

12 2013
17. oktober 2013
101. årgang

Sykepleien

Må slutte å fly i dørene **12**
Stjeler oftest medikamenter **50**
LO-leder venter ruskevær **78**



Den lange veien

For Tori har det tatt seks år å få kroppen sin tilbake. **22**



«Jeg hjelper deg med bedre forsikringer»

«De fleste av oss sykepleiere har jo pensjonen vår i KLP, men vi har også mange gode medlemsfordeler innen bank og forsikring. Jeg flyttet bil- og hundeforsikringen min over til KLP og sparer over 2500 kroner i året.»

Iselin Hestnes,
sykepleier og KLP-medlem

Dine medlemsfordeler som KLP-medlem:

Du får vår laveste pris på forsikringer, og vår beste rente og laveste gebyrer innen bank- og fondstjenester. Nå får du også Maksdekning til prisen av vanlig kasko på bilforsikringen. **Se alle medlemsfordelene dine på klp.no**





Ubehagelig lukt? Utflod?

Ønsker du enkelt å gjøre noe med det?

Ecovag® Balance vaginalkapsler inneholder humane melkesyrebakterier som effektivt behandler akutte plager og samtidig forebygger tilbakefall.

Les mer på www.navamedic.com



kun 1 kapsel/døgn

 Navamedic

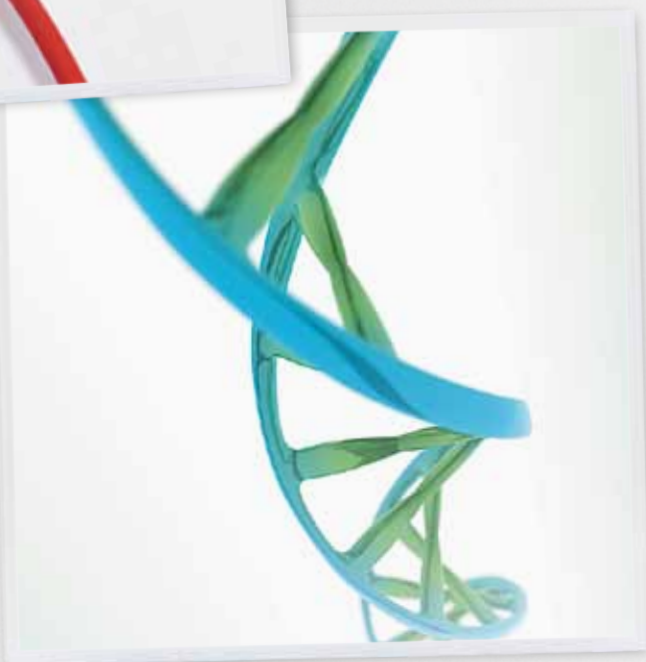
Ecovag Balance® fås i alle apotek og i Navamedic's nettbutikk, www.navamedic.com





Mer innovasjon

Sammen bidrar Takeda og Nycomed til et enda friskere Norge



Gjennom 138 år har Nycomed vært et toneangivende farmasøytisk selskap og bidratt til å gjøre Norge friskere. Det skal vi fortsette med. Vi har fått ny eier og heter nå Takeda Nycomed. Takeda er et globalt forskningsbasert farmasøytisk selskap som tilfører oss flere medisiner og spisskompetanse innen nye terapi-områder, og gjør oss til en del av et forskningsmiljø i verdensklasse.

Sammen er Takeda og Nycomed mer enn 1+1. Vi kan skape mer, tilby et enda bedre utvalg av medisiner og helsefremmende produkter til norske pasienter og forbrukere, og fortsette å være en aktiv medspiller for leger, sykepleiere og andre helsearbeidere. Sammen bidrar vi til et enda friskere Norge.

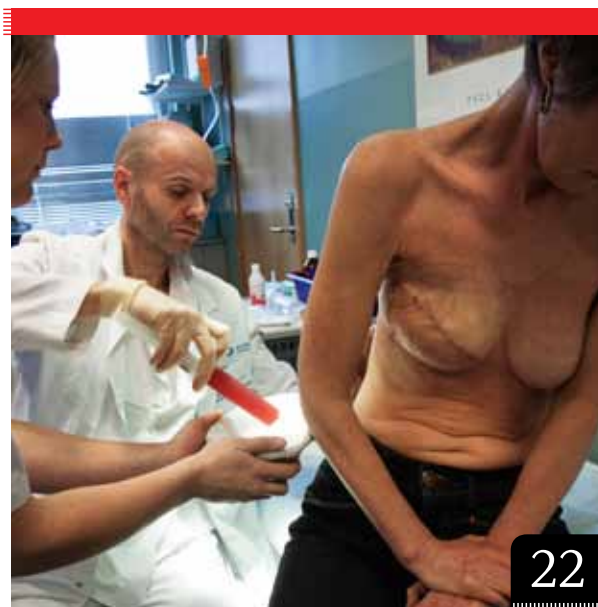


Nycomed: a Takeda Company



Dokumentar: Brystkreft

22 Kreftens herjinger
24 – Hva som oppleves som en katastrofe, forandrer seg
35 Flere får ny pupp med en gang



22

Innhold

12 2013 **Sykepleien**

«Dagene etter valget var en høytid.» Fungerende redaktør Bjørn Arild Østby i Aksjonisten side 6

Hva skjer

- 6** Aksjonisten
- 8** Smånytt
- 11** Vi bare spør Laila Dävøy
- 12** Flying i dørene kan skade pasienten
- 14** Studenter jobber gratis
- 16** – Testen er ikke for vanskelig
- 19** Sykehusdirektør i retten
- 20** Krisesommer i Sverige
- 21** Innfører ikke omstridt helgeturnus

Der ute

- 36** Smånytt fra utlandet
- 38** Villa med 170 års sykehushistorie
- 42** Helsesøster for studenter
- 44** Øyeblikket
- 46** Tips og triks i Almas hus
- 48** Min jobb: Mona Hjørnevang Joof

Fag og bøker

- 50** Når sykepleiere misbruker legemidler
- 53** Dansk samhandling
- 56** Unge gjengangere i tvangsepisoder
- 58** Fagnyttig
- 60** Intervju: Laila Goody
- 62** Bokanmeldelser
- 64** Helsesøster må informere om reisesykdommer
- 68** Etik: Kurt Lyngved
- 70** Kryssord og quiz

Mennesker og meninger

- 72** Eli Gunhild By om helsepolitikk
- 73** Lesermeninger
- 75** Innspill: Sigurd Roger Nilsen m.fl.
- 76** Kronikk: Svein Torgeir Dale
- 78** Tett på Gerd Kristiansen
- 82** Paragrafrytterne
- 83** Stilling ledig
- 88** Kunngjøringer



Si din mening på sykepleien.no og Tidsskriftet Sykepleien på Facebook

Sykepleien

Organ for Norsk Sykepleierforbund
PB 456 Sentrum, 0104 Oslo
Tlf.: **02409**

E-post: redaksjonen@sykepleien.no

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

Journalister: Bjørn Arild Østby, Ann-Kristin Bloch Helmers, Kari Anne Dolonen, Marit Fonn, Nina Hernæs, Eivor Hofstad.

Fagartikler: Torhild Apall Dybvik.
Sykepleien Forskning: Anners Lerdal.

Desk: Ellen Morland, Johan Alvik, Susanne Dietrichson.

Grafisk: Hilde Rebård Evensen, Sissel H. Vetter, Nina E. H. Hauge, Monica Hilsen.

Marked: Ingunn Roald, markedssjef (91 60 38 12).
Lise Dyrkoren, Maud P. Kaino, Silje Marie Torper.

Tlf. og e-postadresser på www.sykepleien.no/kontakt. Her finner du også Sykepleiens formålsparagraf.

ISSN 0806 – 7511

Repro og trykk:
Color Print A/S



78 LO-lederen er spent på blå arbeidslivspolitik.



60 Laila Goody spiller sykepleier for andre gang.

«Å kjenne historien gir mening i det vi driver med.»



38



AKSJONISTEN

Bjørn Arild Østby

Stilling: Fungerende ansvarlig redaktør i Sykepleien

E-post: bjorn.arild.ostby@sykepleien.no

Når ytringer på Facebook tolkes som ulovlig aksjon

«Dere må vente med å trykke dette til etter rettssaken mellom NSF og Spekter ... Ber om bekreftelse på det.»

Den hovedtillitsvalgte i Norsk Sykepleierforbund (NSF) hadde sendt et innlegg til Sykepleien. Nå ønsker han ikke at det kommer på trykk.

Det står selvsagt enhver fritt å trekke sitt eget innlegg. Enten fordi man ikke er fornøyd med det som er skrevet. Eller at omstendigheter har gjort det uaktuelt. Men å trekke innlegg på grunn av arbeidsgiverforeningen Spekter?

Begrunnelsen for å sette innlegget på vent er Spekters stevning av Unio og Norsk Sykepleierforbund for Arbeidsretten. Arbeidsgiverforeningen mener det pågår landsomfattende aksjoner blant NSF's medlemmer og deres tillitsvalgte. Aksjoner som bryter med fredsplikten, som pålegger partene i arbeidslivet ikke å iverksette arbeidskamp i overenskomstperioden. Hva med

NSF sentralt? Spekter mener forbundet ikke har gjort «tilstrekkelig for å avverge eller avslutte slike aksjoner...».

I den 16 sider lange stevningen til Arbeidsretten knytter Spekter bruddene på fredsplikten konkret til situasjonen ved to helseforetak, Akershus universitetssykehus (Ahus) og Vestre Viken. Ved de to helseforetakene har det og blir det ifølge Spekter gjennomført «protestaksjoner» rettet mot arbeidsgivers styringsrett. I stevningen blir det flere ganger vist til situasjonen ved Ahus hvor ledelsen i sommer besluttet å endre turnusen til sykepleierne. Sykepleierne skulle jobbe inntil tre helger ekstra i året i tillegg til hver tredje helg. Begrunnelsen var problemer med å dekke opp helgevakter. Forslaget hisset opp sykepleierne. Mange har allerede sagt takk for seg. Flere har signalisert at de vil følge etter. Og det skal ifølge ledelsen ved sykehuset være liten interesse blant sykepleierne til å påta seg frivillig overtidarbeid.

Tariffstridig og ulovlig arbeidskamp? Det er spørsmålet Arbeidsretten skal ta stilling til når saken blir behandlet neste måned.

I tillegg til selve stevningen har Spekter lagt ved 43 bilag på til sammen 391 sider for å underbygge påstanden om brudd på fredsplikten. En stor bunke dokumentasjon. Dokumentasjon? Ikke mindre enn 184 sider viser seg å være



kopier fra forskjellige facebooksider med innlegg, kommentarer og likes. Av særlig interesse er NSF Ahus sin Facebook-side. Herfra siteres mye i stevningen.

«Ber alle huske å slå av sms-varslings i gat for å unngå sms ang. vakter» skriver en sykepleier på NSF Ahus Facebook-side 25. juni kl. 09:55. En annen sykepleier skriver «Jeg er enig med dere som sier at vi må la være å jobbe overtid, det er å ta et ansvar for egen helse, eget sosialt liv og ta ansvar for pasientens sikkerhet når vi er på jobb.» Dette er kun to av flere medlemskommentarer på Facebook som er gjengitt i stevningen. Reaksjonene fra sykepleierne kom etter et avholdt dialogmøte mellom sykehusets administrerende direktør og NSF Ahus, hvor arbeidsgivers tilbakemelding var at de opprett-

Sagt & ment

«Uføre har ikke mulighet til å kompensere for levealdersjustering ved å stå lengre i arbeid» sier sjeføkonom Erik Orskaug i Unio til Dagens Næringsliv i en kommentar til at Frp-Høyre-regjeringen ikke vil skjermeføre.



holdt vedtaket om mer helgejobbing.

At arbeidsgiver systematisk henter yringer fra enkeltsykepleiere på sosiale medier for så å bruke det i Arbeidsretten gir grunn til ettertanke.

Spekter og NSF har i lang tid hatt svært forskjellig syn på arbeidstidsbestemmelsene. Hvorfor stevning nå?

Stevningen til Arbeidsretten er datert 11. september, to dager etter stortingsvalget, og det var klart at Norge ville få en borgerlig regjering.

Det er godt kjent gjennom mediene at dagene etter stortingsvalget var en høytid for arbeidsgiverorganisasjonene. Mer fleksible arbeidstidsregler og utvidet rett til å ansette midlertidig står høyt på ønskelista som ble presentert den nye regjeringen. Og det ser ut til å ha gitt gjenklang.

Erna Solberg og Siv Jensen la mandag 7. oktober fram sin regjeringsplattform. Den viser en ny retning for arbeidslivspolitikken med blant annet «oppmykning» av arbeidsmiljøloven.

Det er ennå uklart hva dette konkret betyr. Bekymringen blant arbeidstakerorganisasjonene og deres medlemmer er at det vil bety mer overtid, mer ubekvem arbeidstid og mer press på den enkelte arbeidstaker for å dekke manglende samsvar mellom oppgaver og ressurser. Skulle det bli hverdagen, er det en selvfølge at ansatte sier ifra. Det være seg gjennom innlegg, i møter eller på sosiale medier, uten å risikere å bli tatt for det i etterkant.

Det juridiske aspektet i stevningen fra Spekter overlater jeg til Arbeidsretten å vurdere. Men som journalist er jeg bekymret etter å ha

«Men å trekke innlegg på grunn av arbeidsgiverforeningen Spekter?»

lest stevningen. Og det er noe som skurrer når hovedtillitsvalgte, som er satt til å ivareta sine kollegers helse og arbeidsmiljø, frykter eventuelle konsekvenser ved å ytre seg skriftlig. ■■■

Bjørn Arild Østby



Ser på akutthjelp

Helse og omsorgsdepartementet har satt ned et utvalg som skal gjennomgå hvordan de akutte helsetjenestene utenfor sykehus virker – og eventuelt ikke virker. Utvalget skal avklare roller, se på behov for folkeopplysnings- og kompetansehevingstiltak, utrede samarbeidsformer, etablere felles strategier og tiltak på tvers av organisasjoner, og gjennomgå dagens regelverk.

Trøndere prøver ut kjernejournal

Trondheim, Melhus, Malvik og Klæbu er pilotkommunene som fra november skal prøve ut systemet med kjernejournal. Pasienter, fastleger og helsepersonell i akuttmedisinsk kjede deltar i utprøvingen.

Kjernejournal er en ny elektronisk løsning som samler et begrenset sett med viktige helseopplysninger i én kilde. Blir pasienten akutt syk, har helsepersonell rask og sikker tilgang til viktige opplysninger i pasientens kjernejournal. Den erstatter ikke journaler hos fastlege eller på sykehus. Den nye løsningen utgjør et viktig supplement, særlig i akutsituasjoner hvor det haster å finne informasjon om helsetilstanden.

Kilde: Helsedirektoratet



HÅPER: Helsesøsterleder Astrid Grydeland Ersvik håper den nye regjeringen åpner for spesialistgodkjenning av helsesøstre og andre spesialsykepleiere. Arkivfoto: Marit Fonn

Helsesøstrene stiller krav til regjeringen

«Regjeringserklæringen er tynn på forebygging», skriver Landsgruppe av helsesøstre NSF på Facebook-siden sin. Gruppen synes det er svært lite forpliktende å finne om temaet der, og skriver videre:

«Skolehelsetjenesten og helsestasjonstilbud for unge nevnes som et tiltak i forhold til psykisk helse. Her må regjeringens samarbeidspartnere Venstre og KrF på baren og kjempe for den opptrappingen i helsestasjons- og skolehelsetjenesten som de lovte gjennom valgkampen! Kompetanseløftet for kvinnedominerende yrker håper vi gir åpning for spesialistgodkjenning av helsesøstre og andre spesialsykepleiere».

Hva skjer

Les mer om:

- 12** Flying i dørene kan skade pasientene ›
- 14** Studenter jobber gratis ›
- 16** – Testen er ikke for vanskelig ›
- 19** OUS i retten ›
- 20** Kriesommer i Sverige ›
- 21** Turnus-seier på Ahus ›

Tekst **Nina Hernæs og Ann-Kristin Bloch Helmers**
aknbh@sykepleien.no

sykepleien.no

Ny helsepolitikk med ny regjering?



Illustrasjon: Colourbox

30 nye sykepleiere i Østfold

I 2009 startet Høgskolen i Østfold opp deltidsutdanning av sykepleiere etter at de fikk en ekstraordinær bevilgning på grunn av finanskrisen. 30 har nå fullført studiet.

Kilde: Høgskolen i Østfold

Betenkt over de blå-blå

Erna Solberg og Siv Jensen vil ha en ny retning for arbeidslivspolitikken og «oppmykning» av arbeidsmiljøloven. Eli Gunhild By, forbundsleder i Norsk Sykepleierforbund (NSF), er betenkt over hva det innebærer.

– Det er uklart hva som ligger i forslaget og vi vil be om en dialog med den nye regjeringen om det konkrete innholdet, sier hun til NSF's nettsider.

– Slik det er formulert er det mye som minner om forslaget fra Bondevik II-regjeringen. Hvis så er tilfelle, er det en krigserklæring. I en allerede hardt presset helsesektor er det veldig kortsiktig tenkning å endre arbeidsmiljølovens arbeidstidsbestemmelser til det verre for arbeidstakerne.

By sier dette ikke vil rekruttere flere til sektoren, få folk til å stå lenger i arbeid, eller reduserer sykefraværet og antallet som blir uføretrygdet.



Arkivfoto: Marit Fonn



Illustrasjon: Colourbox

Filmer hverdagen

50 videojournalister ble spredt utover sykehus, sykehjem og rusinstitusjoner i jobben med tv-serien «Vi holder liv i Norge». Det skal bli en dokumentar om hva som foregår i løpet av 24 timer i Helse-Norge. Det er TVNorge som står bak, og ideen er hentet fra BBC.

Universitetssykehuset i Nord-Norge er ett av sykehusene som er med, og koordinerende sykepleier Mari Sundsbø Johnsen sier til avisen itromsø at hun synes det er positivt at tv-kanalen fokuserer på helsevesenet. Hun peker på at det er mange viktige jobber som gjøres på et sykehus, som folk flest ikke vet noe om.

Dokumentaren skal etter planen sendes til våren.

Kilde: itromsø

10 000 uønskete hendelser

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har på ett år fått inn 10 000 meldinger om uønskete hendelser. Det er fem ganger så mange som det Statens helsetilsyn pleide å få.

Menn hopper oftere av sykepleien

4 av 10 menn som begynte på sykepleie i 2007 fullførte ikke studiet innen fem år, viser tall fra Statistisk sentralbyrå (SSB). Blant kvinnene var det 2 av 10 som ikke fullførte. Det vanlige er at sykepleie på heltid fullføres på 3 år.

At færre menn enn kvinner fullfører studiet er en trend som også vises i andre studier. Blant dem som ikke fullfører, har mange foreldre med kun grunnskoleutdanning. – Det er synd at menn dropper ut da vi i utgangspunktet mangler menn i sykepleieryrket, sier Margrete Kanstad, nestleder i NSF Student.

– Det ville vært interessant å gjøre en undersøkelse for å finne årsaken til at menn dropper ut, sier hun.

Hun peker på erfaringer som at mannlige studenter trives bedre desto høyere antall menn det er i deres kull.

– Jeg tror også arbeidsmiljøet er bedre der det er jevn kjønnsbalanse. Derfor er det trist at ikke flere menn velger sykepleierutdanningen. Og ikke minst er det trist at de få vi har ikke fortsetter. Vi trenger menn sårt, og rekruttering av menn til sykepleieryrket er derfor noe NSF Student er opptatt av.

Illustrasjonsfoto: Colourbox



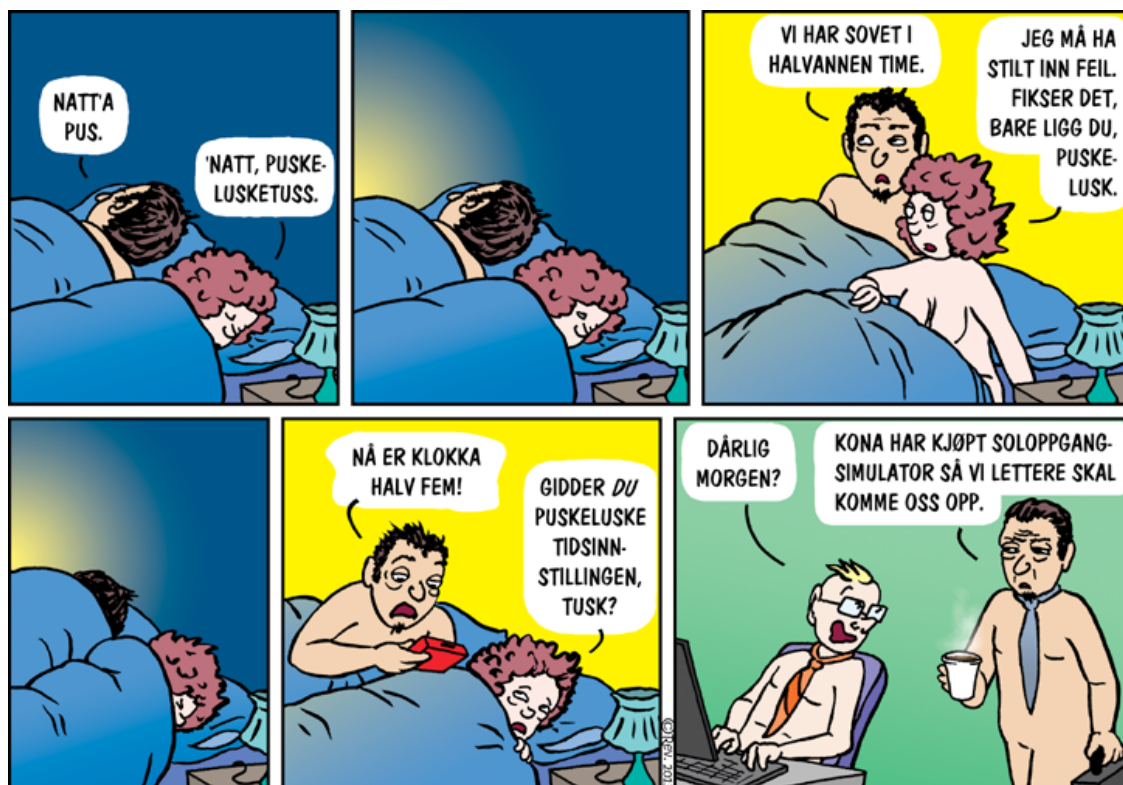
Eksamen rett etter jul

Ved Høgskolen i Oslo og Akershus skal førsteårsstudentene i sykepleie ha eksamen 2. januar, første skoledag etter ferien. De skal da prøves i anatomi og grunnleggende sykepleie. Misnøyen blant studentene er stor, men ingen har tatt den opp med ledelsen. Studentene har også godtatt datoen.

Dag Karterud, leder for Institutt for sykepleie, sier til høyskoleavisen Journalen at han er kjent med hva studentene mener om saken, men har ingen planer om å endre datoen. Han peker på at studentene nå vil få bedre tid til å forberede seg og håper færre enn før vil stryke til eksamen.

Kilde: Journalen

TERAPI av Bodil Rønhavug



Meninger fra www.sykepleien.no

Inviterer søsken inn på intensiv:

Så herlig å lese at barn som pårørende blir sett.

Anne Gry Ranheim

Svenske sykepleiere startet protestaksjon:

Tenk om sykepleiere kunne starte protestaksjon mot tvangspsykiatri. Alle sykepleiere må gjennom sin utdanning ha praksis noen uker i psykiatrien, helt utrolig at sykepleiere ikke ser eller ikke sier fra om den elendigheten som psykiatrien påfører oss.

Jan Olaf Ellefsen

Menn hopper oftere av sykepleien

Trur mange menn sluttar grunna praksisen i første året, den forgår på sjukeheimar for det meste. Eg trur det blir for mykje gardiner, duftlys og vasking for at guttaboys skal oppleve yrket som livnærande.

Marit



apotek
SPESIALUTVALG

ENKLERE VEI TIL SYKEPLEIEARTIKLER

SYKEPLEIEFAGLIG KOMPETANSE

BREDT PRODUKTSORTIMENT

FRI LEVERING RETT HJEM

HJEMMEBESØK

Gode råd er dyre – hos Boots er de gratis!

Visste du at Boots apotek har over 70 sykepleiere? De er der for å hjelpe alle som trenger det med å bruke sykepleieartikler riktig og kommer gjerne på hjemmebesøk for å tilpasse utstyr. Uansett utfordringer innen inkontinens, stomi, kateter, sår, vansker med ernæring eller lignende, så finner vi rett utstyr for deg. Vi er landets største leverandør av sykepleieartikler og har derfor et svært godt utvalg. Boots apotek finner du på 150 steder i Norge og vi kan tilby alt innen helse og velvære. I tillegg kan du bestille alt du trenger av sykepleieartikler over telefon og mange apotek leverer produkter på døren uten ekstra kostnad.

BOOTS APOTEK SPESIALUTVALG: Boots apotek Alta 78 44 41 50 • Boots apotek Arendal 37 00 42 00 • Boots apotek Askim 69 81 72 00
• Boots apotek Elverum (Mart'n senteret) 62 41 91 40 • Boots apotek Fredrikstad 69 39 65 10 • Boots apotek Hamar (Maxi storsenter) 62 55 53 60
• Boots apotek Kristiansand (Bandagisten) 38 17 18 00 • Boots apotek Kvaløysletta (Tromsø) 77 75 89 90 • Boots apotek Lande (Sarpsborg) 69 10 25 70
• Boots apotek Larvik 33 13 24 40 • Boots apotek Moa 70 17 80 50 • Boots apotek Molde 71 25 92 00 • Boots apotek Moss 69 20 46 20
• Boots apotek Orkla, Orkanger 72 48 38 50 • Boots apotek Samarit, Sandnes 51 60 97 60 • Boots apotek Spelhaugen (Bergen) 55 17 60 10
• Boots apotek Stjørdal 74 83 31 00 • Boots apotek Tynset 62 47 18 88 • Boots apotek Ullensaker 63 97 01 01 • Boots apotek Ørnen, Haugesund (Helseleveranser) 52 70 35 80

SPESIALUTVALG: Boots Oslo/Akershus (tidligere HomeCare) 23 37 66 00 • Medicus sykepleiesenter, Skien 35 50 28 80 • Stavanger Helsehus 51 52 35 31 • Trondheim 73 53 37 20



Hent din e-Resept hos oss!

boots.no  **/bootsapotek**

Laila Dāvøy

Aktuell som: Sykepleier som forlater Stortinget etter 8 år
Alder: 65 år

BAKGRUNN:

Laila Dāvøy ledet Norsk Sykepleierforbund (NSF) fra 1992 til 1998. Hun var barne- og familieminister fra 2001 til 2005 og arbeidsminister fra 1999 til 2000. De siste åtte årene har hun vært stortingsrepresentant for KrF Hordaland. Nå er det slutt.

Ferdig med politikken

Er du fornøyd med at KrF ikke er i regjering?

– Ja, jeg har jo vært med å diskutere dette både i stortingsgruppen og i landsstyret. Her var det full enighet.

Men det kunne vært fint å bli minister igjen?

– Ikke for meg. Det var ikke aktuelt siden jeg slutter på Stortinget. Jeg er lei av å pendle hver helg. Nå skal jeg tilbake til mann, tre barn og fem barnebarn. Alle er glade.

Du har flyttet til Øygarden utenfor Bergen?

– Vi har hatt hytte her i ti år. Svein er fra Dāvøy like ved. Vi fisker, er i båt, har nydelig utsikt. Vi bor faktisk i en leilighet i det gamle sosialkontoret på Tjeldstø.

Blir det hardt å være arbeidstaker med blå-blå regjering?

– Tror ikke det. Det kan bli noen endringer, men ingen store.

De blå vil ha mer fleksible arbeidstakere?

– KrF vil ha litt mer lempelighet overfor midlertidig ansatte. Forrige regjering gjorde ikke nok for å få funksjonshemmede i arbeid. Jeg synes de skal få prøve seg litt, så de kan se hva de passer til.

Hva har du oppnådd som stortingspoliti-ker?

– For sykepleierne? Jeg ble opprørt da jeg hørte at de ble pålagt mer søndagsarbeid på Ahus. Jeg hadde innlegg på Stortinget. Ingen fra regjeringen sa et ord. Lokførere og politi har helt andre størrelser på helgetilleggene enn sykepleierne. Det er veldig urettferdig.

Andre saker?

– Aller mest har jeg engasjert meg i enkelt-saker. Jeg har hatt kontakt med MS-syke og borellia-syke. De får ikke nok hjelp. Unge, barn og voksne er hjemme i mørke rom, de blir ikke trodd på at de er syke. Familiene er helt utslitte. Nå mister de pleiepengene.

Men hva har du oppnådd?

– Å sitte i opposisjon i mindretall er veldig krevende. Man blir ikke annet enn nedstemt.

Men jeg har oppnådd god kontakt med bruker-organisasjoner og familier. Med en ny regjering vil det bli mulig å endre lover og regler som vil komme dem til gode.

Hva fikk du til som minister?

– Jeg har alltid sagt at et samfunn som er godt for barn, er godt for alle. Derfor har jeg engasjert meg i familievern, familievold og barneverns-reform.

Er du frustrert over det du ikke fikk gjort?

– Det er de der åtte årene i mindretall. Men vi fikk gjennom å bevare kontantstøtten, det var kjekt. Nå blir det mer makt i Stortinget.

– Du liker kontantstøtten?

– Ja, ja, klart det. Jeg er glad den ble økt, selv om vi ville ha utvidet den mer. Noen tror visst den gjelder fram til konfirmasjonsalderen, men den er jo bare for ett- og toåringer.

Når har du vært uenig med eget parti?

– Ikke i store saker.

Mellomstore?

– Hmmm. Vi hadde voldsom diskusjon om sykehuspolitikken internt, men det ble som jeg ønsket likevel. Takhøyde er viktig.

Du er ingen mørkemann?

– Nei, langt ifra.

Går du ofte i kirken?

– Ikke veldig. Vi reiser mye. Men det er fint å høre på vår sønn som er organist på Sotra.

Hvordan har du brukt erfaringen som NSF-leder i politikken?

– Den bakgrunnen har vært veldig viktig. Jeg ble kjent med Stortinget den perioden, vi drev jo lobbyvirksomhet. Ledererfaringen betydde mye da jeg ble statsråd.

Hvor er sykepleieren i deg nå?

– Den er her, du! Jeg var nettopp på 100-års-jubileum i Hordaland NSF. Det var kjekt å høre foredrag om hva sykepleie er: å se hele mennesket, hvordan man opplever sykdommen. Sykepleiere skal hjelpe folk til bli frisk, men til å dø også. Det er vel sykepleieren i meg som gjør at jeg engasjerer meg for smågruppene.

Hva skal du gjøre nå?

– Være pensjonist. Reise. Men jeg vil ha noen verv. Jeg har fått henvendelser, men ikke tatt stilling ennå. Nå blir det masse tid til familien. Jeg er veldig tilfreds. ■■■



Tekst **Marit Fonn** Foto **Helge Skodvin**
marit.fonn@sykepleien.no



HOLDER DØRENE LUKKET:

Aina Hauge, leder for operasjons-
sykepleierne i Norsk Sykepleierfor-
bund, vil ha mindre renn i dørene.

Flying i dørene kan skade pasientene

Å gå inn og ut av operasjonsstuen utsetter pasienten for infeksjon. Det viser en ny doktorgrad. Tekst **Nina Hernæs** Foto **Tommy Ellingsen**

På det meste ble dørene åpnet 67 ganger under én operasjon. Det kommer frem i doktorgraden til svenske Annette Erichsen Andersson, som ble avlagt ved Sahlgrenska Akademien i april. Hver gang dørene ble åpnet, steg konsentrasjonen av bakterier over pasientens åpne operasjonssår.

Mangler utstyr

Den vanligste grunnen til at personalet går inn og ut, er for å hente nødvendig utstyr. Men flyingen skyldes også kaffe- og lunsjpauser. Og i noen tilfeller kom folk innom for å høre hvordan kollegene hadde hatt det i helgen.

Annette Erichsen Andersson, som er operasjonssykepleier, er ikke overrasket over at det er mye flying i dørene.

– Men at det kunne være så mye som 67 ganger var jeg ikke forberedt på, sier hun.

Infeksjoner

Hun talte antall døråpninger ved til sammen 30 ortopediske operasjoner. I snitt ble dørene åpnet 17 ganger. Hun målte også luftkvaliteten på stuen, og fant at hver døråpning førte til at konsentrasjonen av bakterier økte med 7 prosent, i mange tilfeller ble anbefalte grenseverdier overskredet. Det betyr at flying i dørene gjør pasientene mer utsatt for å få infeksjon i såret.

Funnene hennes er omtalt i svenske Omvårdnadsmagasinet.

I doktorgraden har Andersson også påvist at pasienter opplever postoperative sårinfeksjoner som en stor belastning.

– Det er snakk om mye mer enn en kur med antibiotika, sier hun til Sykepleien.

For noen tar det opptil halvannet år å bli kvitt slike infeksjoner.

– Derfor er det veldig viktig at vi på operasjonsstuen gjør alt vi kan for å unngå at pasienter får infeksjon.

Standard

Aina Hauge, leder i Norsk Sykepleierforbunds

landsgruppe av operasjonssykepleiere, kjenner ikke til lignende studier fra Norge, men ser ingen grunn til at situasjonen er annerledes her.

– Det er ikke en ukjent problemstilling, og operasjonssykepleiere er nok bevisste på at det skal være minst mulig flying ut og inn, sier hun.

– Utfordringen er at det er mange typer yrkesgrupper inne på en operasjonsstue, og det er nok litt ulikt hvor oppmerksom man er på dette.

Men hun mener det er et klart potensial for forbedring, også for operasjonssykepleiere.

– Vi kan bli enda bedre til å planlegge. I tillegg bør man i større grad forholde seg til standardisert utstyr. Mange kirurger har preferanser til annet utstyr enn det som er standard, og det har man ikke alltid for hånden. Ledere kan nok i større grad stille krav til at «standardutstyr» skal benyttes.

Noe flying må til

Men hermetisk lukket tror Hauge operasjonsstuen ikke kan bli.

– Man kan ikke planlegge for absolutt alt, særlig ikke til akutte operasjoner, påpeker hun.

– Andersson dokumenterte at noe flying skyldes at kolleger stikker innom operasjonsstuen for å prate. Skjer det i Norge også?

– Jeg har opplevd det, men det er nok ikke så utbredt, tror Hauge.

Hun viser til at det er gjort tiltak mot flying i dørene, som å sette opp plakater om at operasjon pågår.

– Vi må planlegge best mulig og jobbe med holdninger, sier hun.

– Det blir lettere å argumentere for når vi kan vise til forskning. Jeg skulle ønske noen ville se på det samme i Norge.

Lukkete operasjoner

Marit Vassbotten Olsen, leder for Anestesisykepleiernes landsgruppe av Norsk Sykepleierforbund, opplever stor oppmerksomhet på at

det skal være minst mulig tråkk.

– Kanskje særlig innenfor ortopedi, der pasientene er ekstra sårbare, sier hun.

– Protesekirurgi foregår for eksempel i mer eller mindre lukkede operasjonsstuer.

Hun kjenner også til steder der man regis-

«Vi kan bli enda bedre til å planlegge.»

terer antall ganger man går inn og ut.

At kolleger kommer innom operasjonsstuen for en prat, har hun aldri opplevd.

– Der kjenner vi oss definitivt ikke igjen.

Vil endre praksis

Annette Erichsen Andersson forteller at flying var tema på operasjonsstuen før hennes doktorgrad.

– Noen mente det var et problem, andre at det ikke var så farlig. Dermed ble ingenting gjort. Det fantes heller ikke mange studier. Men nå har jeg dokumentert at det å fly i dørene utsetter pasienter for infeksjonsfare. Jeg håper det vil endre praksis.

Hun tror fenomenet ikke er begrenset til nordiske land.

– Lignende studier fra USA viser det samme som min. Jeg tror dette er et internasjonalt problem. ■■■

nina.hernes@sykepleien.no

54 døråpninger på St. Olav

En kontroll som Seksjon for smittevern ved St. Olavs Hospital utførte på Klinikk for torakskirurgi i juli, viste ikke tilfredsstillende forhold. Det skriver Adresseavisen.

Blant annet ble døren åpnet 54 ganger under ett inngrep.

Studenter jobber gratis

I Sykepleiens undersøkelse svarer over 80 prosent av sykepleierstudentene at de selv har eller har hørt om at studenter blir brukt som gratis arbeidskraft i praksisperioder.

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

Anna Martine Madsen (22) er sykepleierstudent ved Universitetet i Agder. Selv om hun er fornøyd med skolen, har hun erfaringer fra praksisfeltet som hun mener ikke er bra. Ifølge henne skyldes det ofte dårlig planlegging og kommunikasjon mellom praksissted

og skole. Anna Martine Madsen er utdannet helsefagarbeider og tar fatt på siste året på sykepleierutdanningen nå i høst.

– Mine erfaringer er først og fremst fra sykehjem siden jeg har jobbet i sektoren siden jeg var 16, sier hun.

Student, ikke gratis arbeidsplass

83 prosent av de 2120 sykepleierstudentene som svarte i Sykepleiens undersøkelse har blitt brukt som gratis arbeidskraft, eller kjenner noen som har opplevd det. Madsen mener det er viktig at praksisfeltet ikke ser på sykepleierstudenter som ekstra arbeidskraft, men skjønner at de er der for å lære.

Dette forteller en student i undersøkelsen:

«Det bør bli strengere hvor det er tillatt å ha praksis, at studentene kun går med sykepleier hvis det er mulig (mest med tanke på sykehjemspraksis) og at vi sykepleierstudenter ikke blir utnyttet som gratis arbeidskraft.»

– Vi har jo sykepleierstudenten

Jeg har vært lærling på sykehjem i to år. Hvis det manglet folk, hendte det at de spurte meg om jeg ville ta en vakt. Da var det opp

«Nå tør jeg si at jeg er student, ikke arbeidskraft.»

Anna Martine Madsen, sykepleierstudent

til meg å si ja eller nei, og jeg fikk betalt dersom jeg tok en vakt. Som sykepleierstudent i praksis har jeg opplevd dette annerledes. Hvis noen er syke og de mangler folk, er det fort at de sier: Vi har jo sykepleierstudenten, så vi trenger ikke leie inn noen. De tenker at jeg skal jobbe en vakt som vikar uten å få betalt for det, forteller hun.

Anna Martine Madsen synes det var vanskelig å si nei.

Jeg er blitt flinkere til å stå opp for meg selv. Nå tør jeg si at jeg er student, ikke arbeidskraft, sier hun.

– Hva sier de da?



GRATIS? Sykepleierstudent Anne Martine Madsen synes det er vanskelig å si nei, men prøver å si fra når hun i praksisperioden blir betraktet som gratis arbeidskraft, ikke student under opplæring. Over halvparten av de 146 høgskolelektorene som svarte i Sykepleiens undersøkelse, sier de vet om studenter som er brukt som gratis arbeidskraft.

– De stusser kanskje litt fordi de ikke er vant til at studenter sier ifra, men de aksepterer det, sier Madsen.

En annen student i Sykepleiens undersøkelse skriver følgende:

«(...) Som regel blir studentene brukt som arbeidskraft, spesielt i hjemmesykepleien og på sykehjem. Det oppstår farlige og uheldige situasjoner fordi studentene ikke tør å spørre om veiledning i en travel hverdag.»

Egen erfaring

Madsen har flere historier fra praksis som handler om sykepleierstudenter som brukes som arbeidskraft for å lette på trykket i en stresset hverdag.

– Grunnbemanningen er ofte for lav. Når noe akutt skjer, forskyves tidsskjema. Vi som sykepleierstudenter blir da brukt for å ta igjen tapt tid. Vi går ikke på «toppen» av bemanningen

slik det er ment, sier hun og forteller følgende historie fra et sykehjem:

– Vi hadde en pasient som på kvelden virket fin, men da jeg kom på jobb neste morgen var pasienten svært dårlig. Min vurdering var at pasienten var i terminal fase og burde få fastvakt. Det var bare hjelpepleiere på vakt og de ville ikke at jeg skulle sitte inne hos pasienten, eller ringe etter fastvakt. Det var en travel morgen, så de ville at jeg skulle hjelpe til med stell. Da første sykepleier kom på vakt, ga jeg henne beskjed om at pasienten virket terminal. Hun gikk inn til ham og gjorde samme vurdering. Jeg måtte fremdeles gjøre stell, men fikk sitte inne hos ham innimellom. Jeg synes det er uverdigg at pasienter skal dø helt alene. Det er verken god etikk eller god sykepleie. Tenk om det var din bestefar. ■■■

kari.anne.dolonen@sykepleien.no

Fakta om undersøkelsen:

Sykepleien har gjennomført en spørreundersøkelse blant sykepleierstudenter og høyskolelektorer.

Vi sendte ut spørsmål på e-post til 8281 sykepleierstudenter og 403 høyskolelektorer. Uttrekket ble gjort fra NSF sitt medlemsregister.

Dette er en spørreundersøkelse som representerer de som svarte på spørsmålene, ikke en vitenskapelig undersøkelse.

Undersøkelsen ble sendt ut 1. august og varte til 13. august. Vi fikk svar fra 2120 sykepleierstudenter og 146 høyskolelektorer. Vi fikk svar fra sykepleierstudenter og lektorer ved samtlige høyskoler.

De fleste spørsmålene ble sendt til begge gruppene. Noen spørsmål ble kun sendt til en av gruppene på grunn av relevans.

I undersøkelsen la vi inn muligheten til at deltakerne kunne komme med egne kommentarer til noen av spørsmålene.

Totalt fikk vi 3571 kommentarer fordelt på åtte problemstillinger.

SILENTIA SKJERMSYSTEM

Optimal hygiene & fleksibel funksjon



Silentia skjermvegger er svaret på kravene som stilles til avskjerming i sykepleien. Systemet er fleksibelt og kan tilpasses ethvert pasientrom. Du får et godt overblikk over stuen samtidig med at pasientens privatliv sikres. Silentia skjermvegger er lette å holde rene, lukker ikke lyset ute og har flott design.

EasyClick™
Mobilt eller fast montert

EasyReturn™
Lett å folde sammen og trekke ut

EasyClean™
Lette å rengjøre



SKJERMER UTEN Å LUKKE INNE



AVALON MEDICAL AS
TEL: 23 63 63 70
INFO@AVALON-MEDICAL.NO
WWW.AVALON-MEDICAL.NO

– Testen er ikke for vanskelig!

Inger Margrethe Holter forsvarer student-testen der over halvparten av deltakerne strøk. Tekst Kari Anne Dolonen og Ann-Kristin Bloch Helmers

Inger Margrethe Holter, sykepleier og førsteamanuensis, var med i gruppa som utarbeidet testen som NSF Student brukte for å kartlegge kunnskapsnivået hos sisteårs sykepleiestudenter over hele landet. Resultatene var nedslående: Over halvparten av de 550 frivillige deltakerne strøk. Og 33 svarte feil på et spørsmål som ville tatt livet av pasienten. I ettertid har det i kommentarfeltene kommet flere reaksjoner på at testen var for vanskelig, og at spørsmålet som «tok livet» av pasienten var et lurespørsmål.

Holter avviser begge deler:

– Nei, spørsmålet om hva som er riktig å gjøre i en situasjon hvor pasienten har lavt blodsukker, er ikke et lurespørsmål. Diabetes er en sykdom som mange har og som sykepleiere møter ofte. Det er veldig viktig at sykepleiere kjenner symptomene når blodsukkeret er for lavt eller for høyt. Grunnen til at vi først skisserte et pasientcase, for så å spørre om hva som var riktig å gjøre i motsatt situasjon, er at vi ville teste om kunnskapen «satt

i ryggmargen» på studentene. I en akutsituasjon må en sykepleier klare å gjøre riktige observasjoner og iverksette riktige tiltak.

– Når det gjelder om hele testen er for vanskelig, så mener jeg at den ikke er det. Testen etterspør basal kunnskap i naturvitenskapelige og medisinske emner. Dette er ting en sykepleier skal kunne.

– Jeg synes resultatene vitner om en skremmende tendens. Noen bør gripe inn og bestemme hvilket nivå kunnskapen skal ligge og hvor mange naturvitenskapelige tester en sykepleier må igjennom for å bestå. Dersom en sykepleier har en solid naturvitenskapelig kunnskap som basis for å gjøre sine observasjoner når han eller hun er uteksaminert, er det ikke mye som skiller fra for eksempel



BLODSUKKER: – Nei, det var ikke et lurespørsmål, sier Holter om et spørsmålet i testen som har fått kritikk.

hvordan en sosionom kan rapportere til en lege.

– Alt i testen er tatt fra pensum, sier hun.

– Det hjelper ikke om jeg som sykepleier er søt og snill og god, om jeg ikke har observasjonskunnskapene som kan formidles blant annet i et tverrfaglig team og være et viktig bidrag i pasientens totale behandling. ■■■



Se innlegg fra Holter på side 74.



– Tar ikke inn hva som helst

Høgskolen i Bergen avviser sykepleierstudenter fra enkelte utdanninger til 2. og 3. år.

Hvert år får Høgskolen i Bergen inn søknader fra sykepleierstudenter som vil overføres fra andre sykepleierutdanninger. Karaktersnittet for å komme inn på sykepleierutdanningen varierer fra lærested til lærested. Det varierer også hva studentene har vært gjennom av pensum i de ulike studieårene.

– Her tar vi ikke inn studenter på andre- og tredjeåret fra hvilken som helst utdanningsinstitusjon, sier høyskolelektor Kjersti Birkeland Wågsæther ved Høgskolen i Bergen (HIB).

– Hvis noen ønsker å bli overført til HIB sin bachelorutdanning i sykepleie, må de ha et karaktersnitt som viser kvalitet på allerede gjennomførte studier, og de må ha vært gjennom et program som gjør at de har samme grunnlag som våre egne studenter for å gjennomføre videre studier hos oss, utdyper Wågsæther.

Hun understreker at hun uttaler seg på egne vegne, ikke på HIBs vegne. Det er instituttlederen som håndterer slike saker.

– Kan du si hvilke skoler dere ikke tar inn studenter fra?

– Det er ikke noen skoler vi har bestemt at vi absolutt ikke tar studenter fra. Vi vurderer den enkelte student. Vi gjør en totalvurdering hvor karaktersnitt er en av faktorene, sier Wågsæther.



NORSK
SYKEPLEIER-
FORBUND

NÅ BLIR DET
ENKLERE Å NÅ OSS:

www.nsf.no

er vår nye nettside.

www.sykepleierforbundet.no
vil også fungere, som før.

Sykehusdirektør i retten

Rettssaken mot Oslo universitetssykehus og et ektepar som skal ha fungert som mellommenn i utnyttelse av tre filippinske sykepleiere, er i gang.

Tekst **Marit Fonn** og **Ann-Kristin Bloch Helmers**

Både sykehuset og ekteparet er tiltalt for overtredelse av utlendingsloven for utnyttelse av de tre filippinske sykepleierne eller medvirkning til dette. Sykehusdirektør Bjørn Erikstein måtte selv møte i Oslo tingrett for å forklare seg da rettssaken startet 7. oktober. Ingen av de tiltalte erkjenner straffskyld.

Strafferammen er på inntil to år. Oslo universitetssykehus (OUS) er tiltalt som medskyldig, da det var sykehuset som tok initiativet til å skaffe foretaket utenlandsk arbeidskraft.

I mars i fjor ble det kjent at tre filippinske sykepleiere hadde tatt opp mot 300 000 kroner hver i lån, og overført mesteparten av pengene til en mellommann som skulle skaffe dem jobb som operasjonssykepleiere ved OUS. Blant annet skal de ha betalt 11 000 kroner hver i måneden i husleie til mellommannen, og 4 600 kroner i måneden for at han privat underviste dem i norsk.

– Får klarhet

– Det er bra at saken kommer opp for retten, så vi får klarhet i dette, sier Frank Rygghaug, sykepleier og klinikktiltitsvalgt på klinikk for kirurgi og nevrofag.

Han har hatt jevnlig kontakt med de tre filippinske sykepleierne. Rygheim er glad for at de nå har fått fast jobb på OUS. Men det er på sengpost, ikke på operasjonstuen.

– Men de har fått ordna forhold, konstaterer han.

– Ny holdning

Rygghaug mener også at OUS viser en ny holdning overfor spesialsykepleierne, som nå får lønn under spesialisering.

– Det er en bedre måte å tilnærme seg problemet med manglende operasjonssykepleiere på, enn metoden som førte OUS til retten, sier han. ■■■



I RETTEN: Bjørn Erikstein, administrerende direktør ved Oslo universitetssykehus.
Foto: Marit Fonn.

Det er mange fordeler ved å være sykepleier



Norsk Sykepleierforbund har en avtale med Esso MasterCard – noe som betyr at du får fordeler andre bare kan drømme om:

- * 50 ø/l i drivstoffrabatt hos Esso
- * 20 % rabatt på bilvask hos Esso
- * Inntil 2 familiekort til familiemedlemmer
- * Ingen årsavgift eller gebyr ved kjøp
- * Valgfri PIN-kode

Søk om kort på:

www.essomastercard.no/norsk-sykepleierforbund



essomastercard.no
Drivstoffrabatt og mye, mye mer

Effektiv rente ved kreditt på kr 15.000 er 31,13 %. Kredittkostnad kr 1.947.

Krisesommer i Sverige

Vårdförbundets lokalavdelinger fryktet alvorlig mangel på sykepleiere i sommer.

De fikk rett. Tekst **Astrid Svalastog**

«En outhærdlig arbetsmiljö med allvarligt förhöjd belastning under arbetspassen, för många dubbelpass och extrapass, nya i yrket flyttas runt till nya avdelningar utan inskolning.» Slik beskriver en av Vårdförbundets lokalavdelinger sommeravviklingen..

I rapporten «Etter sommaren 2013» har Vårdförbundets 21 lokalavdelinger gjort oppsummeringer av sommeravviklingen landet rundt.

Utsatte ferier og stengte avdelinger

Stor mangel på sykepleiere og spesialsykepleiere er løst ved at mange frivillig eller ufrivillig har måttet flytte ferien, mye overtid, doble skift, mye helgejobbing og stengte avdelinger. Arbeidsgiverne har løst deler av problemene ved å øke bruk av bemanningsbyrå.

Hele 57 prosent svarer at de har måttet flytte ferien uten ekstra kompensasjon.

I 80 prosent av regionene ble enheter stengt på grunn av mangel på vikarer, ifølge de lokale avdelingene.

Stor bruk av vikarer, mye overtid og stress førte til dårligere pasientsikkerhet. Hele seks avdelinger melder om mye dårligere pasientsik-

kerhet sommeren 2013, ifølge rapporten.

Tøff sommer gir tøff høst

Problemene fortsetter utover høsten. Dette gjelder særlig rekruttering av sykepleiere og spesialsykepleiere. I visse regioner er det også meldt om mangel på barnepleiere og biokjemikere. Mange av dem som har måttet flytte ferien har problemer med å få tatt ut ferien i løpet av høsten.

– Mange av problemene i omsorgen fortsetter etter sommeren og følger oss resten av året. Det er på tide at arbeidsgivere og politikere tar ansvar og innser at helsevesenet er en året rundt-virksomhet, sier Sineva Ribeiro, leder i Vårdförbundet.

Bedre planlegging og bedre lønn

For å unngå liknende tilstander neste sommer etterlyser det svenske Vårdförbundet mer langsiktig tenkning og bedre planlegging. Bedre lønn og god lønnsutvikling og tid til utvikling av profesjonene er en forutsetning for å rekruttere og beholde kompetent personale, heter det. Ikke minst så blir det pekt på viktighe-



Foto: Colourbox

ten av en god lønnsutvikling for dem som tar videreutdanning.

Arbeidsgiverne får sterk kritikk for at stadig mer penger går til bemanningsbyråer og stafett-sjukskøterskor. ■■■

astrid.svalastog@sykepleien.no

Støttestrømper

Til jobb og fritid

Våre komprimerende strømper er utviklet for å øke blodsirkulasjonen i fot og ben. Det økede trykket virker forebyggende mot blodpropper, åreknuter og motvirker også hovne og trette ben. Samtidig gir kompresjonsstrømpene inntil 30% hurtigere restitusjon!



xwear.no

Innfører ikke omstridt helgeturnus

Det blir likevel ikke innført ekstra helgevakter for turnusansatte på Akershus universitetssykehus (Ahus). Tekst Ann-Kristin Bloch Helmers

Sykehusledelsen ved Ahus ville beordre blant annet sykepleiere og jordmødre i turnus til å ta tre ekstra helgevakter, for å få bukt med sykepleiermangelen ved sykehuset. I et ekstraordinært styremøte ble det bestemt at sykehuset tar bort muligheten til å innføre ekstra helgevakter for sykepleiere i turnus.

Utgangspunktet for styremøtet var en bekymringsmelding fra vernetjenesten ved sykehuset vedørende bemanningssituasjonen på intensivavdelingen. Bare i løpet av 2013 har 32 intensivsykepleiere sagt opp.

Hver tredje helg

«Nye arbeidsplaner legger til grunn at alle ansatte skal arbeide hver tredje helg – og dagarbeidere skal også arbeide hver tredje helg», skriver Ahus i en pressemelding.

Videre heter det at det kan søkes dispensasjon fra hovedregel.

«Dette betyr at det kontroversielle punkt om eventuelle ekstra helgevakter for alle i turnus og dagarbeidere ikke skal gjennomføres», skriver Ahus.

– Jeg er glad for at styret ved Ahus har tatt ansvar og ryddet opp etter vedtaket om innføring av hyppigere helgearbeid for de ansatte. Vedtaket har skapt unødig uro i en tid der pasientene trenger at sykehuset arbeider sammen med de ansatte for å skape et godt helsetilbud, sier forbundsleder Eli Gunhild By i Norsk Sykepleierforbund (NSF).

Vil ha bedre dialog

Tillitsvalgt for NSF ved intensivavdelingen ved Ahus, Stein Teppen, mener vedtaket bidrar til å skape litt mer ro.

– Men på intensivseksjonen er vi fortsatt 30 færre ansatte enn vi var da året begynte, og det er ingenting i vedtaket fra i går som gjør at vi løser den utfordringen det er, sier han til vg.no

Stein Teppen sier at det alltid vil være krevende når man kommer med upopulære tiltak.

– Men det er jo noe med dialogen som er viktig. Det var også en del av budskapet fra styret i går, at man må få på plass en dialog mellom de ansatte og ledelsen på sykehuset.

Til Arbeidsretten

Spekter-leder Anne-Kari Bratten gikk i sommer sterkt ut mot NSF. Hun mente sykepleierne hadde intensivert kampen mot helgevaktene og at det var blitt mye vanskeligere å få til arbeidsplaner som sikrer forsvarlig drift.

Spekter har etter sommeren stevnet Norsk Sykepleierforbund og Unio for Arbeidsretten på grunn av dette, og saken skal opp i november. Striden på Ahus er en del av stevningen. ■■■

aknbh@sykepleien.no



Lurer du på noe om kreft?

Treffer du pasienter som har mye på hjertet?

Kreftlinjen er åpen for alle – pasienter, pårørende, helsepersonell, arbeidsgivere og andre. Her kan du snakke med andre fagpersoner eller henvise andre som har spørsmål om kreft og kreftrelaterte emner som

- Hvordan man snakker med barn om kreft
- Nav, rettigheter og sykepengar
- Kreftkoordinator i kommunene
- Ny kreftbehandling

Kreftlinjen har mer enn 25 års erfaring og bred kompetanse innen kreftomsorg. Hos oss treffer du sykepleiere, sosionomer og jurister med taushetsplikt og tid til å lytte. Tjenesten er gratis fra fasttelefon og har vanlig takst fra mobil.

Åpningstider:

mandag–torsdag: 0900–2000, fredag: 0900–1500
Vi snakker norsk og engelsk – og somali og polsk på tirsdager kl. 1500–2000.

Ring 800 57338 (800 KREFT) eller chat med oss på kreftforeningen.no



KREFTFORENINGEN

Tori, 2007



Brystkreft

- › Brystkreft er den hyppigste kreftformen hos kvinner.
- › Cirka 2800 kvinner får brystkreft hvert år.
- › Brystkreft behandles med ulike kombinasjoner av kirurgi, hormonbehandling (tabletter), kjemoterapi og strålebehandling.
- › Det er vanskelig å påpeke direkte årsaker. Noen faktorer kan øke risikoen for å få brystkreft: Overvekt, alkohol, langvarig bruk av østrogentilskudd, barnløshet.
- › Drøyt fem prosent av brystkrefttilfeller er arvelige.
- › Fem år etter diagnosen lever fortsatt 88,3 % av kvinnene.

Kilde: krefregisteret.no og kreftforeningen.no

Kreftens



Tori, 2013

I 2007 får Tori brystkreft. Seks år går før hun synes hun kan kalle seg frisk og brystet er rekonstruert. Venninnen og Sykepleien-journalist Marit Fonn har fulgt henne gjennom prosessen med kamera og notatblokk.

herjinger



«Hva som oppleves som en

FORLØP **Diagnose:** Oktober 2007. **Operasjon:** November 2007. **Cellegift:** 6 kurer fra desember 2007 til april 2008. **Strålebehandling:** 25 ganger, april-mai 2008.
Brystrekonstruksjon: Februar 2011. **Innsetting av silikonprotese:** Januar 2012. **Brystvortekonstruksjon:** November 2012. **Tatovering av areola:** April 2013.



I FORKJØPET: Håret er begynt å falle av, like godt å ta det selv. Mange frisyreer testes ut etter mange år med langt, rødt hår.



KONTAKT: Mor og far orienteres – via telefonen. Familie og venner er viktig når livet er i endring.



katastrofe, forandrer seg.»

Før jul i 2007 ble Tori operert for brystkreft. Veien til heling gikk via mange og overraskende behandlingstyper. Tekst og foto **Marit Fonn**

Dette ble mer enn jeg trodde. De har fjernet hele brystet.»

Tori er fortsatt i morfinrus når hun sender denne tekstmeldingen. Det er 8. november 2007 og en måned siden hun fikk diagnosen brystkreft. Nå er hun operert.

Hun sa ja til å bli fulgt med kameraet. Pasienten og journalisten har kjent hverandre fra skoletiden på 1970-tallet.

Kreften ble oppdaget ved en tilfeldighet. Da hun skulle ta røntgenbilde av en plagsom hofte, fant hun ut at hun like godt kunne bestille brystsjekk. Mistanken ble vekket da mammografien avslørte flere små hvite prikker i høyre bryst. Etter ny mammografi og biopsi viste de seg ikke å være uskyldige.

Siden har hun tenkt på det mange ganger. Selv om hun fylte 50 denne våren, sto ikke hun for tur i den nasjonale screeningen før om to år. Hva ville ha skjedd om kreften ikke ble oppdaget før det? Det var jo ingen svulst å kjenne.

Operasjonen fikk hun utsatt noen uker, så hun kunne gjennomføre den planlagte reisen til Kina med mannen sin.

Kontrabeskjeden

Hun hadde fått vite at svulsten skal bort, brystet kan bli. Men om morgenen 8. november får hun altså kontrabeskjed fra kirurgene: Svulstutbredelsen er for stor, brystet kan ikke bevares likevel. Men

«Godt nyttår. Håret begynner å tynnes. *Tori på sms*

hun kan få et nytt! Om et år!

Flere lymfeknuter i armhulen blir også fjernet. Krefttypen hun har er østrogentrigget. Behandling: Full pakke. Det vil si atten uker på cellegift. Så stråling, fordi svulsten ligger litt langt inne. I tillegg:



NYKLIPT PARYKK: Tori øver på å feste parykken selv hos frisør Per.



CELLEGIFT: Sykepleierstudent Maria tar imot Tori, som har kledd seg i parykk. Hver tredje uke er det ny runde med cytostatika.

Starte behandling

- › Målet er at 80 prosent av pasientene skal ha startet behandling innen 20 dager.
- › På landsbasis fikk 64,3 prosent behandling av brystkreft innen 20 dager i perioden januar til april 2013.
- › Helse Midt Norge og Helse Nord kommer best ut på statistikken, med over 70 prosent.
- › Helse Sør-Øst og Helse Vest er under gjennomsnittet med vel 60 prosent.

Kilde: Helsedirektoratet



VOND: Tori fryser og blodårene blir vanskelig å stikke i. Varmeflaske må til for å utvide dem.



INNE OG UTE: Utenfor kreftsentret går livet sin vante

Piller som stopper østrogenproduksjonen – og piller som motvirker bivirkningene av de første pillene.

«Dette skal jeg klare!» skriver hun i sms-en.

Men angsten ligger på lur: Er hun i den heldige gruppen i statistikken? Eller blir barna morløs?

Bestemoren fikk brystkreft da Tori var fem. Men bestemor levde i 30 år til, og barnebarnet ble vant til å se en kvinnekropp uten bryst. Nå lurte hun på: Er kreften genetisk? Eller skyldes den at hun i fem år har brukt østrogen på grunn av tidlig overgangsalder?

Håret går

Første runde med cellegift gjøres unna før jul. Hun har fått en hard kur og en ekstra medisintype. Hun oppfatter at legene er usikre på om

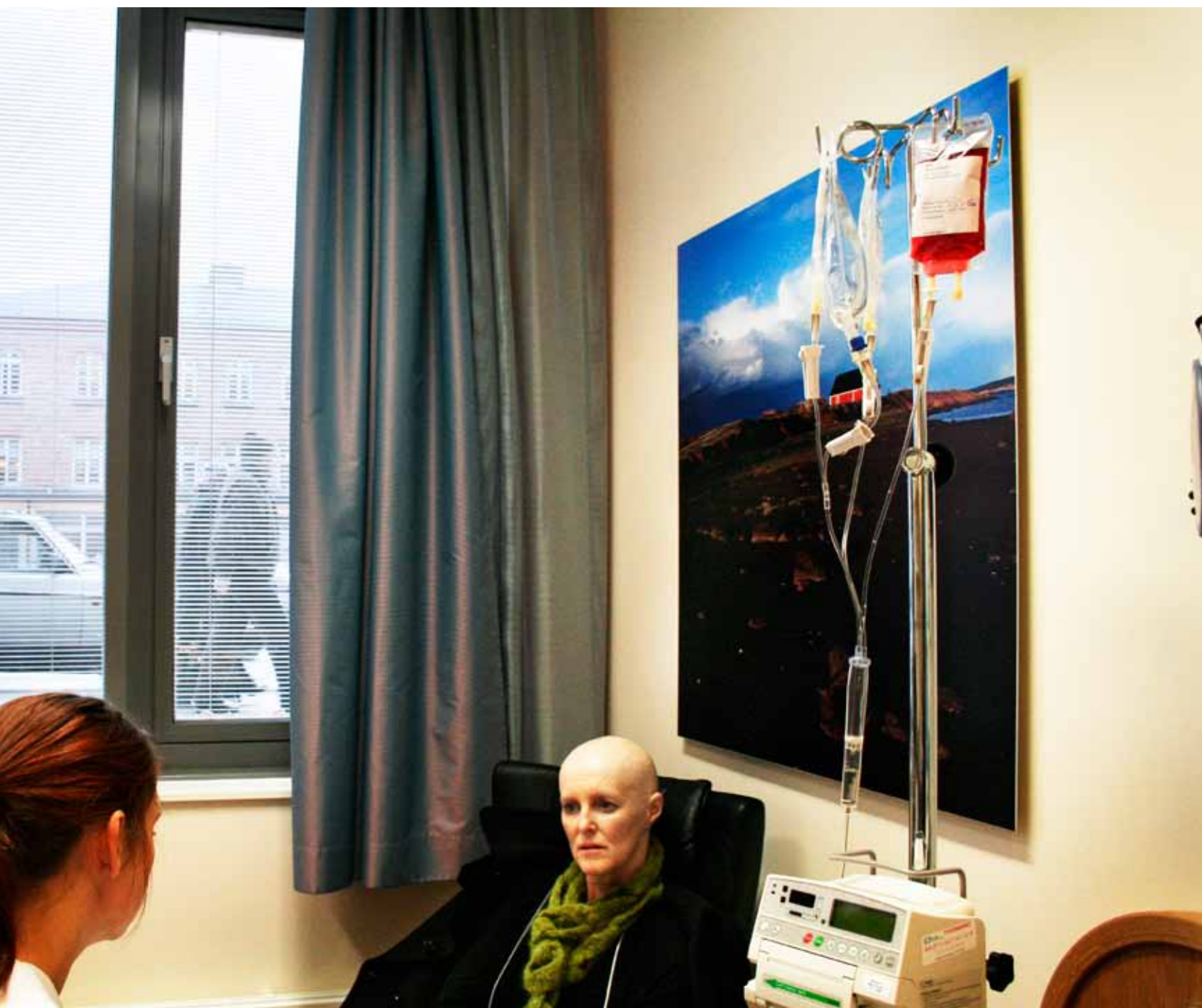
hun faktisk trenger dette, men kjører på for sikkerhets skyld. Tori føler seg godt ivaretatt på Ullevål og er glad sykehuset har mengdetrening.

Litt kvalme følger med inn i høytiden, men julematen smaker godt. Det tjukke kobberrøde håret hun er kjent for henger fortsatt på.

Onsdag 2. januar sender hun sms: «Godt nyttår! Håret er begynt å tynnes.»

Hun gjør kort prosess. Lørdagskvelden går håret. Først med saks, så med maskin.

Parykken er allerede bestilt. Hun har valgt ekte hår. Hennes faste frisør farger det lange parykkehåret i hennes farge og klipper den til i hennes vanlige frisyre. Men finklipping må til. Frisøren hjelper til med å feste parykken så den sitter beint, og Tori over på å klare det selv. Så er det ut i kulden med hår på hodet igjen.



gang. Inne får Tori hjelp av sykepleier Cecilie, som har like tjukt og rødt hår som Tori nylig klippet av. Posen med den røde cellegiften tømmes, kroppen fylles.

Slag i slag

Hver tredje uke er det ny cellegiftkur. Kvalmen blir sterkere og cellegiften gjør henne sår i munnen. Hun har oppsøkt en naturlege for å få kostholdsrad. Grønt er bra. Sukker er ikke bra, det er greit. Verre er det at blåost, som hun elsker, også er på fy-listen.

I slutten av februar får hun infeksjon og feber, ikke uvanlig med svekket immunforsvar når kroppen fylles med gift. Det blir innleggelse i isolat en drøy uke, og antibiotikakur. Etterpå reduserer onkologen cellegiftdosen fra Fec 100 til Fec 60.

Innimellom kurene går Tori på sykehusets sminkekurs. Hun lærer å framheve øynene og markere øyebrynene når bryn og vipper forsvinner.

I april begynner stråleterapien. Den skjer daglig, 25 ganger.

Hun har bedt om å få dra på sin årlige venninnetur til Frankrike. Det har vært vårens gulrot. Hun får klarsignal. Det blir en ukes pause fra strålingen. Ved Middelhavet dekker hun seg til så godt hun kan. Den bestrålte huden skal ikke ha sol på seg de første par årene. Brystprotesen fyller bikinitoppen. Hun drister seg til å gå på gaten uten parykk. Her er det ingen som kjenner henne.

6. juni, et halvår etter at cellegiftkurene begynte, er det MR. Et par dager senere får hun svaret. Lettelsen synker inn: Ingen spredning.

Ensomt å heles

Første store mål er nådd. Hun er såkalt ferdigbehandlet og innstilt på full jobb etter sommeren. Men skulderen sier nei. Den har frosset,



VENTER PÅ TRIKKEN: Første gang på gaten uten parykk. Hun føler seg synlig og litt beglodd. Men parykken, som har gjort nytten i fem måneder, legges nå bort.

listen.no





«Unngå å sole det bestrålte området de første par årene.

Stråleterapeuten



NØYAKTIG: Daglige strålinger går bedre enn fryktet. Brystvegg og lymfeknuter bestråles. Strekene som er tusjet på kroppen må være intakte i hele perioden, så strålene treffer rett hver gang.

og hun blir bare delvis friskmeldt. Egentlig bra, hun er ikke klar for fullt kjø. Kroppen må komme på plass. Diagnosen frozen shoulder innebærer nedsatt bevegelighet og smerter. Det bremser henne, og det trengs når hun skal i gang med helingsprosessen.

Det blir en ensom fase. Legene, sykepleierne og terapeutene som har skåret, sydd, stelt og strålt henne, tar seg av nye pasienter. Nå er det opp til henne: Hva kan hun selv gjøre for å holde seg frisk? Hun er mye sammen med familie og venner. Går tur. Får fysioterapi – for å få tilbake bevegeligheten i skulderen, og hindre at huden skal gro fast i kjøttet etter operasjonen. Hun lærer seg pusteøvelser for å

«Her er ryggmuskelen din. Jørgen Utvoll, plastikkirurg

dempe stress og angst. Oppsøker naprapat og akupunktør. Hun får alternative råd om kosthold. Det går både tid og penger.

Ettårskontrollen går bra. Skulderen kommer seg sakte. Om våren er hun en uke på Montebello, et tilbud fra Kreftforeningen. Mann og to tenåringsbarn steller hjemme mens mor konsentrerer seg om foredrag, turer, trening og samtaler.

Høsten 2009 får Tori tilbud om rekonstruksjon. I to år har hun levd med ett bryst. Men hun takker nei. Hun er ikke moden. Hun tror hun vil, men er ikke sikker. Ikke ennå. Den løse brystprotesen gjør nytten, men er likevel upraktisk, særlig om sommeren når kroppen blir mer synlig. Da blir det vanskeligere å finne topper som ikke avdekker for mye.

Året etter sier hun ja til rekonstruksjon.

Ryggmuskel blir bryst

7. februar 2011 skal Tori opereres med latissimus dorsi – brystrekonstruksjon med stilket lapp.

Operasjonen skjer på Ullevål sykehus. Mens Tori ligger i sideleie,

henter plastikkirurg Jørgen Utvoll muskel med vev fra ryggen. Den skal snus over til stedet der brystet skal være. Hun har ikke fett nok til å ta vev fra magen.

Dren settes inn og såret lukkes. Tori må nå legges over på ryggen. Mens operasjonssykepleierne klargjør og steriliserer, kan kirurgene ta seg en kaffekopp. Så former de lappen som et bryst og syr det på i området der det gamle arret har vært. De legger inn en ekspanderingsprotese. Målet er å få to like bryster.

Hvem kan skryte av puppen?

På legevisitten dagen etter er det mange menn og to damer. Mennene er alvorlige, damene holder tommelen opp. Kirurgen som opererte henne sjekker blodsirkulasjonen i vevet ved å prikke med fingeren på brysområdet.

– Her er ryggmuskelen din, sier Utvoll.

Tori blir kvalm. Legevisitten har akkurat forlatt rommet når hun kommer seg på do for å spy. «Bra, for dette kunne blitt pinlig», tenker hun. Kanskje var det den søte smoothien hun nettopp drakk, kanskje ikke. Hun var ikke kvalm før de kom.

Tori er stiv og støl. Når sykepleier Aase Marie Buer på sengepost ser resultatet under bandasjen, blir hun imponert:

– Det blir så bra til sommeren. Da blir det fint å bruke bikini.

Sykepleieren er enig med Tori i at mannelegene nok er litt redde for å trække over når de studerer henne. Det er ikke så lett for dem å skryte av puppen.

At det nye brystet er så mykt, er litt all right, synes Tori. Godt å vite at det er en muskel hun kjenner, ikke silikon. Men hun er redd for at det skal bli betennelse rundt implantatet.

Det blir to netter på sykehus, og to på sykehotell. Hun må på kontroll for å tømme drenet. Det skal være maks 30 milliliter væske før drenet kan tas ut.



REKONSTRUERT: Muskel og vev fra ryggen er flyttet til brystpartiet. Hudlappen er felt inn. Sår på rygg og bryst er sydd i flere lag med tråd som løser seg opp inni huden. Tori har fått streng beskjed om å bruke spesial-bh og bandasje så det nye brystet havner på rett sted. Kirurg Elisabeth Sætнан sjekker såret, og sykepleier Karin Kverneland Lende (bak) er klar for å fjerne drenet som er lagt inn.



Brystrekonstruksjon

Med ekspanderprotese:

- › Protesen av silikon blir gradvis ekspandert med saltvann slik at huden også gradvis utvides. Kort operasjonstid. Egner seg i hovedsak ikke for dem som har hatt strålebehandling.

Med frilapp av eget vev:

- › Den mest avanserte metoden. En bit av eget vev flyttes for å forme et nytt bryst. Det vanskeligste er å koble de små blodårene fra lappen med blodårene på brystkassen.
- › Metoden gir varig rekonstruksjon og et mer naturlig utseende enn protese.
- › Lappen kan hentes fra magen (DIEP), baken (S-GAP, I-GAP) eller låret (ALT).

Med stilket lapp:

- › Vevet hentes fra rygg (latissimus dorsi) eller mage (TRAM) og består av hud med underliggende muskulatur. Det forskyves til området der brystet skal være. Lappen får blod gjennom blodkar (stilk) som er forbundet med sentrale blodkar.

Komplikasjoner:

- › Blødning, infeksjon og problemer på donorstedet.

Kilde: Avdeling for plastikk og rekonstruktiv klinikk, Oslo universitetssykehus.



STOR OPERASJON: Det største såret etter rekonstruksjonen er på ryggen. Drenet er tatt ut. Sykepleier Marte Moen Bleikelia dekker til.



HERJING: Best å ikke være blyg når så mange hjelpere studerer kroppen din. Plastikkirurgene Jørgen Utvoll (t.v.) og Michael Schneider ser etter om det går bra med det nye brystet, som skal ha et naturlig fall. Sykepleier

Tori synes hun er litt hoven. Er det ødem? Hun er spent på om stivheten vil bli kronisk. Før var hun mest redd for at hun ikke skulle føle noe under armen når nervene ble kuttet. Nå er hun fornøyd bare hun bevarer førligheten i armen.

Hun registrerer at grensene for hva som er katastrofe stadig flyttes.

Heldig med hudfargen

Nå skal sårene gro, og protesen skal gradvis utvides med saltvann. Det skjer i flere runder på plastikkirurgisk poliklinikk. Den store operasjonen ble mer omfattende enn hun var forespeilet. Det blir uker med sykemelding. Smerter og tunge tanker. Kommer hun seg noen gang tilbake til det vanlige livet?

På poliklinikken synes kirurg Jørgen Utvoll at resultatet ser bra ut. Brystet har et naturlig fall, og hudfargen på lappen matcher huden rundt. Han drenerer væske fra ryggen, som har en utposing ved arret, før sykepleieren setter i gang med saltvannet.

For å finne ventilen til protesen, bruker sykepleieren en magnet. Inni protesen er det lagt inn et magnetfelt. Hun finner punktet, og kan sette i nålen. Kommer det vann når hun trekker inn, er hun på rett sted. Hvor mye som kan fylles, varierer fra pasient til pasient, og avhenger av hudens elastisitet.

Tori kjenner saltvannet sprengte på. Hun lurte på hvor mye som skal fylles. Sykepleieren tenkte 50 milliliter. Det blir 30. Mer er for ubehagelig.



Ida Jordhøy sjekker såret på ryggen.



SALT VANN: I flere runder fyller sykepleiere saltvann i protesen som er inni brystet. Brystet skal utvides, målet er to like bryst.

«Det er ikke så lett for mannlige leger å skryte av puppen.» *Tori*



PASSER DEN? Plastikkirurg Utvoll, sykepleier Gunn Eggesbø og sykepleierstudent Kristin Sæther ser om plasseringen av den falske brystvorten er passe før skalpellen settes i huden.

Ny protese

Når brystet er blitt stort nok og hud og muskel har fått strukket seg, skal protesen med saltvann skiftes ut med en silikonprotese. Meningen er at det skal skje før sommeren 2011.

Men nå er det omorganiseringer på gang. Plastikkirurgisk avdeling fra Ullevål skal flytte sammen med tilsvarende avdeling oppe på Rikshospitalet. Operasjonen blir utsatt.

Det er nå over fire år siden brystet ble fjernet. Men Tori blir den første som opereres på den sammenslåtte avdelingen om morgenen 2. januar 2012. Hun våkner fra narkosen ved lunsjtid og drar hjem.

Hun får en uventet nedtur. Dette er jo ingenting sammenliknet med de forrige operasjonene. Men stadig vekk må hun mobilisere på

nytt. Gradvis erkjenner hun at hun aldri vil bli helt den samme. Litt vondt – og katastrofefølelsen er rett rundt hjørnet.

Men på neste kontroll sier en kirurg som ikke har sett henne før: «Dette er noe av det fineste jeg har sett. Klasse!» En hyggelig oppmuntring for en rekonvalesent.

Hun får tilbud om å ta en blodprøve for å finne ut om kreften er genetisk betinget. Det er den ikke. Godt å vite – også for søster og datter.

Lager brystvorte

Den høyre underarmen er blitt tjukkere enn den venstre. Det skyldes ødem. Nå kommer fysioterapeuten igjen til sin rett. Massasje og en maskin som rister sørger for drenering. Han har mange praktiske råd



for å øke sirkulasjonen:

– Ta ut spilene på bh-en. Ta av deg bh-en når du kommer hjem, foreslår han.

Tori er heldig. Nytt og gammelt bryst er blitt så like at hun slipper å justere på det opprinnelige brystet, slik mange må. Neste skritt er å få brystvorte. Månedene går, det nærmer seg julen 2012 når plastikkirurg Utvoll er i sving igjen.

På poliklinikken, som nå er flyttet til Rikshospitalet, sier han seg fornøyd med resultatet av sitt tidligere arbeid, men konstaterer at det fortsatt er en liten hevelse ved arret på ryggen. Tori sier det gjør litt vondt å bevege armen.

Utvoll setter på henne en falsk brystvorte for å finne ut hvor den nye skal være. Den må peke litt ut til høyre, ser han. Han måler med linjal og tegner på huden. Han skal lage brystvorten i halvannen størrelse, for den pleier å skrumpe inn.

– Ingen har klaget før på at den er blitt for stor, sier han.

Sykepleier Gunn Eggesbø, som var en av dem som fylte saltvann på Ullevål, skal assistere under operasjonen. Nå dekker hun til pasienten og vasker sterilt. Utvoll setter lokal bedøvelse. Han tegner på brystet,

skjærer stødig etter linjen, sykepleieren tørker blod, han snurrer hudflikene sammen, syr i en fin tutt, og syr så sammen sprikene i huden.

Etter en halvtime er han ferdig med håndarbeidet. Eggesbø setter på en beskyttelse, som Tori må ha på en uke.

Punktumet

I april sørger sykepleier Silje Boge for det endelige punktum: Lage areola, ring rundt brystvorten. Før hun begynner å tatovere, må hun finne den rette fargen som skal bli ringen på det andre brystet. Hun lander på å blande fargene som kalles banan, kirsebær og fersken.

Boge er perfektjonist. Hun lager fargen ekstra sterk, fordi den snart vil bli svakere, forklarer hun. Etter tre kvarter uten bedøvelse får Tori på bandasje og beskjed om ikke å dusje de tre neste dagene.

I seks år har mange gode hjelpere herjet med kroppen hennes. Når Tori nå ser seg i speilet, er hun fornøyd. Hun blir ikke konfrontert med sykdommen på samme måte som før.

I ti år skal hun bli fulgt opp av kreftsentret. Det betyr årlige kontroller med blodprøve, røntgen og mammografi til 2017. ■■■

marit.fonn@sykepleien.no

HÅNDARBEID: Kirurg Jørgen Utvoll, skjærer stjernemønster, syr hudflikene sammen og skaper en brystvorte.



I MÅL: Sykepleier Silje Boge har funnet rett farge og tatoverer ringen rundt brystvorten.



Flere får ny pupp med en gang

I Oslo får nå tre kvinner i uken innlagt protese samtidig som kreften fjernes. Tekst **Marit Fonn**

Pupp til folket, var slagordet til Lise Askvik i 2012. Hun gikk i bresjen for brystkrefteropererte kvinner som ikke ville vente i årevis på å få nytt bryst. 1. mars 2012 demonstrerte flere av dem foran Stortinget og viste fram arrene sine for politikerne.

Helseminister Jonas Gahr Støre svarte i oktober samme år med å foreslå 100 millioner kroner for å få ned ventetiden for brystrekonstruksjon. Flere skulle få bryst med protese, og flere skulle få bryst av eget vev.

Ventet i ti år

Oslo universitetssykehus (OUS) har fortsatt ventetid for slike operasjoner. Men på ett år er ventetiden på rekonstruksjon med eget vev redusert fra om lag 500 til 120 uker. Altså fra nesten ti til to år.

Ventetiden for sekundær rekonstruksjon med protese har blitt redusert fra 208 til 52 uker. Også køen for å bli utredet er stor – om lag 25 uker for både rekonstruksjon med protese og eget vev.

– Primær rekonstruksjon har økt fra én til tre per uke, forteller Kim Alexander Tønseth, avdelingssjef for plastikk- og rekonstruktiv kirurgi.



– På sikt vil det bli enda flere primære rekonstruksjoner, som igjen vil føre til mindre behov for sekundære rekonstruksjoner. Det er bra og effektivt.

– Er det?

– Ja, såfremt man oppnår godt resultat. Det er viktig at dette gjøres i samarbeid mellom brystkirurger og plastikkirurger. Problemet er at det er vanskelig å få fatt i plastikkirurger på sykehus der det kun er brystkirurger, fordi de fleste av dem søker seg hit til Oslo-regionen.

Faglig kamp

Noen steder, for eksempel i Drammen, legger brystkirurgene inn protese.

– Hva synes du om at brystkirurger utfører den rekonstruktive kirurgien?

– Så lenge det gjøres bra, er det jo greit. Men et godt prinsipp er at kirurgen som fjerner svulsten ikke skal tenke på rekonstruksjon. Han kan tenke at hvis jeg fjerner for mye, kan det bli vanskelig å rekonstruere. Dessuten bør man ha erfaring før man gjør en rekonstruksjon, mener Tønseth.

Konstruksjon med eget fettvev har også brystkirurger lyst til å lære seg:

– Men her er det mange meninger i fagmiljøet.

Mange valg

– Er ikke konstruksjon med eget vev best for å oppnå to like bryst?

– Det er fordeler og ulemper med alle metoder. Hvis man ikke skal ha strålebehandling og huden er fin etter kreftoperasjonen, kan man legge inn protese i løpet av en time. Mange ønsker minst mulig kirurgi.

En fordel med rekonstruksjon med eget fett, er at man slipper potensielle komplikasjoner som at protesen sprekker eller at den blir hard.

Flere ønsker ikke å rekonstruere nytt bryst, men bruker heller ekstern protese.

– Er det de yngste som vil ha nytt bryst fortest mulig?

– Nei, kvinner velger og reagerer uavhengig av alder.

Det kan være minst like dramatisk for en godt voksen dame å miste brystet som for en ung.

Flere får bryst i Bærum

OUS har stort press på rekonstruksjon.

– Vi er glade for alt som gjøres andre plasser. Bærum og Hamar har nyopprettet tilbud, og tar nå inn flere. Det avlastar oss.

Tønseth tror ventetiden vil bli akseptabel om et par år.

– Det vil si ventetid under to år. Men i praksis vil det si ett år, for det tar rundt et år før selve kreftbehandlingen er over.

Noen ønsker ikke en ny stor operasjon etter kreftoperasjonen.

– Men så går det et års tid og man ønsker seg mer symmetri, og er klar etter et eller to år. Enten protese eller med eget vev, sier Tønseth.

Tilpasser oss hver eneste pasient

– Primær rekonstruksjon er nok fremtiden for mange av pasientene som fjerner sitt bryst. Men det passer ikke for alle, sier plastikkirurg Jørgen Utvoll, som opererte Tori.

Også han er forsiktig med å si hva som er best type rekonstruksjon:

– Hver eneste rekonstruksjon er tilpasset pasienten. Faktorer som alder, høyde, vekt, røyking, andre sykdommer, medisiner, fettfordeling, psykisk status, hudkvalitet er avgjørende for valget, sier Utvoll.

– Med noen kan vi nå målet med mange metoder, med andre har vi færre muligheter. Og selv om metodene som prinsipp kan være like, blir det gjort tilpasninger og endringer på hver eneste operasjon for at den skal passe best til pasienten. Det er for eksempel mange måter å gjøre latissimus på. ■■■

Fakta

Primær rekonstruksjon:

► Gjøres med en gang man fjerner brystet på grunn av kreft.

Sekundær rekonstruksjon:

► Foregår etter at brystet er fjernet og pasienten er ferdig med all annen kreftbehandling.

Ventetid brystrekonstruksjon

Ventetid for protese:

► Bergen: 78 uker
► Oslo, Stavanger, Tromsø, Hamar og Skien: 52 uker
► Molde: 26 uker
► Østfold: 24 uker

Ventetid for bryst av eget vev:

► Bergen: 204 uker
► Oslo: 120 uker
► Skien: 104 uker
► Stavanger og Tromsø: 52 uker
► Trondheim: 30 uker
► Molde: 26 uker
► Østfold: 24 uker

Oversikten er ikke komplett, fordi Fritt sykehusvalg mangler tall.

Kilde: Fritt sykehusvalg



Der ute

Les mer om:

38 Sykehushistorie i Levanger ›

42 Helsesøster for studenter ›

44 Trykk på en kropp på St. Olavs Hospital ›

46 Tips og triks i Almas hus ›

Tekst **Eivor Hofstad**
eivor.hofstad@sykepleien.no



Illustrasjonsbilde: Colourbox

DANSKE sykepleiere til topps

Danskene har stemt over hvilken yrkesgruppe som er mest troverdig, og for fjerde året på rad kommer sykepleierne på topp. Politikere får bunn plasseringen.

Leger og politiet kommer på henholdsvis andre og tredjeplass som de mest troverdige, mens bilforhandlere kommer nest sist og journalister tredje sist, altså de minst troverdige yrkesgruppene.

Målingen er foretatt av Epinion for Radius Kommunikasjon blant drøyt 1000 danskere i alderen 18–65 år.

Kilde: Radius Kommunikasjon

Fobier gjør **AMERIKANSKE** sykepleiere eldre

Den velkjente Nurses' Health Study har vist at kvinner med fobier (irrasjonell angst for alt fra sosiale situasjoner til edderkopper) har kortere telomerer på kromosomene sine.

En telomer er en struktur med repetert DNA-sekvens i enden av hvert kromosom. For hver celledeling som foregår, blir telomerene litt kortere, og disse er derfor biologiske markører for aldring. Forskerne

tenker at det er stresset forbundet med fobiene og angsten som fører til akselerert aldring.

Studien ble publisert i fjor av dr. Olivia I. Okereke ved Brigham and Women's Hospital i Boston. Og det er altså kromosomene til 5 243 kvinnelige amerikanske sykepleiere som er brukt i studien. De var i alderen 42 til 69 år.

Kilde: New York Times



Illustrasjonsfoto: Colourbox



OVERREKKER PRIS: Dronning Silvia av Sverige. Foto: Alexis Daflos, Sveriges Kungahus

Ny pris til **SVENSKE** sykepleierstudenter

Svenske sykepleierstudenters kreativitet skal belønnes. Den som har den beste ideen for fremtidens eldreomsorg kan få den nyopprettete Queen Silvia Nursing Award. Prisen består av 50 000 svenske kroner og et halvt års individuelt tilpasset praksis hvor vinneren vil få møte de viktigste og mest innovative organisasjonene i bransjen.

Dronningen skal selv overrekke prisen den 28. april neste år og samtidig høre på vinnerens foredrag om sin idé.

Kilde: Svensk sjuksköterskeförening

Sykepleiere i **USA** må vaske

Vanderbilt University Medical Centre i Nashville, Tennessee, har gjort noen drastiske omorganiseringer: I september fikk sykepleierne der beskjed om at de også må trå til som rengjøringspersonale. De må vaske både pasientenes rom og toaletter, samtidig som de i en e-post fra ledelsen har fått munnkurv mot å snakke om det på en negativ måte så «kunder» kan høre det.

I en video tatt opp av The Channel 4 I-Team, publisert på nettsiden wfsb.com, sier en av sykehuslederne: «Å rengjøre rom, inkludert å tømme søppel og moppe gulvet, er alt sammen strategier for å forebygge infeksjoner. Og det er alt sammen sykepleie og operasjonsteknikk. Dere tror det kanskje ikke, men til og med Florence Nightingale visste at dette var sant».

Sykepleieren som tipset media om sa-

ken ønsker å være anonym fordi hun frykter å miste jobben. Hun sier at hun er redd det nye regimet vil føre til kryss-smitte. Men hun får ingen støtte fra Helsedepartementet i Tennessee. Departementet sier det er opptil det enkelte sykehus å bestemme hvordan rengjøringen skal skje, så lenge personalet har fått nødvendig opplæring og følger retningslinjene fra CDC (Centre for Disease Control).



Illustrasjonsfoto: Colourbox



Best å eldes
i **SVERIGE**

Eldre har det best i Sverige ifølge den første globale aldringsindeksen som ser på livskvaliteten hos eldre. Norge kaprer andreplassen med bare en tiendedels poeng mindre (89.9 poeng mot Sveriges 89.8 poeng). Global Age Watch Index 2013 dekker 91 land, og dermed 89 prosent av verdens befolkning over 60 år.

Kriteriene de har sett på er økonomisk sikkerhet, helse, arbeidsliv og utdanning samt tilrettelagt samfunn. Norge kommer som nummer en i verden på arbeidsliv og utdanning, og nummer tre på økonomisk sikkerhet, men bare som nummer 13 på helse og nummer 22 på tilrettelagt samfunn.

Nederst på listen kommer Pakistan, Tanzania og Afghanistan, med henholdsvis 8,3, 4,6 og 3,3 poeng.

Kilde: www.helpage.org



BRITISKE pasienter sjekkes hver time

Tre avdelinger på offentlig sykehus i Northern Lincolnshire og Goole i Storbritannia har innført ny rutine for oppfølging av sengeleggende pasienter: Hver time skal sykepleierne sjekke om pasienten bruker ringeklokken, om mat og drikke er innen rekkevidde, om sengegjerder trengs, om smertelindringen er god og om pasienten trenger å gå på toalettet. Resultatene føres på et skjema som henger i fotenden av senga.

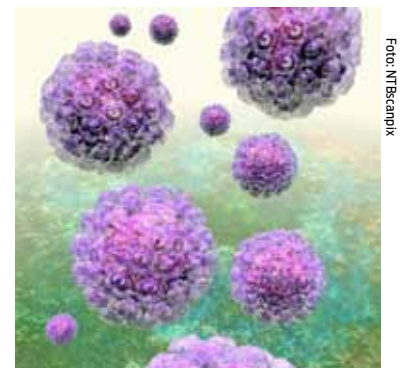
Kilde: Nursing Standard

Bivirkninger av HPV-vaksine i DANMARK

Sundhedsstyrelsen i Danmark har siden 1. januar 2013 mottatt 281 meldinger om bivirkninger av HPV-vaksinen. 80 av dem klassifiseres som alvorlige og 27 av de alvorlige oppstod i 2013. Sundhedsstyrelsen vurderer fortsatt om vaksinens fordeler oppveier risikoen.

De hyppigste alvorlige bivirkningene er besvimelse eller svimmelhet, hodepine og allmenn utilpasshet, eventuelt ledsaget av andre symptomer. Fire av meldingene vedrører diagnosen POTS (postural orthostatic tachycardi syndrom), som innebærer høy hjertefrekvens og besvimelser.

Kilde: Ugeskrift for læger



– Det som er samlet og vises her er sykepleiefagets kulturelle ballast.

Tekst Terje Carlsen Foto Leif Arne Holme

Villa med 170 års sykehushistorie

Fakta

- › På 1970-tallet startet arbeidet med å opprette et sykehusmuseum i Levanger.
- › Realisert i forbindelse med sykehusreformen i 2002.
- › Er nå en del av et nasjonalt nettverk for sykehushistorie



Det er nok ikke mange som enser den på vei til Sykehuset Levanger. Men like ved sykehuset i Nord-Trøndelag ligger en stor, hvit trevilla fra mellomkrigstiden. Villaen huser fylkets 170-årig sykehushistorie. Først når man kommer innenfor forstår man virkelig at her er sykehusets sjel og hukommelse samlet, i det som trolig er landets eldste sykehusmuseum.

«Det er ingen avsondret museal samling med duft av formalin, men tvert imot en levende, dynamisk samling der tingene taler sin faktiske historie, konkretisert gjennom dokumenterbar informasjon.» Slik beskrev forfatter Dag Skogheim museet i 2008 da han foreslo museumsinitiativtakerne til Levanger kommunale kulturpris.

Ivrige sykepleiere

Initiativtakerne til museet er eldre sykepleiere, det vil si sykepleiere godt opp mot 80 år og vel så det. De har

ord om at det skal mer enn en kule til en trønder, til å hete: Det skal mer enn en kule til for en gammel sykepleier. Den yngste i kurven er intensivsykepleier Bodil Runde (60). Men også hun har arbeidet ved sykehuset i mer enn en menneskealder.

Runde forteller at hun har og fikk stor interesse for sykepleierhistoria gjennom museet og dens initiativtakere.

– Jeg kjenner en kontinuitet og mening i det jeg driver med når jeg kjenner historien. Det som er samlet og vises her er sykepleiefagets kulturelle ballast.

Runde retter nakken og spør retorisk:

– Hva er fremtiden om vi ikke kjenner fortida?

Synnøve Iversen (79), som i sin yrkesaktive tid var hovednattvakt på kirurgisk og medisinsk avdeling, skyter inn:

– Jeg har alltid vært besett kry av å være sykepleier. For meg er det noe av det fineste yrke en kunne ha. Jeg

et mer all right menneske.

Bok om nattelivet

Iversen har førte i pennen en bok om livet om natten på sykehuset sett gjennom en hovednattvaks øyne. Boken som bærer tittelen «Nattens dronninger – om nattelivet for sykepleiere på Innherred Sykehus» er ikke bare et viktig historisk dokument fra femti-tallets sykepleierliv. Den ga også sårt tiltrengte inntekter til sykehusmuseet.

– Ellers har sykehusledelsen vært generøse og gitt oss gratis leie, lys og varme. Sykehusdirektør Arne Flaatt virker genuint opptatt av at dette er en viktig del av Sykehuset Levanger, sier tidligere operasjonssykepleier Mary Flovik, også hun rundt 80.

Flovik var en sentral aktør i de aller første bestrebelsene med å få til et sykehusmuseum. Da er vi helt tilbake på 1970-tallet. Det skulle ennå gå både vinter og vår før det ble en realitet. Først i møte i sykehusets frivillighetsgruppe i november i 2001, ble ideen om et sykehusmuseum lagt inn i planene for det nye helseforetaket i Nord-Trøndelag som eget begrep. Deretter gikk det rimelig fort å få realisert museet. De gamle, erfarne sykepleierne lot ikke tiden løpe fra seg. I helseforetakets styre hadde de også plassert tidligere rektor ved Innherred Sykepleiehøgskole, Asgjerd Valstad. Nå er museet en del av et nasjonalt cluster, eller nettverk, der det holdes sykehushistoriske foredrag. ➔

«Jeg vil gjerne tro yrket har gjort meg til et mer all right menneske.» Synnøve Iversen

med nitid samvittighet og iver samlet gjenstander, bilder, uniformer, identifisert i tid og rom, og ført det hele inn i hefter og bøker, og på data, samt vært i forhandlinger med sykehusets ledelse, som eier huset med det rare i, om videre festekontrakt. Det er så en må omskrive Johan Hermann Wessels

har opplevd så mye av det menneskelige drama – hele veien fra voggen til graven – som jeg aldri ville ha fått opplevd uten å ha vært i dette fantastiske yrket. Selvsagt har det vært noen tøffe tak. Men jeg ville ikke vært den erfaring yrket har gitt meg foruten. Jeg vil gjerne tro det har gjort meg til



ILDSJELER: Bodil Runde, Mary Flovik, og Inger Johanne Kvello, og foran Synnøve Iversen, selve ildsjelene bak sykemuseet i den gamle trevillaen.

– Vi har fått være med på mange fine og lærerike samlinger i lag med Medisinhistorisk forening i Molde, Ullevål, Tønsberg og Elverum. I tillegg har vi også vært vertskap for samlinger. Her har vi også landets største

«Ja, nu er det jo kommet kara inn i yrket!» Bodil Runde

kapasitet på tuberkulosehistorie, forfatteren Dag Skogheim.

Kara

– Hva er de største forandringene siden dere selv arbeidet på sykehuset?

– Ja, nu er det jo kommet kara inn i yrket, ler de tre friskt. – Det var det lite av tidligere.

Synnøve Iversen og Mary Flovik minnes også at pasientene den gang var annerledes.

– En pasient med fractura colli femoris kunne ligge ti uker i strekk, den gangen. Mange av dem var helt friske. Noen døde riktignok av lungebetennelse, etter så langt sykeleie. Men liggetiden, og det at pasientene nå er mye sykere, representerer den største forandringen siden vi var aktive sykepleiere, forteller Flovik og Iversen.

– Det mest tulle var at fedmepasienter som ble lagt inn til slanking, ble beordret sengeleie. Dietten var også tulle, den besto av sukkerkav-



BABY: Denne gamle kuvøsen er fra starten av 1950 tallet.

ring og surmelk, ler de to.

– Diabetikerne på samme rom ble jo litt sure, ettersom de bare fikk gropkavring.

Sykepleierveteranene minnes nattevaktene på femtitallet.

– Nattevaktene gikk fra 20.00 om kvelden til 08.00 om morgenen. Hovednattevakta hadde ingen lege å støtte seg på. Bakvakta, som ofte var

kandidat, lå stort sett hjemme og sov, forteller Iversen.

– Vi ble svært selvstendige og litt tøffe, fortsetter Iversen.

– Sykepleierne er selvstendige også i dag. Men det virker ikke sånn utad, da det er mange flere på jobb, sier Bodil Runde. ■■■

redaksjonen@sykepleien



Sykehuset Levanger

Sykehuset på Eidesøren utenfor Levanger sto ferdig til drift i 1843. Samtidig bygde amtet et sykehus i Namsos. De to sykehusene skulle ganske raskt få store utfordringer, med radesyke, spedalskhet og tuberkulose. Spedalskhet var mest utbredt i Namdalen, mens veneriske sykdommer dominerte på Innherred.

I 1890–92 rev man sykehuset og flyttet det til Levanger by, stakk for stakk.

Det var ikke sykepleiere, men gangkoner ved

sykehuset som jobbet for bare kost og losji. Men ved nyttårsleite i 1874 kom det en gangkone med bein i nesen: Ellen Ellingsdatter Svendgaard. Hun og gangkone Marit Sandberg skal ha fått sykehusdireksjonen til å gå med på en lønn på 20–25 spesidaler i året. Til sammenlikning hadde overlegen 500 spd.

I det 20. århundre ble sykehuset utvidet flere ganger, og ble hetende Innherred Sykehus, i 1902 det største sykehuset i landet utenom sykehusene i storbyene Kristiania, Bergen og Trondhjem.

I 1940 ble Innherred Sykepleieskole opprettet.

Fra 2002 ble navnet Sykehuset Levanger. Sykehuset ivaretar nå de fleste funksjoner som et bra lokalsykehus skal ha, som kirurgi, medisinsk avdeling, føde og barsel. Det har også en psykiatrisk klinikk med 4 poster, samt poliklinikker for rus og psykiatri.

Kilder: Gerd Søraa (1979): Innherred sykehus 1843-1979, Nord-Trøndelag fylkeskommune, Reidar Strømsøe (1967): Levanger bys historie og Wikipedia.



FRA APOTEKET: Gamle vekter brukt i apoteket.

EN SLUTT KAN BLI EN BEGYNNELSE



Når ditt liv en gang er over; hvilken arv er vel bedre enn å kunne gi barn en god start på sitt?

En testamantarisk gave til Redd Barna, er å gi barn over hele verden en reell mulighet til et bedre liv. Pengene du gir brukes til utdanning, helsearbeid og hjelp til krigs- og katastroferammede barn. Størrelsen velger du naturligvis selv, men stort eller lite: Din gave kan bli en begynnelse på et bedre liv for svært mange barn.

For mer informasjon og gratis juridisk hjelp, kontakt oss på 22 99 09 00, eller les mer på www.reddbarna.no/testamantarisk



Redd Barna

Testamantariske gaver

I Fredrikstad skal de se om helsestasjon for studenter er en god idé.

Tekst og foto Ann-Kristin Bloch Helmers

Helsesøster for

 Dette spør de om:

Graviditet/test: 40 stk
 Abort: 4 stk
 Prevensjon: 193 stk
 Seksuelt overførbare infeksjoner: 260 stk
 Annet: 27 stk

(Tallene er henvendelser ved helsestasjonen for studenter i Fredrikstad første del av 2013)



FULLT: Venterommet fylles raskt. Tilbudet er populært blant Østfold-studentene.

Ung student, nettopp flyttet til et nytt sted. Nye venner, nye venner – ny fastlege står kanskje ikke øverst på huskelista.

I Fredrikstad har Studentsamskipnaden sett behovet for et lavterskel helsetilbud for studentene. Derfor har de opprettet en helsestasjon spesielt for studenter. Flere av de største studentbyene i landet har eller har hatt det samme tilbudet.

– Er det riktig å bruke helsesøsterressurser på så voksne mennesker som studenter er, når det er så mange uløste oppgaver blant de yngre?

– Ja, jeg mener at det er viktig. Veilederen sier og at vi skal ha en oversikt over helsen til barn og unge opp til 20 år, sier helsesøster Kari Engdal mens hun sorterer brosjyrene i stativet på veggen. Inne på kontoret hennes midt i Fredrikstad sentrum henger informasjon om alt fra selvmordstanker til p-piller.

Stillingsprosenten hun har her er blitt overført fra videregående skole.

– Dette var i forbindelse med reduksjon av helsesøsterstillinger i kommunen. Da ble det redusert stilling på Glemmen videregående skole, på lik linje med reduksjonen på Frederik II, sier hun.

Ingen aldersgrense for studenter

Det er enda et kvarter før hun åpner, men på venterommet begynner det å fylles opp. Noen kommer alene, noen med en venninne, noen kjærestepar.

– På mandag kom det 25 stykker innom. 11 skulle teste seg for klamydia. 11 skulle ha prevensjon. 1 hadde problemer med selvskading. De to andre skulle egentlig andre steder enn hit, ramser hun opp.

Studentsamskipnaden finansierer prosjektet, sammen med midler fra Fylkeslegen. I deres område er det om-



UTEN FASTLEGE: Mange studenter har ikke fastlege på studiestedet. I Fredrikstad kan de gå til helsesøster Kari Engdal for å få blant annet p-pilleresept.

lag 5000 studenter i Fredrikstad og Halden, som har tilsvarende tilbud.

To ganger i uka er lege, jordmor og helsesøster tilgjengelig for studentene. For Kari Engdal som har videreutdanning som sexologisk rådgiver, er det også åpent for å ta opp temaer som

går på kjønnsidentitet og seksualitet.

For studentene er det ingen aldersgrense. Det betyr at godt voksne studenter i prinsippet også kan benytte seg av tjenesten. I praksis er det sjelden det skjer. I tillegg til å være et tilbud for alle høyskolestudenter, er det også

studentene



et tilbud for de såkalt «unge voksne».

Jakter på klamydia

Aldersgrensen for denne gruppa er 24 år. Her skjer det imidlertid at også eldre kommer innom. Helsesøster Kari Engdal avviser ingen. Tvert imot:

– De over 25 år vil vi gjerne ha tak i. Mye klamydia kommer fra de eldre guttene. Får vi tak i en av dem, blir vi veldig fornøyde, spøker hun – med et visst alvor. Klamydia er en gjenganger. Ubehandlet kan den i verste fall føre til sterilitet hos kvinner.

I dag kommer det også noen for å teste seg – nettopp for klamydia. Fornøyd sender Engdal en ung gutt for å ta urinprøve. Han får ros for å komme, det er ikke første gang han er her i samme ærend. På spørsmål om når han ble smitta, forteller han at han ikke har anelse.

På venterommet sitter det en jente som nettopp har flyttet til Fredrikstad for å studere. Hun trenger prevensjon, men vet ikke hvilken type hun bør satse på. Etter en grundig samtale med Engdal, lander hun på p-piller og

«De over 25 år vil vi gjerne ha tak i.»

Kari Engdal,

satser på å ha alarm på telefonen så hun ikke glemmer å ta den.

Med resepten i hånda forteller hun at hun er glad for at tilbudet finnes.

– Jeg fikk høre om det da vi hadde rebusløp i fadderuka. En av postene var å finne nettopp dette kontoret. Jeg har ikke fastlege i Fredrikstad, så for meg er det veldig praktisk å kunne gå hit, sier hun.

Fyller behov

Det kommer stadig nye fjes inn på venterommet. Engdal har en hektisk ettermiddag.

– Bør helsestasjon for studenter være et permanent tilbud for alle studenter?

– Ja, ut fra besøkene vi har fyller vi et behov hos studentene, sier hun. ■■■

aknbh@sykepleien.no

Fakta om Klamydia

Klamydia er i smittevernloven definert som en allmennfarlig smittsom sykdom. Folketrygden yter full godtgjørelse av utgifter til legehjelp ved undersøkelse, behandling og kontroll for allmennfarlige smittsomme sykdommer, dvs. pasienten skal ikke betale egenandel. Dette gjelder også ved undersøkelse som ledd i smitteoppsporing, men ikke ved rutinemessige undersøkelser.



KLAMYDIA: En ung gutt leverer urinprøven som snart vil gi svar på det han lurar på: Har han klamydia eller ikke?



DER UTE ØYEBLIKKET

TRYKK PÅ EN KROPP: I vestibyen i det nye Kunnskaps-senteret ved St. Olavs Hospital er en av hovedattraksjonene snart ferdig installert: En 40 kvadratmeter stor interaktiv menneskefigur.

Under den ruvende skjermen er det fire mindre menneskefigurer. Her kan pasienter, besøkende og ansatte legge ut på personlige virtuelle reiser. Ved å peke i lufta i retning av for eksempel hjertet inne i den interaktive sonen til en av småfigurene, vil det dukke opp fakta om hjertebehandling og hjertelidelser på den store figuren. Hver av de interaktive småfigurene er også tilknyttet lyd i de fire «lyddusjene». Ved å stå på et bestemt sted i rommet, vil lyden fra installasjonen høres av den som er på den virtuelle rundturen.

Prosjektleder Jorid Øverdahl (bildet) har ansvaret for installasjonen, den mest i øyenfallende delen av det nye formidlingssystemet som har fått navnet Kunnskapsportalen. NTNU og St. Olavs er samarbeidspartnere i prosjektet, i tillegg til Kunnskapsbygg. Det er fagmiljøene selv som skal mate Kunnskapsportalen med informasjon.

Det vil også komme en interaktiv søyle som viser byggehistorikken til sykehuset. Og informasjonen som vises på den store vegg i foajeen, skal bli tilgjengelig på andre plattformer – som mobiltelefon, datamaskiner og lese Brett. Slik skal kunnskapen spres og være tilgjengelig overalt på sykehuset.

Tekst og foto **Ann-Kristin Bloch Helmers**





Personalet ved Almas hus ble lykkelige da Jonas Gahr Støre sa det bare var en vanlig leilighet.

Tekst og foto Eivor Hofstad

Tips og triks

Da tidligere helseminister Jonas Gahr Støre besøkte Almas hus ved åpningen i fjor høst, utbrøt han: «Jammen, dette er jo bare en vanlig leilighet».

– Da tenkte vi «yess!» Det er nemlig akkurat det inntrykket vi ønsker at folk skal få. Da blir ikke terskelen så høy for å gå i gang hjemme hos seg selv eller i kommunale botilbud, sier Solfrid Rosenvold Lyngroth.

Hun er spesialsykepleier i geriatri ved Geriatriisk ressurscenter i Oslo kommune, som holder til på Aker sykehus.

I den ene enden av det gamle mursteinsbygget har de innredet «Almas

hus», en leilighet på 65 kvadratmeter med velferdsteknologi og smarte hjelpemidler fra over 20 ulike leverandører. Det er en visnings- og simuleringsleilighet som har guidete omvisninger både for publikum, helsepersonell og beslutningstakere.

Manglende kunnskap

Ergoterapeut Sigrid Aketun er leder for fagteamet i Almas hus. Hun har merket at det er stor mangel på kunnskap om produkter og teknologi som kan gjøre tilværelsen som demensrammet enklere og tryggere. Hun mener også at det er et poeng å få hjelpemidlene

inn tidligere i demensforløpet, helst før helsevesenet kobles inn.

– Sykepleiere trenger også å vite mer. Det de har å spille på overfor hjemmeboende personer med kognitiv svikt eller demens, er hyppigere hjemmebesøk, sier Aketun.

Inn i grunnutdanningen

Mange av produktene i Almas hus er ikke 100 prosent brukbare for demensrammete ennå, og det er derfor et stort behov for å utvikle hjelpemidlene mer.

– Mange hjelpemidler er verken robuste eller enkle nok til å kunne møte behovet til de demensrammete



SENGEVAKT: En vektsensor i sengen registrerer når personen går ut av sengen. Den kan også plasseres på sengebeinene og registrere bevegelse ved sengen. Sensorene kan kobles til varslings-system for pårørende eller til lysene i rommet.



SNAKKENDE FOTOALBUM: Fotoalbum med fire minutters innspillingstid for innlesing av kommentarer til bildene. Men personen må skjenne at man må skru på en knapp og trykke videre for ny kommentar for hvert bilde.



DAGSPANNER: Noen planleggere er helt analoge som denne dagsplaneren i whiteboard-løsning ved kjøkkenet i Almas hus.



KALENDERE/PLANLEGGERE: Det finnes mange ulike kalendere og planleggere som er til god hjelp for mange som ellers ville sittet hjemme i frykt for å glemme en avtale.



SIKTLINJER: En demensrammet trenger gode siktlinjer, slik at toalettet, soverommet og kjøkkenet er synlig fra godstolen i stua, og at toalettet er synlig fra senga. På den måten kan det være lettere å huske å gå på do, sove og spise. Det er lurt å male dørene til disse rommene i en kontrastfarge og merke dem tydelig.

i Almas hus

og deres pårørende. Brukeren må både kunne huske hvordan hjelpemidlene brukes, samt abstrahere og analysere hva som gikk galt, dersom noe ikke fungerer slik det skal, påpeker Aketun.

Hun savner aller mest at kunnskapen om dette kommer inn i grunnutdanningen til helseprofesjonene.

– Jeg er for første gang invitert til Høgskolen i Oslo og Akershus for å snakke til andreårsstudenter på sykepleierutdanningen i høst. Da skal jeg ta med meg noen av produktene og vise dem fram.

Favorittdings

– Hva er din favorittdings?

– Pilly-boksen er en god løsning for medisin håndtering (se bilde og tekst) som kan utsette behovet for hjemmetjeneste. Ulike løsninger for automatisk varsling er også viktig for pårørende. Å vite at de får et varsel dersom mor eller far går ut av døren midt på natten er betryggende, sier Aketun.

Solfrid Lyngroth understreker at det viktigste for sykepleiere er å huske at det er personen som er rammet av demens som er det sentrale.

– Vi håper at Almas hus kan hjelpe sykepleierne å finne det lille trikset, tipset eller det hjelpemidlet som må til for at akkurat deres pasient kan få

ALMAS HUS

Almas hus er en demensvennlig visningsleilighet i Oslo. Flere kommuner har nå lignende tiltak hvor du får se alt fra superenkelt tips til velferdsteknologiske duppeditter.

en tryggere, sikrere og behageligere tilværelse. Velvære skal nemlig også være et stikkord, sier hun. ■■■

eivor.hofstad@sykepleien.no

Les mer om disse og andre produkter på sykepleien.no.



MEDISINBOKS MED SMS-VARSLING: Pilly er en medisinboks med 28 små lommer i. Den åpner bare en lomme om gangen, og kan da gi fra seg et pip. En støtteperson kan i tillegg bli varslet med en sms om at medisinen ikke er tatt.



KONTRASTER: Kontraster er viktig når synet svikter. Spisebrikke i en annen farge enn servertet er lurt. Det samme er toalettring i en annen farge enn porselensskålen og håndkle og såpe i en annen farge enn veggen og vasken.



MERKING: Å merke skap og skuffer tydelig med hva som er innholdet, kan være alt en demensrammet trenger til å begynne med. Noen foretrekker bokstaver, andre må ha et symbol eller en tegning.



ENKEL TELEFON: Taster med bilder av dem man ønsker å ringe til, kan være en hjelp for de som ikke klarer å slå et telefonnummer eller finne tastene i mobilen sin.



Mona Hjørnevåg Joof

Alder: 39

Yrke: Sykepleier/konsulent

Arbeidssted: Regionalt kompetansesenter for import og tropesykdommer, OUS

Ivrig formidler

Jobben min får meg til å smile fra øre til øre.

Fortalt til **Susanne Dietrichson** Foto **Stig Weston**

Da jeg begynte i jobben for sju år siden, fikk jeg beskjed om at arbeidsbeskrivelsen var: «Veien blir til mens man går». Det passet meg utmerket.

Hovedoppgaven min er å øke helsepersonells kompetanse på import- og tropesykdommer. Blant annet ved å arrangere kurs en til to ganger i året samt holde foredrag rundt på andre avdelinger. Jeg blir også invitert til å undervise i spesielle temaer innenfor feltet; sykdommer, tilstander, symptomer, forebygging og behandling av import- og tropesykdommer. Jeg holder gjerne foredrag utenfor sykehuset også, hvis jeg blir spurt, og skriver fagartikler om temaet.

Før sommerferien tilbyr jeg infeksjonsavdelingene oppdatering på turistdiaré, denguefeber og malaria. Disse problemstillingene dukker gjerne opp etter sommerferien, som følge av at folk kommer hjem fra ferie i utlandet. Jeg samarbeider tett med infeksjonsavdelingen, hvor jeg selv har jobbet; de spør meg og jeg spør dem. En annen oppgave jeg har er å veilede medisinerstudenter når de øver seg på å gjenkjenne parasitter, for eksempel malaria, i mikroskop.

Jeg jobber også med å utvikle en nettside og sender ut nyhetsbrev én gang i måneden. I tillegg arrangerer vi bildeutstillinger. Bildene viser forskjellige sykdomstegn, symptomer, parasitter – ofte sett gjennom mikroskop og bilder av vektorene som overfører sykdommene, for eksempel mygg. Jeg har også planer om å lage en quiz i tilknytning til bildene.

Jeg begynte å jobbe på infeksjonsmedisinsk avdeling i 1998. Jeg var brennende engasjert i helse i ressursvake land og syntes importsykdommer var ekstra spennende. Så gikk jeg på et tre måneders intensivkurs i tropesykdommer i Liverpool. Deretter fikk jeg en halv stilling her som jeg kombinerte med jobben på infeksjonsavdelingen. Etter hvert fikk vi flere midler, og stillingen min ble utvidet til fulltid.

Vi har også et par forskningsprosjekter tilknyttet oss; i Sør-Afrika og Etiopia. For disse bidrar vi med administrasjon og økonomisk støtte. En gang i året reiser jeg til kongresser i utlandet, men også i Norge, for å oppdatere meg faglig.

Jobben min får meg til å smile fra øre til øre! Den er variert og jeg legger stort sett opp min egen arbeidsdag. Jeg synes det er fint å kunne bidra til å kvalitetssikre behandling av syke mennesker. Før likte jeg ikke å undervise, men nå er det faktisk noe av det jeg setter mest pris på ved jobben. ■■■

susanne.dietrichson@sykepleien.no

FAGARTIKKEL:
Sykepleier som medika-
mentmisbruker. Side 50

FAGARTIKKEL:
Samhandling i
Danmark. Side 53

FAGNYHET:
Gjentatt tvang i
psykiatrien. Side 56

Om å
skrive logg.
Se boka-
meldelser
side 62

Sykepleien

Fag

bøker
& kultur



INTERVJUET:
«Skuespillere
jobber også tett
på mennesker.»
Side 60



Side
64

FARLIG FERIE: Mange norske foreldre tilbringer barselpermisjonen i tropiske strøk, selv om småbarn er ekstra utsatt for smitte. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

Side
68

«Å se det unike menneske med sin unike bagasje her og nå blir vår oppgave.» **KURT LYGVED**



Marit Nygaard, pensjonert seniorrådgiver i Statens helsetilsyn.



Ebba Thommessen, seniorrådgiver i Statens helsetilsyn.

FAG

Medikamentmisbruk

Når sykepleiere misbruker legemidler

Hvert år mister mange helsearbeidere autorisasjonen sin på grunn av rusmisbruk. Rundt halvparten er sykepleiere.

Tilsynssaker mot sykepleiere på grunn av tyveri og misbruk av vanedannende legemidler, starter oftest ved at arbeidsgiver informerer Fylkesmannen i det aktuelle fylket om forholdet. Dersom Fylkesmannen finner at vilkårene for administrativ reaksjon er oppfylt, oversendes saken til Statens helsetilsyn. Helsetilsynet vurderer om sykepleieren skal få advarsel, begrensning av autorisasjonen eller om autorisasjonen skal tilbakekalles. Begrensning av autorisasjonen innebærer virksomhet som sykepleier på bestemte vilkår. Bare Statens helsetilsyn kan fatte vedtak om administrativ reaksjon som rettslig sett er et forvaltningsvedtak, ikke en straffreaksjon. Vedtak om administrativ reaksjon kan ankes til Statens helsepersonellnemnd (SHPN).

Mister autorisasjonen

Tyveri og misbruk av rusmidler er den hyppigste årsaken til at helsepersonell mister sin autorisasjon.

I 2012 mistet 60 helsepersonell autorisasjonen på grunn av rusmiddelmisbruk, 26 av disse var sykepleiere. En analyse av alle tilsynssaker på grunn av rusmiddelmisbruk, som Statens helsetilsyn behandlet i treårsperioden 2007–2009, viser at 58 prosent av disse var sykepleiere. 68 prosent av dem hadde stjålet vanedannende legemidler, oftest fra medisinerom eller -lager, men relativt sjelden fra dosetter eller pasienter. Statens helsetilsyn tilbakekalte autorisasjonen til cirka 95 prosent av sykepleierne i denne perioden.

Rusmiddelmisbruk representerer en stor sikkerhetsrisiko i helsetjenesten. Statens helsetilsyn har nulltoleranse for misbruk og tyveri av vanedannende legemidler, og de fleste som rapporteres til tilsynsmyndighetene, mister autorisasjonen.

Tilgjengelighet

Tilsynssakene viser at rusmiddelmisbruk ofte starter med at sykepleiere får forskrevet vanedannende legemidler på grunn av smerter, livskriser eller psykiske problemer. Når behovet blir større enn hva legen vil forskrive, velger enkelte å dekke behovet ved å tilegne seg slike legemidler ulovlig fra arbeidsplassen. Vår erfaring er at mange sykepleiere hadde misbrukt og stjålet vanedannende legemidler i lang tid før de ble avslørt. Det er derfor grunn til å tro at mange aldri blir oppdaget. En grunn til dette kan være at det ikke er regnskapsplikt for legemidler i gruppe B.

Tyveri av vanedannende legemidler forekommer oftere i tilsynssaker mot sykepleiere enn mot andre helsepersonellgrupper. Tilgjengelighet til slike legemidler kan være en medvirkende årsak. Leger har også lett tilgang til vanedannende legemidler gjennom egen forskrivning, til seg selv

eller til egen praksis, men misbruk ved egenfor-
skrivning er vanskeligere å avdekke enn ved tyveri. Analyse av Statens helsetilsyns vedtak om administrativ reaksjon viser at leger, som hadde fått tilbakekalte sin autorisasjon på grunn av rusmiddelmisbruk, hadde brukt rusmidler vesentlig lenger enn sykepleiere i samme situasjon.

Helsepersonelloven regulerer helsepersonellets virksomhet og Statens helsetilsyns praksis ved vurdering av tilsynssaker mot helsepersonell. De mest relevante bestemmelsene fremgår av faktaboksen.

Tillitsbrudd

Tyveri av vanedannende legemidler er brudd på narkotikalovgivningen. Det anmeldes derfor til – og etterforskes av – politiet og dømmes av domstolene. Det er også brudd på helsepersonellovens krav om tillit til helsetjenesten og helsepersonell. Tyveri av vanedannende legemidler er i forarbeidene til helsepersonelloven nevnt som eksempel på forhold som kan anses som atferd uforenlig med yrkesutøvelsen.

Sykepleiere har, som funksjon av sin utdanning og autorisasjon, en sentral rolle ved legemiddelbehandling. Dette gir dem lett tilgang til vanedannende legemidler. Misbruk av denne tilliten, ved å stjele vanedannende legemidler til eget bruk, er brudd på kravet om tillit (helsepersonelloven § 1). Pasienter, pårørende, kolleger og arbeidsgivere må kunne føle seg trygge på at sykepleiere ikke misbruker tilliten til å dekke egne behov på pasientenes og helsetjenestens bekostning.

Strengt krav

Ethvert tyveri av vanedannende legemidler fra arbeidsplassen er uakseptabelt. SHPN har i en

Hovedbudskap

Denne artikkelen beskriver Statens helsetilsyns praksis for vurdering av tilsynssaker mot sykepleiere på grunnlag av misbruk og tyveri av vanedannende legemidler. Målgruppen for artikkelen er sykepleiere og ledere på alle nivåer i helsetjenesten. Artikkelen handler om sykepleiere, men regelverk og vurderinger er prinsipielt likt for alt helsepersonell.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

» Stoffmisbruk » Avviksmelding » Ledelse



LETT TILGJENGELIG: Tilgjengelighet kan være en medvirkende årsak til at sykepleiere stjeler legemidler til eget misbruk på jobben. Illustrasjonsfoto: Colourbox

konkret ankesak uttalt at tyveri av Paralgin forte ved et enkeltstående tilfelle, uansett antall, var tilstrekkelig for at vilkårene for tilbakekall av autorisasjonen kunne anses som oppfylt.

Tyveri av vanedannende legemidler fra pasientdosetter, fortynning av injeksjonsvæsker og erstatning av eksempelvis morfintabletter med andre typer, vurderes som særlig alvorlig. Dette kan påføre pasienter unødige lidelser, i verste fall alvorlig skader, og er brudd på kravet om forsvarlig virksomhet og omsorgsfull hjelp. Det er en grunnleggende forutsetning for å kunne utøve virksomhet i helsetjenesten at allmennheten har nødvendig tillit til helsepersonell og helsetjenesten. Sykepleieryrket krever stor grad av tillit. Det stilles derfor strenge krav til den enkelte sykepleiers etiske holdninger og atferd.

Sikkerhetsrisiko

Bruk av rusmidler, legale eller illegale, vil påvirke sykepleierens kognitive og manuelle ferdigheter, kritiske tenkning, observasjonsevne og holdninger i en grad som ikke er forenlig med forsvarlig, omsorgsfull og etisk sykepleie. Helsepersonelloven § 8 med tilhørende forskrift, krever derfor pliktmessig avhold i åtte timer før arbeidstiden begynner. Sykepleiere har ansvaret for sine handlinger og for å utøve sykepleie i tråd med helselovgivningen og yrkesetiske retningslinjer.

Sykepleiere som bruker vanedannende lege-

«Tyveri av vanedannende legemidler forekommer oftere i tilsynssaker mot sykepleiere enn mot andre helsepersonellgrupper.»

midler av helsemessige grunner, plikter å informere arbeidsgiver om dette. Er det grunn til å tro at helsepersonell har overtrådt forbudet mot å innta eller å være ruspåvirket i arbeidstiden, kan arbeidsgiver eller Fylkesmannen pålegge dem å avgi utåndingsprøve, blodprøve eller lignende prøve.

Pliktmessig avhold

Kravet om pliktmessig avhold i helsepersonelloven er en relativt ny bestemmelse som synes å være ukjent for mange. Det samme gjelder opplysningsplikten, i samme bestemmelse, om at helsepersonell som får forskrevet vanedannende legemidler på medisinsk indikasjon, snarest skal orientere sin arbeidsgiver. Arbeidsgiver må vurdere konkret i hvert enkelt tilfelle om medisineringen er forsvarlig i forhold til helsepersonellens funksjon, eventuelt begrense deres funksjonsområde.

Statens helsetilsyn kan tilbakekalle autorisasjonen uavhengig av om sykepleieren har vært synlig ruset i tjenesten og/eller gjort faglige feil. Forarbeidene til helsepersonelloven (Ot.prp. nr.

13 (1998–1999)) sier eksplisitt at Statens helsetilsyn skal kunne tilbakekalle autorisasjonen selv om pasienter ikke er blitt skadet. Det avgjørende er at bruk av rusmidler representerer en sikkerhetsrisiko for fremtidige pasienter.

Tegn på tyveri

Mange sykepleiere som blir konfrontert med mistanke om tyveri av vanedannende legemidler, vil benekte dette. Ved vurdering av slike saker har Statens helsetilsyn bevisbyrden og må på grunnlag av mottatt dokumentasjon, sannsynliggjøre at det påklagde forholdet har funnet sted. En domsavgjørelse i Høyesterett har slått fast at alminnelig sannsynlighetsovervekt er tilstrekkelig, det vil si mer enn 50 prosent sannsynlighet.

I tillegg til at tyveri av vanedannende legemidler er atferd uforenlig med yrkesutøvelsen, indikerer det ofte misbruk av slike legemidler. Dessuten at sykepleierens dokumentasjon av medikasjonen i narkoregnskap, medisinar, sykepleierapport og lignende er inkonsistent, og at pasienter klager over at pillen ikke hadde tilsiktet effekt. Andre



indisier er at sykepleieren

- › kommer tidlig, går seint og oppsøker arbeidsplassen når de ikke skal være der
 - › har høyt kassasjonsfrekvens av vanedannende legemidler
 - › utkvitterer relativt ofte store mengder vanedannende legemidler
 - › kvitterer ut legemidler for fiktive pasienter eller pasienter som er utskrevet
 - › tilbyr ofte å gi kollegers pasienter smertestillende
 - › forfalsker dokumentasjon
 - › oppholder seg ofte på medisinerrommet
- Eksempler på fysiologiske, psykologiske og kognitive tegn på rusmiddelmisbruk er:
- › høyt fravær
 - › dårlig personlig hygiene
 - › trøtthet, faller i søvn på møter og lignende
 - › humørsvingninger
 - › dårlig kvalitet på sykepleiertjenesten
 - › upassende oppførsel overfor pasienter, kolleger og pårørende
- Men avdekking av tyveri og misbruk av vanedannende legemidler kan også forekomme

helt uventet blant faglig flinke, betrodd og engasjerte sykepleiere.

Kunnskap viktig

Det er viktig at ledere og kolleger har kunnskap om tegn på rusmiddelmisbruk og tyveri av vanedannende legemidler. Det er også viktig at arbeidsgiver etablerer rutiner for hvordan mistanke om tyveri og misbruk av vanedannende legemidler skal dokumenteres og at hensynet både til sikkerheten i helsetjenesten og rettssikkerheten til den enkelte sykepleier ivaretas. Narkotikaregnskap og pasientjournaler er viktig bevismateriale, likeledes dokumentasjon av legemiddelsvinnet sammenholdt med vaktlister som viser hvem som var på vakt på de aktuelle tidspunktene. Mistanke om ruspåvirkning i tjenesten og mangelfull kvalitet på sykepleievirksomheten må dokumenteres skriftlig, så godt som mulig, av dem som har observert det.

Konklusjon

Tyveri og misbruk av rusmidler representerer en alvorlig sikkerhetsrisiko for helsetjenesten

og kan få store konsekvenser for den enkelte sykepleieren. Statens helsetilsyn har en restriktiv holdning og streng praksis i slike saker. De fleste som rapporteres til Statens helsetilsyn, mister autorisasjonen. Både på grunn av sikkerhetsrisikoen og hensynet til den enkelte sykepleieren er det viktig at helsetjenesten har en bevisst holdning til problemet og en aktiv ruspolitikk som er kjent for alle. Det må etableres prosedyrer for håndtering av mistanke om og for avdekket rusmiddelmisbruk, og for oppfølging av personell med rusmiddelproblemer.

AKAN (Arbeidslivets kompetansesenter for rus- og avhengighetsproblematikk) -avtaler har tradisjonelt vært rettet mot misbruk av alkohol. AKAN har registrert et behov for AKAN-rutiner og -avtaler spesielt rettet mot helsepersonell med lett tilgjengelighet til legemidler og har i 2013 etablert en prosjektgruppe som skal studere misbruk av vanedannende legemidler blant helsepersonell. ■■■



Fagartikler kan sendes til torhild.apall@sykepleien.no

Aktuelle bestemmelser i helsepersonelloven:

§ 1 Lovens formål

Lovens formål er å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten samt tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten.

§ 4 Forsvarlighet 1. ledd

Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.

§ 8 Pliktmessig avhold 1. og 2. ledd

Helsepersonell skal ikke innta eller være påvirket av alkohol eller andre rusmidler i arbeidstiden.

Legemidler som er nødvendige på grunn av sykdom, regnes ikke som rusmidler etter første ledd. Helsepersonell som inntar slike legemidler, skal snarest orientere sin arbeidsgiver om dette.

§ 56 Advarsel

Statens helsetilsyn kan gi advarsel til helsepersonell som forsettlig eller uaktsomt overtrer plikter etter denne lov eller bestemmelser gitt i medhold av den, hvis

pliktbruddet er egnet til å medføre fare for sikkerheten i helse- og omsorgstjenesten, til å påføre pasienter eller brukere en betydelig belastning eller til i vesentlig grad å svekke tilliten til helsepersonell eller helse- og omsorgstjenesten.

Statens helsetilsyn kan gi advarsel til helsepersonell som har utvist en atferd som er egnet til i vesentlig grad å svekke tilliten til vedkommende yrkesgruppe.

Advarsel er enkeltvedtak etter forvaltningsloven.

§ 57 Tilbakekall av autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning 1 og 2. ledd

Statens helsetilsyn kan kalle tilbake autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning dersom innehaveren er uegnet til å utøve sitt yrke forsvarlig på grunn av alvorlig sinnslidelse, psykisk eller fysisk svekkelse, langt fravær fra yrket, bruk av alkohol, narkotika eller midler med lignende virkning, grov mangel på faglig innsikt, uforsvarlig virksomhet, grove pliktbrudd etter denne lov eller bestemmelser gitt i medhold av den, eller på grunn av atferd

som anses uforenlig med yrkesutøvelsen. Autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning kan kalles tilbake dersom innehaveren til tross for advarsel unnlater å innrette seg etter lovbestemte krav.

§ 59 Begrensning av autorisasjon 1. ledd

Statens helsetilsyn kan begrense autorisasjonen til å gjelde utøvelse av bestemt virksomhet under bestemte vilkår.

Helse- og omsorgsdepartementet fastsatte 4. mai 2012 med hjemmel i helsepersonelloven § 8 tredje ledd, en forskrift om pliktmessig avhold for helsepersonell. Forskriften lyder:

§ 1 Tidsrom for pliktmessig avhold

Helsepersonell skal ikke innta eller være påvirket av alkohol eller andre rusmidler i arbeidstiden, jf. helsepersonelloven § 8 første ledd.

Helsepersonell skal ikke innta alkohol eller andre rusmidler i et tidsrom av 8 (åtte) timer før arbeidstiden begynner.

Med arbeidstiden menes i denne forskriften tidsrommet fra helsepersonell i henhold til sin tjenesteplikt skal påbegynne

utførelse av slikt arbeid som stillingen krever og til arbeidet er avsluttet. Som arbeidstid regnes også de tidsperioder hvor helsepersonell mot godtgjøring og i henhold til vaktordninger og arbeidsavtaler har forpliktet seg til å møte på arbeid på kort varsel eller til å gi råd og veiledning på telefon eller ved annen form for elektronisk kommunikasjon.

§ 2 Plikt til å avlegge prøve

Er det grunn til å tro at helsepersonell har overtrådt forbudet mot å innta eller å være påvirket av alkohol eller andre rusmidler i arbeidstiden, kan arbeidsgiver eller Fylkesmannen pålegge helsepersonell å avgi utåndingsprøve, blodprøve eller lignende prøve. Slik prøvetaking skal foretas av lege, sykepleier eller bioingeniør, jf. helsepersonelloven § 12.

Dersom helsepersonell nekter eller på annen måte unndrar seg fra å avgi prøver som nevnt i første ledd, kan arbeidsgiver eller Fylkesmannen be politiet om bistand til å framstille helsepersonellet for prøvetaking.



FAG

Samhandlingsreformen

Hans Knut Otterstad,
lege og helsetjeneste-
forsker

Fagartikkel

Artikkelen bygger på:

Teori: 100 %

DOI-nummer:
Doi: 10.4220/sykeplei-
ens.2013.0117

Dansk samhandling

I Danmark har samhandlingsreformen gitt kommunen større ansvar for å behandle og rehabiliterer eldre pasienter. Det har medført mer effektiv pasientstrøm i sykehus.

Er erfaringer fra Danmark, som iverksatte sin samhandlingsreform i 2007, tyder på at reformen har virket etter sin hensikt. Fra 2012 har den blitt utvidet med mer gjennomgripende økonomiske insentiver som vil medføre at kommunene vil få sin helseøkonomi bedret ved å satse på eget behandlingsapparat. På den måten skaper man alternativer til sykehusinnleggelse og spesialistbehandling, særlig for eldre og skrepelige pasienter. Dette blir mulig ved at man bygger ut rehabilitering og opptrening, og forbedrer effektiviteten av de eksisterende tjenester. I tillegg skal det satses på forebygging på individ- og gruppenivå. Dette er aktiviteter hvor danske kommuner allerede ligger milevis foran hva man kan tilby i Norge. Forskjellen vil trolig øke dersom ikke norske kommuner endrer kurs i sitt helsearbeid.

Dansk modell

Den danske samhandlingsreformen fra 2007 har vært brukt som modell for den norske fra 2012. I en artikkel i Sykepleien nr. 8–2011, ga jeg en oversikt over den danske modellen, og senere har jeg fått flere forespørsler om hvordan modellen har fungert i Danmark. Den har også blitt beskrevet i norske aviser og på TV. For å få vite mer om erfaringene dro jeg på studiebesøk til Gentofte kommune i mars 2012, den samme kommunen som jeg fikk min informasjon fra i 2009.

Spørsmålene jeg ønsket å få svar på var:

1. Har reformen vært vellykket i Danmark?
2. Hva er situasjonen i Danmark i dag i forhold til utskrivingsklare pasienter?
3. Hva kan vi lære av fem års erfaringer i Danmark i forhold til forventningene til samhandlingsreformen i Norge?

Reformens effekt

Reformen i Danmark var i første rekke et samfunnsøkonomisk grep for å rasjonalisere forvalt-

ningen ved å fjerne fylkene og redusere antall kommuner. Samtidig fikk kommunene et større økonomisk ansvar for medisinsk behandling og pleie av egne innbyggere og forbruket av sykehus. Kommunene må betale for utskrivingsklare pasienter som blir liggende i sykehus, de har fått et økt ansvar for rehabilitering og opptrening, samt for betaling av en andel av døgnprisen for pasienter i sykehus.

I hovedsak besto reformen av negative økonomiske virkemidler som skulle begrense ventelistene i sykehus og bidra til oppbygging av kommunale tjenester. Disse tjenestene skulle gi et alternativ til sykehusinnleggelse og lengre sykehusopphold som skyldes pleiebehov. I motsetning til den norske reformen fulgte det ingen økonomisk buffer med i oppstarten, det vil si at de kommunene som ikke klarte endringsprosessen fikk ingen hjelp.

Status etter 5 år

Hva er så status etter fem år? Sett fra Gentofte kommunes ståsted har reformen virket: Ventelistene for sykehusinnleggelser har ikke økt og er faglig sett akseptable. Det er også kommet rasjonaliseringer i sykehus som effektiviserer pasientstrømmen. Et eksempel er opprettelsen av et felles akuttmottak for alle akuttinnleggelser, slik at ingen blir liggende mer enn høyst nødvendig for å få en diagnose eller klargjørende undersøkelser.

Kommunen har påtatt seg større forpliktelser for behandling og rehabilitering, og slik bidratt til å avlaste sykehusdriften, særlig for de eldre pasientene. Kommunen har blitt mer effektiv i samhandlingen om alle pasienter, ikke bare de utskrivingsklare.

Tall fra Gentofte viser dette. Denne kommunen med 70 000 innbyggere er et fyrtårn når det gjelder rehabilitering og geriatrik innrettet pasientbehandling i Danmark med en stor rehabiliteringsinstitusjon, Tranehaven, med 83

Hovedbudskap

Samhandlingsreformen fra 2012 er konstruert etter en dansk modell som ble iverksatt fra 2007. Erfaringene fra Danmark er at økonomiske insentiver i helsetjenesten virker etter sin hensikt. Men sammenliknet med Danmark er kommunenes satsing på forebygging og rehabilitering på et betydelig høyere nivå enn her i landet.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

- » Kommunehelsetjeneste » Økonomi
- » Samhandling » Eldre » Forebygging

senger og stor poliklinisk virksomhet. Kommunen er således ikke helt representativ for danske kommuner, men viser hvilket potensial det er i en mer effektiv behandling av skrepelige pasienter på kommunenivå.

I de første 10 månedene av 2012 behandlet Tranehaven 925 innlagte pasienter, herav 75 prosent fra sykehus, resten direkte fra hjemmet. Av disse ble 77 prosent utskrevet til egen bolig, ti prosent ble reinnlagt i sykehus, mens resten ble klassifisert for langtidsinstitusjon. I tillegg finnes det et gjenopptreningsopplegg med 1400 pasienter som kommer poliklinisk etter døgnoppholdet og 1300 pasienter som får slik trening etter henvisning fra fastlegen. Dette er et meget omfattende tilbud som bidrar til å tilbakeføre pasienter til egen bolig, noe som betyr en betydelig effektivisering av eldreomsorgen rent økonomisk, og i tråd med pasientenes ønsker.

Senere justeringer

Fra 2012 ble reformen forsterket i form av sterkere økonomiske intensiver for å behandle og pleie pasienter i egen kommune framfor sykehusbehandling. Intensjonen med endringene er at kommunene skal betale 10 prosent av ut-



giftene til to viktige og kostbare helsetjenester: sykehusdriften, samt fastlegenes og spesialistlegenes refusjoner for pasientbehandling.

Det nye systemet kalles «medfinansiering», og navnet signaliserer at det i sterkere grad enn for reformen fra 2007 er de økonomiske elementene som blir viktige.

Skjematisk er systemet bygd opp av tre elementer:

1. Fra dag én skal kommunen betale en avgift for alle sykehusinnleggelser. Den varierer mellom 4 200 til 14 000 danske kroner avhengig av samlet liggetid, sykdommens kompleksitet og sykehusets kostnader. Ved innleggelsen blir det automatisk sendt en melding til hjemkommunen slik at de raskt kan overta pasientbehandlingen dersom dette er mulig.

2. Dersom en pasient blir klassifisert som utskrivingsklar under sykehusoppholdet, skal ny melding sendes til kommunen. Utover dette skal kommunen betale 1 820 danske kroner per døgn i tillegg til innleggelsestaksten.

3. Dersom det er behov for poliklinisk oppfølging på sykehus etter utskrivning, eller behandling hos spesialist, skal kommunen også betale en takst som en del av medfinansieringen av utgiftene. Kommunen skal også medfinansiere en del av utgiftene til fastlegene, det som i Norge delfinansieres av folketrygden.

«Medfinansieringsreformen»

Målsettingen for det nye systemet er at kommunene skal legge sterkere vekt på alternativer til sykehusinnleggelse, og at de skal bli økonomisk belønnet for sin kreativitet på dette området.

«Kommunen har påtatt seg større forpliktelser for behandling og rehabilitering.»

Her ser man for seg tre strategier:

1. Kommunenes innsats for de eldre og pleietrengende pasientene blir viktigere siden det er denne pasientgruppen som særlig har pleiemessige behov som bidrar til lengre sykehusopphold. Kommunen bør derfor i enda sterkere grad bygge ut de tjenestene som bidrar til færre innleggelser og raskere utskrivning av pleietrengende pasienter i sykehus, og samtidig satse på tiltak for å forebygge reinnleggelser. Dette må skje gjennom primær og sekundær forebygging i lokal regi. På behandlingssiden må man satse på hjemmetjenester, institusjonsplasser og rehabilitering. Her er dan-



KORTERE LIGGETID: Samhandlingsreformen har ført til kortere liggetid for eldre, utskrivningsklare pasienter på sykehus. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

ske kommuner allerede langt framme. Særlig når det gjelder rehabilitering er tjenestene i Danmark betydelig mer utbygd enn i norske kommuner (1). Ikke minst vil det kreve et bedre samarbeid mellom fastlegene og resten av det kommunale behandlingsapparatet.

2. I Danmark er inntaket i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten ivarettatt av et visitasjonsutvalg som er tverrfaglig sammensatt, og med mer omfattende fullmakter enn bestillerutvalget i norske kommuner.

Med økt vektlegging av økonomi og kommunalt ansvar for effektiv drift av tjenestene, har man i Gentofte sett på problemstillingen: «Er hjelpen riktig «skrudd sammen» på pasient- og kommunenivå?». Dette innebærer en løpende faglig revisjon av visitasjonsutvalgenes vedtak for å etterprøve om tjenestene har virket etter hensikten. Pasientenes egenomsorg skal i større grad løftes fram, gjennom en faglig vurdering av egenomsorg og muligheten for selvhjelp og opptrening.

3. I noen kommuner er denne tankegangen drevet enda lenger, og her har Fredericia vært den toneangivende foregangskommunen for forebyggingsstrategien innen pleie- og omsorg. Dette kan oppsummeres i to slagord: «Trening før hjelp» og «Tren deg fri – fra behandling og hjelp».

Denne ideologien er ikke ny, men i Fredericia er

den mer konsekvent gjennomført og basert på det gamle medisinske slagordet: «Prevention is better than cure». Siden mange av de problemene som møter pleietrengende eldre er knyttet til nedsatte ADL-funksjoner og svekkelse av bevegelsesapparatet, blir faggruppen av ergo- og fysioterapeuter og geriatriisk kompetanse innen medisin og sykepleie spesielt viktig. I dansk eldreomsorg har denne type behandling en mye sterkere plass enn i Norge, noe som blant annet skyldes at norske kommuner gjennomgående er små. I tillegg har de fleste norske kommuner tradisjonelt vektlagt pleieoppgavene mens forebygging, rehabilitering og trening har vært nedprioritert. En del norske fagfolk har imidlertid tatt interesse for Fredericia-modellen, og dette tyder på at det er grobunn for nytenkning i noen norske kommuner.

Tilbudet i Gentofte

Det er allment anerkjent at økonomiske insentiver i helsetilbudene virker, og dermed kan man forutsi konsekvensene i form av forventede og utilsiktede effekter. En grunnleggende konsekvens vil trolig være et økt press på å redusere antall innleggelser i sykehus og unngå for mange «overliggedager». Økonomi vil kunne overstyre mange av de faglige vurderingene som tidligere var basert på pasientenes behov og ikke på hva det kostet å ha

enkelpasienter liggende i sykehus.

Det nye systemet vil teoretisk sett legge større press på primærlegene siden det er legenes sykehusinnleggelser som direkte utløser kostnadene til sykehusbehandling. Fastlegene må sammen med resten av behandlingsapparatet finne alternative løsninger til sykehusinnleggelse for å redusere kommunens utgiftsnivå, det vil si samhandling. Dette vil jo være et ønsket resultat, men legene vil lett kunne komme under krysspress fra familien til pasienten som i mange tilfeller ønsker sykehusbehandling på grunn av tryggheten og spesialistkompetansen i sykehus. Vil legene ha sin lojalitet til økonomien i egen kommune eller hos pasienten og hennes familie ved slike problemstillinger i behandlingsforløpet?

Den medisinske ekspertisen i Gentoft svarte at praktiserende leger i kommunen ikke hadde fått økt press om å tilpasse seg kommunens budsjetter, men det gjenstår å se hvorledes kommunen vil reagere dersom det blir et større overforbruk av sykehusinnleggelse og dette kan tilbakeføres til enkeltleger. En slik utvikling vil i mange tilfeller først vise seg på litt lengre sikt.

Strategier for å redusere forbruket av «overliggerdager» vil ha de samme problemstillinger knyttet til seg som de vi finner i det norske systemet. Her vil løsningen ligge i tilpassete tjenester og god samhandling mellom alle yrkesgrupper og tjenester i det kommunale systemet.

Reduseres sykehusforbruket?

Dette blir i praksis en test på hvilke behandlingsalternativer som vil forhindre sykehusinnleggelser, i første omgang om forebygging, trening og rehabilitering kan begrense eller utsette pleiebehov og behandling på høyere nivåer, det vil si i sykehjem eller sykehus? Dette er den samme problemstillingen som vi har diskutert i Norge de siste 30 årene, om LEON-prinsippet versus sykehjemsutbygging. Her viser erfaringene at mange norske kommuner har foretrukket å bygge omsorgsboliger og utvide hjemmetjenestene framfor å utvide antall sykehjemsplasser. Men i mange kommuner har det skjedd på grunn av økonomi og ikke på grunn av noen bevisst ideologi om LEON-prinsippet fordeler ved utviklingen av det samlede tjenestetilbudet. Statistikken viser at de fleste norske kommuner har et større tilbud av institusjonsplasser på sykehjemsnivå enn man har i Danmark. Sett med danske øyne blir det økonomisk helt feilslått å øke dekningen av sykehjemsplasser som et alternativ til sykehusbehandling. Dette skyldes at rundt 85 prosent av sykehjemspasientene ligger i langtidsseng med en gjennomsnittlig liggetid

på to år eller lenger, mens overliggerdager i sykehus gjerne kan telles på en hånd. På bakgrunn av dette er tjenestetilbudet i Danmark bedre tilpasset samhandlingsreformen og nå også medfinansieringssystemet. Årsaken er at danske kommuner baserer seg på LEON-prinsippet og høy grad av rehabilitering og opptrening. Dette gir høyere grad av tilbakeføring av pasienter til hjemmet, og er økonomisk sett mer i tråd med økonomien i medfinansieringsreformen.

Oppsummering

Den norske samhandlingsreformen er basert på den danske modellen fra 2007. Utviklingen i løpet av de første fem årene viser at den i hovedsak har oppnådd målsettingen om en mer effektiv sykehusdrift. Samhandlingsreformen er dessuten langt på vei et mer rettferdig system for kommunene siden de som ikke bygger ut sitt eget behandlingsapparat må betale de meromkostningene det medfører å ha et overforbruk av mer kostbare sykehustjenester.

Den danske reformen er fra 2012 utviklet til et mer omfattende og sofistikert system med større vektlegging av økonomi. Dette kalles nå medfinansiering. Ifølge det nye systemet skal kommunen finansiere 10 prosent av alle helseutgifter for sine egne innbyggere. Her vil primærlegene i kommunene komme i en mer økonomisk nøkkelrolle etter som alle innleggelser vil ha en prislapp. Dette vil sannsynligvis utfordre legenes frie stilling som pasientens «advokat» dersom kommunens helsebudsjetter overskrides over tid.

De økonomiske insentivene er i tillegg konstruert slik at de belønner alternativer til sykehusbehandling, særlig når dette skyldes behov for pleie. Her vil det lønne seg for kommunene å satse på forebygging og LEON-prinsipper.

Ulempe

Et viktig spørsmål til sist: Vil den danske samfinansieringsreformen bli aktuell i Norge? I første omgang er dette lite sannsynlig siden Norge har en mindre presset samfunnsøkonomi. Men når den andre eldrebølgen slår innover oss fra 2020, vil de økonomiske realitetene trolig endres også i Norge, og da vil økonomiske forhold kunne tale for en økende grad av medfinansiering også i norsk helsevesen. Dette er imidlertid mer rettferdig enn at kommuner som ikke tar sitt ansvar for å bygge ut egne tjenester, skal slippe unna et eventuelt økonomisk ansvar for «overforbruk» av sykehus- og spesialisttjenester.

En viktig ulempe sett fra et faglig synspunkt er at medfinansiering i tråd med det danske systemet, vil innebære omfattende beregnings- og regnskapssystemer med økt byråkrati og regelstyring. Dessuten vil de fleste kommunale helsearbeidere trolig reagere negativt på at økonomer får en sterkere plass i det medisinske fagområdet slik som utviklingen har vært i sykehusene. ■■■

✓ Fagartikler kan sendes til torhild.apall@sykepleien.no

KJØP EN SMERTESTILLENDE GELE
som lukter nydelig!



**SÅR HUD?
bruk denne!**

FANTASTISK i behandling av VONDE MUSKLER OG LEDD, RYGG OG NAKKE/ HODEPINE
ANBEFALES AV MANGE, MANGE, MANGE!

300 ml kr **349,-** + frakt
Kjøp 2 stk, betal i rater og **få** en flott håndkrem fra Dødehavet (verdi kr 149,-)
GRATIS MED PÅ KJØPET!

ET MULTIPRODUKT
ypperlig som ansiktsmaske!
...også kjempebra på KLØENDE HUD som fra BRENNMANETER, MYGG, KLEGG, VEPS og BIESTIKK VIRKER OMGÅENDE

 **DEN GRØNNE LEGEN®** 

Postboks 168, 4795 BIRKELAND | Tlf 37 27 70 07 | www.dengronnelegen.no

Unge gjengangere i tvangsepisoder

Maria Knutzen har vist at tvangsmidler ofte brukes på de samme pasientene i akuttpsykiatrien. Unge med mange og lange innleggelser er særlig utsatt.

Tekst og foto **Eivor Hofstad**

Datamaterialet:

Maria Knutzens doktorgradsavhandling «Tvangsmidler i psykiatriske akuttavdelinger» dokumenterer bruken av isolasjon, mekaniske tvangsmidler (ulike belter) og farmakologiske tvangsmidler (korttidsvirkende legemidler). Datamaterialet er fra to tidsperioder:

1996–97: Akuttpsykiatrisk avdeling på Ullevål. 960 pasienter, hvorav 135 av dem var involvert i minst en episode med tvangsmidler.

2004–05: Akuttpsykiatriske avdelinger ved Ullevål universitetssykehus, Aker universitetssykehus og Sykehuset Buskerud (Lier). Et tilfeldig utvalg av alle innlagte pasienter som ikke var registrert i tvangsmiddelprotokoller (374 av totalt 3365), samt 375 pasienter som var involvert i minst én episode med tvangsmidler.

I 1972 var Maria Knutzen 20 år og ufaglært pleiemedhjelper på en lukket psykiatrisk avdeling. Der fikk hun sitt første møte med et tvangsmiddel som ikke brukes lenger: tvangstrøya.

– Jeg opplevde at ubalansen i relasjonen mellom pasienten og oss ble stor. Det føltes ubehagelig med makteløsheten til pasienten og den tilsvarende økte makt personalet fikk over vedkommende, forteller hun.

Dårlig dekket i utdanningen

20 år seinere begynte hun som psykiatrisk sykepleier ved akuttpsykiatrisk avdeling på Ullevål sykehus og ble overrasket over hvor lite forskningsbasert kunnskap det var om bruk av tvangsmidler. Temaet hadde heller ikke blitt tatt opp ordentlig i utdanningen.

– Psykiatriske pasienter som blir underlagt tvangsmiddel er å betrakte som intensivpasienter. De blir helt overlatt til oss som må ivareta deres grunnleggende behov. Vi må blant annet passe på væsketilførsel, men da jeg jobbet på Ullevål, manglet vi registreringssystemer for det.

Mangler nasjonale retningslinjer

Det finnes fremdeles ingen nasjonale retningslinjer for bruk av tvangsmidler.

– Det gjør at det utvikler seg lokal praksis på sykehusene som pasientene blir prissatt. Ulike datasystem og rutiner for rapportering gjør også at datatilgangen og forskning på området blir vanskelig, sier Knutzen.

Det har derfor ikke vært noen enkel jobb å studere tvangsmiddelbruken ved tre akuttpsykiatriske avdelinger (se faktaboks). Mange års arbeid endte omsider med doktorgrad i september.

Risikofaktorer

Der viser hun at isolasjon nesten ikke forekommer lenger, men at mekaniske og farmakologiske tvangsmidler brukes både hver for seg og i kombinasjon. Forekomsten var på vel 14 prosent i 1996–97 og vel 11 prosent i 2004–05.

Hun identifiserte også følgende pasientkarakteristikker som øker sannsynligheten for tvangsmiddelbruk: Tvangsinnleggelse, mange og lange innleggelser, samt følgende diagno-

ser: Rusutløst psykose, schizofreni eller bipolar affektiv lidelse.

Mulig systemsvikt

Når Knutzen så hva som kjennetegnet pasientene som hadde hyppige episoder med tvangsmidler (seks episoder eller mer), var ung alder en risikofaktor kombinert med mange og lange innleggelser og en høy forekomst av personlighetsforstyrrelser.

– Dette er bare tall fra en toårsperiode. Hva med et livsperspektiv – hvor mange episoder blir det ikke da, undres Knutzen.

Hun har ingen forklaring på hvem disse unge er eller hvorfor akkurat unge ser ut til å være ekstra utsatt for tvangsmiddelbruk. Men odds-ratioen for mange og lange innleggelser er så høy at det fikk henne til å tenke på om dette kan handle om systemsvikt også utenfor avdelingen.

– Klarer hjelpeapparatet der ute ikke å ta seg av disse pasientene? Kanskje bør vi se nærmere på behandlingen de får både på DPS og i førstelinjetjenesten, i tillegg til hvordan pasientene møtes i spesialisthelsetjenesten, forslår Knutzen.



STORT ANSVAR: Maria Knutzen mener psykiatriske pasienter som blir underlagt tvangsmidler er å betrakte som intensivpasienter.

Hjelpeløshet

Hele 40 prosent av tvangsmiddelepisodene forekom blant bare 9 prosent av de pasientene som stod i tvangsmiddelprotokollen.

– Hva forteller det at noen har en så stor andel av episodene?

– Det kan ses som et uttrykk for hjelpeløshet fra personalets side. Her har vi identifisert en gruppe som vi ikke har lempeligere midler til.

Krenkelsesprosess

Knutzen mener tvangsmiddelbruk kan betraktes som det endelige stadium av en krenkelsesprosess, samtidig som hun også ser at det handler om nødrettstilstander som alltid vil kunne dukke opp i psykiatrien.

– Tvangsmidler kan være nødvendig for å forhindre at pasienten skader seg selv, andre eller forårsaker betydelig materiell skade, sier hun og fortsetter:

– Undersøkelser viser at pasienter ofte opplever tvangsmiddelbruk som krenkende og at deres grunnleggende behov ikke blir tatt godt nok vare på. Andre forbinder tvangsmidlene med trygghet. Ulike former for tvangsmidler oppleves også forskjellig. Noen foretrekker for eksempel å ligge i reimer fremfor å bli holdt.

– Mye kan endres

Maria Knutzen håper at funnene hennes kan bidra til å forebygge, kvalitetssikre og redusere tvangsmiddelbruken ved at man blant

annet på forhånd kan identifisere personer med risiko for økt tvangsmiddelbruk. Det vil gjøre det mulig å evaluere behandlingen pasienten har fått, for så i samråd med pasienten selv, utvikle individuelt tilpassete behandlingstiltak. Foreløpig er det ingen avdelinger hun vet om som har identifisert disse pasientene.

– Det er mye som kan endres til det bedre, både organisatorisk, kompetansemessig, personalmessig og arkitekturmessig. Ved akuttpsykiatrisk seksjon i Skien ble tvangsmiddelbruken mer enn halvert da avdelingen fikk nytt bygg og hver pasient fikk 100 kvadratmeter til disposisjon og fritt kunne gå ut i et atrium. ■■■

eivor.hofstad@sykepleien.no

«Det utvikler seg lokal praksis på sykehusene, som pasientene blir prisgitt.»

Maria Knutzen

Bok i rosa

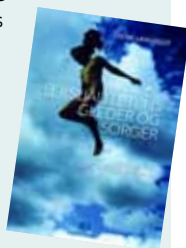
Den rosa boken inneholder tolv tekster om brystkreft, og overskuddet av salget går til Rosa sløyfe. Boken er utgitt av Cappelen Damm, i samarbeid med Brystkreftforeningen og Kreftforeningen.

Tekstene handler om hvordan det er å leve med brystkreft, både som kvinne og mann, både som rammet selv og som pårørende.



Seksualitet og utvikling

Thore Langfeldt vil skape forståelse for hvordan man utvikler seksuell identitet, så man lettere kan forstå og forvalte egne og andres seksuelle uttrykksformer. Det gjør han med boken *Seksualitetens gleder og sorger*.



Om engasjement

Engasjement i praksis heter en ny boksom søker å skape bruer mellom vitenskapsfilosofi og praksis i helse- og sosialfeltet.

Boken er skrevet for studenter i helse- og sosialfag, fagfolk og praktikere. Forfatterne er fra ulike fagområder.



Tyngre på bygda

Flere barn er overvektige i små kommuner enn i store. Det viser tall fra Barnevekststudien til Folkehelseinstituttet.

Undersøkelsen gjøres på 8-åringer og de nye tallene er basert på målinger gjort i 2010. Studien omfatter over 3 000 8-åringer fra 125 skoler over hele landet. Barna i små kommuner var i snitt en kilo

tyngre enn barna i store kommuner.

Årsaken er usikker, men det diskuteres om nærmiljøet spiller en rolle. Tall fra Barnevekststudien i 2012 viste at i små kommuner er det færre barn som sykler eller går til skolen. Mødrenes utdanning kan også spille en rolle.

Kilde: Folkehelseinstituttet



Sexolog på helsetasjon

Helsetasjon for ungdom i Gjøvik tilbyr gratis sexologisk rådgivning til unge mellom 13 og 25 år.

Hos sexologisk rådgiver kan en få hjelp til å bedre forholdet til egen seksualitet, sier leder av helsetasjonen Ann-Kristin Bratlien til Oppland Arbeiderblad.

Hun tror ungdom ned til 13-årsalderen lurer på ting de ikke tør å spørre andre om. Det kan være jenter som lurer på om brystene deres ser normale ut eller gutter som bekymrer seg over fasongen på penis.

Rådgivningen blir gitt av sykepleier og sexolog Ingunn Eriksen.

Kilde: Oppland Arbeiderblad



Ny bok om demens

Demens – Den nye folkesykdommen skal gi all informasjon man trenger om demens: Hva det er, hvem som får det, hvordan man kan komme demensen i forkjøpet, symptomer, hvordan leve med det og hva slags hjelp man kan få.

Det er journalist Hallvor Hustadnes og forfatter Siv Henningstad som har skrevet boken.



Færre gravide drikker

Ni av ti gravide er helt eller delvis enig i at det er vanlig å drikke alkohol under svangerskapet. Det kommer frem i en ny undersøkelse fra Helsedirektoratet. 381 kvinner som var gravide eller som hadde fått barn siste år ble spurt om sitt forhold til alkohol og graviditet.

Færre enn 5 av 10 sier de kjenner noen som har drukket alkohol mens de var gravide. I 2010 var det 6 av 10 som sa det samme.

Men undersøkelsen viser også at hver tredje gravide er bekymret for hva hun drakk før hun visste om svangerskapet.

Kilde: Helsedirektoratet

Professor i Hedmark



Kari Kvigne er tildelt tittelen professor i sykepleievitenskap ved Høgskolen i Hedmark. Ifølge den sakkyndige komiteen fyller hun svært godt de generelle kravene til professorer, hun har både bredde og dybde i sin forskning, er utdannet pedagog og har lang erfaring som lærer. Kvigne har vært ansatt ved sykepleierutdanningen i Hedmark siden 1979.

Kilde: Høgskolen i Hedmark



Ny jordmorleder

Hanne Schjelderup-Eriksen er valgt til ny leder for Jordmorforbundet NSF. Hun er fra Sandnessjøen og har tidligere ledet NSF Student.

Rekruttering og bedre kvinnehelse blir hennes kampsaker.

– Jeg er opptatt av svangerskapsomsorgen, sier hun.

– Det er en kort periode i livet, hvor kvinnen har en unik mulighet til å gi barnet en god start ved å leve sunt. I denne fasen har jordmødre en unik påvirkningskraft, fordi kvinnene er motivert for endring.

Men Schjelderup-Eriksen sier det er for få jordmødre i kommunene.

– Ikke alle kommuner har jordmødre, og i mange har jordmødrene bare små stillingsbrøker. Derfor vil vi jobbe for å få flere stillinger som jordmødre. I forslaget til nye retningslinjer for svangerskapsomsorgen er det også foreslått at jordmødre skal reise på hjemmebesøk til nybakte mødre. Det krever flere jordmødre, sier hun.

Hanne Schjelderup-Eriksen jobber som jordmor ved Sandnessjøen sykehus. Hun ble ferdig jordmor i 2009.

App mot mobbing

Bruk hue er en mobbekampanje for barn og unge. Gjennom bevisstgjøring og kunnskap er målet å bekjempe digital mobbing. Telenor, Røde Kors, Medietilsynet og Barnevakten samarbeider om tiltaket. Nå lanseres en egen app, som skal gjøre det lettere for dem som blir mobbet å få hjelp. Den er også for dem som vil hjelpe andre. Appen heter Bruk hue.

Kilde: Røde Kors

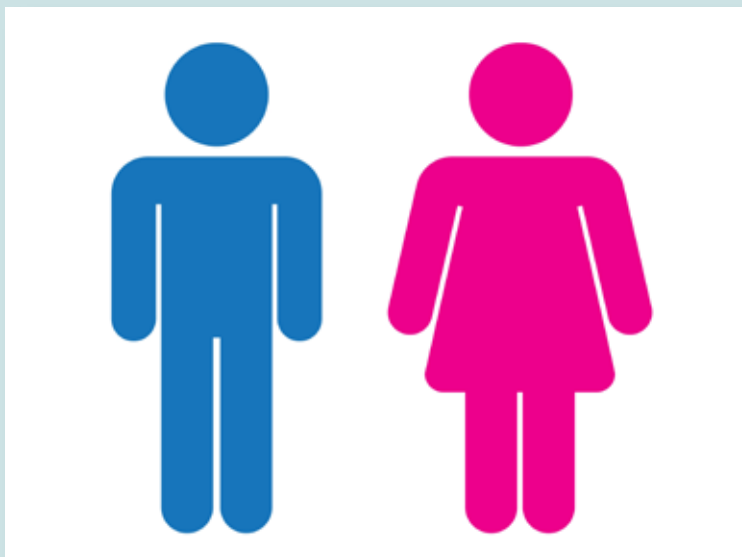


Lærer om seksualitet i egne grupper

Ved Sogn videregående skole i Oslo får innvandrere undervisning om seksualitet i egne guttegrupper og

jentegrupper.

I siste nummer av Tidsskrift for helsesøstre skriver Kristine Hartvedt om



PUBERTET OG SEKSUALITET: Innvandrere får seksualundervisning i jentegrupper og guttegrupper på Sogn videregående skole.

opplegget. Hun er helsesøster og fikk i 2006 henvendelse fra en mannlig lærer for en av norskopplæringsklassene som syntes det var vanskelig å undervise om kropp og seksualitet. Kropp og seksuell helse oppleves privat for mange, og noe de ikke ønsker å snakke med andre om. Flere jenter i denne klassen kom også fra land der omskjæring er utbredt.

Fordi helsesøstre har kunnskap og erfaring i å snakke om seksualitet, ble det laget et opplegg der de underviste om kropp, pubertet og seksualitet knyttet opp mot omskjæring. Det forventes at skolen skal ta opp temaer knyttet til kjønnslemlestelse, og derfor ble det naturlig.

Erfaringen var at jentene hungret etter kunnskap om alle tema, og spesielt omskjæring. Det har kommet mange spørsmål, som om man kan velge å gradvis åpne seg litt av gangen og når det er lurt å gjøre det. Det har også vært rom for diskusjon.

Guttegruppene har ofte spurt om hva omskjæring er.

**EGET FAG-
BLAD:** Tidsskrift for helsesøstre sendes til medlemmer av Landsgruppen av helsesøstre.



Studier har vist at mange omskårne kvinner i liten grad tar initiativ til å snakke med lege om inngrepet. Det viser seg også at mange har plager og komplikasjoner. Derfor går mange jenter og kvinner med plager de i liten grad snakker om.

Ifølge helsesøster Kristine Hartvedt har gruppeundervisningen ført til flere spørsmål om omskjæring og at terskelen blir lavere for å søke hjelp fra skolehelsetjenesten også til andre ting. Mange gir også uttrykk for at kunnskapen de har fått gjør at de ikke vil omskjære egne barn.

Ringenes herre

Da jeg var ti-elleve år, ville mine foreldre dele en av sine store leseropplevelser med meg og min bror. Det var trilogien *Ringenes herre* av J.R.R. Tolkien. En optimistisk og ambisiøs satsing, for de ville nemlig lese høyt for oss.

Alle som har lest bøkene, husker at første del er en nokså langdryg affære. Det går i det uendelige om historien rundt hobbitene og landskapet omkring og de store planene Bilbo har for sin sorti og den store reisen han skal foreta. Det krever litt tålmodighet, og det hadde ikke broderen, bare åtte år, og jeg den gangen. Vi meldte pass etter kanskje femti sider, til fars store skuffelse. Han så nok for seg en like stor fascinasjon for hobbitene, dverger, alver, orker og troll som han hadde. Ikke minst skulle vi innvis i den vanvittig spennende historien om Ringen, hvordan den ble til og hvordan mørkets krefter virket på hele den eventyrverdenen Tolkien skapte rundt andre verdenskrig.

Men spiren ble lagt, og det gikk ikke mer enn ett år eller to før vi begge hadde slukt bøkene og lest de par tusen sidene i en jafs. Det ble lange kvelder og sene netter, men bøkene var, og er, komplett umulige å legge fra seg. Så takk til Tolkien for å ha skapt dette fantastiske universet som for ti år siden også ble til noen overdådige filmer. Og takk til de optimistiske foreldrene som sådde frøet.



Viktor Skotte

Sykepleier en gang til

Laila Goody har avansert: Nå spiller hun avdelingssykepleier.

Tekst **Marit Fonn** Foto **Stig Weston**

Sykepleier Lise Gundersen er så konfliktsky at hun ikke tør å si til studenten hun veileder at dette ikke er bra nok.

– Det ville jeg ha gjort. Det er jo bare å si det. Lise klarte det ikke. Hun klarte ikke å ta plass.

Men Laila Goody ble glad i Lise, som hun spilte i filmen *Som du ser meg*. Og Amanda-prisene haglet: Årets film, best manus, best regi – og Goody ble beste kvinnelige skuespiller.

– Gratulerer!

– Takk. Det var en vanskelig oppgave å løse. Men også veldig gøy.

Filmen er nå nominert til Nordisk råds filmpris. Og Goody er i gang igjen. Etter dette intervjuet skal hun rett på leseprøve. Hun øver nå på å bli en troverdig avdelingssykepleier i teaterstykket *Omsorg*.

Goody kimser ikke med forberedelsene. Da hun var Lise, hadde hun en ordentlig sykepleier ved siden av seg.

– Hun sjekket at jeg tømte bekket på en ekte og hygienisk måte.

Og sist mandag hadde hun vakt på Grefsenhjemmet, der hun fulgte en avdelingssykepleier og sugde inn tips til teaterstykket

– Den siste du spiller er ikke like konfliktsky som Lise?

– Overhodet ikke. Når hun må ta tak i noen ufaglærte som gjør noe ureglementert, ja, så gjør hun det.

I første akt er det helg og frokost på demensavdelingen. Det oppstår konflikter mellom ansatte og pårørende.

– I andre akt inviteres publikum til

scenen for å snakke om sine erfaringer. Det handler om å være pårørende for sine foreldre samtidig som man selv er foreldre.

Veldig, veldig interessant, synes hun.

– Jeg er jo selv i en sånn fase i livet – jeg er 42, typisk sen førstegangsfødende. Min mor er 67. Men hun bor på Jørpeland, jeg er i Oslo. Man gjør seg noen tanker.

Tredje akt handler om en søskenflokk, der hun – avdelingssykepleieren – er attpåklaten.

– Vi gjør opp regnskap. Det er mye

gå hardt ut. Å få det til å fungere er både krevende og givende.

Som du ser meg handler om hverdags-hendelser.

– For Lise Gundersen begynte det med en tullete konflikt. Men det ble helt forferdelig. Hun klarte ikke å ordlegge seg.

– Ble du skuffet over henne?

– Nei. Jeg tenker heller at det skal ikke være sånn at alle skal gjøre det samme.

Manusforfatter Dag Johan Haugerud må ha visst at veiledning av sykepleier-

«Når barnet ditt legges i narkose, er det ganske fælt.»

interessekonflikter, og søsknene har opplevd barndommen helt forskjellig. Noen tar mer ansvar enn andre.

Goody ser likheter mellom sykepleiere og skuespillere.

– Vi jobber tett på mennesker hele tiden. Jeg forholder meg jo stadig til nye kolleger.

På Grefsenhjemmet lærte hun at væremåten overfor pasientene kan avgjøre om man gir god eller dårlig pleie.

– Hvis du som sykepleier er så effektiv at du ikke tar innover deg hvordan du kommuniserer, går det ut over pasienten. Det skal så lite til. La oss si jeg er grunnleggende uenig i hvordan en kollega vil løse et problem. Dette mennesket skal jeg spille med i lang tid. Jeg må løse konflikten på en all right måte. Det er bedre å lirke det til enn å

studenter ofte er et ømt punkt. Mange blir veileder mot sin vilje, slik det også var for Lise.

– Er det slitsomt å være skuespiller?

– Det er tosidig. Det er befriende og godt at det er uforutsigbart. Men noen ganger er det krevende for familielogistikken. Barna på fem og sju kan ha lange morgener med mammaen sin, men av og til må jeg gå fra dem om kvelden.

Da stepper mannen inn. Også han er skuespiller, men som frilanser jobber han mest om dagen. Selv fikk Goody fast jobb da hun var 26. Hun vet at hun er heldig.

– Jeg har enorm respekt for helsevesenet, selv om jeg ikke har erfaring som pasient selv.

Men sjuåringen måtte ta mandlene:

– Ingen stor sak, men likevel. Når



Laila Goody

Aktuell med: Fikk Amanda-prisen for å spille sykepleier i filmen *Som du ser meg*. Spiller også sykepleier i *Omsorg*, som har premiere på Nationaltheatret 26. oktober.

barnet ditt legges i narkose, er det ganske fælt. Men sykepleierne sa: «Vi tar vare på sønnen din, slapp av.» Jeg ble så takknemlig.

– *To fødsler har du vært gjennom?*

– Ja, jeg glemmer aldri ansiktene på jordmødrene som tok imot Gustav og Johanna.

– *Broren din, som ble funnet død, ga deg også erfaringer?*

– Jeg var pårørende i psykiatrien i ti år. Jeg må ærlig si at erfaringene er blandet. I psykiatrien er du veldig sårbar for hvem du møter.

Som pårørende ville hun gjerne bli tatt på alvor.

– Et par av gangene jeg var bekymret, ble det bagatellisert. Det var utrolig vonde opplevelser. Psykiatri kan være skremmende. Pårørende vet ikke hva en psykose er, de skjønner ikke hva som skjer.

Da hun ble gravid, var hun på scenen med stor mage. I andre svangerskap var det ingen roller for henne. Da barna var ett og tre, døde broren.

– Det var tøft. Jeg var borte fra yrket i nesten fem år.

Men at avbrekket ble så langt, skremte henne ikke.

– Det var som å ta i bruk en muskel igjen da jeg var tilbake. Dessuten er livserfaring bra for skuespillere. Og det er veldig viktig å flytte oppmerksomheten bort fra deg selv.

– *Er kunst viktig for sykepleiere?*

– Det er bra for mennesker som

jobber med mennesker. Kunst handler om å forstå hverandre og forstå seg selv. Mitt liv er utenkelig uten musikk og bilder.

– *Kunne du vært sykepleier?*

– Aldri. Jeg er for pysete. Redd for blod og sprøyter. Det hadde aldri gått.

– *Men å tømme bekken gikk bra?*

– Det som var oppi var falskt. Men likevel litt skummelt. ■■■

marit.fonn@sykepleien.no



Bare fortell!

Praktisk veiledning i å skrive fortellerlogger
Av Ingeborg Støren
108 sider
Cappelen Damm Akademisk, 2013
Anmelder: Carl Christian Bachke, professor
i vernepleie

Bra om logg

ANMELDELSE: Formålet med denne boka er å hjelpe studenter og praktiskere til å skrive fortellerlogger, samt å vise hvordan de kan oppmuntre pasienter og andre til å fortelle sine historier.

Den har flere målgrupper: Studenter i helsefag, de som jobber med å gi omsorg til mennesker, og de som ellers ønsker å fortelle og nedtegne sine historier.

Boka beskriver forskjellige typer logger, med hovedvekt på fortellerloggen. Basert på Labov & Waletzky sin teori om elementer i vanlig folks fortellinger presenterer boka orienteringen, handlingskompliseringen, relasjonen og resultatet og avslutningen i fortellerloggen.

Boka avslutter med etterord, referanser, stikkordsregister og fem vedlegg som utdyper og eksemplifiserer innholdet og arbeidsmåter. Således får boka en teorigruet kapitellrekkefølge og et praktisk tilsnitt

samtidig.

Boka fyller et hull i fagbokheimen ved å gi en samlet framstilling om kun loggskrivning og -bruk. Andre bøker, særlig innen veiledning, beskriver temaet i korte kapitler eller avsnitt. Mye tyder på at på boka er et resultat av forfatterens erfaringer med stoffet i studentarbeid. Det gir innholdet økt troverdighet, og gir økt lyst til å prøve det ut.

Strukturen i boka framhever innholdet på en minnelettende og pedagogisk måte. Illustrasjonen på forsiden billedliggjør en motiverende kraft og et potensial som ligger i den nedtegnede og fortalte historie – den får meg til å tenke på en kildeprut gjennomskint av solen slik at regnbuens mange kulører åpenbares.

Stikkordsliste, innholdsfortegnelse og bokas korthet gjør det enkelt å orientere seg i stoffet. Hentydninger til oldtidens kunster som retorikken, gir budskapet en holdbarhetstygnde

som ivaretar kunnskapskontinuitet over generasjoner, både innenfor yrket og i det alminnelige liv.

Men det mangler forskningsbasert empiri på bruk av fortellerlogg i studentarbeid fra forfatters egen hånd eller referanser til annen forskning i dette feltet.

Ambisjonen om å nå en bredere leserkrets enn aktører innenfor sykepleiefeltet innfris ikke helt, kanskje fordi fortellerloggbeskrivelsen ikke plasseres tydelig nok innenfor veiledningspedagogikkens sfære. På grunn av ensidighet i eksempelbruk følger folk i andre profesjonsleire som sosionomer, barnevernspedagoger, vernepleiere, lærere, prester og andre mindre motivasjon til å lese og anvende boka. Fortellerlogg og veiledning bør således bli et nytt bokprosjekt fra forfatters hånd.

Jeg vil derfor anbefale boka som pensum i praksisstudier, særlig innenfor sykepleie. ■■■



Du forsvinner

Av Christian Jungersen
430 sider
Aschehoug, 2013
ISBN: 978-82-03-21841-5
Anmelder: Ingrid Ovlien-Mikalsen,
spesialsykepleier i psykisk helsearbeid

Å finne håp i håpløshet

ANMELDELSE: *Du forsvinner* er en fortelling om sykdom. Det er også en historie om familie og relasjoner, men mest av alt tar *Du forsvinner* for seg betydningen av håp.

Boken omhandler en liten familie som bor i en rolig forstad i Danmark. Livene deres endrer seg voldsomt da det oppdages at Fredrik har en svulst på hjernens frontallapp. Det er nå sykdommen og ikke han selv som avgjør hans atferd. Hvor mye er det egentlig igjen av den mannen Mia forelsket seg i? Kan han fortsatt være en god far for deres sønn Niklas? Kan Fredrik sies å ha fri vilje og dermed stilles til ansvar for sine handlinger? Og hvor går egentlig grensen mellom

symptomer og personlighetstrekk? Forfatteren stiller leseren mange ubehagelige og vanskelige spørsmål. Dette gir fortellingen en tydelig filosofisk og etisk dybde som kler den godt.

Du forsvinner er en rå og ekte skildring av denne lille familiens nye hverdag. Språket er direkte, og forfatteren legger ikke noe imellom i sine beskrivelser. Leseren kommer nært inn på jeg-personens private sfære. Veldig nært. Stilbruken i boken oppleves original; mye takket være forfatterens bruk av illustrasjoner i teksten, som gir historien en ekstra dimensjon.

Forfatteren har åpenbart satt seg

godt inn i den aktuelle sykdommen, noe som gjenspeiles i språket og jeg-personens måte å håndtere situasjonen på. Dette fungerer som en rød tråd gjennom historien. Til tross for at språket til tider er svært faglig preget, er det ikke til hinder for at andre enn helsefagarbeidere vil kunne få glede av denne boken. Skjønt ... glede? Dette er på ingen måte en feel good-bok. Sjelden har jeg lest en bok som har fått meg til å føle slikt sinne og tristhet.

Du forsvinner provoserer og engasjerer med en hårfin, elegant balanse. Den viser hvordan sykdom kan påvirke et familiespill, og peker på viktigheten av håp i en håpløs situasjon. ■■■

Frisk og syk på samme tid

ANMELDELSE: I dag opplever stadig flere kronisk syke at de dør ikke av sin lidelse, men med den. Spørsmålet blir derfor for mange ikke liv eller død, men hvordan de skal mestre hverdagen med den gradvise forringelsen av allmenntilstanden som sykdommen forårsaker.

Forfatterne av denne boken, psykologspesialist Kari Frank og nevropsykolog Kjersti Træland Hanssen arbeider begge ved MS-Senteret Hakadal. De har bred klienterfaring i arbeidet med personer som lever med ulik funksjonssvikt.

I forordet beskriver psykolog Torkil Berge betydningen av psykologiske tiltak. Å ha en kronisk sykdom innebærer å være frisk og syk på samme tid. Å leve med den sorgen det er å aldri skulle bli frisk, men stadig forvente en gradvis forringelse av funksjonsnivå er en tøff realitet.

Boken inneholder 18 kapitler, hvor hvert av dem presenterer sentrale temaer. Fra det å få en diagnose, sykdommens innvirkning på ulike

funksjoner som kognisjon, søvn, vannlating, smerte og fatigue. De fleste kapitlene omhandler psykososiale forhold i nære relasjoner. Spesielt barn til kronisk syke kan få en utfordrende oppvekst og dette oppleves ekstra vanskelig for den syke selv.

Boken omhandler hjelpemidler og tiltak som kan formidles via NAV. Jeg ble fascinert av kontakten mellom Jane (48 år) og hunden Marvin. Tenk om helsepolitikere og teknologer kunne bruke mer ressurser på å utvikle servicehunder, for roboter og annen «smart house-teknologi» dekker bare praktiske utfordringer.

Alle kapitlene er bygget opp med en innledning hvor en pasienthistorie blir introdusert og nyttig faktakunnskap presentert. Deretter følger en side med «tre grep» – praktiske råd til hvordan en bedre kan mestre det aktuelle problemer som er omtalt. Deretter følger tre refleksjonsoppgaver hvor leseren selv kan anvende det han har lest på sin egen situasjon. Hvert kapittel avslut-

tes med en litteraturliste. I tillegg er det en humoristisk Tilde-stripe, som tilsynelatende kan ta brodden av et vanskelig tema.

Jeg mener at forfatterne har klart balansen mellom optimisme og depresjon i framstillingen av denne «selvhjelpsboken». Likevel er etterordet til et styremedlem i MS-forbundet betimelig. Hun setter ord på «faenskapen». Mestringsteorier er viktige, men det viktigste er å mestre sorgen over å være kronisk syk.

Forfatterne har tatt utgangspunkt i pasienter med en MS-lidelse, men det er en nyttig bok for andre som har en kronisk sykdom og deres nærmeste. For sykepleiere som arbeider i somatikken er det en fin anledning til å bli kjent med oppdaterte metoder innen livsstyrke- og mestringsarbeid.

Jeg har også et spørsmål. Forfatterne omtaler casene sine med fornavn, blir dette for nært? Det kan være behov for en større distanse til personene som omtales for å kunne generalisere til brukere i lignende situasjoner. ■■■



Du ser jo så godt ut!

Kronisk sykdom bak fasaden
Av Kari Frank og Kjersti Træland Hanssen
241 sider
Gyldendal Akademisk, 2013
ISBN/EAN: 9788205445338
Anmelder: Liv Wergeland Sørbye, professor

Hva leser du nå?



Leser av ulike grunner

- Jeg har faktisk en bok om forskningsmetodologi på nattbordet, sier **Ingvild Gaare-Olstad**, leder i NSF's faggruppe for sykepleiere i astma og allergi.
- Men jeg er usikker på om den er til nytte eller for å få sove.
- Sommer har hun lest mye krim.
- Jeg har en bunke med Jo Nesbø's *Politi* og de andre krimbøkene han har skrevet, alle ferdiglest.

Olstads metode er å lese litt nå og da, i forskjellige bøker.

– Egentlig leser jeg Per Pettersons *Jeg forbanner tidens elv*. Jeg leser av forskjellige grunner. Skal jeg slappe av, blir det krim. Vil jeg ha en annen leseopplevelse, blir det Pettersen.

Boken hun virkelig får lest om dagen, er *Tonje Glimmerdal* av Maria Parr. Den leser Gaare-Olstad høyt for datteren.

– Og så leser jeg mye aviser, sier hun, og legger til at hun får lest litt forskningsmetodologi.

– Jeg tar master ved siden av full jobb, så jeg leser innimellom. Boken ligger der for å minne meg på at jeg ikke må glemme masteren, sier Ingvild Gaare-Olstad.

Tekst **Nina Hernæs**



Anita I. Gundersen,
helsesøster, Bydel
Vestre Aker

Helsesøster må informere om reisesykdommer

Stadig flere nordmenn tar med småbarn på reise til tropiske strøk, til tross for at helsepersonell mener de ikke bør gjøre det.

Nordmenn reiser mer og mer. Tall fra reiselivsbransjen og Europeiske Reiseforsikring viser at utlandsferie økte med 9 prosent i 2010. Totalt reiste 2,2 millioner på ferie til utlandet. 4 prosent av reisende til utlandet er barn under fire år.

Bred enighet

Det er bred enighet i norske fagmiljøer om at man bør fraråde foreldre å reise til subtropiske eller tropiske strøk med barn under fire år. Europeiske reiseforsikring støtter advarslene med bakgrunn i tallene sine. Det er anslått at barn under fire år har ti ganger så høy risiko for å bli syke på reisen som barn mellom fem og ti år, og at cirka 25 prosent av dem som innlegges på sykehus i utlandet er barn under fire år, ifølge Europeiske Reiseforsikring. Til tross for alle advarsler, planlegger allikevel

mange foreldre reise med barn under fire år til subtropiske eller tropiske strøk.

Det er flere foreldre nå enn tidligere som benytter foreldrepermisjonen til lengre reiser til subtropiske eller tropiske strøk. Helsesøstre møter mange av disse foreldrene på helsestasjonen før de reiser. Hensikten med denne artikkelen er å belyse betydningen av helsesøsters kunnskaper om temaet «små barn på reise», og hvor viktig hennes veiledningsrolle er i møte med foreldre som planlegger slike feriereiser.

Litteratursøk

Denne artikkelen er basert på en litteraturstudie. Det viste seg å være få treff på reisemedisin og barn, kun to aktuelle amerikanske studier kom opp i databasene (1,2). Videre fant jeg kun tre aktuelle forskningsartikler som omhandlet helsesøsters veiledning av foreldre (3–5). Søk på internett ga imidlertid treff på mange aktuelle fagartikler. Videre bruker jeg oppdaterte tall fra Europeiske Reiseforsikring, og gjeldende veiledere fra Folkehelseinstituttet (6–8).

Da all norsk faglitteratur fraråder reiser til subtropiske eller tropiske områder med små barn, er det naturlig at kildene jeg bruker i oppgaven blir noe ensidige. Det er stort sett i blader og aviser at man finner et annet syn. Der det er naturlig, henviser jeg til disse.

Fraråder reise

Norske leger fraråder foreldre å reise med små barn til subtropiske eller tropiske områder på

bakgrunn av egne erfaringer, medisinsk kunnskap og tallmaterialet fra forsikringsbransjen. I Norge fins det ingen publiserte forskningsstudier på «små barn på reise». Dette er et interessant funn da legenes anbefalinger er nokså massive og entydige. Jeg finner det også interessant at det ikke er publisert noe om reisemedisin i fagbladet «Helsesøstre» til tross for at temaet er meget aktuelt for helsesøster.

I 2010 ble det publisert en studie fra Geo-Sentinel Surveillance Network (1). Dette er et nettverk som overvåker sykdommer hos reisende i USA. 1591 barn ble inkludert i studiet. Barna hadde vært på 218 ulike steder i 19 ulike subtropiske eller tropiske land. I studien sammenliknet man sykkeligheten til voksne og barn. Det var signifikante forskjeller mel-

«Cirka 25 prosent av dem som innlegges på sykehus i utlandet er barn under fire år.»

lom barn og voksne. De minste ble hyppigere syke, og sykest. Bare en tredel av foreldrene i studien hadde mottatt rådgivning før reise. Studien konkluderte med at foreldre ikke bør ta med små barn til subtropiske eller tropiske områder før de er minst fire år.

På samme tid ble det publisert en annen studie fra en anerkjent reiseklinikk i USA (2). Studiet ble gjort for å anslå mer nøyaktig hvor

Hovedbudskap

Foreldre frarådes å reise til tropiske eller subtropiske strøk med barn under fire år. Helsesøsters kunnskaper og veiledningskompetanse blir viktig i møte med foreldre som planlegger slike feriereiser.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturreferanser på våre nettsider.

› Barn › Helsestasjon › Vaksine › Veiledning
› Klima



HØY SMITTEFARE: Barn under fire år har et umodent immunforsvar og er derfor ekstra utsatt for smitte på reiser til tropiske og subtropiske strøk. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

mange som blir syke og om det er slik at barn blir sykere enn voksne. 157 barn fra 0–16 år ble sammenliknet med en av foreldrene. Før reisen hadde alle fått rådgivning og påfyll av vaksiner. Konklusjonen deres var at det ikke var noe signifikant forskjell mellom barn og voksne.

Teoretiske kunnskap

Når vi skal veilede foreldre som planlegger å reise til tropiske strøk er fagkunnskaper helt klart viktig. Helsesøster må ha teoretisk kunnskap om barns immunforsvar, vaksiner og om reiserelaterte plager og sykdommer. I tillegg til dette, og kanskje det aller viktigste, er våre kunnskaper om veiledning av foreldre (9).

Barns immunforsvar

Barn under fire år har et umodent immunfor-

svar. Det gir utfordringer i møte med bakteriefloraen i subtropiske eller tropiske områder. De første levemånedene har barnet medfødt immunitet (fra mor) mot virale infeksjoner. Mangelfull produksjon av immunglobuliner gir dårligere respons ved infeksjoner, og det gir økt risiko for at sykdom får et mer alvorlig forløp enn hos voksne. Ervervet immunitet utvikles etter kontakt med mikroorganismer, ved sykdom eller ved vaksine. På utenlandsferie møter barna de samme bakteriene som foreldrene, og får de samme sykdommene, men ofte med mer alvorlige symptomer (10).

Vaksinasjon

Når helsesøster møter foreldre som skal til subtropiske eller tropiske strøk er det viktig at hun sjekker vaksinestatusen til barnet. Ifølge barnevaksinasjonsprogrammet er barnet først

fullvaksinert ved 15 måneders alder (18). Ved reise før barnet er 15 måneder kan det være aktuelt å framskynde barnevaksinasjonsprogrammet for at barnet, om mulig, skal være fullvaksinert før utreise. Det medfører at vi må kjenne til hvor tidlig man kan gi den enkelte vaksinen, og hvor tett de kan gis i tid (8,11). Helsesøster bør ha oppdatert informasjon fra folkehelseinstituttet lett tilgjengelig, slik at hun kan anbefale foreldrene å kontakte en reiseklinikk hvis barnet trenger flere vaksiner enn det de har fått gjennom det norske barnevaksinasjonsprogrammet (8).

Reiseråd

Når foreldrene spør hvor det er trygt å reise, forventer de nok at vi har en formening om det. De fleste reiseklinikker opererer med de samme anbefalingene.



- › Trygge reisemål: Vest-Europa, USA/Canada, Australia, New Zealand, Singapore og Hong Kong
- › Usikre: Hellas, Tyrkia og Thailand
- › Utrygt: Øst-Europa, Afrika, Latin Amerika, resten av Asia

Helsesøster har som regel god kjennskap til forebygging av vanlige ferieplager hos små barn. Ved feriereiser til subtropiske eller tropiske områder er det ekstra viktig å gi foreldrene kunnskaper om soleksponering, diaré og oppkast, samt sårinfeksjoner og dyrebitt (12,13). En studie slår fast at tilfeller av turistdiaré varierer med alder. 40 prosent av barn mellom null og to år utvikler turistdiaré mot 9 prosent av tre til seksåringer. Folkehelseinstituttet har laget en informativ informasjonsbrosjyre om ferieplager ved utenlandsreiser, som helsesøster med fordel kan gi til foreldrene (13).

Sykdommer

Noen av de mest alvorlige sykdommer barnet kan få i tropiske områder, kan det ikke vaksineres mot. Ved god reiserådgeving kan imidlertid enkelte sykdommer forebygges og helsesøster bør sterkt anbefale foreldre å ta kontakt med en reiseklinikk i god tid før de reiser. Det er likevel nødvendig at hun har

1 prosent av dem dør av sykdommen (7). Hvis foreldrene likevel velger å reise til subtropiske eller tropiske områder med malaria, er det viktig at helsesøster informerer foreldrene om at selv små babyer og barn skal ha medikamentell profylaktisk behandling, og at beskyttelse mot myggstikk er den beste malariaprofylaksen da ingen medikamenter gir fullstendig beskyttelse (7). Det er ulik fare for malaria også innen tropiske områder, så hvis helsesøster har litt kunnskaper om dette kan hun veilede foreldrene til å velge tryggere tropiske steder. Dette er viktig forebyggende helsearbeid.

Diskusjon

Det kan synes som om de to tidligere nevnte amerikanske studiene kommer frem til helt ulikt resultat (1,2). Mye var likt i studiene, utvalget deres var barn under fire år, og steder de hadde vært på reise var tropiske strøk. Det er likevel to vesentlig forskjeller som kan ha ført til forskjellig resultat. For det første er antall barn inkludert i de to studiene ulikt. 1591 barn i det første studiet mot 157 barn i det andre. Det gir større reliabilitet til studie nummer en. For det andre hadde kun et fåtall mottatt rådgivning før reisen i det første studiet, mens alle hadde det i det andre. Kan det være at nettopp denne rådgivningen hadde medført at færre barn ble syke, og at de ikke ble sykere enn foreldrene sine? Ut ifra dette er det naturlig å tenke at hvis foreldre får adekvat informasjon og råd tidlig nok, vil de fleste tilpasse planene sine og planlegge reisen med henblikk på å minimere risiko.

Ut fra et forebyggende perspektiv er det ønskelig at helsesøster kommer med informasjon før foreldrene har begynt å planlegge ferietur. Dette kan gjøres ved at hun allerede på hjemmebesøket har med en brosjyre som sier noe om hvilke reisemål som anbefales for de helt små barna og hvorfor. Hvis foreldrene har denne kunnskapen, vil de kanskje velge

reisemål som gir mindre helserisiko for barnet deres.

Konklusjon

Det er lite som tyder på at antallet familier som reiser til subtropiske eller tropiske områder vil synke. Foreldre vil sannsynligvis fortsatt ta med barn under fire år til steder helsesøster vet gir økt risiko for sykdom, til tross for at hun fraråder dette.

Funnene i de to nevnte studiene kan tyde på at man først og fremst bør satse på god veiledning før reisen. På helsestasjonen møter helsesøster de fleste av foreldrene før de reiser. Det gir en unik mulighet til å se på vaksinestatus og gi konkrete råd om det de spør om. Helsesøster bør ha fokus på forebygging av reiserelaterte plager og sykdommer, men samtidig er det viktig at hun henviser til reiseklinikken om nødvendig. Helsesøster må kunne henviser til bra fagstoff på nett fordi anbefalinger endrer seg, og det er vanskelig å holde seg oppdatert. Brosjyrer bør være lett tilgjengelig for foreldrene.

Det er naturlig at foreldre forventer at helsesøster som fagperson kan mer enn dem om det de lurar på. Foreldre som spør om råd bør motta råd basert på oppdatert informasjon fra for eksempel folkehelseinstituttet, og det som fins av forskning. Da vil foreldrene lettere anerkjenne helsesøsters kompetanse, og de rådene hun gir vil kunne veie tungt i beslutningen deres.

I møte med foreldre som planlegger reise med små barn til subtropiske eller tropiske områder hadde det klart vært en styrke å kunne vise til norsk forskning. Her er det et viktig arbeid som må gjøres i de ulike fagmiljøene. ■■■

«Mer enn en million barn dør årlig av malaria i verden.»

generelle kunnskaper om de vanligste tropesykdommene. For å eksemplifisere dette vil jeg i denne artikkelen si litt om malaria, fordi dette er en av de meste livstruende sykdommene man kan få som lite barn.

Folkehelseinstituttet fraråder sterkt at man tar barn under fire år med til områder med malaria (7). Mer enn en million barn dør årlig av malaria i verden. I Europa kommer cirka 10 000 reisende hvert år hjem med malaria, og om lag

REFERANSER

- Hagmann S, Neugebauer R, Schwartz E, Perret C, Barnett ED, William M, Stauffer WM, for the GeoSentinel Surveillance Network. Illness in children after international travel. *Pediatrics* 2010; 125: 1072–1080. Doi: 10.1542/peds.2009-1951
- Newman-Klee C, DiAcremont V, Newman CJ, Gehri M, Genton B. Incidence and types of illness when traveling to the tropics: A prospective controlled study of children and their parents. *The American journal of Tropical medicine and hygiene* 2007; 77(4): 764–769.
- Tveiten S, Ellefsen B, Severinsson E. Conducting client supervision in community health care. *International journal of nursing practice* 2005;11: 68–76.
- Tveiten S, Severinsson E. Communication – a core concept in client supervision by public health nurses. *Journal of nursing management* 2006; 14: 235–243.
- Tveiten S, Severinsson E. Public health nurses' supervision of clients in Norway. *International Nursing review* 2005; 52: 210–218.
- Smittevern 18 kapittel 11 Utenlandsreiser og smittevern. Folkehelseinstituttet. <http://www.fhi.no/publikasjoner-og-haandboker/smittevern> (05.01.2011)
- Smittevern 19 – Forebygging av malaria hos reisende Smittevern boka, Folkehelseinstituttet. <http://www.fhi.no/daw/9c67f9b20a.pdf> (05.01.2011)
- Smittevern 14 Vaksinasjonsboka Smittevern boka, Folkehelseinstituttet. Oppdatert 18.06.2008 <http://www.fhi.no/publikasjoner-og-haandboker/vaksinasjonsboka> (05.01.2011)
- Tveiten S. Den vet best hvor skoen trykker ... Om Veiledning i empowerment prosessen. Bergen: Fagbokforlaget 2. opplag, 2008.
- Weinberg N, Weinberg M, Maloney S. Traveling safely with infants and children. CDS Center for disease control and prevention. Chapter 7. 2011
- Mackell S. Vaccine recommendation for infants and children. Atlanta: CDS Center for disease control and prevention, Chapter 7. 2011
- Stauffer W, Konop R, Kamat D. Traveling with infants and young children. Part I: Anticipatory guidance: travel preparation and preventive health advice. *Travelmedicine* 2001;8:254–259.
- Folkehelseinstituttet. Gode råd for god reise



Fagartikler kan sendes til torhild.apall@sykepleien.no



ETIKK

Kurt Lyngved om utfordrende møter mellom mennesker

Kurt Lyngved, medlem i
Rådet for sykepleietikk

Ingen blir større av å gjøre andre små!

Ved å la den andre beholde sin egen integritet er det mulig å skape likeverdige situasjoner i de ulike rollene vi står i som sykepleier og pasient.

Mange års egen erfaring og mange fortellinger fra kollegaer og brukere av tilbudene innen psykisk helsetjenester har tydeliggjort for meg at dette er en arena som utfordrer oss. Det er mye som står på spill i møtene mennesker imellom, og de etiske utfordringene står i kø i forsøket på å skape likeverdige situasjoner i de ulike rollene vi står i som sykepleier og pasient. Krenkelsen for begge parter ligger like under overflaten, og i dette farvannet skal en forvalte et menneskesyn som ivaretar integritet og respekt. Dette er også godt forankret i våre yrkesetiske retningslinjer i punkt 2, som sier noe om sy-

møtene og undres over hvorfor akkurat denne hendelsen har blitt stående igjen i egen erindring. Dette møtet har en tendens til å vende tilbake med jevne mellomrom.

En tidlig erfaring

Som relativt nyutdannet psykiatrisk sykepleier for mer enn 20 år siden jobbet jeg i en akuttavdeling innenfor psykisk helsevern. Jeg hadde lenge hatt kontakt med en ung mann som hadde vært lenge hos oss og som hadde store utfordringer i livet sitt. En dag var ting blitt svært komplisert. Alt hadde rotet seg til og medført at fortvilelsen hadde fått et så ag-

gressivt ansikt at situasjonen var kommet ut av kontroll. Konklusjonen var at pasienten måtte legges i belter for å sikre pasient og omgivelser for øvrig.

Jeg kom inn i denne situasjonen like før selve belteleggingen skulle iverksettes og så et livredd menneske som jeg hadde god kontakt med kjempe en desperat kamp mot egne krefter og mot «overmakten» han sto overfor. Selv kjente jeg at det må ikke skje at denne personen blir lagt i belter, fordi krenkelsen for ham vil bli så utrolig stor. Jeg hadde vært hans kontaktsykepleier over lang tid og kjente hans historie godt. Før jeg visste ordet av det sto jeg foran ham og sa til ham: Når jeg ser deg slik, gjør du meg usikker fordi jeg ikke vet helt hvor jeg har deg, men du må ikke slå meg. Forvandlingen som skjedde var total. Plutselig var det bare en «liten» fortvilet gutt som sa at han selvfølgelig ikke skal slå meg. Plutselig var altså situasjonen helt annerledes, og det var som om alt var utladet og det hele roet seg ned. Jeg spurte om vi skulle finne et sted og prate sammen om det som hadde skjedd og omstendighetene rundt det. Belteleggingen ble det ikke noe av. Men det behøvde ikke å ha blitt dette utfallet av min inntreden i situasjonen.

«Plutselig var det bare en 'liten' fortvilet gutt som sa at han selvfølgelig ikke skal slå.»

kepleieren og pasienten.

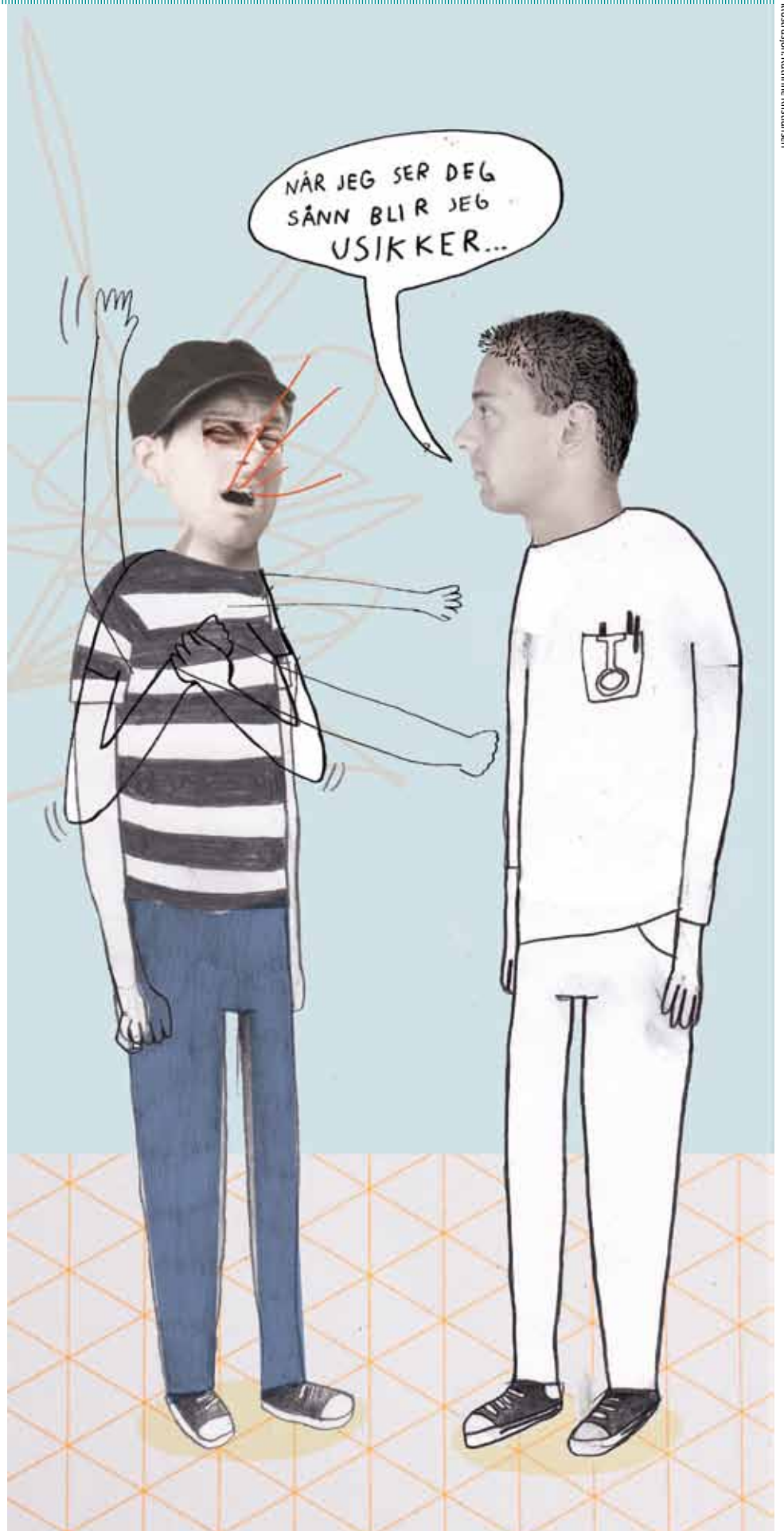
Mitt bakteppe i denne refleksjonen kommer til å være erfaringer fra å jobbe med mennesker i akutte eksistensielle/psykiske kriser eller mennesker med alvorlige og langvarige lidelser innenfor samme område. Etter et langt yrkesliv ser jeg meg ofte tilbake, og i denne fortiden ligger historier og hendelser som nettopp har lagt grunnlaget for nåtidens undringer over møter med mennesker innenfor psykisk helsevern. I denne sammenheng har jeg lyst til å reflektere over ett av disse

gressivt ansikt at situasjonen var kommet ut av kontroll. Konklusjonen var at pasienten måtte legges i belter for å sikre pasient og omgivelser for øvrig.

Jeg kom inn i denne situasjonen like før selve belteleggingen skulle iverksettes og så et livredd menneske som jeg hadde god kontakt med kjempe en desperat kamp mot egne krefter og mot «overmakten» han sto overfor. Selv kjente jeg at det må ikke skje at denne personen blir lagt i belter, fordi krenkelsen for ham vil bli så utrolig stor. Jeg hadde vært

Unngå tingliggjøring

Hvorfor endte dette slik, og hva var det som gjorde at situasjonen endte som den gjorde? Dette har jeg tenkt på mange ganger i ettertid. Jeg har også relatert til dette når det i andre situasjoner ikke har blitt samme konsekvens av å handle på samme måte. Det er her de etiske implikasjonene for meg blir viktige. Menneskesyn og holdninger får konsekvenser, og det å oppleve seg selv sett med det rette blikket i den aktuelle situasjonen blir svært sentralt. Det å unngå tingliggjøring av den andre gjennom et objektivt blikk, i motsetning til å se den personen som står foran en,



er avgjørende. Ved å la den andre beholde sin egen integritet og være subjekt i eget liv, gjør vi det mulig å skape likeverdige situasjoner selv i svært komplekse sammenhenger.

Det er viktig å ikke generalisere. Å se det unike mennesket med sin unike bagasje her og nå blir vår oppgave. Dette er vårt mellommenneskelige ansvar og det som etter min mening også ligger i det å skulle være «pasientens talsperson».

Likeverdighet uavhengig av roller i systemet er sentralt og et mål for vårt etiske ståsted. Samme verdi og samme muligheter for menneskene utfordres i kompleksiteten i våre livshistorier og de handlinger som ligger i den. Dette uttrykkes ikke minst på en arena som psykisk helse er og der vi sykepleiere møter alle typer livshistorier. Dette fordrer en høy etisk standard som krever en levende refleksjon omkring menneskesyn og verdier hele tiden og gjennom et langt yrkesliv. Det er det som gjør alle disse møtene så spennende og gir oss muligheten til å se det unike i mennesket og det å få ta del i den livshistorien som mennesket bærer med seg. Det er det jeg har brukt min historie til, en historie jeg vil bære med meg videre. Den gjorde et dypt inntrykk og skapte en ny innsikt for meg i møte med mennesker senere. ■■■

Randis hypokonderkryssord

Clue	TYKKE	NARKO- MAN	IDR. LEGE	ELITE	FUGL	SJANG- LET	TALL	KARAKT.	GUDS- HUS SKIPS- FORK.	HYPPIG KIKKET	ELV	URO				STEINER- SKOLE
DYS- LEK- TIKER															FAT	
OBSER- VASJO- NER													PAKKE			
ØK!		BY				PLUT- SE- LIG		OBS		IDR.- ARR. TALL			DUO TITTEL			
FUGL					NOTA						PRON.	SYMP- TOM	SPISE- KART LEVER			
LIKE TOSK			PLANTE- DEL LEVER					NYTT								
				OM- RADE	TALL	ORG. HINNE		BAKKE	PRON.	FISK HESTE- FØLGET					FASE	
SYKD.								FØRER IDR.ARR			GUD		VANE			
BIB.- DEL (OMV.)			GOD- ORD			SORG FUGL							TOLK NEST- ES			
DYR				STABLE	SKIPS- FORK.		ART.	DYR NYN. PRON				YTRE HELLIG			TALL	
YTE			FASENE						LEVER			KUL				
PUBER- TET																

Se løsning på kryssord side 73

Quiz

Tekst Nina Hernæs

Er du en kompetent sykepleier? Test kunnskapene med vår aktuelle og nådeløse quiz!

1 Hvor mange voksne har allergi i Norge?

- A 10 prosent
- B 20 prosent
- C 50 prosent

2 Og hvor mange barn i Norge har allergi?

- A 10 prosent
- B 20 prosent
- C 50 prosent

3 Hvem introduserte uttrykket allergi?

- A Louis Pasteur
- B Jørgen Skavlan
- C Clemens von Pirquet

4 Hva kalles stoffene som kroppen reagerer på ved allergi?

- A Allergener
- B Antistoffer

C Aminosyrer

5 Hva er singultus?

- A Sæduttømming
- B Hikke
- C Rumling i magen

6 Og hva er ructus?

- A Analkrampe
- B Nysing
- C Raping

7 Hvem var helseminister før Jonas Gahr Støre?

- A Dagfinn Høybråten
- B Bjarne Håkon Hanssen
- C Anne-Grete Strøm-Erichsen

8 Hvilken kvinnelig sykepleier var sosialminister i Kjell Magne Bondeviks andre regjering?

- A Sonja Sjøli

- B Ingjerd Schou
- C Laila Dåvøy

9 Hvor mye kalsium trenger man hver dag?

- A 1 milligram
- B 0,5 – 1 gram
- C 10 gram

10 Hvordan dekkes vanligvis behovet for kalsium?

- A Ved å slikke på murpuss
- B Ved å ta kalsiumtilskudd
- C Gjennom kosten

**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.)

EN SOM NYSER:

Men har det noe med ructus å gjøre? Illustrasjon: Colourbox



SVAR: 1A, 2B, 3C, 4A, 5B, 6C, 7C, 8B, 9C, 10C

Lektorene må heve
stemmen! Side 74

Forvirring om behandlings-
enheter. Side 75

Paragrafrytterne.
Side 82

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 GERD KRISTIANSEN

«Vi vil få en
utarming av
det offentlige
helsevesenet.»

78

KRONIKK SVEIN TORGEIR DALE

«Omsorgens vakre mangfoldighet
er i ferd med å bli drept.»

76



NSF HAR ORDET

Forbundsleder Eli Gunhild By

Stilling: Forbundsleder i NSF

E-post: eli.gunhild.by@sykepleierforbundet.no

Vil Erna følge opp samhandlingsreformen?

Statsbudsjettet for 2014 er nå lagt frem, og regjeringen Stoltenberg har gått av. Hvor store vil de reelle endringene bli med blå-blå regjering? Og hvordan vil de følge opp samhandlingsreformen?

Den nye regjeringen vil legge ned regionale helseforetak, innføre fritt behandlingsvalg og øke kjøp av private helsetjenester. De har også lovet start av diagnostisering av kreft innen 48 timer, utrede lovfestet rett til sykehjemsplass og innføre fritt rehabiliteringsvalg. Men det er først i statsbudsjettet for 2015 at vi kan forvente større endringer og mulige konturer av en ny blå-blå helsepolitikk.

Samhandlingsreformen er en stor og viktig reform som ble innført av den rødgrønne regjeringen. Vil den blå-blå regjeringen følge opp? I valgkampen dreide det meste seg om sykehusene.

Bakgrunnen for samhandlingsreformen er en erkennelse av at vi står overfor store utfordringer når det gjelder befolkningens behov for helse- og omsorgstjenester i årene som kommer. Vi må være fremtidsrettete og gjøre noen veivalg nå, som kan bidra til en bærekraftig utvikling for den norske velferdsstaten. Derfor må vi jobbe langs to akser: For bedre og mer helhetlige tjenester for dem som er syke, og for mer vekt på forebygging, slik at

«Den rødgrønne regjeringen har ikke levert som lovet.»

færre blir syke. Da kan vi bruke de store pengene på dem som trenger det mest. Dette er særlig viktig for de mest sårbare gruppene med kroniske og sammensatte lidelser.

Den rødgrønne regjeringen har ikke levert som lovet. Etter nesten to år med samhandlingsreformen preges fortsatt tilbudet til eldre og kronikere av manglende helhet og sammenheng. NOVAs undersøkelse av tilbudet til utskrivningsklare pasienter, utført på oppdrag fra NSF, viser at kommunene har tatt imot et stort antall utskrivningsklare pasienter med komplekse og sammensatte behandlingsbehov, uten at tjenestene



KOMMUNELØFT: Eli Gunhild By håper Erna Solberg nå følger opp det som ble sagt om å styrke sykepleiernes kompetanse i kommunene.

har blitt styrket med nok sykepleiere og tilstrekkelig opplæring i å utføre nye oppgaver. Som en konsekvens av dette opplever kun 37 prosent av sykepleierne som arbeider i hjemmesykepleien at pasientene har det bedre hos dem enn i sykehus. 73 prosent opplever at de trenger veiledning og opplæring i utførelse av nye oppgaver. En stor andel av sykepleierne i undersøkelsen opplever også at tilbudet til hjemmeboende eldre har blitt redusert. Dette er viktige signaler om at noe ikke er som det burde være.

Samhandlingsreformen har så langt ikke blitt fulgt opp av en kompetanseplan med tilhørende finansiering. Forutsetningene i grunnlagsdokumentene for reformen om at den største veksten fremover skal komme i kommuneøkonomien og ikke i spesialisthelsetjenesten, har heller ikke blitt fulgt opp.

Rekruttering av personell blir en stor utfordring fremover. Vi må gjøre kommunene til attraktive arbeidsplasser for kompetent helsepersonell. Å utdanne, rekruttere, beholde og utvikle tilstrekkelig personell med riktig kompetanse blir svært viktig. Uavhengig av samhandlingsreformen, så vil dette

kreve en vesentlig satsing på å styrke kompetansen i den kommunale helse- og omsorgstjenesten i årene som kommer.

Ifølge regjeringsplattformen er planen å innføre kompetansekrav i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og norm/veileder for kvalitet og bemanning i pleie- og omsorgssektoren. Regjeringen har imidlertid ingen konkrete løfter og midler til kompetanseheving i pleie- og omsorgstjenestene i kommunene. I forbindelse med fremleggningen av statsbudsjettet for 2013 uttalte Erna Solberg at styrking av sykepleiernes kompetanse i kommunene er en av de viktigste tingene som må på plass for å få samhandlingsreformen til å fungere. Høyre foreslo derfor i sitt alternative statsbudsjett å øremerke penger, blant annet til spesialisering av sykepleiere. Jeg håper Erna Solberg og den nye regjeringen fortsatt ser hvor viktig dette er for pasientene og for å lykkes med en nødvendig omstilling av helsetjenesten. NSF vil være en pådriver for dette også fremover. ■■■

Eli Gunhild By

Advarsler på sviktende grunnlag

I Sykepleien nr. 11–2013 mener fungerende redaktør Bjørn Arild Østby at det er grunn til å lytte når Pensjonistforbundet, Norsk Sykepleierforbund og Fagforbundet advarer mot konkurranseutsetting. De tre organisasjonene representerer som Østby påpeker mange medlemmer og er sentrale aktører i det offentlige ordskiftet. Derfor er det påfallende at de i denne saken baserer politikken sin på myter, antakelser og feilinformasjon.

For det første «tror» ikke de tre organisasjonene at kvaliteten blir bedre ved at private interesser drifter eldreomsorgen, skriver Østby. Tro har hjulpet mange, men det slår ikke dokumentert kunnskap. Senest i høst kom Fafo med rapporten «Konsekvenser av konkurranseutsetting». Rapporten er laget på oppdrag fra Norsk Sykepleierforbund, så innholdet bør være kjent for dem. Her kommer det frem at det ikke er grunnlag for å si at det er kvalitetsforskjeller av betydning mellom tjenestene som ytes av private kommersielle selskaper, ideelle eller kommunene.

I den samme rapporten er hovedinntrykket at det ikke er noen vesentlige ulikheter i arbeidsvilkårene for ansatte ved private og kommersielle sykehjem. Det er derfor grunn til å stille spørsmål ved på hva Pensjonistforbundets Harald Olimb Norman baserer utsagnet «Det eneste vi oppnår med det er at ansatte tar regningen. Det er de som vil tape i lønn og pensjon».

Det er også verdt å merke seg at Oslo Economics nylig gjennomførte en studie av sykehjemsdriften i Oslo. Her konkluderes det med at sykehjem som var konkurranseutsatt per 2010 hadde en noe høyere snittkvalitet enn sykehjem drevet av kommunen selv. Selv om alle sykehjemmene i Oslo forbedret kvaliteten sin fra 2007 til 2010, var det de konkurranseutsatte som forbedret seg mest.

Pensjonistforbundets Norman trekker ifølge Østby også frem en forskningsrapport som viser at de store private kjedene kommer dårligst ut på kvalitet ved amerikanske sykehjem. Det er verdt å gjøre oppmerksom på at det er store forskjeller mellom Norge og USA, både når det gjelder kontraktutforming, organisering av helsetjenesten og helselovgivning. I USA er krav til blant annet bemanning og kvalitet ikke nødvendigvis nedfelt i kontraktene. Det er det i Norge. Et privat drevet sykehjem her i landet har som oftest kontraktsfestete krav om hvor mange som skal være på jobb til enhver tid og hvilke kompetanse de skal ha. Kravene er gjerne langt mer detaljerte enn det som gjelder for offentlig drevne virksomheter, og oppdragsgiver kontrollerer ofte at kravene er oppfylt. Svært få amerikanske sykehjem er drevet av det offentlige. Hovedtyngden er drevet av private aktører. Kvalitet har dessverre vært lite etterspurt i offentlige anbud i USA.

Vi er enige med Østby i at «Kvalitet er å se den enkelte som et helt menneske med forskjellige behov. Behov som stadig endres. Da trengs det ansatte med fagkompetanse som ser behovene og som er en garanti for god omsorg». Mener Østby at helsepersonell som jobber utenfor det offentlige ikke er garantister for god omsorg? Sykepleierne som jobber i privatre drevne sykehjem i Norge har den samme utdanningen og fagkompetansen som sykepleiere i offentlige helsevirksomhet. Oss bekjent har de verken lavere faglige eller etiske ambisjoner. Vi kjenner dem som dyktige, samvittighetsfulle og kreative fagfolk som er opptatt av å gjøre en god jobb for pasientenes beste og for virksomheten de er ansatt i. Tid til gode faglige observasjoner og tiltak, hverdagspraten og kaffekoppen med pasientene er like viktig for dem som for offentlig ansatte.

«Jeg er ikke mot at investorer skal tjene penger. Men jeg frykter konsekvensene når dette blir et viktig mål innen omsorgstjenestene», skriver Østby. Ingen er uenig i at offentlige midler skal brukes til det beste for fellesskapet. Men skal man unnlate å sikre gode tjenester til innbyggerne fordi noen kan komme til å tjene penger på det? Spørsmålet fremover er ikke om vi trenger private aktører til å bidra i offentlige tjenesteproduksjon. Det er mer enn nok oppgaver til alle.

Bare innen helse- og omsorgssektoren står vi overfor store utfordringer. Vi blir flere og vi blir eldre. I 2011 var det cirka 222 000 personer over 80 år her i landet.

I 2025 vil denne gruppen ha vokst til over 250 000. På langt nær alle disse skal være langvarig innlagt på et sykehus. Dermed vil behovet for gode og trygge helse- og omsorgstjenester i eller nær hjemmet øke.

Uansett om en virksomhet har en privat, offentlig eller ideell aktør som eier, skal det leveres høy kvalitet til brukerne. Penger skal anvendes rasjonelt og effektivt, og aktørene må delta i det organiserte og seriøse arbeidslivet. Når disse faktorene er til stede, ligger det også godt til rette for å anvende konkurransevirkemiddelet for å tilby best mulig tjenester.

Heldigvis vet vi at nærmere 70 prosent av innbyggerne her i landet mener private tilbud er et viktig supplement for å sikre gode helse- og omsorgstjenester. Hele 42 prosent mener dessuten at private i større grad enn i dag skal levere tjenester til norsk helsevesen i tiden fremover, ifølge en undersøkelse Opinion Perduco utførte på oppdrag fra Arbeidsgiverforeningen Spekter i 2012. Folk flest anerkjenner med andre ord at private kan bidra til å skape gode, trygge og forutsigbare helsetjenester. Det er bra med engasjement og debatt om hvordan vi best kan utvikle gode og trygge helse- og omsorgstjenester, men vi håper fagforeninger og interessegrupper som deltar i debatten kan ta utgangspunkt i fakta og slutte å fyre av uberettigede skremselsskudd.

Prosjektleder Lars Haukaas i Arbeidsgiverforeningen Spekter og CEO
Hilde Britt Mellbye i Norlandia Care

Løsning på kryssord i nr. 12/2013 (se side 70)

	TYKKE	NARKO- MAN	IDR. LEGE	T	ELITE	FUGL	SIANG- LET	TALL	KARAKT.	GUD- MUL SOPS- FORSK.	T	HYPPIG KIKKET	O	ELV	URO				STENIG SKOLE
DYS- LEX- TIKER	Ø	R	D	S	T	A	V	E	L	S	E	S	F	E	I	L		FAT	E
OBSER- VASJON- ER	V	U	R	D	E	R	I	N	G	S	M	A	T	E	R	PAKKE	S	T	U
ØK!	E	S	BY	A	T	E	N	PLUT- SE- LIG		OBS	P	IDR- ARR. TALL	E	M		DUO TITTEL	P	A	R
FUGL	R	A	V	N		NOTA	G	A	R	N	E	T	PRON.	SYM- TOM	SPISE- KART LEVER	M	E	N	Y
LIKE TOSK	V	V	PLANTE- DEL LEVER	S	T	I	L	K	NYTT	B	L	O	D	F	E	R	S	K	T
M	E	H	E	OM- RADE	TALL	ORG. HINNE	E	U		BAKKE	PRON.	FISK NESTE- FLØR	U	E	R		I	FASE	M
SYKD	K	E	R	A	T	T	T		FORER DRARR	L	O	S	GUD	Ø	VANE	M	A	N	I
BIB- DEL (OMV.)	T	N	GOD- ORD	R	O	S	SORG FUGL	T	R	I	S	T	H	E	T	TOLK NEST- ES	L	E	S
DYR	I	G	L	E	STABLE	SKIPS- FORSK.	Ø	ART.	E	DYR NYN. PRON	S	O	E	R	YTRE HELLIG	S	I	TALL	T
YTE	G	I	FASE	A	L	D	R	E	N	E	LEVER	E	R	KUL	S	Y	S	T	E
PUBER- TET	E	G	G	L	Ø	S	N	I	N	G	S	T	A	R	T	S	T	I	D

Har lektorene talt?

I siste utgave av Sykepleien kan vi lese at studentene har fått en bekreftelse på det de fryktet, og at kunnskapsministeren sier det er urovekkende om høyskolelektorene selv i en spørreundersøkelse sier at de er usikre på om ferdig uteksaminerte sykepleiere er kvalifisert til å gjøre en forsvarlig jobb.

Mens forskning og tilbakemeldinger fra bachelorutdanningen i de seinere årene peker på mangler i sykepleierutdanningen, unnlater de ansatte i høyskole og universitet å ta debatten offentlig. Utdanningspersonalet har ansvar for å løfte opp problemstillingene til diskusjon i utdanningsmiljøene, og jeg håper at de siste temainnleggene gjør at de nå tar utfordringen. Debatten må dreie seg om identitet, innhold, vurderingsformer og hvorfor vår profesjon er og bør være en viktig bidragsyter i dagens og morgendagens helsetjeneste.

I år er det 40 år siden jeg startet på sykepleierutdanningen. Jeg har vært med på den store utviklingen som har funnet sted i samfunnet generelt, innen teknologi, medisin og innen mitt fag. Dette har ført til at jeg som pasient kan motta bedre og enklere metoder for diagnostikk og behandling. Det gjør at jeg statistisk sett kan leve lenger med mine diagnoser enn man gjorde for 40 år siden. I gleden over det positive ser jeg at mitt fag sykepleie er satt under press både i praksis og utdanning. Dette bekymrer meg. Studentene er de som har gitt sterkest offentlig uttrykk for dette.

Innføring av reformer i helsetjenesten og innen utdanning har medført at de som i dag starter å studere til sykepleier har utdanningstilbud som fører frem til en doktorgrad. Aldri har vi hatt så mange professorer, førsteamanuenser og førstelektorer innenfor våre utdanninger, og aldri har vi hatt så mange sykepleiere med doktorgrad, mastergrad og videreutdanning som arbeider i praksis som i dag.

Bachelorutdanningen i sykepleie har i dag godt over 12 000 studenter. Disse representerer den største gruppen av helsefagstudenter i landet.

Bachelorutdanningen legger grunnlaget for kunnskap og dannelse som skal gi studentene en solid plattform til å møte pasienter, enten de har få og enkle helseproblemer eller komplekse og mange problemer, diagnoser, behandlinger og behov. Etter bachelorgrad skal de arbeide side om side med sykepleiere som utgjør den største yrkesgruppen i helsetjenesten. Sykepleiere er yrkesgruppen i helsetjenesten som tilbringer mest tid sammen med pasienten. Dermed vil tjenesten sykepleiere yter ha avgjørende betydning for befolkningens helse og opplevelse av kvalitet.

Derfor er det urovekkende når studentene gjen-

tatte ganger gir uttrykk for mangler ved utdanningen. Manglene gjør dem usikre på om de er kvalifisert til å gjøre et forsvarlig arbeid som nyutdannete. Utdanningspersonalet har til nå nærmest vært fraværende i den offentlige debatten. Det er derfor ekstra urovekkende at halvparten av lektorene svarte nei eller vet ikke på spørsmålet om de er sikre på at studentene kan det de skal etter endt utdanning og at de mener at kvaliteten på praksisstudiene ikke er god nok. Hva mener utdanningspersonalet egentlig om forhold rundt undervisning, innhold og vurderingsformer?

For å ta eksempler fra forholdene i praksisstudiene først. Selv om vi i dag aldri har hatt så mange sykepleiere i praksis med videreutdanning og høyere utdanning som i dag, rapporterer forskere at sykepleiefaget og sykepleiernes profesjonelle identitet og fag syntes å være under press. Sykepleiere har også mindre organisatorisk innflytelse i dagens helsetjeneste enn før. Dette synliggjøres blant annet i to doktorgradsavhandlinger fra 2010, av henholdsvis Olsvold og Fjeldbraaten i spesialisthelsetjenesten, og en i 2013 av Haukelien fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Marginal bemanning med et fokus på økonomi og byråkratisk rapportering har medført at sykepleiere må spre de knappe ressursene de har på stadig flere pasienter med omfattende behov. På et spørsmål gjengitt i en rapport fra Kunnskapscenteret til sykepleiere ved 35 av landets sykehus om hvilke aktiviteter som forble ugjort på deres siste vakt, svarte 25 prosent at de ikke hadde tilstrekkelig tid til å observere pasientene. Kan en grunn til det økte antall uheldige hendelser i dagens helsetjeneste være at min profesjon ikke får tid til å gjøre det som vi er utdannet til? Sykepleierne drives i en retning der arbeidet blir mer oppgavesentrert enn pasientsentrert, og tiden til å gi studentene



FAKSIMILE: Sykepleien nr. 10/2013.

veiledning har blitt knappere. Hvorfor er ikke dette forhold som blir debattert offentlig blant utdanningspersonalet?

For å kunne videreutvikle bachelorutdanningen i tråd med fagets egenart og samfunnets behov er det også nødvendig å diskutere studiets teoretiske innhold. For eksempel frykter studentene at basiskunnskapen som ligger til grunn for å gjøre de riktige observasjonene og gjennomføre tiltak ikke er tilstrekkelig og at det er for lett å slippe unna med kunnskapsmangel i naturvitenskapelige fag. De ønsker seg nasjonale prøver.

Et av målene med Kvalitetsreformen i 2003 var at kvaliteten i utdanningen skulle bedres. Samtidig ble det innført en resultatbasert finansiering som synes å prioritere kvantitet fremfor kvalitet. Dette har ført til at de fleste utdanningsinstitusjoner tar inn et større antall studenter enn de har som målkrav. Et allerede fra før stort studentantall som ofte gir kapasitetsproblemer økes i dag med opp til 25 prosent. Studentene reagerer og sier nei utdanningsindustri.

Hva mener ledere og utdanningspersonale om forholdene studentene er bekymret for? Vi trenger en offentlig debatt nå, hvis ikke vil verdiene, eller snarere oppdraget, i stigende grad komme ovenfra og utenfra og profesjonens egne settes på siden. Hvorfor tar dere ikke debatten?

Inger Margrethe Holter, sykepleier PhD



Se også side 16.





INNSPILL Samhandling

Sigurd Roger Nilsen (bildet)
og Kirsti Lauvli Andersen, første-
lektorer ved Høgskolen i Østfold,
avdeling for helse- og sosialfag,
Heidi Karlsen, fag og kvalitets-
rådgiver, Halden kommune og
Siv Groth Johansen, rådgiver,
Sykehuset Østfold.

Helsehus, MLMS, USK eller intermediaæravdeling?

Ulike betegnelser på de nye kommunale behandlingsenhetene som mottar ferdigbehandlede pasienter fra sykehusene skaper gale forventninger og oppleves belastende for pasienter og pårørende.

Forskningsprosjektet «Når samhandling kreves» er et samarbeid mellom Sykehuset Østfold, kommunene Fredrikstad, Halden, Sarpsborg og Høgskolen i Østfold. Ett av siktemålene med prosjektet er å iverksette tiltak for å gi ansatte og studenter kunnskap om organisatoriske endringer som følge av samhandlingsreformen.

Samhandlingsreformen trådte i kraft fra 1. januar 2012. Et viktig resultat av reformen er kommunenes økte ansvar for å ivareta innbyggerne på et tidligere tidspunkt, det vil si at pasienter raskere enn tidligere blir utskrevet fra sykehuset til kommunehelsetjenesten.

Prinsippet er at når pasienter er vurdert som ferdigbehandlet, har kommunene ansvaret for den videre oppfølging. I tillegg har kommunehelsetjenesten også fått pålegg om å opprette øyeblikkelig hjelp-senger, såkalte intermediaære tilbud, hvor fastlegene eller legevaktslegene kan legge inn sine pasienter for utredning og behandling av spesifikke diagnoser.

Hvordan den enkelte kommune organiserer og betegner helse-tilbudet til ferdigbehandlede pasienter varierer. Østfold er her intet unntak. I Moss er det betegnelsen MLMS, Mossregionens Lokal medisinske senter. Peer Gynt Helsehus ved Peer Gynt Sykehjem er et annet navn på samme virksomhet. Ved Halden sykehjem er det Intermediaæravdeling – en del av Helsehuset for Halden og Aremark kommune. Betegnelsen intermediaær betyr i mellom/mellomliggende – mellom spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste. Dette vil si at pasienter som innlegges i kommunene trenger mer avansert behandling enn det kommunehelsetjenesten før har kunnet tilby. Pasienter som trenger avansert sykehusbehandling skal fortsatt til behandling i sykehus. Sarpsborg kommune har helsehus, som betegnes slik på websiden: «Helsehuset Sarpsborg er kommunens største sykehjem». I Fredrikstad skal det nye Helsehuset på Kråkerøy stå ferdig 1. oktober. I dag er det tilsvarende helsetilbud ved USK-avdelingen – Fredrikstad korttidssenter, tidligere Borge sykehjem. USK står for utskrivningsklare pasienter. Det kan være pasienter som har fått en diagnose, behandling er igangsatt og de trenger noen flere liggedøgn i kommunen før de eventuelt kan utskrives. Liggetiden ved de nye kommunale enhetene varierer. Intensjonen er at det skal være et kortvarig opphold, 3–7 dager, før utskrivelse til hjemmet eller ordinær sykehjemsplass.

Hva betyr det at betegnelser og organisering skiller seg fra kom-

mune til kommune? Helsehus eller lokale medisinske sentre er altså opprettet i de fleste kommunene, men innholdet varierer fra by til by. I hovedsak er oppgavene ved de ulike kommunale virksomhetene de samme. Pasientene er ferdigbehandlet av spesialisthelsetjenesten, men behovet for oppfølging av helsevesenet er slik at de ikke kan utskrives til eget hjem. Det kan for eksempel være behov for fysisk opptrening/rehabilitering, medisinsk behandling eller også noe utredning.

I det nevnte forskningsprosjektet er det fremkommet opplysninger som tyder på at ulik begrepsbruk og forståelse kan svekke kvaliteten på tjenestene. Pasienter som har blitt utskrevet fra Sykehuset Østfold til de nevnte kommunale virksomheter, har formidlet at de trodde de skulle få et annet behandlingstilbud enn det de fikk etter utskrivelsen. Eksempler er at pasienter og pårørende ved utskrivelse fra sykehus til et sykehjem/helsehus har trodd og håpet at de skulle få et korttidsopphold på tre uker før de kom tilbake til eget hjem. Oppholdet på institusjon ble få dager, og de opplevde ikke å være klar for hjemreise.

«Hva betyr det at betegnelser og organisering skiller seg fra kommune til kommune?»

Hvordan oppstår en slik misforståelse? Hvis det er slik at pasienter og pårørende får mangelfull eller feil informasjon ved utskrivelse – hva kan forklaringen være? Kan det være slik at helsevesenet er blitt så kompleks at ikke bare pasienter og pårørende, men også ansatte, ikke har tilfredsstillende kunnskap om organiseringen? Funn fra undersøkelsen bekrefter dette.

Tiltak for å øke ansattes kompetanse om hvordan helsevesenet er organisert vil styrke kvaliteten på helsetilbudet. En felles begrepsbruk vurderes å være viktig for å redusere misforståelser og uklarheter. Samhandlingskompetanse er et nøkkelord som har gjort seg gjeldene etter samhandlingsreformens ikrafttredelse, og her har spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten en vei å gå. Pasienter og pårørende kan i enkelte situasjoner oppleve å være en «kasteball» i systemet, og feilinformasjon kan fort oppleves belastende. ■■■



Svein Torgeir Dale, klinisk sosionom, Sykehuset Telemark.

KRONIKK

Markedstenkning

Når omsorg drepes...

Kan man drepe omsorg? Kan man drepe idealisme? Kan man drepe kreativitet og initiativ? Kan man drepe arbeidsmiljø? Dessverre ja.

Helsenorge har de seneste årene blitt mer og mer lik et «marked» etter modell av den amerikanske «New public management», særlig etter at sykehusene ble overført fra fylkeskommunene til staten og da staten innførte en såkalt «konsernmodell» på sykehusene. Modellen fra 1960-tallet tok mål av seg til å få ned utgiftene i offentlig sektor. Da begynte det jeg kaller «omsorgsdrap». På hvilken måte? Jo, ved å innføre økonomiske begreper på omsorg: ISF – innsatsstyrt finansiering, og DRG – diagnoserelaterte grupper, som skulle generere større inntekter for sykehusene, spesielt i somatikken. Konsernmodellen innebar at man splittet opp deler av helseinfrastrukturer som lønn, IKT, personal og ikke minst andre fagområder, for så å sende regninger til hverandre, innenfor den samme stat som bærer de samme utgifter og de samme inntekter. Man kunne få inntrykk av at sykdom er et marked med lønnsomhetskriterier.

Vi mot dem

Sykdom og lidelse er menneskelige tilstander man ikke kan sette inn i en økonomisk markeds kontekst. Det er, slik jeg ser det, både moralsk og etisk forkastelig. Sykdom og lidelse er og blir kalkulerter utgifter som en integrert del av velferdsstatens selvfølgelig oppgaver; å stille opp for og hjelpe sin befolkning. Det er betenkelig at økonomer og helsebyråkrater skal legge premisser for vårt helsevesen og for syke og utsatte mennesker i en svært sårbar situasjon. Som en konsekvens av

Dette skal igjen brukes av helseøkonomer og byråkrater til å legge estimater for ressursbruk og «produksjonsskjeder».

Påvirker hverdagen

Da man innførte styringsmål eller såkalte styringsindikatorer i vårt helsevesen, er det alltid kvantitative mål som ligger i bunnen. Bak dette fronter man illusjonen om at dette handler om kvalitet og omsorg for at dette skal bli «spiselig» for oss andre. Konsultasjoner blir som sagt byttet til økonomiske begreper som «produksjon» og «produksjonskrav». «Rasjonalisering» og «effektivisering» blir nye, økonomiske begreper man skal forholde seg til. I det psykiatriske feltet ble man mer og mer opptatt av hvor mange pasienter man kan behandle per dag. Sjelden ble det etterspurt hvilke behandling du som terapeut gir eller hvilke effekt av hjelp behandlingen gir den enkelte pasient. Hva gjør dette med oss? På hvilken måte påvirker det vårt syn på menneskelig lidelse? På hvilken måte påvirker det måten vi behandler pasientene på?

Jeg tror det påvirker oss mer enn vi liker å tro. Når ledelsen hele tiden er opptatt av styringsindikatorer og produksjonstall blir også vi som terapeuter dratt inn i dette dragsuget og blir mer eller mindre ansvarliggjort for resultatet som igjen skal legges frem for en høyere instans i systemet.

Personlig har jeg et eksempel på dette. Det var en periode jeg ikke nådde målet på 2,6 pasienter per dag. Grunnen var at jeg hadde tunge og komplekse problemstillinger med nyoppdagete psykosepasienter, der jeg måtte legge behandlingen til hjemmebesøk, noe som er vanlig for vårt tidlige intervensjonsteam av psykosepasienter. Hjemmebesøk der familien er en del av den totale intervensjonen. Jeg fikk beskjed om å skjerpe meg og øke min konsultasjonsaktivitet fordi teamet som sådan var i ferd med å tape for de styringsindikatorer som var estimert for oss. Dette har vært vår polikliniske hverdag siden 2002. Hva gjør det med meg? Jo, jeg blir fly forbanna og er såpass gammel at jeg ikke vil innordne meg i dette menneskefiendtlige systemet. Min lojalitet ligger et annet sted, hos pasientene. Ikke at jeg er spesielt snill eller altruistisk. Jeg har simpelthen fått nok.

Hvorfor så tause?

Helsearbeidere er kanskje den viktigste ressursen Norge har. De må stå i andre menneskers krise, lidelse og skjebne hver dag. De fleste av oss har valgt dette fordi det gir mening å hjelpe og lindre. Det ligger også i selve yrkesutøvelsen med sine nedfelta normer og etiske retningslinjer: å hjelpe og å lindre, enten det gjelder somatikk eller psykiatri. Derfor bør nettopp helsearbeidere få den anerkjennelse,

«Jeg har mange ganger spurt meg selv: Hvorfor sier ikke flere ifra?»

denne fragmenteringen har jeg merket meg at lojaliteten til sykehuset er redusert til kun den avdelingen man selv tilhører. Det blir oss mot de andre. Poliklinikk mot poliklinikk. Avdeling mot avdeling.

Hva sier ord oss når man bytter behandling med det økonomiske begrepet «produksjon»? Begrepet «produksjon» hører hjemme i industrien, i et konsern der man må produsere for å oppnå resultater og inntjening. Når man bruker ordet «resultater» eller «styringsmål» i vårt psykiatriske helsevesen, gjenspeiler dette det samme. Hvilke resultat skal defineres? Jo, antall produserte konsultasjoner. Altså kvantitative resultater. Når man bytter begrepet «pasientventelister» med «ordreserver» er jo dette et økonomisk begrep relatert til industriell virksomhet. Dette gjør noe med vår bevissthet. Man blir mer opptatt av kvantitative mål enn av kvaliteten i det man gjør for den enkelte pasient. Mennesker blir redusert til tall og statistikk.



PENGENE STYRER: Det er effektiviteten, ikke pasientene, som står i sentrum i dagens helsenorge, mener kronikkforfatteren. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

respekt og ydmykhet de fortjener fra systemet selv. Slik er det veldig ofte ikke. Vi skal jobbe hurtigere, klokere, mer rasjonelt, mer effektivt. Ja, vi skal bli som produserende maskiner – på systemets premisser. Premissene som de etiske retningslinjene gjennom yrkesutøvelsen forutsetter blir til livløse ord fra en svunnet tid.

Jeg har mange ganger spurt meg selv: Hvorfor sier ikke flere ifra? Her jobber jeg sammen med mennesker som har adskillig større definisjonsmakt enn meg, psykiatere, psykologspesialister, kliniske sykepleiere, kliniske sosionomer m.m. Hvorfor er de tause? De fleste snakker om det og rister oppgitt med hodet. Noen kommer relativt nyutdannet med glød og entusiasme, disse har ofte ikke den faglige integriteten og selvsikkerheten til å si ifra. Eller de tror det skal være slik. Noen har prøvd å si ifra uten å få gjennomslag. Andre er så oppgitt at ikke har overskudd fordi de er utbrent. Omsorgens vakre mangfoldighet er i ferd med å bli drept, ikke fordi vi vil det, men fordi det ikke gis plass i byråkratenes og økonomenes definisjonsmakt. Det er for dyrt. Jeg ser daglig på gode kollegers utbrenthet. Dette blir et større og større problem. Det gir ikke mening lenger. Det er meningsløst å ta en utdanning hvis drømmen var å hjelpe og lindre dine medmenneskers smerte og lidelse, for så å oppdage at denne verdien smuldres opp i et markedsliberalistisk helvete.

Må utfordre byråkratene

Helsebyråkrater har basert sine antakelser på en vrangforestilling om at dess større man er, dess billigere og bedre er og blir det. Til slutt blir dette sannheter få eller ingen stiller kritiske spørsmål ved eller utfordrer. I dette bildet blir omsorg til et økonomisk byttemiddel som kalles effektivitet, rasjonalitet og kvantitet – der omsorg drepes. Idealismen om å hjelpe de svake for deres skyld, drepes. Kreativiteten drepes fordi den ikke pleies eller gis plass. Man skal presses inn i de økonomiske styringssystemene. Det kreves lojalitet og systemtro ansatte, ikke lojalitet mot dem systemene skal betjene – pasientene. Gode medarbeidere blir utbrent på grunn av meningsløsheten i stresset om kvantitet, produksjon i konsultasjonsysteriet og effektiviteten. Mennesket er ikke lenger i sentrum, verken personalet eller pasienter. Jeg mener det blir perifert i dette systemet. Da kan lederne ved landets psykiatriske avdelinger slå seg på brystet og si til politikere og helsebyråkrater: Se på oss, vi klarte styringsmålene. Men ingen etterspør pasientenes behov eller hvor de er i dette kalde markedet av styringsmål.

Jeg tror noen av oss som jobber som terapeuter må ture å stå opp for hva vi tror på og ta denne viktige debatten om hvilket samfunn vi vil ha. Ta omsorgen tilbake fra økonomene og helsebyråkratene og stå opp for dem vi er der for: Pasientene. ■■■

TETT PÅ
Gerd Kristiansen

Hvorfor: Ny LO-sjef som er klar til å slåss
for sine 900 000 medlemmer nå når en
ny regjering tar over

Stilling: LO-leder

Utdanning: Hjelpepleier

Alder: 58 år

Stille før stormen

LO-leder Gerd Kristiansen belager seg på hard kamp med en
borgerlig regjering som vil pukke på arbeidslivsordningene.

Tekst Astrid Svalastog Foto Marianne Otterdahl-Jensen





Under en paraply, i ly mot høstregnet som plasker mot brosteinen på Youngstorget, står hun klar til å slåss for sine 900 000 medlemmer. LO-leder Gerd Kristiansen belager seg på mange harde slag i møte med den nye regjeringen.

– Jeg har allerede sendt brev til Erna og bedt henne garantere for pensjonsforliket og handlingsregelen, forteller hun.

At Unio og YS har ymtet om at de forventer større innflytelse i forhandlingen med den nye regjeringen, fnysen hun av og avfeier spørsmålet om at LOs posisjon er svekket.

– LOs posisjon er ikke svekket, vi er fortsatt 900 000 medlemmer fra alle sektorer. Jeg kan ikke forstå at YS og Unio skal ha større innflytelse i forhold til LO. Jeg forstår ikke hvordan det skal skje. Vi er størst, og uansett hvilken regjering vi har, så må den lytte til LO, slår hun fast.

RØYKER GJØR IKKE LO-sjefen lenger. Den 10. mai var det slutt. Hun gir media skylda.

– Jeg ble forbanna. Det medieskapte bildet av meg som røyker – liggende på en sofa med røyk i handa og helt uinteressert i å holde kroppen i form – ble så betent at jeg bestemte meg for at jammen

«Tar man en utdanning som sykepleier så vet man hva man går til.»

skal jeg vise at jeg kan slutte å røyke. Og slutt har det blitt. Det var nødt til å være slutt!

Gerd Kristiansen vil heller ikke ha det på seg at hun ikke holder seg i form.

– Treningsstudio er ikke noe for meg, men jeg er derimot veldig glad i turer i skog og mark. Og ikke minst – jeg er veldig glad i å fiske.

Tross mange år i Oslo–Harstad-væring er hun og Harstad-væring blir hun. Det er her hun har hus og heim.

– For fire år siden da min mor døde overtok jeg hjemgården i Fauskevåg utenfor Harstad. Det er der vi bor og vi prøver å dra dit så ofte vi kan, sier hun.

På grunn av travle dager og lang reisevei går likevel turen oftest til hytta i Mellerud på Vestkysten Sverige. Stort sett sammen med mannen, men enkelte ganger blir barna også med.

DEN BORGERLIGE REGJERINGENS forhold til handlingsregelen, arbeidsmiljøloven, pensjon og privatisering, kan komme til å by på store utfordringer for lederen av landets største arbeidstakerorganisasjon. Kristiansen er redd forskjellene i samfunnet skal øke og at arbeidstakernes rettigheter skal svekkes.

– En regjering som ikke holder seg til handlingsregelen vil kunne komme til å svi hardt for mange, ikke minst for eksportnæringene. For den enkelte kan det bety tap av jobb og høyere rente, sier hun.

LO-lederen ser imidlertid fram til et konstruktivt samarbeid med Erna Solberg.

– Den norske modellen ligger fast. Vi skal samarbeide med

den regjering som til enhver tid sitter, og vi skal slåss for våre medlemmers interesser. Det er derfor vi er her.

LO-LEDEREN NÆRER EN berettiget frykt for at den nye regjeringen skal endre statens bidrag til AFP-ordningen.

– Får Frp og Venstre det som de vil, kan AFP-ordningen bli borte. AFP er en god ordning for de som har jobbet i offentlig sektor eller ved en bedrift med tariffavtale. Om lag 700 000 selvstendig næringsdrivende og arbeidstakere uten tariffavtale har ikke denne avtalen. De får titusener kroner mindre i pensjon dersom de går av med pensjon som 62-åring.

At AFP er en svært urettferdig ordning, og påstanden om at dette ikke lenger er en ordning for «sliterne», har Kristiansen liten forståelse for.

– En fjerning av AFP vil svekke arbeiderbevegelsen totalt sett, og en svekket fagbevegelse vil skape større forskjeller i samfunnet.

LO-lederen er avventende til hvilken regjeringsplattform vi får. Hun har bedt Erna Solberg om at vår nye statsminister garanterer for pensjonsforliket.

Frp, som sto utenfor forliket om pensjonsreformen, har beskrevet dette som tidenes ran av nåværende og framtidige pensjonister.

– Erna Solberg har uttalt at hun ønsker en oppmyking av arbeidsmiljøloven. Hvor alvorlig ser du på dette?

– Ja, har hun det? I valgkampen var de nøye med å si at det ikke ville bli særlige endringer. De har jo allerede avlyst mye av det de har gått ut med i programmet sitt. Jeg tror ikke vi får se så store endringer i arbeidsmiljøloven, sier Kristiansen.

Hun medgir samtidig at visse endringer trolig vil komme.

– Men jeg tror ikke at de blir så store som vi fryktet. Jeg må jo legge til grunn at de holder det de lovet før valget. Tariffavtalene som er inngått mellom partene i arbeidslivet ligger dessuten fast. De kan ikke endres av en regjering, sier Kristiansen.

LO-LEDEREN ADVARER samtidig sterkt mot Frps vekt på privatisering.

– Privatisering av offentlige tjenester går ut over kvaliteten på tjenestene, de ansattes lønns- og arbeidsvilkår og undergraver pensjonsordningene. De private stikker av med gevinsten, og innsparingen for det offentlige er kun tilsynelatende, hevder Kristiansen.

– Vi vil få en utarming av det offentlige helsevesen. Når et sykehjem privatiseres, må de ansatte over på langt dårligere pensjonsordninger.

Kristiansen viser til at mange vil miste både AFP og hele sin offentlige tjenestepensjon.

– For mange helsearbeidere kan det bety flere hundre tusen i tapt pensjon. Det er skammelig.

Gerd Kristiansen er selv utdannet hjelpepleier, og i flere år jobbet hun ved Åsgård sykehjem i Tromsø. Hun mener det er en selvfølge at man stiller på jobb for å sikre tilbudet til pasienter og brukere. Vel å merke må dette være innen lovens rammer.

– Det var ikke den enkleste måten å jobbe på, men jeg visste hva jeg gikk til – jeg måtte jobbe både kveld, natt og helg. Det handler om behovene pasientene og brukerne i helsesektoren har. De behovene er der 24 timer i døgnet, 365 dager i året. Vi som jobber i den sektoren har vår del av ansvaret for at folk får den hjelpen de

skal ha. Da må vi kunne brukes der det er behov for oss, når det er behov for oss.

Dette mener hun sykepleiere bør ta inn over seg.

– I dag er det faktisk bare hver fjerde sykepleier som jobber helg, en tredel jobber aldri lørdag eller søndag. Tar man en utdanning som sykepleier, kan man ikke forvente å bare jobbe dagtid, sier hun og understreker:

– I mannsdominerte yrker er det en selvfølge å fordele arbeid, og de ansatte forholder seg til det. Det er på kvinnelige arbeidsplasser at vi mekker og styrer med deltidsstillinger og prosentsatser på 20 og 30 prosent. Det handler om å få til en kulturendring i hele arbeidslivet, men først og fremst i de delene der det er stort flertall av damer.

Kristiansen mener arbeidsgiverne er feige så det holder i spørsmålet om helgejobbing.

– Det er ingenting i arbeidsmiljøloven som tilsier at man ikke en sjelden gang kan jobbe annenhver helg. Men det er ikke sikkert folk trenger å jobbe oftere enn tredjehver helg, hvis bare flere jobber helg–hvis vi deler arbeidet på flere.

Dobbeltvakter i helgene har hun ikke tro på.

– I det lange løp må det være langt mer slitsomt å gå dobbeltvakter i forhold til annenhver helg av og til.

GERD KRISTIANSEN PROKLAMERTE tidlig at hennes viktigste jobb som LO-leder er kampen mot deltid. De lave prosentsatsene mange sykepleiere jobber etter i dag, mener hun er helt forkastelig.

– *Hvorfor er det så viktig å få kvinner ut i full jobb?*

– Deltid er den største hindring for likestilling. Kvinnene skal kunne forsørge seg selv. Vi oppnår ikke full frihet før dette målet er nådd. Det gjelder i enhver sammenheng. At noen har behov for redusert stilling en tid i livet sitt, er noe helt annet, men heltid skal være regelen og ikke unntaket, slik vi ofte ser i dag.

Hun mener det er viktig for hele samfunnet at folk bidrar så mye de kan og at forholdene legges til rette for det.

– De neste 30 år vil vi ha behov for 130 000 nye årsverk innen helse- og omsorgssektoren. Hvordan skal vi få rekruttert hvis tilbudet er deltid?

– De borgerlige partiene har sagt at de ønsker å gjøre noe med særaldersgrensene i norsk arbeidsliv. Dette vil blant annet berøre sykepleiere. Hvordan ser LO på dette?

– LO støtter målet om å forlenge yrkeslivet for den enkelte gjennom oppmuntring til fleksible ordninger for arbeid og uttak av pensjon. Det betyr at arbeidslivet må endres. Men dersom det skal skje endringer må det skje etter enighet med arbeidstakerorganisasjonene. Dette kan ikke være noe som bare bestemmes ensidig av politikere.

HUN BESITTER EN av de viktigste og mektigste stillinger i norsk samfunnsliv, men forteller at det var mer eller mindre tilfeldig at hun begynte å jobbe med fagforeningsspørsmål.

– Som ung hjelpepleier på Åsgård sykehjem overtok jeg mer eller mindre tilfeldig vervet som tillitsvalgt da den forrige tillitsvalgte hadde tatt sin tørn. Det ble liksom min tur–og det var mye jeg måtte sette meg inn i. Så ballet det på seg pø om pø. Først som 30-åring begynte jeg å bli politisk engasjert, forteller hun.

Og det er ikke lite som har ballet på seg gjennom åra.

I ti år var hun tillitsvalgt for Norsk Helse- og Sosialforbund i Troms fylke. Deretter ble det LO, hvor hun hadde nærings- og fiskeripolitikk som arbeidsområde.

I mai i år ble hun enstemmig valgt som leder av LO. Hun kom da fra stillingen som nestleder i Fagforbundet, LOs største forbund.

– *Hvordan føles det å sitte med så mye makt?*

– Jeg er et redskap for å iverksette LOs politikk på vegne av 900 000 medlemmer. Det er et stort ansvar og den mest fantastiske

«Jeg ble forbanna. Det medieskapte bildet av meg som røyker ble for betent.»

jobb noen kan ha. Å være med å påvirke og utvikle både samfunn og arbeidsliv og være så tett på dem som styrer og lager lover, er utrolig meningsfullt og krevende.

– *Og hvordan er en «vanlig» arbeidsdag for LO-sjefen?*

– Det finnes ingen vanlig arbeidsdag. Tross god planlegging vet jeg aldri hva som venter meg. Det eneste jeg vet er at dagen starter tidlig.

Hun står opp fem–halv seks. Halv sju låser hun seg inn i Youngs gate 11. Før hun har heisen opp til åttende etasje hilser hun på han som vasker kontorene.

– Da er det bare oss to i bygget. Det er flott å komme i gang mens det fortsatt er stille i huset. ■■■

astrid.svalastog@sykepleien.no



PARAGRAFRYTTTERNE

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.

Enige om arbeid i høytider

NSF, Fagforbundet og Delta er blitt enige med KS om hvordan arbeid og fritid i høytider skal fastsettes. Tekst Bjørn Arild Østby

NSF håper det vil bidra til ro rundt fastsetting av arbeidstid og fritid i forbindelse med høytider. Partene er enige om følgende:

- » En turnusplan/høytidsturnus som forutsetter avtale med tillitsvalgte, kan ikke gjennomføres uten at enighet er oppnådd.
- » Det kan inngås avtale mellom arbeidsgiver og tillitsvalgte om gjennomsnittsberegning av røde dager.
- » En løpende turnusplan/-avtale inngått mellom

arbeidsgiver og tillitsvalgt kan ikke forandres gjennom en individuell avtale mellom arbeidsgiver og arbeidstaker om gjennomsnittsberegning av røde dager.

- » Dersom den løpende turnusplanen må endres i høytiden, må dette gjøres gjennom etablering av en ny plan/høytidsturnus eller gjennom bruk av forskjøvet arbeidstid.
- » Alternativt kan partene lokalt inngå avtale om forskjøvet arbeidstid, jf HTA kap. 1 § 6.8.

Oppnås ikke lokal eller sentral enighet om forskjøvet arbeidstid, godtgjøres arbeid utover oppsatt turnusplan/arbeidsplan etter reglene om merarbeid/overtid jf. HTA kap. 1 § 6.

- » Dersom den gjeldende turnusplanen blir ulovlig å praktisere i høytiden, må den ansatte gis fri med lønn etter Hovedtariffavtalens bestemmelser. Tilsvarende gjelder i de tilfeller arbeidstaker gis fri, fordi driften tillater en ytterligere reduksjon i bemanningen.

Fortsatt spørsmål om ferie

Selv om vi er ferdige med hovedferieperioden får NSF fortsatt mange spørsmål om ferie. Tekst Bjørn Arild Østby

? Hva med ferie for meg som er deltidsansatt, og jobber etter arbeidsplan/turnusplan?

§ Ferieloven inneholder ikke spesielle regler for deltidsansatte. Når det gjelder antall feriedager, tiden for ferie og fastsetting av denne, er reglene de samme for alle, uansett stillingsbrøk. Loven opererer ikke med halve feriedager. 25 virkedager feriefritid betyr 25 hele dager, men altså ikke nødvendigvis arbeidsdager. Da ferieloven ble laget ble det vurdert å ha egne bestemmelser om deltidsansatte. Departementet fant det ikke mulig å formulere regler om dette, som ville dekke alle de ulike deltidsordningene som eksisterer. Partene må derfor bidra for

å finne løsninger.

Dette betyr at det ikke skal beregnes ferie i timer eller tilsvarende. Ferie skal beregnes i dager etter ferielovens bestemmelser i § 5.

Spesielt i forhold til avtalefestet ferie:

Det er innført egen «sikringsbestemmelse» for skift/turnusarbeidere. Avtalens pkt. 7 fastsetter at disse skal ha tilpasset den avtalefestede ferien lokalt, slik at den utgjør fire arbeidede skift/vakter.

For deltidsansatte vil stillingsstørrelsen imidlertid kunne ha økonomisk betydning, da feriepengene beregnes etter inntekten.

? Er det ikke sånn at jeg kan spare ferien til neste år og ta lenger ferie da? Kan jeg i tillegg ta ferie på forskudd?

§ Du kan avtale med arbeidsgiver (skriftlig) å overføre inntil tolv virkedager ferie til det påfølgende ferieår, jf. § 7 (3).

Du bør være oppmerksom på at slik avtale ikke binder ny arbeidsgiver dersom du skifter jobb. Du kan også inngå skriftlig avtale om avvikling av forskuddsferie på inntil tolv virkedager.

Spesielt i forhold til avtalefestet ferie:

Ved skriftlig avtale med den enkelte, kan den avtalefestede ferien overføres helt eller delvis til neste ferieår. Slik eventuell overføring av avtalefestet ferie innvirker ikke på eventuell overføring av ferie etter ferielovens bestemmelser, men kommer i tillegg.

Mer informasjon om ferie finner du på NSF's hjemmeside. ■■■

Passer på paragrafene:



Harald Jesnes
Forhandlings-
sjef NSF



Kari Tangen
Ass. forhand-
lings-
sjef



Marit
Gjerdalen
Advokat



Johs Bruvik
Spesial-
rådgiver



Kirsten
Nesgård
Spesialrådgiver



Oskar
Nilssen
Advokat



Lars Petter
Eriksen
Spesialrådgiver



Anne Lise
Wien
Seniorrådgiver



Tore Dahlstrøm
Advokat

DRØMMEREISE



SE
PRISEN!

USBKISTAN OG SILKEVEIEN

LANGS SILKEVEIEN GJENNOM ØRKEN, FJELLANDSKAP OG KARAVANEBYER
– MED ALBATROS-REISELEDER, 9 DAGER

Reis langs den myteomspunne Silkeveien i Usbekistan, landet der Orienten møter Russland! Vi følger karavanerutene der silke, krydder og gull ble fraktet fra Bukhara til Samarkand, byen som med sine asurblå kupler og sin nesten tretusenårige historie er en av verdens best bevarte hemmeligheter, og stifter bekjentskap med hovedstaden Tasjkent. På tross av at Usbekistan er en utforsket perle for mange er det et av Sentral-Asias mest gjestfrie og sikreste reiseland. Bli med til Samarkand!

INFORMASJON OG PÅMELDING

Les mer på www.albatros-travel.no/sykepleien
info@albatros-travel.no
Vennligst opplys reisekode: LR-SYK

DAGSPROGRAM

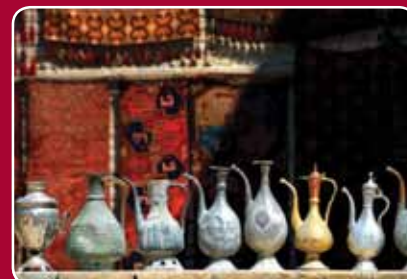
- Dag 1 Oslo – Tasjkent
- Dag 2 Tasjkent. Byrundtur og marked
- Dag 3 Fly Tasjkent – Bukhara. Byrundtur til blant annet Dødens minaret og Ark-fortet
- Dag 4 Bukhara. Emirens sommerpalass og tid på egen hånd
- Dag 5 Bukhara – Timur Lenks fødeby, Shakhrisabz – Samarkand
- Dag 6 Samarkand, Registan-torget, Shah-i-Zinda-nekropolen og emirens gravkammer
- Dag 7 Samarkand. Ulugh Begs observatorium, utflukt til profeten Daniels mausoleum og kveldstog til Tasjkent
- Dag 8 Tasjkent. Usbekistan Museum, Abdul Kassim-madrasaen, avskjedsmiddag og hjemreise
- Dag 9 Hjemreise og ankomst til Oslo

AVREISE 15. APRIL 2014 **KUN KR. 15.998,-**
Tillegg for enkeltrom: kr. 1.998,-



PRISEN INKLUDERER

- Skandinavisktalende reiseleder
- Fly Oslo – Tasjkent t/r
- Utflukter ifølge program
- Innkvartering på hotell i delt dobbeltrom (tillegg for enkeltrom)
- Helpensjon
- Skatter og avgifter



Reis med oss – Albatros

Rundreiser med reiseleder. Mer enn 25 års erfaring!

Besøk oss på www.albatros-travel.no

Man-fre 8:30 – 17:00, helgeåpent 10:00 – 15:00 (hele oktober og november)



- når du vil merkes!

Hva skulle vi gjort uten tiden?



SABO - det miljøvennlige alternativet!



KLOKKER



SAKS



3D SKILT



GRAVERT SKILT

FLERE PRODUKTER OG BESTILLING PÅ www.sabo.no / TEL. 73 83 48 50