye kritikkverdig praksis kan pågå lenge uten at det stilles spørsmålstegn. Det er menneskelig å gjøre eller å ha gjort feil, derfor vil et stort flertall kunne rammes av denne logikken, ifølge Lien Holte.

Uoffisielle prosesser

– Det foregår uoffisielle prosesser som lærer ansatte å tie om kritikk. Disse prosessene er det viktig å vite noe om. Selv om det blir sagt utad at det er en åpenhetskultur, stemmer ikke alltid det med erfaringene hos de ansatte, sier hun.

– Mekanismene for taushet blir som oftest brukt ubevisst. Derfor kan det eksistere avvikssystemer og det kan bli sagt at kritikk skal



FORSKER PÅ DET SKJULTE: Kjersti Lien Holte har i sin doktorgrad i arbeidsvitenskap sett på de skjulte grunnene til at ansatte tier om krittikkverdige forhold. Hun har erfaring som forsker, foredragsholder og HR-rådgiver. Hennes spesialfelt er kommunikasjon i organisasjoner.



Feelgood

Feelgood-strategien vil kunne etablere et behov for takknemlighet med å overvelde eller fokusere på ting som de ansatte skal være takknemlige overfor. Dette formidles like mye av erfarne kolleger som av arbeidsgiver.

Kilde: «Hysj!» En kritisk didaktisk relasjonsanalyse av Curriculum Silentium; den skjulte policyen for taushet om arbeidsrelatert kritikk hos ansatte.



ENGLER? «Sykepleierne sier mer fra, fordi hjelpepleierne føler seg underlegne. De blir ikke hørt på likevel. Trur de da. De gjør jo egentlig det,» sa en sykepleier i studien til Kjersti Lien Holte. En annen sa: «Hvorfor skal vi være sånne forbanna engler liksom? Er det noen som mener at vi har fått et kall?»

opp og fram. Men i praksis er det andre ting som styrer om kritikken kommer til riktig adresse, og om den fører til forbedring.

Lojalt å tie?

Hun mener at lojalitetsbegrepet er sentralt for å forstå hvorfor mange velger å tie der de burde sagt fra.

– Det sitter hardt i mange at lojalitet er å holde tett om kritikkverdige ting. Men lojalitet er å si fra internt oppover i systemet. Bare da kan de ansvarlige gjøre noe med det.

Ifølge Kjersti Lien Holte er det flere mekanismer som slår inn når taushet blir valgt framfor åpenhet.

En taushetskultur består ifølge Lien Holte av formidlingsstrategier og motivasjon for taushet. Hun peker på tre formidlingsstrategier: Den ignorerende strategi, der avvik og forsøk på å si fra havner i skuffen. Videre finnes en truende strategi, der indirekte og direkte trusler om ekskludering fremsettes, og til slutt en såkalt feelgood-strategi.

– Feelgood-strategien beskytter tausheten ved hjelp av den koseligste kosestemning, sier Lien Holte.

Fire typer taushet

Disse strategiene, som målbæres både av ledere og kolleger, gir ifølge forskeren ansatte som ser kritikkverdige forhold fire motiver for å tie om det.

– Disse motivene deler jeg opp i prososial, defensiv, ettergiven og passiv aggressiv taushet, forteller hun.

– Formidlingsstrategiene og motivene kommer ofte i kombinasjoner, sier hun.

Både ansatte og ledere er ifølge forskeren bærere av disse skjulte mekanismene.

– Hvem har ansvaret for å endre slike kulturer?

– Det er helt klart et ledelsesansvar. Ledelsen har et ansvar for å forsikre seg om at ansatte tør og kan komme med ubehagelige tilbakemeldinger. Om de tør, er selve syretesten på ytringsfriheten på arbeidsplassen. Ledelsen har ansvaret for å sørge for endring, selv om det ikke kan skje uten at de ansatte er med, sier hun.

Kostnaden ved varsling

Men hvor smart er det egentlig å varsle? Ifølge forskeren går det dårlig med de fleste varslere i ettertid.

– Hovedbudskapet er at det faller ting tilbake på den som sier fra om kritikk. Det kan være at de selv blir konfrontert med kritikkverdige forhold, det kan være at de selv får arbeidet med å finne en løsning på problemet, eller det kan være at de selv får jobben med å følge opp, sier hun.

– Mange ender opp med å bli sykemeldt, få psykiske lidelser, eller de må rett og slett finne seg en ny jobb.

Fire typer taushet

Prososial taushet brukes for å oppnå og bevare de gode relasjonene på arbeidsplassen. Prososial taushet består i en kultur hvor det å bevare de sosiale relasjonene blir viktigere enn å rette opp i kritikkverdige forhold.

Defensiv taushet motiveres av et behov for beskyttelse. Defensiv taushet er å beskytte seg mot negative konsekvenser av avsløringene. De lukker ører og øyne for det som er galt. Dette er mekanismen som kan forklare at graverende forhold kan pågå i årevis uten at noen tar affære, ifølge Lien Holte.

Ettergiven taushet er motivert av maktesløshet, ettergivenhet eller likegyldighet. Ettergivende taushet er at de ansatte identifiserer seg med ledelsen, og i forståelse for deres situasjon ikke vil si fra – typisk utsagn er at «de gjør så godt de kan». Her kan også trusler om sanksjoner være en årsak til at ansatte ikke sier fra.

Den passiv aggressive er motivert av et ønske om hevn eller at organisasjonen skal mistlykkes. Passiv aggressiv taushet innebærer at ansatte ikke sier fra fordi ledelsen kan «ha det så godt» når de ikke har hørt etter tidligere. Et eksempel er ansatte som truer med å sykemelde seg «så kan de se hva som skjer da.»

43 prosent tiet

Tallenes tale er klare: Det er vanskelig å si fra.

sin doktorgrad har Kjersti Lien Holte gått gjennom eksisterende forskning på arbeidsrelatert kritikk.

En svensk undersøkelse utført av Aronsson og Gustafsson fant at 16 prosent kvinner og 12 prosent menn kvier seg for å si hva de synes om arbeidsmiljø- og vilkår. 11 prosent svarte at de tiet fordi de fryktet en dårligere stilling på arbeidsplassen. 21 prosent trodde de ikke ville bli hørt uansett, og 23 prosent svarte at de fryktet å bli møtt med uvilje fra sjefen.

Omtrent halvparten var også redd for å møte uvilje hos kolleger dersom de kom med arbeidsrelatert kritikk. I denne undersøkelsen var det først og fremst ansatte i offentlig sektor og i midlertidige stillinger som opplevde liten trygghet.

En studie fra 2005, utført av Skivnes og Trygstad, spurte

kommunalt ansatte i barnevern, pleie og omsorg og undervisning om varsling. Hele 46 prosent svarte at de ikke ville si fra om arbeidsrelatert kritikk, fordi de fryktet at konsekvensene ville bli store og ubehagelige.

Norsk Sykepleierforbund initierte i 2005 en undersøkelse om taushet og det å si ifra. Studien ble utført av Arbeidsforskningsinstituttet. Her viste det seg at 43 prosent hadde latt være å si fra internt på egen arbeidsplass om kritikkverdige forhold som var av betydning for pasienters helse. Undersøkelsen viste også at ansatte erfarte at kvalitetssystemer ikke fungerte, og ga inntrykk av at overordnede trenerte og ignorerte. Ansatte erfarte også at det ble forventet at man måtte ha en medfølgende løsning for at kritikken skulle være legitim. ■■■

Lojalitet:

› Det finnes minst to overordnede kulturer og tankesett rundt lojalitet: Den ene holder åpent at en virksomhet eller organisasjon kan komme til å gjøre en feil, mens den andre er basert på at det alltid handles rett. I den første kan det være lojalt av ansatte å melde inn kritikk. I den andre vil det være illojalt.

Kilde: Hirschmans teori om lojalitet i «Hysj!» En kritisk didaktisk relasjonsanalyse av Curriculum Silentium; den skjulte policyen for taushet om arbeidsrelatert kritikk hos ansatte.

Lanseringsseminar med tema:

Unge mennesker med juvenil idiopatisk artritt

Sykepleien Forskning lanserer nr. 3-2011 på Høgskolen i Gjøvik, Møterommet i 3 etg. i G-bygget, tirsdag 11. oktober kl. 11.00–12.00.

Hovedartikkelen i dette nummeret er skrevet av førsteamanuensis Ingrid Landgraaff Østlie og spesialist i barne- og ungdomspsykiatri Astrid Aasland.

Program:

11.00 – 11.05: Velkommen ved redaktør Anners Lerdal
11.05 – 11.45: Ingrid Landgraaff Østlie snakker om «Hvordan blir unge mennesker med juvenil idiopatisk artritt forberedt på et liv som ung voksen?»
11.45 – 12.00: Diskusjon

Ta med matpakken! Vi serverer kaffe/te

Vennlig hilsen Anners Lerdal, redaktør



NHO ønsker en ordentlig utredning av minstelønn, bransjevis eller nasjonalt.

John G. Bernander, administrerende direktør i NHO

Lovfesting av – mareritt eller

Den siste tiden har det pågått en debatt vedrørende lovfesting av nasjonal minstelønn fastsatt av Stortinget. Uenigheten har stått mellom fagforeningene og arbeidsgiversiden.

– Vil lovfesting av nasjonal minstelønn redusere sosial dumping?

John G. Bernander: NHO ønsker å få en ordentlig utredning av minstelønn, bransjevis eller nasjonal. Det er nemlig aldri blitt gjort tidligere. Vi har oppfordret Arbeidsdepartementet til å sette i gang et slikt arbeid. Spørsmålet om minstelønn reiser en rekke dilemma. Vi trenger mer kunnskap før vi trekker konklusjoner i den ene eller andre retning.

Lisbeth Normann: Sosial dumping handler om mer enn lønn. Våre tillitsvalgte har avdekket brudd på arbeidstidsbestemmelsene, manglende overtidsbetaling, brudd på pensjonsbestemmelser og utenlandske sykepleiere som ikke får tilstrekkelig opplæring til å utføre en faglig forsvarlig jobb. En lovfestet minstelønn vil ikke løse disse problemene

– Er det andre virkemidlers om vil virke bedre for å redusere sosial dumping?

John G. Bernander: Når det gjelder lønn er det viktigste at den ordinære lønnsdannelsen gjennom forhandlinger om tariffavtaler fungerer og fanger opp det som er utfordringene for ulike bransjer og sektorer. Allmenngjøring av tariffavtaler er et virkemiddel som kan fungere i enkelte situasjoner, men det er etter lovens bestemmelser et avgrenset og tidsbegrenset virkemiddel. NHO har tro på et bredt samarbeid mellom arbeidslivets parter og myndigheter for å fremme seriositet i arbeidslivet. Vi mener også det er riktig med kontroll, etterforskning og sanksjoner for å slå ned på brudd på bl.a. arbeidsmiljøloven.

Lisbeth Normann: Landsmøtet skal drøfte sosial dumping på i november. Funnene vi har gjort viser at vi må jobbe både mot offentlig og privat sektor og bruke virkemidler tilpasset hvert enkelt problemområde. Det hjelper for eksempel lite å ha regler som skal sikre samme lønns- og arbeidsvilkår ved offentlige anbud når kommunene ikke har rutiner for å følge opp kontraktene. Vi

Dette kan lede til press mot etablerte rettigheter og gi økende lønnsforskjeller.

Lisbeth Normann, leder i Norsk Sykepleierforbund

minstelønn drøm?

trenger større bevissthet rundt utfordringene, godt skolerte tillitsvalgte og konkrete virkemidler i kampen mot sosial dumping. Skal vi lykkes må vi også jobbe aktivt for å få utenlandske sykepleiere til å organisere seg slik at vi kan stå samlet i forsvaret av etablerte rettigheter.

– Er lovfestet minstelønn en bedre normstandard for lønnsnivået i arbeidslivet enn tarifflønn?

John G. Bernander: Som sagt er vårt utgangspunkt at den ordinære lønnsdannelsen gjennom tariffavtaler skal fungere og så godt som mulig fange opp utfordringene. Når vi ber om å få utredet minstelønn er det ikke for å erstatte tariffavtalenes bestemmelser, men for å se om det kan være et egnet virkemiddel for å fremme seriositet.

Lisbeth Normann: Vi tror partene i arbeidslivet er nærmere til å fastsette generelle lønns og arbeidsvilkår tilpasset hver enkelt bransje og sektor. Sammen med arbeidsgiverne kjenner vi bedre hvor skoen trykker lokalt, og kan sørge for løsninger som ivaretar begge parter interesser. Å ta ett element ut av samarbeidet mellom

partene og overlate dette til noen som sitter langt unna helsesektoren er en dårlig tanke.

– Vil lovfestet minstelønn heve eller senke det generelle lønnsnivået?

John G. Bernander: Hvordan minstelønn vil påvirke lønnsdannelsen er et sentralt spørsmål i en eventuell utredning. Hvordan bransjevis minstelønn vil påvirke lønnsdannelsen vil være et like aktuelt spørsmål som en eventuelt lovfestet minstelønn.

Lisbeth Normann: I europeiske land hvor lovfestet minstelønn er i bruk ligger nivået på den lovfestede minstelønnen på om lag halvparten av gjennomsnittslønnen i de aktuelle landene. Får vi en lovfestet minstelønn under etablerte nivåer i våre tariffavtaler vil dette kunne bidra til å presse det generelle lønnsnivået for sykepleiere nedover. Dette kan i neste omgang lede til press mot etablerte rettigheter, gi økende lønnsforskjeller og konkurransevridning. Jeg kan ikke støtte et slikt tiltak. ■■■

Tekst Bjørn Arild Østby Foto NHO og Erik M. Sundt





REFLEKS

Gjesteskribent Martine Aurdal

Navn: **Martine Aurdal**

Yrke: **Leder av samfunnsavdelingen i Dagbladet**

E-post: **martineaurdal@gmail.com**

Dagen da uskylden døde

22. juli var et vendepunkt.

Regnet den dagen terroren traff var ikke et deilig regnskyll etter noen varme sommerdager. Dagen før skinte sola på svaberget og gjorde båtturen vår inn til Kragerø til en slik som sitter fast på netthinna som erketypen av en sommer på Sørlandet. Regnet neste morgen minnet mer om en høststorm på Vestlandet. Himmelen åpnet seg og alle østlendinger på Sørlandet bestemte seg for å dra hjem samtidig. Vi hadde allerede pakket bilen da den første nyhetsmeldingen tikket inn på telefonen min. Klokka var 15.29: «En kraftig eksplosjon har rammet regjeringskvartalet i Oslo. Vinduene er blåst ut i en rekke etasjer.» Så ringte kusina mi: «Er du ok?» Mannen min fikk en sms fra en venn: «Dagen da uskylden døde.»

Som leder for Dagbladets samfunnsavdeling var det opplagt hva jeg måtte gjøre. Jeg tok kontakt med nyhetsredaktøren og sa at jeg kunne være på kontoret om tre timer. Vi skrudde på radioen og brukte telefonen til å følge med på internett. Uvirkelige bilder fra

sjoner av ungdomspolitikere har Utøya vært deres sommerparadis. 22. juli brast paradiset. Etterpå ble valgkampen utsatt. Ord fikk ny mening. Alvoret sank inn.

Terroristen ville ramme demokratiet, feminismen og det flerkulturelle samfunn. I sitt såkalte manifest forteller han at han ville strupe rekrutteringen til Arbeiderpartiet. Gjennom sine grusomme handlinger ville Breivik vekke til live frykten for alt som er annerledes. Han ville vekke raseri. Advokaten forteller at Breivik tror at han i framtida vil bli sett på som en ærerik korsfarer.

Men terroren har hatt motsatt effekt av det han hadde planlagt. Vi har sett kjærlighet, samhold og styrke. Vi har gått i rosemarkeringer over hele landet. Aldri har så mange mennesker vært samlet på Rådhusplassen i Oslo, folk sto tett i tett med roser helt ned til Stortorget. I Ålesund gikk 30 000 i tog, flere folk er ikke hjemme i byen med knappe 40 000 innbyggere en søndag i juli. Aldri har stille applaus runget så høyt som da vi strakk roser i været over hele landet.

Heller ikke attentatet mot Arbeiderpartiets ungdomsorganisasjon hadde ønsket effekt. Breivik ville utradere en generasjon politikere, da han gikk til angrep på de hundrevis som hadde samlet seg til sommerleir. Som AUF-leder Eskil Pedersen har oppsummert det etterpå: Han tok noen av de vakreste rosene våre. Men han kan ikke stoppe våren. Siden har samtlige politiske partier og ungdomspartier opplevd en strøm av nye medlemmer. Mange av dem som svømte for livet fra marerittet på Utøya har vært tilbake og startet kampen for å gjenerobre paradiset. Debatten har fortsatt, og vi har hatt kommunevalg. Demokratiet står sterkere enn det gjorde før terroren.

Utøyagenerasjonen er spådd en lysende framtid i norsk politisk historie. Dagens ungdomspolitikere er bundet sammen av en opplevelse like sterk som krigen. De vil være på vakt mot all ekstremisme, uansett politisk farge. De er håpet om en bedre samfunnsdebatt. De er framtida.

Regnet som falt over Oslo under minnestunden som avsluttet den nasjonale sørgeperioden 21. august var et deilig regnskyll etter noen triste sommerdager. Nå kan livet gå videre. Jeg titter ned på min ett år gamle datter og kjenner visshet. Uskylden er ikke død.

Nå kan livet gå videre.

regjeringskvartalet, påstander om hvem som sto bak og løpende oppdateringer om evakueringer i VG, Aftenposten, Oslo S og på Gardermoen. På Twitter manet mine venner i cyberspace til ro, vi visste jo ikke hvem sto bak. Så skrev en av dem noe helt annet: «Skyting på Utøya. Orienter politiet.»

Alle har fått med seg hva som skjedde etter det. I Norge er de fleste indirekte berørt, gjennom venner og venners venner kjenner vi alle til noen som var på Utøya eller i regjeringskvartalet, eller som denne dagen mistet det største i livet. De fleste av oss har hatt noen vonde netter etterpå. Vi har alle kjent på frykten, på smerten det må være å miste et barn, på fortvilelsen over å ikke å kunne verge alle barna som denne dagen fikk oppleve slikt alle foreldre ville gitt sitt liv for å verne dem mot.

22. juli er kalt dagen da alt ble annerledes. De første dagene og ukene etterpå var det vanskelig å forestille seg noe annet enn at samfunnet var endret for godt. Det var dagen da ondskapen fikk et ansikt. Anders Behring Breivik gikk til angrep på selve den norske samfunnsmodellen, og valgte seg Arbeiderpartiet som mål fordi han mener partiet bærer størst del av ansvaret for utviklingen etter krigen. Da bomben smalt midt i Oslo sentrum forsto vi at terror kan ramme også oss. Hovedstaden var ikke lenger trygg. For genera-

Øvrige gjesteskribenter 2011:



Ingvar T. Skjerve
Sykepleier og forfatter



Kristin Heggen
Professor i helsefag,
Universitetet i Oslo



Anders Folkestad
Leder i Unio



Cathrine Sandnes
er redaktør av tidsskriftet
Samtiden