



Friskliv i Kåfjord

Side 20

Snakk om sex

Menns seksualitet er ikke så komplisert, mener forfatter Haakon Ars. Side 56



Adecco i fanget

Arbeidsminister Hanne Bjurstrøm har sett seg lei på sosial dumping. Side 70



Sykepleien

LISBETH NORMANN: Vi må aldri gå på akkord med våre krav til faglighet, verken i utdanning, eller i vår hverdag!

4 | 2011
24. mars
2011
99. årgang



Hvordan utdanne en sykepleier?

Rammene for yrket er endret.
Nå står utdanningen for tur.



UTFLOD? VOND LUKT?

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

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



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


VITAFLO
Part of the Navamedic Group





NEW
THINKING.
NEW
POSSIBILITIES.



Nye Hyundai i10

i10 1,1l Classic pris fra kr 126.950,- Pr mnd fra kr 927,-*

Du elsker den fordi den er lett å parkere, selv i de trangeste parkeringshus

Hyundai i10 er en liten smart sak med stor personlighet og maksimal romslighet – 5 dører, plass til 5 personer og 5 års trippelgaranti uten kilometerbegrensning. Med tilkobling for iPod spiller den all din favorittmusikk. Den er gjerrig både på bensin og

utslipp, og du parkerer den enkelt, selv i de trangeste parkeringshus. Alle modellene har elektronisk stabilitets-program (ESP) som standard. **Leveres også med automatgir, pris fra kr 159.950,-.**

www.i10.no



Ubegrenset kjørelengde

*4,75% nom. rente. (Gjelder tom 31. mars). Eff. rente er beregnet ut fra bilens pris kr 126.950,-. EK 40%. 10 års nedbetaling. Etableringsgebyr og tinglysning er inkl. Kredittkjøpspris er kr 162.020,-. Veil. pris levert Drammen. Lokale frakt- og lev.omkostninger, metallic lakk og vinterhjul tilkommer. Drivstofforbruk blandet kjøring: fra 0,46 l pr mil. CO₂ utslipp: fra 108 g/km. Avbildet modell kan avvike fra tilbudt modell.

Sykepleien

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

E-post:

redaksjonen@sykepleien.no
interaktivt@sykepleien.no

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

Medarbeidere:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Grafisk formgiver Hege Holt
tlf. 22 04 33 57
hege.holt@sykepleien.no

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

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

Repro og trykk
Stibo Graphic AS

Gjesteskribenter:



Erik Orskoug advarer mot å tukle med resultatet av pensjonsoppgjøret fra 2009. Og synes det er synd at oppmerksomheten rundt pensjonsreformen ofte er rettet mot det å kunne ta ut pensjon ved fylte 62 år og jobbe ved siden av. Kronikk side 66.



Per Nordtvedt skriver at den grunnleggende sykepleien blir nedprioritert, og dokumentasjon og papirarbeid tar for mye tid i helsevesenet. Dilemma side 68.



Man kan føle at man stues bort på et kontor, og at produksjon av tekster har vunnet over mer produktivt arbeid. Men det er ikke sikkert det er så unyttig som det noen ganger kan føles, skriver **Kristin Heggen** i Refleks, side 74.



Lisbeth Normann mener sykepleierutdanningen på de fleste områder er en suksesshistorie. Å velge å bli sykepleier skal være et attraktivt yrkesvalg også i fremtiden, men da må vi aldri gå på akkord med kravene om faglighet. Side 62.



Innhold

Sykepleien

AKSJONISTEN: «Vi laster Rimi-kurven

Hva skjer

- 7 Aksjonisten
- 8 Hva skjer – smånytt
- 10 Kort liggetid er risikofaktor
- 11 Skrøpelig omsorg til skrøpelige eldre
- 12 Mastergrad for kombisykepleier
 - Ny master i jordmorfag ■ Gir ikke høyere lønn
- 16 Foreslår «sikkerhetsventil» ved lovbrudd
 - EØS kan stoppe tarifflønn
- 18 Hvor snille er egentlig sykepleiere?
- 19 Trenger historier fra psykisk helse
- 20 – Naturlig arena for oss
- 22 Nye fylkesledere
- 24 Vil stoppe helseministeren
- 25 Vi bare spør Kjersti Sortland

Der ute

- 36 Flere årsverk ga lavere lønnsutgifter
- 38 Én stilling i to kulturer
- 40 Paragrafrytterne
- 41 Min jobb: Cesilie Aasen Zapffe
- 42 Øyeblikket
- 44 Engelske klinikker svindlet staten



SYKEPLEIENS FORMÅLSPARAGRAF:

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

Tema: Sykepleierutdanningen

- 28** – Det er viktig at utdanningene selv luker ut studenter som ikke egner seg
- 32** Dette strides de om
- 34** – Må være helt tydelig hva de utdannes til

26



full av godteri til gullungen, men ser ikke over hvor tynn bestemor har blitt».

4 • 2011

24. mars 2011 • 99. årgang

Fag og bøker

- 46** Hva fremmer amming av premature?
- 50** Samtale kan styrke hjertepasienten
- 53** Nye fagtidsskrifter fra Sykepleien
- 54** Trener seg friskere
- 56** Forfatterintervjuet: Haakon Aars
- 58** Bokanmeldelse
- 60** Følger ikke stortingsvedtak
- 60** Quiz

Mennesker og meninger

- 62** Lisbeth Normann om utdanningen
- 63** Siden sist og meninger
- 66** Erik Orskaug om pensjon for offentlig ansatte
- 68** Dilemma: Per Nortvedt
- 70** Tett på Hanne Bjurstrøm
- 74** Refleks: Kristin Heggen

75 Stillingsannonser

87 Kunngjøringer

GJESTESKRIBENTEN:

«Smak på det ordet:
Kvalitetssikringssy-
stembeskrivelse!»

Kristin Heggen

74



«Folk har fått mer energi og
trenger færre medisiner.»

20



25



NYHET!
Glukosamin
reseptfritt på
apoteket!

Samin – effektiv symptomlindring ved slitasjegikt

Kroppen er skapt for bevegelse, men når vonde og stive ledd hindrer oss kan glukosamin hjelpe. Over tid vil glukosamin hemme selve nedbrytningen av brusken i leddene, som jo er årsaken til ubehaget. Samin inneholder glukosamin som brukes som byggestein i brusken. Nå får du Samin uten resept og du kjøper det på apoteket!



Ikke la vonde ledd ødelegge gode opplevelser

Barth Tholens om barn & eldre

Stilling: Redaktør i Sykepleien

E-post: barth.tholens@sykepleien.no

Sult i solkongens tid

Mens barn og unge blir rundere og rundere, sliter eldre på institusjon med å få i seg nok mat. Det er neppe en tilfeldighet.

Vårt syn på hvem som er universets egentlige midtpunkt har endret seg nokså dramatisk de siste 100 år. Lenge var det slik at man trodde det var de eldste i samfunnet som hadde egenskaper som gjorde dem fortjent til positiv særbehandling: Når de hadde levd så lenge, var de vel også klokere og mer elskverdige enn andre? Ikke rart at eldre kunne inneha viktige posisjoner i samfunnet den gang.

Senere flyttet oppmerksomheten seg til den mest produktive delen av befolkningen. I etterkrigstiden skulle både mor og barna elske mannen i huset, som skaffet til veie både vaskemaskin, tv og utdanning til barna. Foreldrene så på barna som objekter for oppdragelse, med det mål for øye at de skulle bli mest mulig lik dem selv senere. Barna skulle da helst være stille og takknemlige.

Etter jappetiden på 80-tallet har barna overtatt som universets solkonger. I takt med økende viten om barnas sensible sinn vrir foreldre seg i alle bukter og ender for å tilfredsstille barnas umettelige behov. De vil beskytte dem mot alt som er vondt. For at barna ikke skal bli slitne, og likevel ikke skal kjede seg, transporteres de i små limousiner fra aktivitet til aktivitet. Den nye kjøpsterke generasjonen har stålkontroll fra barnerommene gjennom avansert software, mens pappa og mamma fyker rundt for å finansiere virksomheten.

Men underveis ser vi ut til å ha glemt de gamle. På rekordtid har vi bygd ut barnehageplasser på hver ledige løkke i kommunen. Hver lille pøse har nå billig tilgang til en liten armé av barnehagetanter, sikrede lekeplasser og psykologtilbud om det likevel skulle skjære seg. Utbyggingen av sykehjemsplasser derimot, går trått. Kommu-

Mange ser ut til å mene at smerte
ER en del av det å være eldre.

nene sier de ikke har råd til å drifte sykehjemmene, selv om staten kaster penger etter dem. Så mens vi fotfølger våre barn i redsel for at de kanskje skal skade seg på vei til skolen, sitter våre gamle og titter tomt på tv på et underbemannet sykehjem. Helsetilsynets siste rapport viser at de ikke har det bra der.

For hvert tiår som går, øker niåringenes gjennomsnittsvekt med én kilo, viser statistikk fra Folkehelsen. Før trodde vi det bare var i USA, men det er vel så ille i Norge. Nå er det igjen snakk om at helsesøstrene skal veie fireåringene. Det må settes inn milliardtiltak for å unngå at ungene feter seg i hjel på potetgull, brus og



sjokolade.

Men mens vi fortsetter å laste Rimi-kurvene fulle med godis til gullungene, har vi paradoksalt nok glemt å reflektere over hvorfor bestemor er blitt så tynn i det siste.

Oppmerksomhetsskiftet i vår kultur har nemlig hatt sin pris. For 60 år siden mente man at man ikke trengte å være så forbasket fintfølelse med barns sjeleliv. Unger skulle bare trenes opp til et voksenliv. Oppdragelsesmetodene kunne være litt røffe, men så lenge målet helliget midlene, var alt i orden. Men i takt med økningen i samfunnets BNP – og barnas kilo på badevekten – er det tydeligvis nå de eldste som ikke lenger kan regne med finstemt empati. Derfor utstyres vi våre barn med både bakovervendte barneseter og ekstra sikkerhetsseler når vi skal kjøre hundre meter til butikken, men vi lar være å slå alarm når bestefar er deppa. Klart man blitt deppa når man er 87!

At vi i vår kultur har fått en høyere terskel for den smerten vi påfører våre eldre, er dessverre altfor lite debattert. Ja, mange ser ut til å mene at smerte ER en del av det å være eldre. Vi har utviklet farlig høy toleranse for at alderdom liksom er nødt til å påføre mennesker ufrivillig ensomhet, sult, angst og bevegelseshemming. Alt sammen symptomer som vi ville dratt til en spesialist for om de hadde rammet våre barn. I Norge – som i andre vestlige land – blir eldre alvorlig «underbehandlet» i helsetjenesten fordi vi ikke forventer annet enn elendighet. Vi har kommet til å tro at det er livets gang.

Lege finner lege

Hver fjerde svenske lege er sammen med en annen lege. Ingen andre yrkesgrupper finner så ofte partner med samme jobb som legene, skriver Dagens Medisin.

Mange leger velger også sykepleiere. Sju prosent av legene som er i heterofile forhold er sammen med en sykepleier. Nesten ingen leger er sammen med en hjelpepleier.

Det er det svenske statistiske sentralbyrået som har gravd fram tallene. I Sverige har hvert tyvende par samme yrke. I tillegg til legene, er dette også vanlig blant for eksempel politifolk, jurister og tannleger.



Foto: Colourbox

Ny kunnskapsdirektør

Helsedirektoratet har tilsett dr.med. Magne Nylen som ny direktør i Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Samfunnsmedisineren har tidligere vært redaktør av Tidsskrift for Den norske legeforening og generalsekretær i Legeforeningen. Fra 2005 har han vært redaktør av Helsebiblioteket og senere også avdelingsdirektør i Kunnskapssenteret.

Med permisjon fra Kunnskapssenteret har Nylen fra sommeren 2010 vært fagdirektør i helse- og omsorgsdepartementet og arbeidet med Nasjonal helse- og omsorgsplan.



MAGNE NYLENN: etterfølger John-Arne Røttingen som har vært direktør av Kunnskapssenteret siden etableringen i 2004. Foto: Erik M. Sundt

Etterlyser koordinerte tilsyn

Etter avsløringene i Adecco-saken, ønsker Norsk Sykepleierforbund (NSF) et bredere tilsyn på sykehjemmene. NSF ber derfor Arbeidstilsynet og Helsetilsynet om å foreta tilsyn sammen.

– Andre bransjer har gode erfaringer med å ha flere tilsyn på en gang, sier forbundsleder Lisbeth Normann, og nevner restaurantbransjen som eksempel.

– Arbeidstilsynet og Helsetilsynet har vanligvis tilsyn hver for seg, men vi tror det blir større kraft og tyngde i tilsynene om de går sammen om å undersøke sykehjemmene slik de blant annet gjorde på det tidligere Adecco-drevne sykehjemmet i Klæbu, sier Normann.

Hun ber også Statens autorisasjonskontor for helsepersonell komme på banen og kontrollere ansattes lisenser når det er tilsyn. Målet er å sikre de ansattes rettigheter og sørge for at pasientene får gode helsetjenester. Kilde: NTB

Foto: Colourbox



Les mer om:

- 12** Flere og flere masterprogram i sykepleie ›
- 16** Saksøke vikarbyråene? ›
- 18** Er sykepleiere egentlig så snille? ›
- 20** Frisklivsentrene popper opp ›
- 22** Mange nye fylkesledere ›
- 24** Vil stoppe helseministeren ›

sykepleien.no

Snart mellomoppgjør. Følg med på sykepleien.no



Sykepleier blir rektor

Sykepleier Kari Toverud Jensen vant valget og blir den første rektoren ved Høgskolen i Oslo og Akershus.

Det var ansatte og studenter ved Høgskolen i Oslo (HIO) og Høgskolen i Akershus (HiAK) som stemte henne frem. Høgskolene slås sammen fra 1. august i år.

Jensen har vært dekan i fire år. Hun er førsteamanuensis med doktorgrad i pedagogikk. Tidligere har hun blant annet vært administrasjonssjef ved Sagenehjemmet.

I et portrettintervju i Sykepleien 13/2010 sa hun at det er både faglig og strategisk riktig å slå sammen de to skolene.

– De faglige miljøene kan dra veksler på hverandres kompetanse og vi får et mer komplett videreutdanningstilbud med helsesøster- og jordmorutdanningen på HiAK som vi ikke har på HIO.



GIGANTSKOLE: Kari Toverud Jensen er nå dekan for sykepleierutdanningen ved Høgskolen i Oslo. Arkivfoto: Erik M. Sundt

Helsedirektør konstituert

Bjørn Guldvog er konstituert som helsedirektør i fire måneder. Hans Petter Aarseth er i perioden konstituert som assisterende helsedirektør. Den egentlige direktøren, Bjørn-Inge Larsen, er i permisjon. Den skal han blant annet bruke til å reise.



Gjennomsnittlig månedslønn for ansatte i private sykehustjenester per 1. oktober 2010 (kroner).

YRKESGRUPPE	AVTALT LØNN
Leger	62 200
Lederyrker	54 200
Spesialsykepleiere	38 100
Sykepleiere	33 200
Fysioterapeuter	31 100
Hjelpepleiere	28 000
Kontoryrker	27 700
Uten krav til utdanning	24 600
Sykehustjenester i alt	36 400



Kilde: SSB Lønnsstatistikk, ansatte i helse og sosialtjenester 2011.

Hvordan endre praksis?

Kunnskapssenterets årskonferanse «Fra tilgjengelig kunnskap til endret praksis», arrangeres 9. juni i Trondheim.

Hvordan implementerer vi ny kunnskap i praksis? Det er det overordnede spørsmålet på konferansen. Deltagerne får lære om ulike tilnærminger og metoder for å få dette til.

Målgruppen er helsepersonell på tvers av profesjoner i både primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det blir søkt om godkjenning som tellende kurs for flere helseprofesjoner. Påmelding til kunnskapssenteret.no.

Metadon svekker rottehjerner

Opioider som heroin og morfin kan svekke intellektuelle funksjoner som læring, hukommelse og oppmerksomhet. Nå studerer Folkehelseinstituttet hvilken virkning langvarig metadonbruk har på hjernen. Forsker Jannike M. Andersen og kolleger har funnet ut at metadon svekker oppmerksomhetsevnen hos forsøksdyr. Dette gjaldt både når rottene ble testet med metadon i kroppen og et døgn etter siste behandling, da metadon var skilt ut.

– At oppmerksomhetsevnen er svekket også etter at stoffet er ute av kroppen, antyder at metadon fører til endringer i hjerneceller. Nøyaktig hvilke endringer og hvor langvarige disse endringene er, vet vi foreløpig ikke, sier Andersen.

De vet heller ikke hvilken overførselsverdi funnene har til mennesker. Alt dette skal forskerne jobbe videre med å finne ut.



Foto: Scanpix

Smart dame

Sykepleier Mariann Svanes (bildet) og kollegene hennes ved Dalane Lokalmedisinske senter (DLS) mottok i mars Sykepleiens Smartpris. En fagjury sammensatt av representanter fra NSF, KS, Spekter og Inno-med, mente at DLS er Årets Innovasjonsvirksomhet. De ansatte håper nå at prisen bidrar til at senteret får driftstilskudd på statsbudsjettet for neste år.

Også Årets oppfinner har blitt feiret. Ann-Cecilie Hopøy ved Moer sykehjem i Ås kommune hadde både ordfører, rådmann og helsesjef ved sin side da Sykepleiens redaktør delte ut diplom for hennes dusjløsning. De 100 000 priskronene skal brukes til å videreutvikle ideen med tanke på produksjon.

Prisen for Årets nyskapning vil bli delt ut i slutten av mars. Den går til sykepleiere i Bjarkøy i Troms for arbeidet med akuttberedskap.



Foto: Barth Tolens

Ulik praksis for behovsmedisinering i sykehjem

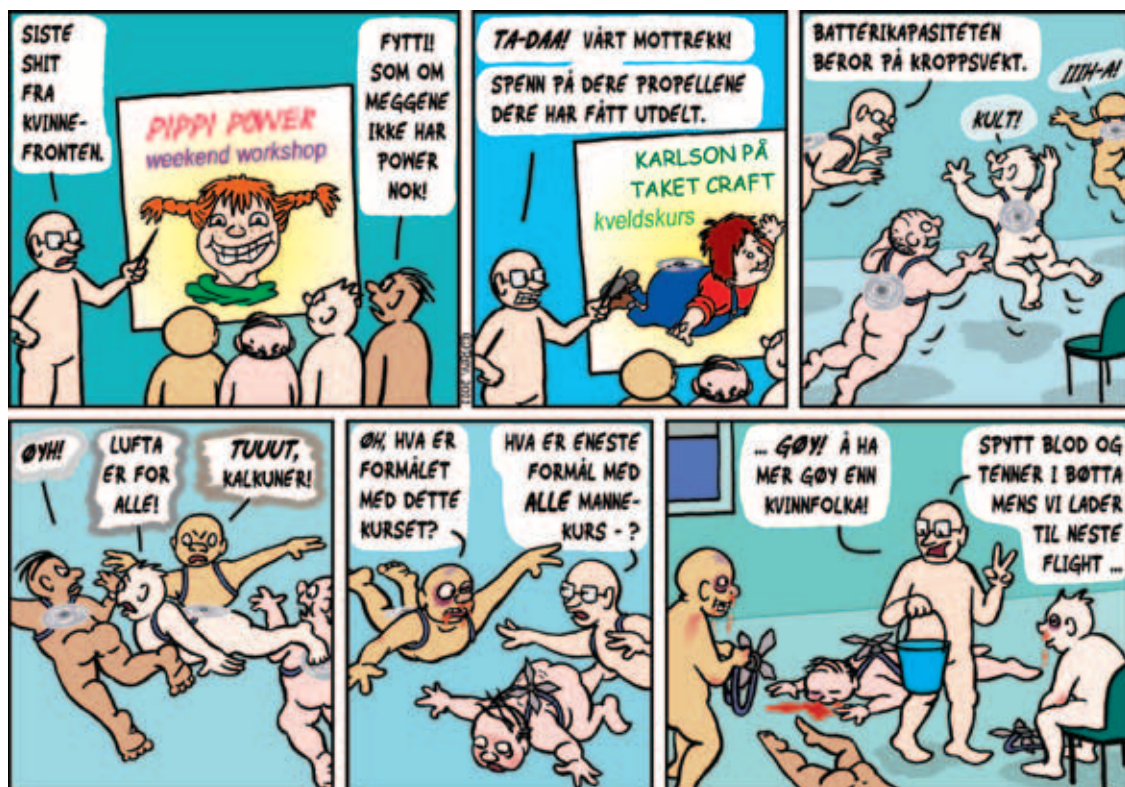
Lillian Mo-Andreassen, farmasøyt og doktorgradsstipendiat, har kartlagt retningslinjer for behovsmedisinering ved 33 sykehjem i Bergen kommune. Slike retningslinjer er en lovpålagt skriftlig tilleggsprosedyre som sykehjemslegen utarbeider og som sykepleier kan bruke når legen ikke er til stede. I retningslinjene som ble innsamlet var det store variasjoner når det

gjaldt legemiddelvalg, styrke, dosering og når man skal kontakte lege.

– Dette kan skape usikkerhet hos sykepleiere for når behovsmedisinering skal gis, og i verste fall gå ut over pasientsikkerheten, sier Mo Andreassen.

Les hele artikkel i Sykepleien Forskning nr. 1-2011, s. 46

TERAPI av Bodil Revhaug



Mener fra www.sykepleien.no

Tiltaksplan for døende pasienter

” Lurer på om vi i hjemmetjenesten kan gjennomføre noe lignende i samarbeid med Lokalmedisinsk Senter.

Åse-Kari Kobbervold, prosjektleier, Utviklingssenter for hjemmetenester, Oppland

” Liverpool Care Pathway er utviklet i multikulturelle England. Planen er kulturuavhengig og brukes pr. i dag i 20 land verden rundt. LCP gir rom for å synliggjøre og ta høyde for bl.a. ulike kulturer og religiøse hensyn.

Grethe S. Iversen, Kompetansesenter i lindrende behandling, Helseregion Vest

Hele innlegget finner du på: www.sykepleien.no_debatt

Kort liggetid er en risikofaktor

Fødeinstitusjoner og helsestasjoner tar ikke tilstrekkelig høyde for mulige konsekvenser av kort liggetid ved fødeinstitusjonene. Tekst Bjørn Arild Østby

Det viser tilsynet med barselomsorgen som Statens helsetilsyn gjennomførte i 2010. Tilsynet omfatter alle fødeinstitusjonene og helsestasjoner i 50 kommuner. I tillegg har man gått gjennom pasientjournalen til 100 barselkvinner og deres barn.

Pasientsikkerhet

Det ble i tilsynene avdekket et betydelig gap i omsorgen fra barselkvinnen og barnet blir skrevet ut fra fødeinstitusjonen til helsestasjonen er beredt til å gi en tilpasset oppfølging av familien og det nyfødte barnet.

– Brudd i tjenestetilbudet så kort tid etter en fødsel truer pasientsikkerheten, konkluderer Helsetilsynet.

Det er fødeinstitusjonen som avgjør når bar-

selkvinnen og barnet er utskrivningsklare. Det skjer i all hovedsak etter to til tre dager. Utskriving skal imidlertid ikke skje før barselkvinnen og barnet er sikret nødvendig oppfølging fra spesialisthelsetjenesten selv eller kommunehelsetjenesten. Praksis viser at barselkvinnen ved utskrivning ofte blir bedt om selv å ta kontakt når det er nødvendig med hjelp etter hjemkomsten.

Forskjellige oppfatninger

Fødeinstitusjonene forteller at de jamt over opplever at samarbeidet med helsestasjonene er godt innarbeidet, og at det fungerer godt. Bare 30 prosent av helsesøstrene som er intervjuet, er enige i dette.

Helsestasjonen har ofte på det tidspunkt

barselkvinnen skrives ut ikke fått kjennskap til fødselen. Og når nybakte foreldre dukker opp uanmeldt på helsestasjonen kommer dette i konflikt med andre oppgaver helsesøster har avtalt. De nybakte foreldrene får dermed ikke alltid får den hjelpen de trenger.

Individuell oppfølging

Helsetilsynet mener det fortsatt gjenstår mye før barselomsorgen kan friskmeldes.

– For alle kvinner og familier er det viktig med en trygg overgang fra sykehus til hjemmet. Barseltida må organiseres på en måte som gjør at kvinner med helseproblem etter fødsel blir fanget opp og får tilbud om individuell oppfølging, seier direktør Lars E. Hanssen i Statens helsetilsyn. ■■■

Nyhet!

Godt for huden – og miljøet

Økologisk sertifisert og svanemerket hudpleie med naturlige ingredienser

- Tilpasset sensitiv hud.
- Uten parfyme, fargestoff eller parabener.
- Kan brukes av både voksne og barn – til og med de aller minste.

Les mer på decubal.no. Få gratis vareprøver på decubalpluss.no

DECUBAL  ECOLOGICAL



Fås hos Apotek 1 og Boots.

Skrøpelig omsorg til skrøpelige eldre

I to av tre tilsyn i fjor fant Statens helsetilsyn at kommunens tjenestetilbud til eldre var i strid med loven.

Tekst Bjørn Arild Østby Foto Colourbox

I løpet av 2010 ble det utført tilsyn i 342 virksomheter for eldre. Blant temaene som inngikk i tilsynet var kommunenes tilbud til skrøpelige eldre i hjemmetjenestene, i sykehjem og i enheter der søknader behandles.

Eldre med demenssykdom

I 2010 ble det i 48 kommuner gjennomført tilsyn med kommunenes tiltak for å identifisere, utrede og følge opp eldre som bor hjemme med demenssykdom. Det ble funnet lovbrudd i 32 av kommunene.

Mange kommuner svikter når det gjelder å identifisere pasienter med demens, og bidra til at de får nødvendig legehjelp og utredning. De fanger heller ikke opp endringer i pasientenes behov.

Når kommunen mangler en felles forståelse for hvordan arbeidsoppgavene skal utføres, blir det opp til den enkelte ansatte hvordan det blir gjort. En slik praksis er for tilfeldig og øker faren for at noe kan svikte, ifølge tilsynsdirektør Lars E. Hanssen i Statens helsetilsyn.

For personer med demens som ofte ikke kan gi uttrykk for egne behov eller for sin sykdom, kan dette få alvorlige konsekvenser. Og stadig skiftende personell som kommer til ulike tider og møter den enkelte på ulike måter kan bidra til økt forvirring. I tilsynsmeldingen vises det til at enkelte pasienter hadde opptil 26 ulike tjenesteytere i løpet av en måned.

Legemiddelhåndtering

På grunn av kroniske sykdommer og andre plager bruker mange eldre en rekke legemidler. Halvparten av alle over 70 år får årlig resept på minst fem ulike legemidler og hver femte får resept på mer enn ti

legemidler, ifølge data fra Reseptregisteret.

I 2010 ble 76 kommuner bedt om selv å vurdere om deres ordninger for legemiddelhåndtering oppfylte en del sentrale krav i regelverket. To tredeler av kommunene rapporterte at de fant mangler. Blant manglene som nevnes er:

- at det var uklart hvem som hadde lederansvar for legemiddelhåndteringen,
- at ikke alt personell som deltok i legemiddelhåndteringen hadde nødvendige faglige kvalifikasjoner,
- at kommunene hadde mangelfulle prosedyrer, rutiner som ikke var oppdatert i henhold til gjeldende forskrift.

Gir ikke avlastning

Mange pårørende er selv eldre mennesker. Den kommunale helse- og sosialtjenesten har ansvar også for å ivareta behovene disse har for avlastning fra særlig tyngende omsorgsarbeid.

I 48 av 55 kommuner påpekte tilsynsmyndigheten forhold som strider mot forsvarlig saksbehandlingspraksis slik loven krever. Det var et gjennomgående funn at kommunene ikke kartla og vurderte private omsorgsgiveres omsorgsbyrde, situasjon og behov for avlastning ved tildeling av tjenester.

Langt igjen

Tilsynene viser at mange kommuner har en betydelig vei å gå når det gjelder å sørge for tydelig ansvars- og oppgavefordeling, nok personell med kompetanse til å utføre oppgavene og nødvendige føringer for hvordan oppgavene skal gjennomføres, oppsummerer Lars E. Hanssen.

Tilsynet med kommunale helse- og sosialtjenester til eldre vil bli videreført i 2011. ■■■

Vårens Store

Aktivitetskonkurranse

11. april - 10. juni.

Påmelding før 6.april.

Klarer du å gå fra Hardanger til Trollstigen på 60 dager?

Skap aktivitet og samhold på arbeidsplassen.

Har du husket din påmelding?

Ansatte fra helsesektoren i Norge inviteres herved med på Vårens Store Aktivitetskonkurranse. Dytt sine aktivitetskonkurranser kjennetegnes av at de er engasjerende for alle uansett fysisk form. Få med dine medarbeidere og gjør noe morsomt og aktivt sammen. Konkurrer mot andre fra helsesektoren i Norge!

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

Pris kun 299,- per deltaker inklusive skritteller.
Prisen er oppgitt eks mva.

Gjør deres påmelding www.dytt.no/sommer.
Eller ring: 22 33 59 00

Friskere og Gladere medarbeidere



Mastergrad for kombi-

Til høsten starter et nytt masterstudium i klinisk sykepleie i Bergen. Masterstudiene florerer.

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

Høgskolen i Bergen (HiB) åpner nå nye dører for helsesøstre, og for sykepleiere innen diabetes og kardiologi. Masterstudiet bygger på de tidligere videreutdanningene skolen har tilbudt.

– Et mål er å få de tradisjonelle videreutdanningene inn i mastersystemet, sier Sissel Tollefsen, leder ved institutt for sykepleievitenskap ved HiB.

Minst 60

Stadig flere sykepleiere tar mastergrad. Det skal finnes over 60 ulike masterstudier i helse- og sosialfag. Svært mange av dem er tverrfaglige, som helsefag, helsefremmende arbeid og helseadministrasjon. Færre er rettet kun mot sykepleiere.

– Men flere er på trappene, sier Jarle Grumstad, spesialrådgiver i Norsk Sykepleierforbunds (NSF) fagpolitiske avdeling.

Flere høyskoler arbeider nå for å få de såkalte abiok-videreutdanningene (anestesi, barn, intensiv, operasjon, kreft) inn i gradssystemet.

Gradssystemet består av bachelor, master og phd (doktorgrad).

– Dette er i tråd med NSF's politikk. Vi har et landsmøtevedtak om at disse utdanningene skal innpasses i gradsstrukturen.

I dag er ikke videreutdanningene godkjent på et høyere nivå enn bachelorutdanningen.

Nesten daglig hører Grumstad om arbeid med nye mastergrader.

– Det er en voldsom utvikling. Utfordringen er ikke utdanningsinstitusjonenes vilje, men å ha kompetanse i tråd med Nokut-forskriften.

Konkurrerer om sykepleiere

For å tilby et masterstudium, må institusjonen ha førstestillingskompetanse, det vil si personell med doktorgrad eller tilsvarende.

– Vi har den kompetansen. Høgskolen er jo i konkurranse med hverandre. Sykepleierne er en stor søkergruppe, sier Sissel Tollefsen på HiB.

Hun framhever at faggruppene har vært med på å utvikle dette studiet i Bergen.

– Det er spesielt, mener hun.

Nå i starten er masterstudiet et tilbud til dem som allerede har en videreutdanning. Masterstudiet vil etter hvert bygge på bachelor i sykepleie. Mens studentene tidligere selv måtte betale for videreutdanningen, er masterstudiet gratis.

– Sykepleiere trenger akademisk kompetanse for å utvikle gode tjenester og skape nye sykepleieroller. Vi håper at kompetansen vil bli brukt klinisk. Her kan vi lære av legene, der det ikke er motsetning mellom akademisk kompetanse og klinisk utøvelse.

Om arbeidsgiverne vil etterspørre masterkompetanse, vet de ikke ennå. Her er ingen automa-tikk.

– Skal masterstudentene ha klinisk praksis?

– Det er vanskelig å gi et entydig svar. Studentene har i dag fire ukers praksis som del av klinisk videreutdanning.

Glad for å være tidlig ute

– Dette er på høy tid. Det er fantastisk med klinisk master i sykepleie, sier Tone Norekvål som er fagansvarlig for den kliniske spesialiseringen i kardiologisk sykepleie og medlem av arbeidsgruppen som har utviklet studieplanen.

Hun er også fag- og forskningssykepleier på hjerteavdelingen ved Haukeland universitetssykehus.

– Målet er å få kompetente sykepleiere med kombinert kunnskap; spesialister i sitt fag med kompetanse innen forskning og fagutvikling, sier Norekvål.

– Dette kommer arbeidsgiverne til å etterspørre mer og mer.

– Er du overbevist om det?

– Det burde de i hvert fall. Det trengs. Virkelig.

Norekvål har selv erfaring med å kombinere klinikk og forskning. Hun tok hovedfag ved universitetet i 1998 og ble den første sykepleier med hovedfag som gikk inn i en stilling på en klinisk avdeling på Haukeland sykehus.

– Men først i 2003 ble fag- og forskningsstillingen opprettet. Så det gikk fem år. Jeg har aldri vært i tvil om at dette er det rette, sier Norekvål som tok doktorgrad i 2009.

Hun er også tilknyttet Universitetet i Bergen.

– Nå kan man kombinere klinikk og forskning. Før måtte man som sykepleier ofte velge.

Norekvål synes det er ekstra gledelig å se det første kliniske mastergradsstudiet innen

«Vi håper at kompetansen vil bli brukt klinisk.»

Sissel Tollefsen, instituttleder ved HiB

sykepleiere

Masterstudier som bare er for sykepleiere:

› Høgskolen i Oslo Klinisk sykepleievitenskap

Nye fra høsten 2011:

› Høgskolen i Bergen: Helsesøstre, diabetes, kardiologi.

› Universitetet i Oslo: Avansert geriatrisk sykepleie (erfaringsbasert).

› Høgskolen i Gjøvik: Klinisk sykepleie, fem fordypningsområder: Anestesi- intensiv og operasjonssykepleie, allmennsykepleie (somatikk), geriatrisk sykepleie, palliativ sykepleie, psykiatrisk sykepleie

› Universitetet i Tromsø: Helsesøsterfag.

Planlagt oppstart i 2012

› Høgskolen i Vestfold: Jordmødre (nettopp godkjent av Nokut)

kardiologisk sykepleie i Norge.

– Det er også et av de første i Europa. Det fins et i Sverige. Og et i Irland, men det er mer spesifikt om rehabilitering. At vi er tidlig ute, er dobbelt gledelig.

– NSF må forhandle

Tidligere syntes hun det var pussig at noen mastergrader skal kalles klinisk og andre ikke.

– Men når vi har arbeidet med det, synes jeg dette er blitt en reell klinisk master med en videreutdanning i bunn.

Norekvål mener NSF nå har en stor oppgave i å sørge for lønn.

– Slik det er nå, må hver enkelt sykepleier forhandle. Jeg ser at Legeforeningen jobber veldig systematisk med dette for sine medlemmer. NSF må kjenne sin besøkelsestid og ivareta dem med mastergrad og ikke minst doktorgrad.

Ellers frykter hun at disse sykepleierne ikke blir værende i det kliniske fagfeltet, men går til utdanningsinstitusjonene som de alltid har gjort.

– Faget vårt trenger denne fagkompetansen nær pasienten.

Norekvål opplever at sykepleiernes forskningskompetanse i klinikken kan bli nedvurdert sammenliknet med andre yrker.

– Legene får automatisk doktorgradstillegg, mens vi må ha rundt med personlige forhandlinger. Dette har med avtaleverk framforhandlet av forbundene å gjøre.

«Det er fantastisk med en klinisk master.»

Tone Norekvål, fagansvarlig kardiologisk master



Ny master i jordmor-fag

Høgskolen i Vestfold har fått godkjent master i jordmorfag. Tekst Nina Hernæs

Et viktig steg for å sidestille kliniske videreutdanninger med teoretiske, sier jordmorleder Eva Sommerseth.

Likestiller

Mastergraden skal bygge på treårig bachelorutdanning som sykepleier. Den går over to år og gir 120 studiepoeng, 60 studiepoeng er kliniske, 60 teoretiske.

– Studiepoengene er like mye verdt, poengterer Sommerseth.

– Tradisjonell jordmorutdanning gir også

120 studiepoeng, men ikke mastergrad. Det er inkonsekvent. At vi nå får en master i jordmorfag tror jeg kan få konsekvenser også for andre kliniske videreutdanninger.

Mer metode

Sommerseth mener oppgraderingen til master gir større muligheter til å dokumentere eget fag.

– Jordmorfaget består av mye taus kunnskap, som må dokumenteres. På masternivå vil studentene lære å håndtere kunnskap, sier hun.

Hun peker på at det er mye innenfor fødselsomsorgen som ikke er basert på forskningsbasert kunnskap, men antakelser.

– For eksempel dette med å sende kvinner tidlig hjem etter fødsel. Vi vet ikke om det er det beste for kvinnene.

Autorisasjon

Den nye masteren leder også frem til autorisasjon som jordmor. Det planlegges å gjøre det mulig for nylig utdannede jordmødre å ta enkeltmoduler for å omgjøre sin videreutdanning til master.



Gir ikke høyere lønn



– Hvorfor får jeg ikke høyere lønn for en relevant master som gir flere bruksområder enn en ettårig videreutdanning, spør sykepleier Thomas Kristiansen (bildet) på Ahus.

Tekst **Eivor Hofstad** Foto **Privat**

I dag finnes det flere kommuner og helsefor-
etak som lokalt har avtalt automatiske lønns-
tillegg for fullført master- og doktorgrad.
Men det er også mange steder som ikke har
denne automatikken. Thomas Kristiansen job-
ber for eksempel på Ahus hvor de har en avtale
med Spekter som ikke anerkjenner mastergrad
på linje med en ettårig videreutdanning.

– Gammeldags

– Det paradoksale, og svært gammeldagse, er
at det gis tillegg på lønnen til ett års relevant
videreutdanning. Hvis man imidlertid har lyst
til å få en tyngre utdanning som gir flere bruks-
områder, som en relevant mastergrad, får man
ingen ting, sier han.

Kristiansen synes derfor ikke det er så rart at
det er relativt få mastergrader blant sykeplei-
erne på sykehus.

– På min avdeling innenfor akuttpsykiatrien,
er det flere i tillegg til meg selv som egentlig
kunne tenke seg en mastergrad, men heller går
for en videreutdanning fordi det gir tillegg i
lønnen. Skal vi få sykepleierprofesjonen mer
representert innenfor forskning, utvikling og
faglighet, bør denne kompetansen belønnes
også lønsmessig, sier han.

NSF krever masteruttelling

Leder i Norsk Sykepleierforbund, Lisbeth Nor-
mann, sier hun forstår frustrasjonen og synes
at Kristiansen har et veldig viktig poeng.

– Dette er noe vi har vært opptatt av gjen-
nom krav og vil fortsette å kreve fremover.
Men det er også et ansvar som arbeidsgivere
og politikere må ta, og her får vi ikke mye dra-
hjelp, sier hun.

Anne-Kari Bratten, viseadministrerende
direktør i Spekter, mener prinsipielt at det er
resultatene av den anvendte kompetansen som
bør belønnes, fremfor å belønne utdanning og
ansiennitet.

– Belønningstankegangen i tariffavtalene
må etter vårt skjønn i større grad fokusere på
teamarbeid og samarbeid på tvers av yrkesgrup-
per og hva som kommer ut av dette, enn hva en
profesjon mener er rettferdig lønn ut fra form-
alkompetanse og utdanningslengde, sier hun.

Arbeidsgiverorganisasjonen mener derfor at
en videreutdanning eller gradstittel i seg selv
ikke automatisk bør kvalifisere for høyere lønn.

Spekter setter døren på gløtt

– Fraviker Spekter sitt arbeidsgiveransvar med
en slik holdning?

– Jeg har aldri hørt om noen som tar en
videreutdanning som virksomheten ikke har
behov for. Det er selvsagt at også mastere og
doktorgrader skal belønnes. Der er vi ikke i
mål, sier Normann.

– Hva skal dere gjøre for å komme dit?

– Vi må ha en god dialog med arbeidsgi-
ver og politikere. Det skal være sammen-
heng mellom spesialitet og behov, men det
må også være en forutsigbarhet og økono-
miske insentiver for å få det til, sier NSF-
lederen.

Hun etterlyser blant annet nasjonale kom-
petanseplaner hvor man peker ut hvor mange
spesialsykepleiere som trengs innen de ulike
områder, og at politikerne prioriterer dette
over statsbudsjettet.

– Og så skal vi først og fremst forhandle
om dette, lover Normann.

Og her virker det som om Spekter setter
døren litt på gløtt:

– Den ervervede kompetanse og erfaring
som opparbeides gjennom for eksempel en
videreutdanning, sett i sammenheng med ar-
beidstakerens øvrige bidrag til måloppnåelse,
bør imidlertid vurderes i forbindelse med de
lokale forhandlingene, sier Bratten. ■■■

LANGE ARBEIDSDAGER OG TRETTEN BEN?

– Vi har strømpene som gjør dagen lettere for deg



XWEAR.NO
– det trygge valget

KOMPRESJONSSTRØMPER
i alle farger og varianter
kjøper du hos **WWW.XWEAR.NO**
eller kontakt oss på
tlf **33 29 33 81**

Varer og faktura sendes med posten.

NB: Alle varer er sertifisert med Øko-Tex Standard 100.



Bli med til spennende India!

kun
10.990,-

Avreise 12. november 2011

Turen går til Nord-Indias nordvestlige hjørne, Delhi, Jaipur og Agra. Her opplever vi en eventyrlig verden.

Vi skal besøke hellige hindutempler, og vi skal inn i ørkenen med kamelkjerrer ved den hellige byen Pushkar.

Her skal vi nyte en god middag under ørkenens stjernehimmel.

Turens store finale går til Agra og Taj Mahal.

Her får du mye for pengene!



Nå tilbyr vi tur til fantastiske Taj Mahal, funklende palasser, fargerike basarer og eventyrlige ørkener.

Prisen inkluderer:

Helpensjon, norsk reiseleder, fly Oslo - New Delhi t/r med Finnair alle lufthavnsskatter og avgifter, all nødvendig lokal transport, adgang alle steder vi besøker

For mer informasjon og booking: Ring Albatros Travel 800 58 106. Email: info@albatros-travel.no

Kontorets åpningstider er:

mandag til fredag kl. 09.30 – 17.00 eller gå inn på www.albatros-travel.no/sykepleien. Vennligst oppgi annonsekode SYK ved påmelding.

Avreise: 12 november 2011

Pris: kun 10.990,-

(tillegg enkeltrom: 1.490,-)

Program

- Dag 1** Oslo - Delhi
- Dag 2** Ankomst Delhi. Tempelbesøk, sykehusbesøk, Jama moskeen, og i rikshaw gjennom basarene
- Dag 3** Tog til Ajmer, over Snake Mountain til Pushkar og på oppdagelse i den hellige pilgrimsbyen
- Dag 4** Pushkar. På eventyr gjennom Rajastans landskap, til lokale landsbyer og i kamelkjerrer gjennom Thar-ørkenen
- Dag 5** Til Jaipur, Rajastans lyserøde hovedstad. Sykehusbesøk, basarbesøk og tid på egen hånd
- Dag 6** Jaipur. Amber Fort, City Palace og Vindenes palass
- Dag 7** Jaipur. Spøkelsesbyen, Fatehpur Sikri og hovedstaden Agra
- Dag 8** Agra med Taj Mahal og Det røde fort. Videre til Delhi
- Dag 9** Delhi – Oslo



Foreslår «sikkerhetsvent

NSF bør kunne reise straffesak ved arbeidsmiljøkriminalitet.

Det mener Professor Henning Jakhelln. Tekst Eivor Hofstad Foto Colourbox

Adecco er anmeldt av Arbeidstilsynet etter at Norsk Sykepleierforbund (NSF) tipset NRK om at bemanningsbyrået systematisk har brutt bestemmelser i arbeidsmiljøloven. Men få tilfeller av arbeidsmiljøkriminalitet blir anmeldt og enda færre når en norsk rettssal.

– Rutinene blir ikke tilstrekkelig fulgt på norske arbeidsplasser. Når bruddene ikke følges opp av sanksjoner, frykter jeg en glidende holdningsendring mot at det er greit ikke å bry seg om arbeidsmiljøloven, sier professor i arbeidsrett, Henning Jakhelln.

For å bøte på dette, foreslår Jakhelln i en artikkel som venter på publisering, at organisasjoner på arbeidsgiver- og arbeidstakersiden må få rett til å reise privat straffesak. Han får støtte fra lagdommer Rune Bård Hansen.

Ressurshensyn

– Forslaget er rettet mot saker med mindre mediefokus og mindre drahjelp enn Adecco-saken, sa Hansen til Aftenposten 1. mars.

I dag fungerer det slik at påtalemyndigheten avgjør om det reises straffesak ved brudd på arbeidsmiljøloven.

– Den adgang enkeltpersoner kan ha til å reise privat straffesak mot arbeidsgiver ved brudd på arbeidsmiljøloven blir i praksis ikke brukt, sier Jakhelln.

Endringen han foreslår er ikke så drastisk.

– Organisasjonene har allerede i dag muligheten for å reise sak ved brudd på allmenngjøringsloven, som sier at en tariffavtale ett sted må

gjøres gjeldende for alle i samme bransje, sier professoren.

Han mener at ressurshensyn i politiet og Arbeidstilsynet er hovedårsaken til at brudd på arbeidsmiljøloven sjelden fører til straffereaksjoner.

– Men vil det bli bedre om ansvaret overføres til organisasjonene? De har vel også begrensede ressurser?

– Dette er ikke tenkt som en plikt, men en mulighet. Som en sikkerhetsventil. Kort og godt et forsøk på å aktivisere og effektivisere arbeidsmiljøloven.

– Hvilke organisasjoner ønsker denne muligheten?

– Jeg hadde ikke hatt noen henvendelser da jeg lanserte denne ideen, men i møter jeg har hatt med tillitsvalgte fra ulike sektorer, jubler de over forslaget.

NSF er skeptisk

– Vi tror ikke at forslaget, som sikkert er velmenende, vil virke etter sitt formål. Dette kan føre saken inn på et blindspor. Dersom grov utnyttelse av ansatte skulle ha noen konsekvenser, må det være å stille til ansvar den som faktisk betaler for elendigheten. Det vil si staten ved helseforetakene og kommune-Norge, sier Even Kokkvoll, advokat i NSF.

– Hvilket blindspor tenker du forslaget kan føre til?

– Dette med straff er i utgangspunktet politiets ansvar. Det er tungt å nå fram med en privat straffesak og få organisasjoner vil ha ressurser til å gjøre det. Det er kommunenes og helseforetakenes jobb å kontrollere tjenestetilbyderne sine. Hvis de ikke kontrollerer,

er det kanskje der et straffansvar bør ligge.

Han legger til at grunnen til at Adecco-saker kan skje, er fordi kommunene og helseforetakene ikke tar kontrollansvaret på alvor.

– Man må stille minimumskrav til de private bemanningsbyråene om lønns- og arbeidsvilkår, herunder pensjon, tilsvarende offentlige tariffavtaler innenfor helsesektoren. Dermed blir ikke lønn konkurransegrunnlaget når privat sektor skal tjene penger og konkurrere med det offentlige, sier Kokkvoll.

Forebyggelse

Vi spør Henning Jakhelln hva han synes om at kommunene og helseforetakene skal ha det strafferettslige ansvaret i helsesektoren.

– Ja, du har sikkert lagt merke til alle straffesakene som er reist mot helseforetakene, sier han retorisk.

– Eh ... hva med dem?

– Det er ikke noen!

Han mener at arbeidsmiljøloven blir lavt prioritert i politiet:

– Blir en mann skutt på åpen gate, kommer politiet raskt og det hele blir straffeforfulgt. Ramler en bygningsarbeider ned fra et stillas og dør, kommer kanskje politiet og tar en rapport, men så koker det bort.

Han skylder på ressursmangel.

– Strafferegler er egentlig samfunnets nødskrik og skulle ikke være nødvendig. Straff er det samfunnet må ty til når regler ikke blir fulgt. Det handler egentlig om forebygging. Når de forebyggende forskriftene ikke blir fulgt, mener jeg derfor det skulle vært en anledning for organisasjonene å reise sak, sier Jakhelln.

Forskjell på offentlig- og privatrettslig del av Arbeidsmiljøloven

Den offentligrettslige delen handler om å ha et fullt forsvarlig arbeidsmiljø. Disse reglene håndheves av Arbeidstilsynet gjennom tilsyn og pålegg (her er det de to ekspertene på arbeidsrett ønsker en endring, ved

at organisasjonene skal kunne gå til sak).

Den privatrettslige delen handler om arbeidstakers rettigheter og plikter som parter i et avtalebasert arbeidsforhold. Disse reglene håndheves

av at den enkelte kan gå til sak mot arbeidsgiver, men slike straffesaker forekommer lite i praksis.

De to delene overlapper hverandre. For eksempel er det straffbart ikke å utbetale lønn til fastsatt tid.



il» ved lovbrudd

Departementene avventer

Arbeidsminister Hanne Bjurstrøm sier til Sykepleien at hun foreløpig ikke har tatt stilling til forslaget fra Jakhelln og Hansen, men at det har noen sider som må vurderes nøye.

– Regjeringen fortsetter det viktige arbeidet mot sosial dumping. Før sommeren legger jeg fram en stortingsmelding om arbeidsmiljø og 2. mars ble det bestemt å opprette en parts-sammensatt arbeidsgruppe som skal vurdere tiltak mot sosial dumping i offentlig sektor, med særlig fokus på kommunesektoren, sier hun.

Kommunikasjonsavdelingen i Justis- og

«Strafferegler er egentlig samfunnets nødsinskrik.»

Henning Jakhelln

politidepartementet opplyser at ingen i departementet vil uttale seg til Sykepleien for arbeidstaker- og arbeidsgiverorganisasjonene har sagt hva de synes om forslaget.



SIKKERHETSVENTIL: - Forslaget er et forsøk på å aktivisere og effektivisere arbeidsmiljøloven, sier professor Henning Jakhelln. Foto: Universitetet i Oslo.

EØS kan stoppe tarifflønn

Er det i strid med EØS-avtalen å kreve tarifflønn på kommunalt eide sykehjem som drives av private? Et tolkningsspørsmål, sier NSF.

Aftenposten skriver 8. mars at det kan være i strid med EØS-avtalen å kreve tarifflønn på kommunalt eide sykehjem drevet av private, så lenge det ikke kreves det samme på privateide sykehjem. Etter EU-reglene kan det ikke stilles særlige krav til private som jobber for det offentlige eller private som jobber for private fordi dette hindrer konkurranse. Faktisk kan den norske forskriften som sier at det skal være tarifflønn eller gjengs lønnsnivå for bransjen i of-

fentlige kontrakter, havne i EFTA-domstolen.

– Hva tenker du om det, Even Kokkvoll?

– Dette er noe NHO brakte inn i debatten for trekvart år siden. Hvis det blir enden på visa, må vi forholde oss til det. Men dette er åpent for tolkning. Hvis Norge ønsker, kan vi godt sette minimumskrav for alle, også de private som jobber for private, og på den måten gjøre konkurransegrunnlaget likt. Men per i dag er ikke det noe ønske fra arbeidsministerens side.

Arbeidsminister Hanne Bjurstrøm vil beholde den norske forskriften, men har foreslått at den kun skal gjelde for helse- og omsorg, renhold, hotell- og restaurant, transport og bygg- og anlegg. Jan Davidsen i Fagforbundet mener forslaget er et unødvendig knefall for ESA (overvåkingsorganet for EØS-avtalen), fordi det utelater andre bransjer.

Også Anders Folkestad i Unio er skeptisk fordi forslaget utelater skoler og barnehager hvor sosial dumping i vikarbyråer også er et problem. ■■■

NSF har bedt om tilsyn

NSF-LEDER LISBETH NORMANN var innom Adecco-saken og sosial dumping i sin 8. mars-tale på Unio-frokosten.

– Til tross for at både politikere og arbeidsgivere er forpliktet til å

følge lov om offentlige anskaffelser, ser det dessverre ut til at det er når media tar tak i sakene, at de blir tvunget til å forholde seg til dumping av lønns- og arbeidsvilkår. (...)

Vi forventer nå at kommunene rydder opp! Vi forventer også at regjeringen i sin satsing for å motvirke sosial dumping, inkluderer den kvinnedominerte helse- og omsorgssektoren! Vi har også bedt

arbeidsminister Bjurstrøm å sørge for at Arbeidstilsynet utfører tilsyn i alle helseforetak for å kontrollere om arbeidsmiljølovens bestemmelser følges ved innleie av helsepersonellvikarer, sa hun.



Hvor snille er egentlig sykepleiere?

Sykepleiere er mer sjenerøse enn meglere når de gir til et veldedig formål. Men flere sykepleiere enn meglere prøver å slippe å gi bort pengene sine. Tekst Eivor Hofstad Foto Stig M Weston

Det er hovedfunnet til masterstudent Karin Jacobsen ved økonomisk institutt på Universitetet i Oslo. Sammen med forskere derfra og fra handelshøgskolen BI foretok hun et todelt eksperiment med 200 sykepleier- og meglerstudenter. Resultatene kan leses i artikkelen «Are nurses more altruistic than real estate brokers?». Funnene viser at sjenerøsiteten til sykepleierne ikke kan forklares med at de er mer menneskekjærlige enn meglere.

Todelt studie

I den første delen fikk studentene 100 kroner, og kunne gi så mye de ville av hundrelappen til Amnesty International. Sykepleierne ga i gjennomsnitt 75 kroner, mens meglerne ga i gjennomsnitt 61 kroner, en forskjell som er statistisk signifikant.

I den andre delen fikk de muligheten til å velge å fordele fra en ny 100-lapp, eller en lotteriløsning. Lotteriet ga en fifty-fifty-sjanse for at de enten fikk den samme oppgaven enda en gang, eller at de kunne putte 90 kroner i

egen lomme. 51 prosent av sykepleierne og bare 36 prosent av meglerne valgte lotteriet. Altså valgte flere sykepleiere enn meglere en løsning der de lot «skjebnen» bestemme om de kunne gi bort pengene eller ikke.

Sykepleierne burde hatt en lavere prosent enn meglerne dersom man skulle si at de var mer opptatt enn meglerne av hva mottakeren fikk.

MYTEKNUSER: Resultatene mine bryter med forestillingen om at sykepleiere har en innebygd trang til å hjelpe, sier masterstudent og tidligere sykepleier Karin Jacobsen.

– Selvbedrag, ikke feighet

– Jeg ser ikke på det som at sykepleiere dermed er feigere enn meglere. Det kan være en sunn mekanisme at man skjermer seg på denne måten. Det er ikke nødvendigvis negativt, sier Jacobsen.

Men hun legger til at det er et slags selvbedrag at man velger bort muligheten til å gi.

– Her er vi inne på det sosialpsykologene kaller kognitiv dissonans. At det oppstår en ubalanse mellom det man føler er moralsk riktig å gjøre og det man faktisk har lyst å gjøre. Kanskje kan den kognitive balansen gjenopprettes ved at koblingen mellom valget ditt og resultatet for mottakeren er mindre tydelig når tilfeldigheter er med å avgjøre, forklarer Jacobsen.

Yrkes- eller kjønnsforskjell?

Jacobsen jobbet i over fem år som sykepleier på Oslo universitetssykehus, Ullevål, før hun fant ut at hun heller ville studere samfunnsøkonomi.

– Som sykepleier så jeg daglig kolleger som

– Det kan være at forskjellen ikke går på yrke, men på kjønn. Det kan jeg tenke meg å teste ut hvis jeg får gjøre en doktorgrad på dette, slik jeg har søkt om, sier Jacobsen.

Da ønsker hun også å teste med større beløp i potten.

– Ikke snillere

– Det er enkelt å gi bort hundre kroner. Det hadde kanskje vært verre hvis summen var en million. Hvor mye kan man stole på disse resultatene?

– Slike studier har sine begrensninger med mange fallgruver. Men dette var studenter, det var like rundt lunsjtid og fristelsen kunne være stor til bare å ta imot 100-lappen to ganger. Det at de faktisk fordelte pengene, viser at de tenkte større når de gjorde valget sitt.

Jacobsen har selv vært med i en slik studie som student og hadde i utgangspunktet tenkt å tjene litt penger.

– Men når det er flere runder, føler man seg

«Resultatene bryter med forestillingen om at sykepleiere har en innebygd trang til å hjelpe.» Karin Jacobsen

var villige til å yte ekstra for at pasientene skulle få det bedre uten at innsatsen ble kompensert økonomisk. Selv om resultatene av sykepleiernes arbeidsinnsats ofte ikke er verifiserbare, har utvilsomt egenskaper som barmhjertighet og empati en betydelig verdi i omsorgsykker, sier hun og legger til at meglere gjerne blir assosiert med et annet verdisyn.

Deler av lønnen til meglerne vil ofte være basert på provisjon, mens for sykepleierne er lønnen vanligvis fast. Yrkesforskjeller i insentivmekanismer, samt muligheter for holdningsforskjeller var grunnene til at Jacobsen valgte å sammenligne de to yrkesgruppene.

Studien viste at de kvinnelige meglerne ga på nivå med sykepleierne, mens de mannlige meglerne ga mye mindre til Amnesty.

mer og mer egoistisk. Til slutt klarte jeg det ikke, men måtte gi bort pengene.

– Hva tenker du resultatene dine sier om sykepleiere?

– Resultatene bryter med forestillingen om at sykepleiere har en innebygd trang til å hjelpe. De er muligens mer pliktoppfyllende og har kanskje en høyere moralsk standard som de er opptatte av å imøtekomme. Men de er ikke nødvendigvis snillere eller mer barmhjertige enn andre.

– Synes du noe burde vært endret i utdanningen?

– Det kan godt hende at man tidlig i studiet skal fokusere mer på å våge å ta tøffe beslutninger fremfor å ha høytravende diskusjoner om etikk og moral. Ethiske spørsmål blir mer interessante når man har litt sykepleiererfaring, sier Karin Jacobsen. ■■■



Samler historier om psykisk helse

For første gang i Norge blir historier skrevet av psykisk syke samlet i en nasjonal kunnskapsbase.

Tekst **Johan Alvik**

Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse inviterer skrivere til å dele sin historie. Senteret er i gang med å bygge opp en egen kunnskapsbase, og trenger historier, erfaringer og refleksjoner fra folk som selv har opplevd hvordan det er å være psykisk syk, eller pårørende til en som er det.

Brobygger

Senteret, som er finansiert av Helsedirektoratet, skal være en brobygger i møtet mellom erfaringskompetanse og fagkunnskap innen psykisk helse. Målet med kunnskapsbasen er å gjøre ny kunnskap tilgjengelig for samfunnet og bidra til å skape likeverd mellom erfaring og fag. Innsamling av fortellinger, dikt, noveller, artikler, musikk og film vil bli lagt ut på erfaringskompetanse.no, samt i senterets bibliotek i Skien.

For de fleste

De som står bak prosjektet mener at behovet for en slik base er stort og at historiene vil være aktuelle for mange. Helsepersonell og tjenestepersoner som Nav kan bruke samlingen for å øke brukerkunnskapen sin. Studenter og forskere kan finne litteraturgrunnlag til oppgaver og rapporter. Kompetansesenteret håper også at brukere og pårørende vil benytte seg av tilbudet, for blant annet å få forslag om behandling og for å lære hvordan andre psykisk syke har det.

Hver enkelt bidragsyter kan velge å dele sine erfaringer med fullt navn eller anonymt, og det er mulig å trekke tilbake bidraget i ettertid. Bidragsyterne må være over 18 år.

Les mer på: www.erfaringskompetanse.no



Fra Sykepleiens nye bilag

Sykepleien gir for første gang, med denne utgaven, ut tidsskriftet til faggruppen av psykiatriske sykepleiere. Er du medlem, får du bilaget. Hvis ikke, kan du abonnere. Les om de nye fagtidsskriftene på side 53.



Bli kjent med kaffefarmen som har dyrket din kaffe

Er kaffen Utz-sertifisert skal den kunne spores helt fra kaffeposen og tilbake til farmen kaffebønnene er dyrket på.

Utz Certified og Kaffehuset Friele ønsker å skape mer åpenhet i kaffehandelen ved å gi deg tilgang til informasjon om råvarens opprinnelse.

Prøv selv på: www.friele.no/utz



Lær mer om hvordan kaffen er dyrket med hensyn til miljø og kvalitet, samt forholdene på kaffefarmen.



Last ned leser ved å sende "Scan" til 2140 eller laste ned applikasjonen "Scanlife" fra enten App Store eller Android Market

www.friele.no/samfunnsansvar

– Naturlig arena for oss

Over hundre kommuner har en frisklivssentral, men få har helsesøstre eller sykepleiere ansatt. Kålfjord kommune i Nord-Troms er et unntak. Tekst **Eivor Hofstad** Foto **Ørjan Bertelsen**

Alle kommuner bør ha en frisklivssentral, ønsker helsemyndighetene. Hittil har over hundre kommuner fått en slik sentral, men ved siste opptelling i 2009 var det bare åtte av dem som hadde sykepleiere eller helsesøstre ansatt.

Kålfjord kommune er derfor et unntak. Der har 100 000 kroner i året dekket opp for en vikar på helsestasjonen, slik at to helsesøstre kan frikjøpes for å dele en 20 prosents stilling i frisklivssentralen.

Helsesøsters initiativ

– Vi har begge jobbet med hjerte- og lungerehabilitering tidligere. I tillegg ligger det mye forebygging i arbeidet rundt frisklivssentralen. Jeg syntes derfor det ikke var unaturlig at vi som har mye kompetanse på forbygging og rehabilitering skulle drive med dette, sier ledende helsesøster Siv Elisabeth Vatne i Kålfjord.

I 2007 tok hun initiativ til å starte frisklivs-

resept, det lokale navnet på frisklivssentralens tilbud, som består av treningsgrupper, «bra mat for bedre helse»-kurs samt røykesluttkurs. Kollega Randi Stenseth kom i 2008 og de fikk begge gjennomgå kurs i endringsfokusert veiledning, arrangert av fylkeskommunen.

Til sammen anslår Vatne at mellom 40 og 50 av kommunens 2 207 innbyggere har vært gjennom treningsopplegget. I tillegg kom deltakere på mat- og røykesluttkurs.

– Det har vært flest kvinner. Alderen har variert fra 35 til over 60 år. Og folk er stort sett fornøyde, sier Stenseth.

– Hvor mange kilo har kommunen mistet?

– Vi ser at de går ned i vekt, men det er viktigere å se på livskvaliteten. Vi har fått mange tilbakemeldinger på at livskvaliteten er blitt bedre. Folk sier de har fått mer energi og klarer mer i hverdagen. De trenger ikke lenger så mye blodtryksmedisin, og diabetes- og stoffskifteproblemene blir mindre, sier Stenseth.

– Har bruken av antidepressiva gått ned også?

– Ja, det tror jeg. Jeg vet faktisk om noen tilfeller, sier Vatne.

Sykepleiere og utdanning fraværende

Forebygging og veiledning i forhold til livsstilssykdommer har sykepleiere og helsesøstre vanligvis et nært forhold til. Likevel er det stort sett fysioterapeuter som jobber på kommunenes frisklivssentraler rundt omkring i landet.

Og da det var en nasjonal frisklivskonferanse i Ålesund i februar i år, glimret ansatte som arbeider i sykepleierutdanningen med sitt fravær, skriver professor Anners Lerdal i lederen til siste nummer av Sykepleien Forskning. Enda et av målene med konferansen var å gi kompetanseheving om endring av helseatferd.

– Hvorfor er det så få sykepleiere med?

– Frisklivssentralene driver først og fremst med endringsfokusert veiledning, ikke behandling. De skal ha fokus på det friske. Kanskje kan det være



AKTIVE HELSESØSTRE: Randi Stenseth (til venstre) og Siv Elisabeth Vatne i Kålfjord orker fint å drive frisklivssentralen, så lenge de blir frikjøpt tilsvarende fra sine andre helsesøsteroppgaver.

en grunn til at andre yrkesgrupper dominerer, sier prosjektansvarlig og rådgiver hos Helsedirektoratet, Ellen Blom.

– Har sykepleierne vært invitert til å være med i arbeidet?

– Det er opp til hver kommune å finne den kompetansen som passer. Men samhandlingsreformen ønsker jo å forskyve helseperspektivet til mer forebygging, så det kommer sikkert andre helseprofesjoner med etter hvert, sier Blom.

NSF vil ha helhetlig lavterskeltilbud

Leder av Norsk Sykepleierforbund (NSF), Lisbeth Normann, sier det har vært naturlig at andre faggrupper har vært mer dominerende siden frisklivssentralene hittil har jobbet mest med vektreduksjon, fysisk aktivitet og røykeslutt.

– Men NSF mener at det bør flere sykepleiere inn i forebyggende og helsefremmende arbeid generelt. Frisklivssentraler bør ikke være et fragmentert tilbud, men må integreres i et helhetlig lavterskel helsetilbud. Et sted hvor alle kan henvende seg med ulike forespørsler om helse og kropp, sier hun, i tråd med NSF's hørings svar til Helsedirektoratets nye veileder om frisklivssentralene.

– Er NSF enig i at endringsfokusert veiledning må komme tydeligere inn i utdanningen?

– Ja, jeg tror nok utdanningene har en rolle. Først og fremst er det viktig å tydeliggjøre betydningen av forebyggende helsearbeid, og sykepleierens rolle som rådgivere og veiledere i et folkehelseperspektiv, sier Normann.

I høringsuttalelsen til veilederen skriver NSF også at siden ordningen med frisklivsresept defineres som helsehjelp, er det avgjørende at den faglige ansvarlige for frisklivssentralen, og personell med ansvar for gjennomføringen av frisklivsreseptordningen, har helse- og/eller pedagogisk høyskoleutdanning, som gir kompetanse om helse og helseatferd.

– Er Helsedirektoratet enig i det?

– Ja, det foreslår vi også i veilederen, siden vi

ønsker en forsvarlig utøvelse. Tverrfagligheten er kjempeviktig på frisklivssentralene. Men lovverket er slik at det vil være kommunene som bestemmer selv hvem som skal jobbe på sentrene, sier Ellen Blom.

– Et ressurssspørsmål

Astrid Grydeland Ersvik, leder av NSF's Landsgruppe av helsesøstre, mener at frisklivssentraler absolutt er en relevant arena for helsesøstre, både i forhold til tematikken og til arbeidsmetode.

– Men vi må først og fremst gjøre det som er vårt mandat, nemlig skolehelsetjeneste- og helsestasjonsarbeidet. Vi har mer enn nok å gjøre allerede, så det blir et ressurssspørsmål om man vil se flere helsesøstre på disse sentralene fremover, sier hun.

Men helsesøsterlederen lover at de i hvert fall skal få til et mer strukturert samarbeid med frisklivssentralene.

– Etter å ha lest veilederen fra Helsedirektoratet er jeg overrasket over hvor godt forankret

dette arbeidet er. Dette er noe vi må sette oss litt mer inn i, sier hun.

Kåfjord har redusert tilbudet

Penger har blitt bevilget. 6,5 millioner kroner har de siste årene blitt fordelt til alle fylkeskommuner via statsbudsjettet. Dette har i sin tur dryppet som etableringstilskudd til kommunene. I år bevilges 7 millioner til opprettelse av enda flere frisklivssentraler. I 2010 og 2011 har kommunene fått 230 millioner kroner til sammen i økt rammetilskudd for å forsterke kommunens forebyggende innsats.

– Det er opp til kommunene å finansiere sin frisklivssentral over kommunalt budsjett. Mange kommuner har omprioritert stillinger til en frisklivsstilling, sier Ellen Blom i Helsedirektoratet.

For tiden har Kåfjord kommune ingen kurs gående. Potten som er bevilget for i år er også halvert til 50 000 kroner, det vil si at de bare blir frikjøpt 10 prosent.

– Det er for lite til at vi kan gi et godt nok tilbud med god oppfølging, sier Vatne. ■■■

Dette er en frisklivssentral:

- ▶ Et kommunalt oppfølgingstilbud med endringsfokusert veiledning og tilpassede tiltak innen **fysisk aktivitet, bedre kosthold og røykeslutt**. Det kan også bli aktuelt å gi mestringsveiledning i forhold til **psykisk helse**, samt utføre kartlegging og gi råd i forhold til **alkoholbruk**.
- ▶ Folk kan oppsøke tilbudet selv, eller bli henvist av helsepersonell eller Nav. Det er lave egenandeler.
- ▶ Tiltaket er ikke en lovpålagt tjeneste, men er nevnt som en viktig forebyggende helsetjeneste i høringsdokumentet til ny kommunal helse- og omsorgslov.
- ▶ Verktøy til arbeidet finnes på Helsedirektoratets nettsider og består blant annet av en veileder for etablering av tilbud. Beskrivelse av en frisklivssamtale og skjema for kartlegging av status, oppsetting av mål og evaluering av tiltak blir ferdig til påske.



Åtte nye fylkesledere

Einar Vik Andersen går av som fylkesleder i Buskerud etter rekordmange 18 år.

Han får følge av sju andre. Tekst Marit Fonn og Bjørn Arild Østby

Atte av fylkeslederne i Norsk Sykepleierforbund (NSF) forlater i år sine verv. Det er sjelden utskiftingen er så stor.

Einar Vik Andersen er den som har sittet lengst i vervet som fylkesleder. For fire år siden sa han: «Når det dukker opp noen som vil og egner seg til å bli fylkesleder, gir jeg meg.»

I år stilte Linda Lavik som kandidat. Hun ble valgt 9. mars. Andersen var ikke motkandidat. Han har dagens rekord som fylkesleder. 18 år.

– Fornøyd med det du har utrettet?

– Ja. Å bidra til at tillitsvalgtapparatet fungerer er viktig. Man skal ta vare på de tillitsvalgte, men ikke kjøre over dem.

– En livsstil

Å være fylkesleder er mer en livsstil enn en jobb, og er noe av det beste en sykepleier kan drive med, er Andersens mening.

Enda noen måneder blir Andersen på kontoret i Drammen. Da skal han være vikar for Linda Lavik, den nye fylkeslederen, som har

FART NÅR DU VIL HA MER PÅ MAGEN



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

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

Duphalac® er et reseptfritt legemiddel som fås på apotek.

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

TREG MAGE KAN RAMME ALLE



duphalac®
laktulose
– når magen sier nei

Den brukervennlige flasken

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

Abbott
A Promise for Life

054-Dup-Mar-11



UT: Rekordholder Einar Vik Andersen går.



INN: Linda Lavik er ny leder i Buskerud.

vært rådgiver på samme kontor i fem år. Lavik har blant annet vært hovedtillitsvalgt og leder av nominasjonskomiteen i NSF.

– Jeg har ikke tenkt å slå hans rekord, kommenterer Lavik.

1. september begynner Andersen på HR-kontoret i Vestre Viken.

– Er ikke det å gå over til fienden?

– Eller andre siden av bordet. Vi kan gjøre mye bra sammen. Masse potensial til å samhandle, sier den avtroppende diplomatisk.

Noen kommer, noen går

Fylkeslederne som nå har lengst fartstid er Karen Brasetvik i Østfold og Oddgeir Lunde i Sogn og Fjordane. Lunde er allerede valgt for en ny periode, mens Brasetvik er kandidat. Begge begynte som fylkesledere i 1997.

Alle fylkene i Midt-Norge har valgt nye fylkesledere:

I Nord-Trøndelag er Ruth Wenche Borgan valgt som fylkesleder etter at Tove Sagnes ga seg etter ti år. Borgan har siden 2006 vært hovedtillitsvalgt i Steinkjer kommune.

I Sør-Trøndelag overtar Knut Jørgen Rotabakk etter Bjørg Fenstad, som har sittet i vervet i en periode. Rotabakk kommer fra heltidsvervet som foretakstillitsvalgt ved St. Olavs Hospital.

I det urolige fylket Møre og Romsdal overlater Guri Måseide vervet til Gunhild Rolandsen. Måseide har bare vært leder i en periode. Rolandsen kommer fra jobben som enhetsleder ved Fræna sjukeheim og omsorgssenter.

I Hordaland går Mary-Anne Golten av etter 13 år. Nå overtar Mette Mikkelsen, som har vært foretakstillitsvalgt i Helse Bergen.

Også lengst mot nord har man valgt ny fylkesleder. Elin Mølmann Holmgren overtar som fylkesleder etter Trond Einar Olaussen som gir seg etter en periode. Mølmann Holmgren går fra jobben som sykepleier i Hammerfest Pleie og Om-sorg.

Jette Struck i Oppland gir seg etter ti år. Også Sigrunn Øygarden Gundersen i Telemark overlater vervet til en ny kost.

Fylkeslederne og fylkesstyrene velges for perioden 2011–2015. ■■■

Fylkesledere 2011:

Nye fylkesledere:

- » Buskerud: Linda Lavik
- » Hordaland: Mette Mikkelsen
- » Møre og Romsdal: Gunhild Rolandsen
- » Nord-Trøndelag: Ruth Wenche Borgan
- » Sør-Trøndelag: Knut Jørgen Rotabakk
- » Finnmark: Elin Mølmann Holmgren

Nye lederkandidater:

- » Oppland: Åse Rimstad Andersen
- » Telemark: Lillian Elise Esborg Liane

Gjenvalgt:

- » Sogn og Fjordane: Oddgeir Lund
- » Aust-Agder: Kirsten Stensrud
- » Hedmark: Bente I. Aaland.
- » Rogaland: Nina Horpestad
- » Vest-Agder: Anne Britt Jansen.

Stiller til gjenvalg:

- » Oslo: Eli Gunhild By
- » Akershus: Ragnhild Hegg
- » Troms: Hanne Marit Bergland
- » Vestfold: Lisbeth Rugland
- » Østfold: Karen Brasetvik
- » Nordland: Laila Wilhelmsen

Bentap starter i 30 års alderen

Floradix® Kalsium-Magnesium Kalsium + Magnesium + Sink

Naturlig kosttilskudd med essensielle mineraler for sterkere ben og tenner

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

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

REMA 1000



ditt naturlige valg
NATUR
import

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

Vil stoppe helseministeren

Helseministeren vil at sykehus i fremtiden skal melde inn uønskede hendelser anonymt til Kunnskapssenteret. Men både NSF og Legeforeningen mener at Helsetilsynet fortsatt er riktig adresse. Tekst Bjørn Arild Østby Foto Statens helsetilsyn

Fakta

Meldesentralen i Statens helsetilsyn ble etablert i 1993 for å samordne all informasjon om uønskede hendelser i helsevesenet. Nå vil helseministeren flytte meldingsordningen fra Helsetilsynet til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.



BAK MÅL: Tilsynsdirektør Lars E. Hanssen i Statens helsetilsyn synes det er meningsløst å flytte meldeordningen.

Det er i forbindelse med forslag til ny helse- og omsorgslov at Helse- og omsorgsdepartementet foreslår å flytte dagens lovpålagte meldingsordning fra Statens helsetilsyn til Pasientsikkerhetsenheten i Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

Begrunnelsen er at helsepersonell skal kunne melde om uønskede hendelser uten frykt for administrative reaksjoner fra Helsetilsynet. Et anonymt og sanksjonsfritt meldesystem vil ifølge helseministeren gi bedre data om omfang, fordeling og risiko, som igjen kan brukes som grunnlag for årsaksanalyse og læring.

Flere av de tunge aktørene i norsk helsevesen går hardt ut mot forslaget.

Meningsløst

– Det er meningsløst at man skal flytte meldeordningen fordi at det er tungt og trist for helsepersonell. Da setter de ikke pasientsikkerheten først. Hvis staten stiller krav til deg som lege eller sykepleier, må du også godta at du må melde fra når det går galt, sier Jan E. Hanssen i statens helsetilsyn.

«Slik vi oppfatter forslaget, vil den enkel-

Undergraver lederne

Norsk Sykepleierforbund (NSF) er enig med Statens helsetilsyn:

«Et meldesystem hvor det ikke kreves at ledere er informert om at det er sendt avviksmeldinger, vil undergrave ledernes mulighet for å ta ansvar for og lede en strukturert kvalitetsforbedring. Kvaliteten i helsetjenesten blir ikke bedre hvis den ikke lærer av sine feil og iverksetter nye eller sikrere tiltak. Det er der avviket skjedde at det kvalitetsforbedrende arbeidet best kan skje og vil ha effekt. Vi er enig med Statens helsetilsyn om at en meldeordning som omgår linjeledelsen vil være en svekkelse av virksomhetens og ledelsens ansvar for risikostyring, kvalitet og pasientsikkerhet» skriver NSF i sitt høringssvar.

Må skje lokalt

Den norske legeforening er overrasket over lovendringsforslaget.

«Legeforeningen mener det er av avgjørende betydning at tilsynet i fylket kan motta informasjon om alvorlige skader eller hendelser som kunne medført alvorlige skader. Helsetilsynet vil i denne sammenhengen få et ansvar for oppfølging for å motvirke at tilsva-

«Det er ikke et mål i seg selv å få inn så mange meldinger som mulig.»

te helsearbeider måtte vurdere hvorvidt en hendelse skal meldes eller ikke. I så fall blir meldingen en sak mellom melder og Pasientsikkerhetsenheten. Etter vår vurdering, vil en meldeordning som omgår linjeledelsen i institusjonen være en svekkelse av virksomhetens og ledelsens ansvar for risikostyring, kvalitet og pasientsikkerhet,» heter det i høringssvaret fra Helsetilsynet.

Videre heter det at Helsetilsynet i fylkene vil miste en viktig inngang til dialog med helseforetakene om pasientsikkerhet og kvalitet, og en mulighet for å følge opp hendelser tilsynsmessig.

rende situasjon oppstår ... Det er ikke et mål i seg selv å få inn så mange meldinger som mulig, men det bør være «riktige» meldinger man kan lære av, slik at man kan få gode prosesser rundt slike saker. Et slikt meldesystem må være en del av en lærende organisasjon.»

Legeforeningen er enig med Statens helsetilsyn i at det viktigste kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet skjer lokalt. Det er avgjørende for et godt systemtilsyn at tilsynsmyndighetene får tilstrekkelig kunnskap om avvikene.

Helsedepartementet vil legge fram sitt forslag i løpet av april. ■■■

Kjersti Sortland

Alder 57 år

Aktuell som: Sykepleier og førstelektor ved avdeling for helse, ernæring og ledelse ved Høgskolen i Akershus (HiAK).

BAKGRUNN:

Eldre får ikke i seg nok mat. De blir underernærte. Det er store mangler i arbeidet med å forebygge og behandle underernæring blant eldre, rapporterer Helsetilsynet. 14 av 21 kommuner brøt loven i 2010. HiAK skal forske om underernæring blant eldre på ulike helseinstitusjoner. Kjersti Sortland har undervist sykepleiere om ernæring i over tjue år.

– Skaff en vekt

Hva synes du om nyheten fra Helsetilsynet?

– Dette bekrefter dessverre det vi allerede vet. Fra tid til annen dukker temaet opp i mediene.

Hvor butter det mest for de eldre?

– Blant annet viser forskning at det går for lang tid mellom kveldsmat og frokost. Det kan gå 15 timer.

Oj. Hvorfor det?

– Det har mye med rutiner å gjøre. De eldre legger seg tidlig. Kveldsmaten serveres kanskje i sekstiden og så er det frokost i ni-ti-tiden neste dag.

Hvorfor sliter mange med å spise?

– Det kan skyldes aldringsprosesser og sykdom; svekket tyggefunksjon, svelgproblemer, endret lukt- og smakssans, bivirkninger av medikamenter. Kan hende spiser de alene. Da smaker ikke maten så godt.

Hva sliter sykepleierne mest med for å få maten i pasientene?

– Tror det går på tid og forankring i ledelsen. Flere klarer ikke å spise selv og må guides eller mates. Jeg velger å tro at kunnskapen er der. Men det trengs bevisstgjøring om matens betydning. Eldre trenger like mye vitaminer og mineraler selv om de spiser mindre.

Har du noen tips?

– Små hyppige måltider, berike supper og liknende med fløte, rømme, smør eller olje. Bruke fløte i stedet for melk.

Er studentene interessert i ernæring?

– Ja, faget har endret seg veldig. Det er generelt mer kunnskap blant de yngre. Interessen er økende.

Er det de gode, gamle matrådene som gjelder?

– Ja, det tror jeg.

Og kjøttkaker er sunnere enn pizza?

– Tja. D-vitaminer er viktig.

Som er i hvilken mat?

– Spesielt i feit fisk. Ørret, laks, men også

kveite. Alle over 65 år skal egentlig ha D-vitamin-tilskudd. Men det får de ikke på sykehjem, ifølge mine undersøkelser. Spesielt er det viktig i vintermånedene.

Noen nymotens råd?

– Som mellommåltid er det blitt populært å bruke blender til å lage næringsrik drikke av frukt og bær, tilsatt fløte og rømme. Det kan jo være vanskelig å tygge frukt.

Er det for mye synsing om ernæring?

– Ja, synsing om at pasientene ikke har gått ned i vekt. Det skal være regelmessig veiing og måling av kroppsmasseindeksen. Det er beste metode for å registrere om det er risiko for underernæring.

Alle må veies?

– Ja, alle på sykehjem, i hjemmesykepleien og de som skal innlegges på sykehus.

Skal de gamle spise mindre rødt kjøtt?

– Ha-ha. De har jo levd lenge så jeg vet ikke om de trenger bry seg om de nye kostholdsrådene. Men rødt kjøtt kan jo være vanskelig å tygge. To-tre fiskemåltid i uken eller fisk som pålegg er et godt råd. Noen eldre er veldig glad i lever. Det er lett å tygge og rikt på A-vitaminer og jern. Men de bør ikke spise innmat for ofte.

HiAK satser spesielt på ernæring?

– Ja, vi har et forskningsprosjekt. Fra 2007 har studentene veid pasientene når de har hatt praksis på sykehjem. Poenget er at de bevisstgjøres om rutiner, og de lærer seg å regne ut vektendringer. Vi begynte med dette før Helsedirektorat kom med sine nasjonale faglige retningslinjer i 2009.

Ellers noe?

– Ta retningslinjene i bruk. Skaff en vekt, er første bud. Få rutiner på

veiingen og lag ernæringsplaner. Dokumenter i elektronisk pasientjournal for å unngå synsing.

Tekst Marit Fonn Foto Stig Weston



- For dårlig praksis.
- For tilfeldig veiledning.
- For dårlig kontroll.
- For snille sensorer.

Nå snur departementet hver stein i sykepleierutdanningen.

Tekst Ann-Kristin Bloch Helmers Foto Erik M. Sundt

En ny skole



for en ny tid →

«Det er viktig at utdanningen selv luker ut studenter som ikke egner seg.

Bjørn Jamtli, Statens helsetilsyn

Nå endevender Kunnskapsdepartementet sykepleierutdanningen.

Hva som kommer ut i andre enden, vet ingen. Tekst Ann-Kristin Bloch Helmers Foto Erik M. Sundt

Kyrre Lekve, statssekretær i Kunnskapsdepartementet peker på det meterhøye- og brede lerretet bak seg. – Akkurat denne har jeg vist mange ganger. Statssekretær Lekve peker på tre sirkler som går inn i hverandre, snakker tydelig og setter ned tempoet litt:

– Vi har nå en historisk mulighet. Tre store reformer samtidig. Nav. Helse. Barnevern. Kan vi få disse feltene til å snakke sammen? spør han, før han med et klikk lanserer svaret: En fjerde sirkel. «Utdanning og forskning for velferdstjenestene,» står det der.

– Binde sammen, sier statssekretær Lekve.

32 måter

Lekve taler ikke til menigheten, han er klar over det. Tilhørerne er i overveiende grad studieprogramledere, instituttledere, dekaner fra landets sykepleierutdanninger, som har kommet for å diskutere fremtiden på NSF's dialogkonferanse om utdanning.

32 sykepleierutdanninger, og 32 måter å gjøre det på. Minst. Studentene klager. De ansatte klager. Praksisfeltet klager.

Bare i år er landets sykepleierutdanninger pålagt å produsere drøye 4000 splitter nye sykepleiere. Produksjonskravet kommer fra Helse- og omsorgsdepartementet, og er basert på forventet behov i helsevesenet framover.

I dag må hver sjettede student velge helseutdanning for å dekke det estimerte behovet. Om noen tiår er det regnet ut at hver tredje student må ønske en karriere innen helsefag – for eksempel sykepleie.

For å møte fremtiden, går nå Kunnskapsdepartementet gjennom helse- og sosialutdanningene. I høst kommer stortings-

meldingen, og det er fremdeles tid til å komme med innspill.

Studentene misfornøyd

Men det er altså ikke bare de 32 sykepleierutdanningene Lekve snakker om å binde sammen. Det er alle utdanningene for velferdstjenestene, det vil si barnevern, sosionom – og sykepleie. Det er disse som skal veves tettere.

En studie fra Høgskolen i Oslo viser at sykepleierstudentene er blant de studentgruppene som er minst fornøyd med utdanningen, og de gir uttrykk for at undervisningen virker dårlig planlagt. Bare mellom 20 og 30 prosent er sikre på at de ville valgt samme lærested hvis de skulle valgt på nytt.

Men sykepleierstudentene angrer likevel ikke på yrkesvalget, over 80 prosent av de spurte sier at de ville valgt samme utdanning.

En studie viser at sykepleierne opplever et betydelig større kunnskapsgap i forhold til praktiske former for kunnskap og kompetanse enn legene.

Skoleslakten

Mange er det som har hamret løs på landets sykepleierutdanninger de siste årene. Det gikk et skjelv gjennom skolebyggene da Nokut i 2005 kom med grundig slakt av nesten samtlige utdanninger. Ikke bare måtte de oppgradere kompetansen, slik at 20 prosent av personalet tilknyttet studiet hadde førstestillingskompetanse. Gjennomgangen varslet også svikt på flere andre områder. Dette var Nokut-dommen over skolene:

» Utdanningene har i noen tilfeller en uklar profil og framstår som lite helhetlige.



INGEN ANGER: Sykepleierstudenter er minst fornøyde med utdanningen, men angrer ikke på yrkesvalget, viser en studie fra Høgskolen i Oslo.

- › FoU-arbeid er lite prioritert, og der det er det, har studentene som regel lite kjennskap til lærernes forskning, eller forskningen har liten relevans for utdanningen/praksis.
- › Studieplanene er lite forskningsrelaterte, og pensumlitteraturen i liten grad internasjonal eller preget av forskningsresultater; i tillegg er det for dårlige bibliotekressurser i noen tilfeller.
- › Praksislærere er ikke alltid oppdatert, kontakten med praksisstedet kan være svak, og kliniske kunnskaper hos høyskolens fagpersonale kan være dårlige/utdaterte.
- › Gjennomstrømningen er varierende.

- › Karakterskalaens øvre del brukes litt for mye; i tillegg mangler flere høyskoler klart definerte krav for bestått i ulike emner.
- › Undervisningen i medisinske og naturvitenskapelige emner, til dels også i sykepleiefaglige kjerneområder, er for svak i flere tilfeller, mens undervisning i etikk, filosofi og samfunnsfag i en del tilfeller ikke oppfattes som særlig relevant av studentene.

Flere høyskoler ble også bedt om å styrke og kvalitetssikre oppfølgingen av studentene.



«Høyskoler plikter å vurdere skikkethet i yrket.

Bjørn Jamtli, Statens helsetilsyn

Skolene tok Nokut-kravene til seg, og alle skolene kom til slutt gjennom nåløyet. Likevel opplever studentkontoret til Sykepleierforbundet stor pågang av misfornøyde studenter.

Så galt kan det gå

Men først: En sak fra Statens helsetilsyn som viser hvor galt det kan gå, når utdanningen svikter.

En sykepleier knuser en tablett antibiotika og gir den intravenøst til pasienten. Pasienten dør like etter. Obduksjonen viser ingen sikker sammenheng mellom hendelsen og dødsfallet, men Statens helsetilsyn, som får oversendt saken fra Fylkeslegen, reagerer likevel umiddelbart på sykepleierens handlemåte. I brevvekslingen mellom tilsynet og sykepleieren, hvor sykepleieren får mulighet til å forklare seg, kommer det blant annet fram at sykepleieren selv mener at vedkommende ikke har «hatt bruk for noe jeg lærte som student».

Alarmen går hos tilsynet, som kontakter høyskolen som har uteksaminert sykepleieren. Det viser seg at vedkommende har

brukt seks år på å fullføre utdanningen, har strøket på praksis flere ganger, og har karakteren 4 i flere fag. Den daværende studenten klagde på en av strykkarakterene til høyskolenemnda, og det endte med at faglærerens vurdering ble overprøvd av skolens klageorgan, og studenten fikk til slutt bestått vitnemål. Statens autorisasjonskontor for Helsepersonell (SAFH), som utsteder autorisasjoner, hadde bare et fullført og bestått vitnemål å forholde seg til, og ga sykepleieren autorisasjon som sykepleier. Statens helsetilsyn tilbakekalte autorisasjonen. Det ble også en oppvask ved den aktuelle skolen etterpå.

– Det er viktig at utdanningene selv luker ut studenter som ikke er egnet til sykepleieryrket, sier fungerende fagsjef Bjørn Jamtli i Statens helsetilsyn.

– Vitnemål for fullført utdanning forutsetter at studenten er vurdert som skikket for yrket. Det innebærer at høyskoler og universiteter i tillegg til å vurdere faglige prestasjoner, også plikter å vurdere skikkethet til yrket.

Under lupen

For tiden debatteres sykepleierutdanningens fremtidige innhold heftig. Stortingsmeldingen som kommer til høsten har satt i gang diskusjonen om hva som egentlig må til for å dekke



ØVER MED VEILEDER:

Ange Bizokunda og Anita Bergh kateteriserer for første gang. Det skjer på preklinikken på Høgskolen i Buskerud. En god måte å lære på, mener Bergh. – Det hjelper ikke bare å lese hvordan prosedyrene skal utføres, det er viktig å trene før vi skal i praksis.

– Vi prøver å få studentene til å se sammenhengen mellom teori og praksis, sier førstelektor Frode Kristensen.





ØVER TIL PRAKSIS: Ange Bizokunda liker å ha preklinikk på Høgskolen i Buskered. – Lærerne gjør sitt beste for å forklare hvordan prosedyrene skal gjøres, sier hun.

fremtidens behov. «Stortingsmeldingen skal presentere en samlet nasjonal kunnskapspolitikk for framtidens helse- og sosialutdanninger,» heter det.

Alt fra helsefagutdanningen på videregående til forskerutdanningene i helse- og sosialfag skal under lupen. «Målet er at utdanningene skal kvalifisere medarbeidere i velferdstjenestene til å utøve sitt yrke med grunnlag i helhetlig kunnskap basert på både forskning og praktisk erfaring. Hovedvekten skal være på de profesjonsrettede bachelorutdanningene,» heter det i departementets omtale.

Vil ha tilsynsorgan

For leder i NSF Student, Kristine Katrud, er Nokut-slakten ei kjent vise som synges like ofte i dag som i 2005. Daglig blir hun og de andre som jobber på Norsk Sykepleierforbunds (NSF) studentkontor kontaktet av fortvilte studenter. Morten Kristoffersen

« En stor del av sykepleierstudentene ser ut til å være overlatt mer eller mindre til seg selv. Morten Kristoffersen, NSF Student

er studentrådgiver i NSF. Han har sett det meste når det gjelder skoler som ikke gjør det de skal. Både han og Katrud er bekymret over at det ikke finnes noen klagemuligheter for skoler som ikke oppfyller kravene i rammeplanen.

– Dersom en student har fått vitnemål, sjekker autorisasjonskontoret kun at vedkommende er under 75 år, og at de ikke har noen bekymringsmeldinger på personen, sier Kristoffersen.

Han mener det største problemet ved dagens utdanninger ikke først og fremst er at for mange uskikkede studenter får gjennomføre – selv om det også er en utfordring. Det største problemet mener han er at godt skikkete, godt motiverte studenter ikke får den utdanningen de trenger for å gjøre en forsvarlig jobb etterpå.

– En stor del av sykepleierstudentene ser ut til å være overlatt

mer eller mindre til seg selv, veiledet av en sykepleier som ikke har kompetanse til å veilede og evaluere innenfor høyere utdanning. Vi får svært ofte henvendelser fra studenter som ikke har fått reell veiledning eller evaluering fra skolens lektorer gjennom lange praksisperioder, sier han.

Kristoffersen mener det undergraver innholdet i utdanningen.

– Praktiske studier blir i for stor grad redusert til å bli praktiske opplærings situasjoner som mer ligner på hva som hører hjemme på lavere utdanningsnivåer.

Han viser til rammeplanen.

– Der står det at studenten skal ha handlingskompetanse på en rekke områder. Det fordrer gode og relevante praksisstudier.

– Vi har hatt studenter som har hatt psykiatripraksis ved barnevernsinstitusjoner – uten ansatte sykepleiere. Det er lovbrudd. Vi har hatt studenter som knapt har sett veilederen fra skolen utenom midt- og sluttevalueringen. Det er også lovbrudd, sier han.

Ifølge rammeplanen skal skolens veileder være jevnlig til stede.

– Det betyr minst en gang i uken, sier Kristoffersen.

Kristoffersen sier at studentene som henvender seg til ham, ofte ser på rammeplanen som et rettighetsdokument.

– De ønsker ikke å være vanskelige, de ønsker å lære det de skal, sier han.

– Respekten for rammeplanen er for liten, og det finnes ingen sanksjonsmuligheter. Vi må ha en instans som kan ta imot klager, sier Katrud. Studentlederen mener akkreditering av praksisplasser ville ført til en bedre utdanning.

– Men om alle bare hadde fulgt minimumskravene i rammeplanen hadde vi kommet langt. Vi er ikke for å jenke på kravene og gi skolene mer styring over innholdet i utdanningene – ikke når vi ser hvordan det lempes på kravene allerede i dag.

Tre problemer

Fra skolene pekes det gjerne på tre hovedforklaringer til at sykepleierutdanningen ikke er så god som den skal være: For mange elever, for få lærere og for strenge kvalitetskrav.

Eli-Anne Skaug, leder i Sykepleierutdanningens faglige lederforum (SUFAL), peker på tre hovedutfordringer: Praksisstudier.

Her er stridstemaene:

Rammeplan:

FOR: Et uttalt minstekrav til hva skolene skal lære studentene, et felles rettighetsdokument for studentene. Det vil gjøre det lettere å bytte skole.

IMOT: Kan være lite fleksibelt for utdanninger som ønsker å gjøre lokale tilpasninger

Kombinerte stillinger:

FOR: Sikrer oppdaterte lærere, god kontakt med praksis

IMOT: Lærerne har allerede en presset arbeidssituasjon, hvem skal være arbeidsgiver – skolen eller praksisstedet?

Felles førsteår:

FOR: Studentene lærer samarbeid og hverandres profesjon å lære helt fra starten av, kan senere lettere henvise og samarbeide med riktige instanser.

IMOT: Er det utdanningens oppgave å løse samarbeids-

utfordringer mellom etater? Profesjonen kan svekkes, studentene kan miste motivasjonen – de som søker på sykepleierutdanning er motivert for å lære om det yrket, ikke bruke et år på fellesfaglige utfordringer for alle helse- og sosialutdanningene.

Karakterkrav:

FOR: Sikrer skoleflinke sykepleiere, kan øke prestisjen rundt yrkesvalget.



TRENGER MANGE: 4000 nye sykepleiere i løpet av året er kravet fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Sammenheng mellom teoretiske og kliniske studier. Økonomi.

- Hva studentene skal lære må tydeliggjøres, mener hun.
- Og det må stilles tydeligere krav til læringsmiljøet. Veileder må ha veilederkompetanse og det må settes av tid til å ivareta veiledning.

Skaug ønsker også en tydeligere ansvarsfordeling mellom høyskolene og praksisfeltet.

- For å få bedre sammenheng mellom teori og praksis må høyskole og praksisfelt også samarbeide enda bedre, sier hun.

Og økonomien må styrkes.

- For eksempel er det utviklet mange læremidler som kan være med på å øke studentenes kliniske kompetanse betydelig, men høyskolene har ikke penger til å ta dem i bruk.

Profesjonene

Tilbake på dialogkonferansen for utdanning:

- Kjenne hverandre. Forebygge, utdyper statssekretær Lekve fremme på podiet.

NSF-leder Lisbeth Normann sitter i salen. Hun liker ikke det hun hører. Eller, retttere sagt, hun liker ikke det hun ikke hører. For

« Et felles første år er ikke veien å gå.

Lisbeth Normann, NSF-leder

Lekve snakker om overgangsmuligheter mellom utdanningsnivåer. Om tilstrekkelige utdanninger med «relevant kompetanseprofil». Men hvor blir det av sykepleierutdanningen? Normann er helt imot at for eksempel sykepleie/sosionom/barnevern skal ha første året av utdanningen felles.

- Vi trenger tre år på å utdanne sykepleiere med sterk faglig identitet og kompetanse. Da er ikke et felles første år veien å gå. Samarbeide gjør vi gjerne, men sykepleie må være en egen profesjonsrettet utdanning, mener hun.

I prosess

På direkte spørsmål fra salen på om det blir et felles første utdanningsår, unnviker statssekretær Lekve. – Det er ikke snakk om et felles første år, men noen felles fag det første året.

Hvordan utdanningene skal «bindes sammen», kan han ikke svare mer konkret på. Og henviser for øvrig til at alle innspill er velkomne. Normann er imidlertid klar. Hun frykter at det profesjonsspesifikke vannes ut.

- Blir det uklart hva som er sykepleiens profil, vil både kvalitet og rekruttering lide.



IMOT: For få sykepleiere utdannes, kanskje er andre egenskaper enn gode karakterer like viktige, viktigere å sikre at alle kan det de skal ved endt utdanning enn å gjøre det vanskeligere å søke seg inn.

Mer naturfag

FOR: Gjør sykepleierne bedre til å observere og vurdere pasientene.

IMOT: Gjør sykepleierne til tekniske legeassistenter.

– Må være helt tydelig hva de utdannes til

Hvis Lisbeth Normann får oppfylt drømmene sine, blir det rift om å bli sykepleier. Tekst **Nina Hernæs** Foto **Stig Weston**

Lisbeth Normann har drømt om fremtidens utdanning. Hun har snakket om bedre praksis, mer engasjerte lærere, talentjakt. Så skal hun oppsummere.

– Det jeg virkelig skulle ønske, sier hun.

– Er at vi hadde en utdanning som studentene var kjempestolte over å gå på. Jeg har tenkt mye tilbake på min egen utdanning. Den gangen hadde skolene egne uniformer og egne nåler. Jeg var så stolt over sykepleiernålen min. Jeg tror vi bør ha mer av sånt.

Hun grøsser ørlite:

– Derfor hater jeg de pysjene sykepleiere går med i dag.

– Ikke at jeg ønsker kyser og sånn. Bukser er helt greit. Men jeg savner symboler som skaper samhold og identitet.

Tidlig i praksis

Nettopp identitet går som en rød tråd gjennom hele spinnnet som utgjør Normanns drømmeutdanning. Der målet er å skape en god sykepleiefaglig identitet.

– Det må være veldig tydelig hva den er, sier hun, og vil ha



« Jeg var så stolt over sykepleiernålen min. Jeg tror vi bør ha mer av sånt.

MINDRE ABSTRAKT: Lisbeth Normann vil ikke ha mindre teori, men teori på riktig tid.

bort alt studentene ikke skjønner meningen med.

- Selvfølgelig må de lære om forskning og etikk og alt som kan virke abstrakt, men de må forstå hvorfor de har bruk for det.

Det betyr ikke nødvendigvis mindre sykepleieteori, men teorien må komme på riktig tid.

- Studentene må ha knagger å henge den på, mener hun.

- Teorien de lærer må henge sammen med praksisen de skal ut i.

Og de må ut i praksis tidligere.

Hun vil ha mer naturvitenskapelige fag.

- Studentene må bli trygge på å vurdere og observere pasientene, sier hun.

- Det gjelder også i psykiatrien.

Kunnskapen tilegnes på gode praksisarenaer. Kanskje på egne praksislaboratorier.

- Lærerne må kjenne praksis på kroppen. Kanskje i form av kombinerte stillinger. I hvert fall bør lærere som har studenter i praksis ha et bein der selv, mener hun.

Og legger til at praksis trenger lærerne like mye som lærerne trenger praksis.

- Særlig i kommunehelsetjenesten er det behov for å dra nytte av deres kompetanse innenfor forskning og fagutvikling, sier hun.

Sykepleiere som skal veilede studenter i praksis må ha veilederkompetanse. Og utdanningene er selvfølgelig akkreditert.

Flere eksamener

Normann går heller ikke av veien for talentjakt.

- Noen utmerker seg. Kanskje eigner de seg spesielt godt til forskning. Da må de motiveres til å bruke evnene sine. Kanskje i form av forskerprogram.

Og hun vil teste studentene mer.

- Jeg tror på eksamener. Studentene får innsikt i egne ferdigheter. Både de og pasientene blir tryggere på at de har nødvendige kunnskaper for å gi sykepleie.

Personlig har hun heller ikke noe imot karakterkrav for å komme inn.

- Det er ikke unaturlig at det kreves et visst utgangspunkt for en så avansert utdanning, mener hun.

- De flinke bør se på sykepleie som en karrierevei.

Flere menn

I drømmeutdanningen er det mange menn. Eksakt antall er ikke så nøye, bare det blir mange flere. Studentene kan gjerne være yngre enn i dag.

- Jeg synes det er kjempeflott om folk velger sykepleie tidlig. Det gir flere muligheter til å videreutdanne seg, forske og lede. Samfunnet får også nytte av dem lenger.

Grunnutdanningen er sannsynligvis fremdeles på tre år. Men det er kanskje ikke like mange av dem som i dag.

- Desentraliserte utdanninger og deltidstilbud er viktig, både for å rekruttere dyktige sykepleieremner og for distriktene. Men jeg tror også det er bra med store enheter, med store miljøer for forskning og fagutvikling. Jeg synes ikke det er så farlig om det blir færre utdanningssteder, det viktige er at alle må få tilgang til utdanning.

Ikke diffust

Normann slipper drømmen et øyeblikk. Hopper tilbake til nåtiden.

- Vi står ved et veiskille. Vi må holde fast på at sykepleie er ett fag. Det er ikke noe diffust som mange forskjellige profesjoner kan tilby. Det aller viktigste i fremtidens sykepleierutdanning er å beholde utdanningen som en ren sykepleierutdanning. ■■■

5 på gangen

Tekst **Nina Hernæs**

Hvordan bør sykepleierutdanningen tilpasses fremtiden?



Kristin Heggen, sykepleier og professor

Ved å ruste opp den faglige selvtilliten, stoltheten, kampviljen og det pedagogiske engasjementet.



Tone Moan, tidligere leder i NSF Student

Praksis og teori må integreres bedre i hverandre så utdanningen fremstår som mer helhetlig. I dag er den for oppdelt. Det må også stilles høyere krav til studentene. Skriftlige eksamener bør vurderes strengere og studenten bør følges tettere i praksisstudiene.



Anders Folkestad, leder i Unio

Det må bli bedre samhandling mellom teori og praksis. Det er viktig i dag, men enda viktigere framover. Ansvar må tydeliggjøres. Hva er høyskolens ansvar og hva er praksisstedenes ansvar? I tillegg til sykepleiefaglig og medisinsk kunnskap må sykepleie også settes i en samfunnskontekst. På den måten kan sykepleiere settes i stand til å tale pasientens sak.



Runar Bakken, sykepleier og dosent

Ved å øke mengden av de empirisk-analytiske kunnskaper som vil stryke studentenes handlingskompetanse. Og ved å øke deres kunnskaper og forståelse for den arbeidssammenheng sykepleiefaget utøves innenfor. På den måten kan vi utdanne både faglige og fagpolitisk sterke sykepleiere.



Tone Elin Mekki, førstelektor og daglig leder, Senter for omsorgsforskning Vest.

Studietid og ressurser må stå i forhold til de kravene som samfunnet forventer at nyutdannede sykepleiere skal ta ansvar for. Dessuten må akademisk kunnskap som studentene tilegner seg også etterspørres i yrkesrollen.

På Bergan sykehjem økte de grunnbemanningen med 3,2 årsverk. Og sparte 1 million.

Flere årsverk ga lavere lønnsutgifter

Her er antall timer Bergan sykehjem har spart:

	2008	2009	2010
Sykevikar:	12545	11585	9070
Ekstrahjelp:	4056	4865	2066
50 % overtid:	386	198	33
100 % overtid:	1222	1305	302



NÆRVÆR: - Nærværet til de ansatte er den egentlige årsaken til profitten her, sier enhetsleder Anni Jensen. Foto: privat

Bergan sykehjem i Kristiansund har et mattestykke som alle kommunestyre i landet bør kjenne til: I fjor fikk de 800 000 kroner av bystyret som skulle gi 3,2 nye årsverk. Men lønnsutgiftene økte ikke. Tvert imot: Sykehjemmet sparte over en million kroner fordi det ble mindre sykefravær, vikarbruk og overtidssjopping.

Men gevinsten var ikke bare økonomisk. Også arbeidsmiljøet og den sykepleierfaglige kvaliteten er blitt bedre. Rekrutteringen ble lettere ved at sykehjemmet har fått et godt rykte. I tillegg har prosjektet hatt en bonus-side for dem med uønsket deltid: De med små stillingsbrøker har fått økt stillingene sine til rundt 60 prosent.

Sykehjemmet har fått utvidet prosjektet ut året og håper nå at kommunestyret vil gjøre ordningen permanent.

Sykefraværsprosjekt

Bergan sykehjem huser 55 pasienter fordelt på langtidsavdeling, en korttidsavdeling og en avdeling for personer med demens. Sykehjemmet slet en stund med høyt sykefravær, mye overtid og vikarbruk, dårlig rekruttering samt høy andel med små deltidsstillinger. Over halvparten hadde stillingsbrøker på 50 prosent eller mindre.

I 2009 tok enhetsleder Anni Jensen og de ansatte grep. Ved hjelp av midler fra Nav, startet de opp et sykefraværsprosjekt på korttidsavdelingen.

Ingrediensene bestod av ett eneste sjakktrekk: Å utvide grunnbemanningen med en person ekstra på

dagvaktene i uka og en ekstra på kveldsvaktene i helgene. Det vil si en økning på 1,2 årsverk, som ble fordelt ved å øke de minste deltidsstillingene. Selv om det var mest hjelpepleierstillinger i denne kategorien, gjorde det likevel at sykepleierfaglige oppgaver ble mer prioritert fordi sykepleierne nå fikk frigjort tid til å drive med faget sitt.

Denne ekstra personen ble kalt arbeidsleder. Arbeidsleders oppgaver ble grundig definert. Før klokken ni skulle den være med i vanlig stell, mens etter klokken ni skulle den egne seg til mer sykepleierfaglig aktivitet, som blodprøver, store sårskift, intravenøs behandling og fordele medisiner i dosetter. Det førte også til at når noen var syke eller på kurs, ble det ikke like tvingende nødvendig å leie inn ekstrahjelp.

Sykefraværet sank som en stein med 50 prosent.

– Personalet fikk en helt annen glød. De fikk mer tid til å konsentrere seg om pasienter, opptrening og andre arbeidsoppgaver, minnes til-litsvalgt for Norsk Sykepleierforbund, Åshild Engamo Aunvik, ansatt på en av langtidsavdelingene.

Grunnbemanningsprosjekt

Tallene og de miljømessige forbedringene for både ansatte og pasienter var så positive at prosjektet i 2010 ble utvidet til å gjelde alle avdelingene, da med 800 000 kroner fra bystyret til 3,2 årsverk og med nytt navn: «Økt grunnbemanning med styrte ressurser».

Tallene for 2010 ble overveldende

Les mer om:

38 Én stilling, to kulturer ›

41 «Ordentlig» sykepleier ›



sykepleien.no

› Fagstoff fra Sykepleien og Sykepleien Forskning på sykepleien.no





MER SYKEPLEIE: Tillitsvalgt Åshild Engamo Aunvik (til venstre) og sykepleier Jartrud Benjaminsen får bedre tid til de sykepleierfaglige oppgavene etter at grunnbemanningen ble økt på Bergen sykehjem i Kristiansund.

positive (se faktaboks) og prosjektet skal foreløpig gå ut 2011. Totalt sett har sykefraværet hatt en 26 prosents reduksjon, fra 17,3 prosent til 12, 8 prosent. Og da er nattevaktstillingene inkludert, selv om disse ikke har vært involvert i prosjektet.

– Sykepleieroppgavene har blitt mer synlige. Og på kveldsvaktene i helgene kan vi vie oss mer til det psykososiale miljøet for pasientene, sier Engamo Aunvik.

– Har pasientene sagt noe etter omleggingen?

– De er ganske dårlige hos oss på langtidsavdelingen, så de sier ikke så mye, men jeg vet at personalet på korttidsavdelingen har fått gode tilbakemeldinger, sier Engamo Aunvik.

Grundig definisjon

Mye av suksessen til Bergen sykehjem kan tilskrives en grundig definisjon av arbeidsleders oppgaver, tror både enhetsleder Jensen og tillitsvalgte Engamo Aunvik.

– Mange har forsøkt å sette inn ekstra ressurser for å redusere belast-

ningen på arbeidstakerne og bedre brukertilbudet. Men uten å definere eksakt hva ressursene skal brukes til, er mulighetene for å lykkes minimale, sier Jensen.

Her er stikkordene som Bergen sykehjem kom fram til for å kvalitets-sikre at ressursene i prosjektet blir brukt riktig, og kommer flest mulig til gode:

- » Oppbemanningen er med utgangspunkt i de vakter som personalet har identifisert som de mest belastede vaktene.
- » God planlegging og fordeling av fagressurser etter pasientenes behov. Sykepleiere til sykepleieroppgaver, hjelpepleiere i hjelpepleieroppgaver.
- » Velge ut og dokumentere hvem som har ansvar for oppgaver, og følge opp at jobben blir gjort.
- » Både hjelpepleiere og sykepleiere deltar i stell fram til cirka klokken 09.00, for i større grad å sikre jevn belastning/avlastning på arbeidstakerne.
- » Etter cirka klokken 09.00 går sykepleier ut og har primærfokus på

sykepleieroppgaver, samt trår til ved behov i avdelingen.

– Ikke helt i himmelen ennå

– Tallene så langt i år ser ut til å være

– Hvis dere sparer over en million på å få 800 000 kroner, er det vel ingenting å tvile på?

– Nei, egentlig ikke. Jeg har fått positive signaler fra både politikere og

«Personalet fikk en helt annen glød.»

Åshild Engamo Aunvik

minst like positive som i fjor, sier Jensen.

Likevel er det fremdeles forbedringspotensial. Jensen nevner nattevaktstillingene og Engamo Aunvik nevner demensavdelingen.

– Vi er ikke helt i himmelen ennå. Demensavdelingen kunne hatt bedre sykepleierbemanning og har bare arbeidsleder av og til. Dessuten har vi store ansvarsområder hos oss, kjøkken inkludert. Vi er ikke i en situasjon der vi kan hvile på laurbærene, men det er bare fint at det stilles krav til oss, mener Engamo Aunvik.

Nå skal kommunestyret bestemme om prosjektet skal bli permanent.

administrasjon i kommunen, men vi kan likevel ikke være sikre. Vi håper å få endelig beskjed før sommerferien, sier Jensen.

Hun legger til at det hele aldri hadde blitt så vellykket hvis hun ikke hadde involvert, engasjert og motivert de ansatte fra første stund:

– Nærværet til de ansatte er den egentlige årsaken til profitten her. Som leder har jeg opplevd en veldig entusiasme, pågangsmot, vilje og lojalitet fra personalet. Det gode samarbeidet på alle nivå har også økt samholdet vårt. ■■■

Tekst Eivor Hofstad Foto Rita Sætran

Jobb i kommunen eller på sykehuset?

Kristin Rike tenkte som Ole Brumm: Ja takk, begge deler!

En stilling i to kult

Felles ansettelse



I et prøveprosjekt tilbyr Sørlandet sykehus i Kristiansand og Kristiansand kommune felles ansettelser. Det innebærer at en ansatt jobber halve arbeidstida på sykehuset, og halve tida i kommunen.

Sykepleier Kristin Rike er i dag ansatt i full stilling ved Straitunet omsorgssenter i Kristiansand kommune. Men den unge sykepleieren kan se tilbake på en yrkeserfaring som er svært unik.

I ett år har Rike gått i kombinasjonsstilling med 50 prosent ansettelse i Kristiansand kommune og 50 prosent på Sørlandet sykehus i Kristiansand, med arbeid hver sjette helg ved hvert av stedene.

Tok utfordringen

«Har DU lyst til å påvirke framtidens sykepleierstillinger? Nå har du muligheten!»

– Jeg hadde kikket en stund på anonsen som hang på oppslagstavla på sykehjemmet. Til slutt tenkte jeg: Hvorfor ikke? En unik mulighet til å høste erfaring også fra sykehus, forteller Kristin Rike.

Hun var ferdig utdannet sykepleier for fire år siden. I studietiden begrenset sykehuspraksisen seg til akuttmedisin og rehabilitering. Praksisrommet mellom disse ytterpunktene fikk

met, kombinert med fleksiturnus i 50 prosent stilling på sykehuset. De to arbeidsplanene som lå i stillingen, utgjorde til sammen en tilnærmet ordinær 100 prosent stilling hos en arbeidsgiver. Den som jobber i denne type kombinasjonsstilling skal være sikret en mest mulig «normal» arbeidstid, uten doble vakter eller jobb mer enn tredje hver helg.

– God sykepleierdekning er en viktig forutsetning for å kunne ha ansatte i denne type kombinasjonsstillinger. Å bare jobbe hver sjette helg kan på mindre arbeidsplasser, med lav sykepleierbemanning, blir en stor utfordring i forhold til å dekke vakter ved høytider og i helgene, sier Rike.

Det nye Straitunet omsorgssenter som stod ferdig i 2007 har 81 langtidsplasser, og en sykepleierbemanning som gjorde det mulig å delta i prosjektet.

Samhandling i praksis

Ideen bak prøveprosjektet i Kristiansand er at ansatte skal høste kunnskap og erfaring på tvers av de to nivåene. Man har tatt utfordringen fra toppen

vi har å forholde oss til når vi kommer på jobb. På medisinsk avdeling på sykehuset opplevde jeg at de fleste pasientene fra forrige vakt kunne være utskrevet neste vakt. Det var stadig nye pasienter og livssituasjoner å forholde seg til, sier Rike.

Sykepleien sitter sammen med sykepleieren i «biblioteket» på sykehjemmet. En aktivtør er i full sving med å forberede 100-årsjubileum for en av beboerne. Neste dag blir det feiring og ordførerbesøk. For mens sykehusene stadig reduserer sine liggedøgn, blir beboere på sykehjemmene stadig eldre. Behovet for sykehusopphold vokser tilsvarende.

Rike traff igjen flere av sine egne sykehjemsbeboere på sykehuset. Det å jobbe begge steder gav henne en helt annen oversikt over pasientens total-situasjon. Pasienter og pårørende bemerket også at det gav økt trygghet å erfare at tjenestenivåene samarbeidet så tett om felles pasienter.

Blitt tryggere

Rike opplever de fleste beboerne på sykehjemmet som forholdsvis stabile og prosedyrene som oversiktlige, sammenlignet med hverdagen på sykehuset.

– På sykehuset måtte jeg forholde meg til mange nye prosedyrer, akutte situasjoner, samarbeide med leger og andre kolleger og å være i et større fagmiljø. Erfaringene etter å ha jobbet på sykehuset har gjort meg tryggere, ja tøffere, om noe spesielt skulle oppstå med en av beboerne på sykehjemmet, sier Rike.

Samme pasienter

Selv om utgangspunktet for de som jobber på sykehusene og i kommunene er pasientens beste, er det en rekke

«Erfaringene etter å ha jobbet på sykehuset har gjort meg tøffere.»

Kristin Rike

hun ikke erfaring fra under utdanningen.

Nå så sykepleieren en gylden anledning til å fylle noe av tomrommet. I tillegg var det også en mulighet til 100 prosent stilling for den da deltidsarbeidende sykepleieren. Hun søkte og ble tilbudt stilling.

Kombinasjonsstillingen innebar fast 50 prosent turnus ved sykehjem-

i Helse-Norge på alvor. Derfra blir det stadig slått fast at manglende kontakt mellom sykehusene og kommunene er det viktigste hinderet for å gjøre helsetjenestene bedre.

– Hvordan var det å jobbe i denne type kombinasjonsstilling?

– Hverdagene var svært ulike, særlig når det gjelder pasientgrunnlaget. På sykehjemmet vet vi som oftest hva

urer

ulikheter i organisering og regelverk. Det gjelder blant annet kvalitets-system, elektronisk pasientjournal-system, avvikssystemer og en rekke interne prosedyrer.

– Sykehuset preges av spesialisering, strenge prosedyrer og lav liggetid. Det krever at sykepleiere jobber rundt avgrensede fagområder. Jobben på sykehjemmet handler mer om et helhetlig pasientforløp. Men selv om det er to svært ulike arbeidsplasser, har de ofte ansvar for de samme pasientene. Dette blir ofte glemt, sier Rike.

Etter å ha arbeidet på sykehuset opplever hun at samarbeidet er blitt bedre i forhold til de sykehusavdelingene hun jobbet.

– Terskelen for å ringe for eksempel lindrende avdeling på sykehuset, hvor jeg jobbet halv tida, er betraktelig lavere. Det finnes mye kompetanse i kommunen, men de som jobber med dette på sykehuset, er spesialister. Det må vi i kommunene kunne dra nytte av. Det er vi på sykehjemmet og i hjemmesykepleien som skal gi pasientene den nødvendige oppfølging over tid, sier Rike.

Prøver gjerne igjen

– Jeg er glad for erfaringene jeg har høstet gjennom dette prosjektet. Det har vært utfordrende, men jeg har ikke betenkeligheter med å gjøre det igjen, sier Kristin Rike.

Grunnen til at hun hoppet av prosjektet i september i fjor var at hun fikk tilbud om full stilling ved sykehjemmet på Straitunet. Arbeidsplassen hun etter eget utsagn «elsker» og har arbeidet ved i ti år. Hvor hun hadde sin første jobb allerede som 17-åring. ■■■

Tekst Bjørn Arild Østby Foto Erik M. Sundt



LETT Å RINGE AVDELINGEN: Sykepleier Kristin Rike så mange fordeler ved kombistillingen. Nå er hun full tid på omsorgssenteret, men det er lett å ringe kollegaer på sykehuset for råd.

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.

Spørsmål og svar om arbeidstid

Arbeidstid er en viktig faktor når det gjelder sykepleiernes arbeidsvilkår. Den har innvirkning og betydning i forhold til egen helse, privatliv, fritid og den faglige kvaliteten i arbeidet. Her er spørsmål som ofte blir stilt:

Er det lov å jobbe oftere enn hver tredje helg?

Arbeidsmiljølovens ordning er slik at den som har arbeidet en søndag, skal ha neste søndag fri. Det er med andre ord ikke tillatt å arbeide to helger etter hverandre. I helsesektoren er det en utbredt praksis at arbeidsgiver og tillitsvalgt inngår turnusavtaler som ikke innebærer arbeid oftere enn hver tredje helg.

Har jeg krav på overtid dersom jeg frivillig tar på meg en ekstravakt?

Dersom du er i full stilling, har du krav på overtidsbetaling uavhengig av om overtidsarbeidet er «frivillig» eller pålagt. Er du deltidsansatt, må du arbeide opp til full stilling per dag og per uke før du har krav på overtidsbetaling.

På vår arbeidsplass er det slik at vi ikke får avholdt spisepause. Hva kan vi gjøre med det?

NSF anbefaler deg å ta opp problemet med den tillitsvalgte, som må drøfte dette med arbeidsgiver. Arbeidsgiver har plikt til å legge forholdene til rette slik at alle arbeidstakere får avholdt pause i tråd med arbeidsmiljølovens regler. Planlegging og gjennomføring av pauser er en viktig arbeidsmiljøfaktor.

Vi har fått ny turnus, og etter den blir vi satt til å jobbe alene om natten. Er det lov?

Arbeidsmiljøloven regulerer nattarbeid generelt og forbyr ikke å jobbe alene om natten. Arbeidstakeren har imidlertid rett til et fullt forsvarlig arbeidsmiljø, slik at spørsmålet må vurderes konkret i forhold til arbeidets art. Sikkerhetshensyn kan være ett argument for at man skal være flere på jobb om natten. Hensynet til pasientsikkerheten må også ivaretas. Som kjent er reaksjonsevnen normalt svekket om natten. Det kan ha betydning ved arbeid som stiller krav til årvåkenhet og presisjon.

Hvor lang tid skal jeg ha fri mellom to vakter?

Hovedregelen er at alle skal ha minst 11 timers sammenhengende hvile mellom to vakter. Arbeidsmiljøloven gir imidlertid adgang til at tillitsvalgt og arbeidsgiver kan avtale en hviletid ned til åtte timer. I slike tilfeller skal arbeidstakerne sikres kompensierende hvile. Vaktene må plasseres slik at det tas hensyn til at den enkelte får en hviletid mellom to arbeidsøkter som sikrer minst sju timer sammenhengende søvn. Vaktrotasjonen bør være med klokka (dag/aften/natt) da det gir mindre forstyrrelser av kroppens biologiske rytme.

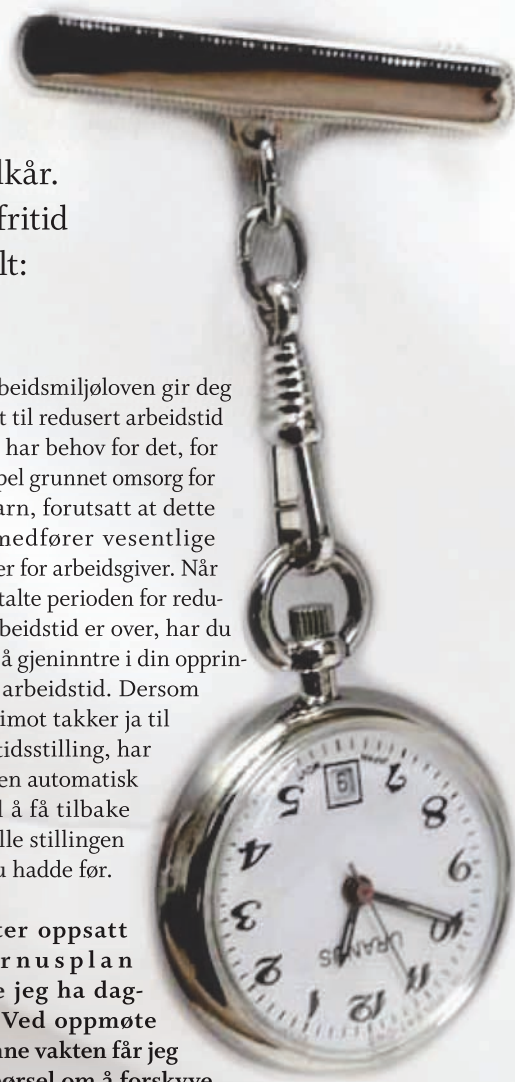
Som småbarnsmor i 100 prosent stilling ønsker jeg i en periode å arbeide noe mindre. Arbeidsgiver har foreslått at jeg går over i en ny deltidsstilling. Bør jeg akseptere det?

Arbeidsmiljøloven gir deg rett til redusert arbeidstid når du har behov for det, for eksempel grunnet omsorg for små barn, forutsatt at dette ikke medfører vesentlige ulemper for arbeidsgiver. Når den avtalte perioden for redusert arbeidstid er over, har du rett til å gjeninntre i din opprinnelige arbeidstid. Dersom du derimot takker ja til en deltidsstilling, har du ingen automatisk rett til å få tilbake den fulle stillingen som du hadde før.

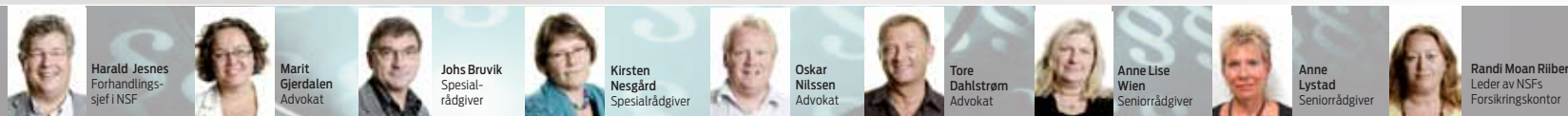
Etter oppsatt turnusplan skulle jeg ha dagvakt. Ved oppmøte på denne vekten får jeg forespørsel om å forskyve dagvakten til nattevakt samme dag. Jeg aksepterer dette, men hva slags betaling har jeg krav på?

Når du får «forskjøvet arbeidstid på kort varsel», har du rett på overtidsbetaling for nattevakten i tillegg til ordinær lønn for den dagvakten du skulle ha hatt etter oppsatt turnusplan. Når varselet gis etter oppmøte, har du i tillegg krav på en godtgjøring for to timers arbeid selv om du forlater arbeidsstedet umiddelbart.

Kilde: Alt du trenger å vite om arbeidstid. Norsk Sykepleierforbund.



Passer på paragrafene:



Cesilie Aasen Zapffe

Alder: 43 år

Yrke: Saksbehandler

Jobber: Tjenestekontoret i Skedsmo kommune

«Ordentlig» sykepleier

Jeg liker ikke tittelen saksbehandler, den gir feil assosiasjoner.

Jeg er først og fremst sykepleier, og jobben jeg gjør er basert på et sterkt engasjement og nært forhold til brukerne. De fleste forbinder en saksbehandler med noe fjernt og upersonlig, men i virkeligheten kjenner vi brukerne våre svært godt og gløder for sakene deres.

Arbeidet består i å veilede, vurdere og gi råd om helsetjenester til personer over 18 år som for eksempel ønsker støttekontakt, trygghetsalarm, hjemmesykepleie, sykehjemsplass og ambulerende rehabiliteringsteam.

Hver dag starter med et morgenmøte der vi går gjennom og fordeler nye saker. Vi følger brukerne, det vil si at når vi har vært saksbehandler for en person så fortsetter vi å ta alle sakene som angår denne personen. Og hvis vi har en sak for kona tar vi også saken til mannen.

Jeg er stadig ute på befarings og hjemme hos brukerne. Jeg blir ofte spurt om jeg ikke heller vil jobbe som ordentlig sykepleier. Men jeg gjør jo det! Jeg liker spesielt godt å jobbe med alvorlig syke kreftpasienter. Jeg føler jeg har noe å gi dem. Jeg tør å gå inn i de vanskelige, men viktige samtalene. Jeg jobber også gjerne med ME-pasienter. Hvordan gi dem et godt og tilpasset tilbud? Det er et vanskelig felt i og med at det foreløpig ikke finnes noen behandling. Dette gjør det utfordrende å finne et godt tilbud, men nettopp derfor også ekstra spennende.

Vi får utdelt tre til ti nye saker per dag. Enkelte saker kan vi løse fra kontoret, for eksempel søknader om trygghetsalarm eller hjemmesykepleie og enkle oppdrag som sårstell. Men de fleste saker krever at vi drar ut. Ofte besøker vi brukeren på sykehuset, deretter blir vi eventuelt med pårørende hjem og ser på forholdene der. Vi kartlegger funksjonsbehov og finner ut hva han eller hun trenger. Hva kan vi tilby? Hvilke ressurser har brukeren? Ofte behandler vi søknadene i tverrfaglige samarbeidsmøter, så fatter vi vedtak.

Det er godt å kunne bidra til at folk får det bedre. Jeg liker å ha overblikk og trekke i trådene. Og jeg ser at jobben jeg gjør nytter. Men jeg skulle gjerne hatt bedre tid på hver sak. Og selvsagt skulle jeg ønske at virkemidlene var bedre; som flere sykehjemsplasser og en bedre bemannet hjemmetjeneste.

En gang kom jeg hjem til en dame med demenssykdom. Plutselig satte hun seg til pianoet og begynte å spille. Det var fantastisk. Uansett hvor syke vi blir er vi i besittelse av ressurser. En viktig del av jobben min er å finne disse. Det er viktig ikke å gi så mye hjelp at brukeren ikke får brukt ressursene sine. ■■■

Fortalt til Susanne Dietrichson Foto Stig Weston





PÅ FLUKT FRA KONFLIKTEN

Kambodsja og Thailand krangler om grensen mellom de to land. I det omstridte område ligger Preah Vihear-tempelet, som begge land gjør krav på. Det skytes og bombes. Beboerne fra provinsen, cirka 500 kilometer fra Kambodsjas hovedstad Phnom Penh, flykter til tryggere steder. Der blir de tatt hånd om av sykepleiere som registrerer dem og deler ut medisiner. Fotografiet er tatt i februar i år.

Befolkningen i Kambodsja har vært utsatt for store menneskelige lidelser. Under Røde Khmer-regimet fra 1975 til 1979 døde 1,7 millioner mennesker av sykdom, sult og tortur. Svært mange leger og annet helsepersonell flyktet fra landet eller ble drept. I dag er landet bedre stelt, men fortsatt har bare 30 prosent av befolkningen tilgang til rent vann.

Tekst **Barth Tholens**
Foto **Scanpix/AFP PHOTO**

Du kan få billigere strøm fordi du er medlem av Sykepleierforbundet

Norsk Sykepleierforbund har inngått partneravtale med strømleverandøren LOS. Dette gir deg mulighet til å kutte i dine strømutfgifter.



LOS har landets mest fornøyde strømkunder.
Norsk Kundebarometer 2010

Send sms <strøm> til 02021, og få tilbud om en god strømvavtale. Du kan også kontakte vårt kundesenter på telefon 02021.



DER UTE ENGLAND

Private sykehus i England fikk betalt for operasjoner som aldri fant sted.

Engelske klinikker svindlet staten

Da Stephen Gilbert i det engelske Underhuset begynte å undersøke hvor mye penger som ble utbetalt til private sykehus for operasjoner de utfører på det offentlige regning, fikk han seg en overraskelse: Klinikkerne fikk utbetalt langt mer enn det antallet operasjoner tilsa.

Gilbert er politiker i det liberaldemokratiske partiet og fikk ut opplysningene ved å bruke den engelske offentlighetsloven. To sykehus utførte bare 85 prosent av de operasjonene som de fikk betalt for.

«Luftoperasjoner»

På landsbasis regner man med at 250 millioner pund har gått til «luft-operasjoner» de siste fem årene.

Det var Labours Tony Blair som i sin regjeringstid fant ut at man ville bruke private sykehus for å utføre rene rutineoperasjoner for det offentlige. Det ville gi kortere ventetid og bedre bruk av ressur-

sene. De private sykehusene som fikk slike avtaler med det offentlige, ble betalt «per bulk». Det vil si at de fikk en avtale som tilsa et visst antall operasjoner mot et fastsatt beløp. Det offentlige tok da også høyde for at private sykehus hadde høyere kostnader enn offentlige sykehus på grunn av selskapsskatt.

Høyere stykkpris

Nå viser det seg at sykehusene som arbeidet under slike avtaler, utførte langt færre operasjoner enn kontrakten egentlig tilsa. Dermed ble stykkprisen per operasjon langt høyere enn det offentlige hadde tatt høyde for.

– Dette viser bare at både Labour og dagens koalisjonsregjering tar helt feil når de hevder at de kan spare helsekroner ved å bruke private selskap, kommenterer Richard Vautrey i den britiske legeforeningen, til avisa Daily Telegraph.

Tekst Barth Tholens

Jobb i Skåne

Svenskene har lenge kommet til Norge for å få jobb, men nå kan norske sykepleiere dra til Sverige for å jobbe. Skåne-området i Sør-Sverige mangler sykepleiere. Tall fra den svenske «Arbetsförmedlingen», viser at det den 18. mars er 120 sykepleierstillinger ledig i Skåne.

Fag & bøker



TRENGER MORSMELK: Premature barn har dårligere immunforsvar enn barn født til termin, og har derfor ekstra god nytte av morsmelk. Ved Seksjon for nyfødte, Haukeland Universitetssykehus, har en gruppe sykepleiere sett på faktorer og mateteknikker som kan stimulere til langvarig amming av premature. Foto: Scanpix

Side
46

3
nye bøker

ANDERS JOHAN W. ANDERSEN OG
BENGT EIRIK KARLSSON (RED.)

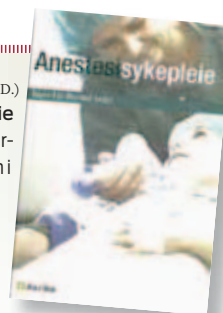
**Variasjon og dialog
Perspektiver på psykisk
helsearbeid**

En bok som bygger på erfaringene med Tidsskrift for psykisk helsearbeid. Redaksjonen har vært opptatt av å få brukerne og praktikerne i tale og stimulere til systematisering og utvikling av praksisnær kunnskap.



INGER LIV HOVIND (RED.)

Anestesisykepleie
Ny utgave av den første norske læreboken i anestesisykepleie.



**Psykisk helsearbeid
- mer enn medisin
og samtaleterapi**
Formidler kunnskap om virksomme selvhjelpsmetoder og nye former for terapeutiske intervensjoner.





Kari G Tøsdal, Barneklinnen, Haukeland universitetssykehus.



Randi Reigstad Barneklinnen, Haukeland universitetssykehus.



Tove A Hanssen, KKF, Fou avdelingen Haukeland universitetssykehus/ Hjerter- og Lungelinikken, Universitetssykehuset Nord-Norge.



Marit Graue, Avdeling helse og sosialfag, Institutt for Sykepleie, Universitetet i Bergen.

Hvilke mateteknikker letter amming av premature?

Premature som tilleggsmates med flaske dier like bra og lenge som de som blir matet av kopp.

Siden 1970-tallet har man anbefalt at premature barn får morsmelk. Barn som er født prematurt har særlig stor nytte av å få morsmelk, fordi de har dårlig immunforsvar, og derfor er mer utsatt for infeksjoner enn barn som er født til termin (1,2). Morsmelken inneholder immunstoffer som kan beskytte mot alvorlige infeksjoner (3). Det er også holdepunkter for at morsmelk fører til færre tilfeller av nekrotiserende enterokolitt (skade på tarmvegg på grunn av lite oksygen til tarmen som kan føre til en betennelseslignende tilstand med fare for perforasjon av tarm), bedre psykomotorisk og kognitiv utvikling, og bedre synsfunksjon (4,5). Morsmelk er tilpasset barnets behov ved å være lett fordøyelig og skånsomt for tarmen, og har et tilpasset innhold av middelkjedete fettsyrer, og langkjedede flereumettede fettsyrer. Mødre av premature barn har også et relativt høyt innhold av proteiner i morsmelken, noe som er gunstig i den tidlige fasen.

Langt færre premature ammes

I Norge ammes 97 prosent av alle fullbårne barn ved utskrivning fra fødeavdelingen, og over 88 prosent ammes fortsatt ved tre måneders alder (6,7). Når det gjelder premature barn vet vi at langt færre blir ammet ved hjemreise fra sykehus (8,9,10). En svensk registrering fra Helsingborg viste at 82 prosent av mødre til premature barn hadde melk ved hjemreise (11). Det er mange årsaker til at færre premature ammes (8). Premature barn har ofte vært utsatt for mye ubehagelig stimuli i munnen, med trachealtube, sonde og plaster, og suging i munn og svelg. Dette kan i noen tilfeller føre til at barnet får vansker med å suge fra brystet (12). Mens barnet lærer å die kan melk tilføres ved hjelp av kopp eller flaske. Barn under 32–34 uker klarer ofte ikke å koordinere suging, svelging og pusting, og må ofte mates med sonde når de tolererer enteral ernæring. Selv om de fleste som utvikler komplikasjonen nekrotiserende enterokolitt har fått enteral ernæring, er det begrenset kunnskapsgrunnlag for at matemetode påvirker forekomsten av denne komplikasjonen (13,14). Faktorer som fremmer amming er høy fødselsvekt, tidlig hudkontakt, mødrenes utdanningslengde og økt kunnskap om amming hos begge foreldrene (15). Det er også vist at tidligere ammeerfaring og likemannsstøtte har positiv innflytelse på amming (7,10,11). Svært små premature får morsmelk kun en kort periode, sammenlignet med fullbårne barn, og trenger ekstra oppfølging (16).

Å oppnå langvarig amming hos barn som er født prematurt er krevende. Ved Seksjon for nyfødte på Haukeland universitetssykehus har vi over flere år hatt fokus på amming hos premature barn. I denne artikkelen vil vi oppsummere kunnskapsgrunnlaget for følgende spørsmål:

- » Når kan premature barn begynne med oral ernæring?
- » Er det forskjell på kopp, flaskemating eller sondemating for å lette ammingen?
- » Finnes det støtte i litteraturen for begrepet sugeforvirring?
- » Kan brystskjold bidra til å lette ammingen for premature?
- » Hva vet vi om smokkbruk og amming hos premature?

Metode

Det ble gjort søk i følgende elektroniske databaser; PubMed, Ovid Nursing, British Nursing Index, PsykINFO, EMBASE, SveMed+, og Cochrane. Søkeordene som ble brukt var: «infant, premature, breastfeeding» i kombinasjon med «cup, bottle, pacifier og dummy». I tillegg søkte vi på «nipple» AND «confusion» i kombinasjon med «bottle, pacifier, shields eller dummy». Vi avgrenset søket til litteratur publisert i tidsrommet 1995–2008 fra vestlige land, og til premature barn med GA under 37 uker. Totalt 21 artikler er gjennomgått for denne litteraturgjennomgangen.

Oral ernæring

Howe et al (17) så på prematures evne til å spise fra flaske. Faktorer som hadde sammenheng med prematures evne til å ta flaske var i tillegg til alder (34 uker gestasjonsalder (GA)) og vekt (1500 gram), oral dyktighet, mateteknikk, og matepraksis. For at det skal bli et vellykket ammemåltid, er det viktig å undersøke barnets tilstand både før og under måltidet. Det er anbefalt at barnet blir tilbudt bryst/flaske når det er våkent og rolig (18).

I en systematisk oversikt med totalt 110 deltagere (19) er det vist at bruk av mateprotokoll kan bedre overgangen fra sondemating til oral mating. I de to studiene som var inkludert, ble det introdusert oral mat ved cirka 32 uke GA, når barna var 15 dager gamle. I en kohortstudie med historisk kontrollgruppe ble det undersøkt om standard pleieplan med selvregulerte måltider hos premature (GA

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturreferanser på våre nettsider.

Søkeord:

- » Amming
- » Barn
- » Ernæring
- » Prematur
- » Nyfødt





fra 34 uker) førte til raskere overgang til full oral ernæring (20). Resultatene viste at premature så unge som 32 uker postmenstruell alder (PMA), kan være klare til å regulere sine egne måltider, og at selvregulert mating kan øke progresjonen i oral mating. Selvregulering bidro til at barna hadde full oral ernæring seks dager tidligere enn kontrollgruppen. Hedberg et al (21) viste i en deskriptiv studie at premature barn tidlig hadde evnen til å suge ved brystet (her 32 uker), men at det var store individuelle variasjoner i sugemønsteret. En undersøkelse av den elektriske aktiviteten i tverrstripet muskeltur (EMG) og direkte observasjon av sugeadferd viste imidlertid stort samsvar og er beskrevet som pålitelige og gyldige metoder for evaluering av ammeadferd.

Kopp eller flaske?

I Dowling et al (22) kommer det fram at barna er fysiologisk stabile med koppmating, men at de søler mye (stor forskjell i faktisk inntak og sølt melk). Dette er også vist i en pilotstudie med 15 premature barn (32 uker) (23) hvor man sammenlignet ernæring via kopp og flaske når mor ikke var til stede og kunne amme. Barna som fikk melk med kopp sølte mer og brukte lengre tid på måltidene enn de som fikk med flaske. De som fikk kopp viste også større tegn til stress.

I en deskriptiv studie av 12 premature med fødselsvekt under 800 gram undersøkt ved 35 ukers PMA (24) fant man at barna hadde høyere O₂-metning, temperatur og færre saturasjonsfall under amming enn ved flaskemating. Barna hadde bedre kontroll over suging, pauser, og rytme når de ble ammet enn når de fikk flaske. Barna hadde imidlertid dårligere vektoppgang ved amming, men de var mer fysiologisk stabile.

Sondemating

I en liten randomisert kontrollert studie (RCT) har Mosley et al (25) sett på hvordan man helst bør gi tilleggsmat. Hun fant ingen forskjell

på ammefrekvensen om tillegg ble gitt med kopp eller flaske, eller om barnet brukte narresmøkk eller ikke.

Kliethermes et al (26) har i en prospektiv RCT sammenlignet flaskemating og nasogastrisk sondemating som supplement i overgang til amming hos 84 premature. Studien viste at sondemating som supplement var gunstig for ammingen ved utskrivning, også av hensyn til fortsatt amming tre og seks måneder etter utskrivning. Barna hadde også større sjanse for å være fullammet, og hadde signifikant færre apné- og bradykardiepisoder.

I en Cochrane-oversikt med fem studier med totalt 543 barn, ble det undersøkt alternativer til flaske som tillegg til amming (27). Barn randomisert i koppgruppen hadde større sjanse for fullamming ved utskrivning, men de hadde en betydelig forsinket utskrivning i forhold til de som fikk flaske (ti dager). Det var også mange som ikke fulgte opp prosedyren for koppmating i den største av studiene, noe som kan ha sammenheng med misnøye med matemetoden hos foreldre og personale. I en av studiene ble sondemating som alternativ til flaske undersøkt, og resultatet viste at andelen som ble ammet ved utskrivning økte hos dem som ble sondet.

Små forskjeller

I en undersøkelse av 18 barn med GA 30–35 uker er det vist at koppmating er en trygg måte å mate premature barn på sammenlignet med flaskemating (28). Barna koordinerer pust, svelging og spising bedre ved leping fra kopp, men inntatt volum var mindre enn hos dem som ble flaskematet. Det var ingen signifikant forskjell mellom gruppene på puls og SaO₂. Også i to andre studier (29,30) har man vist at koppmating er like sikkert som flaskemating og at barna er mer fysiologisk stabile ved koppmating. Inntatt volum er imidlertid mindre ved kopp, og måltidet tar lengre tid enn ved flaskemating.

I en randomisert studie av Collins et al (31) hvor 319 premature deltok, ble effekten av smøkk, flaske og kopp på andelen som ammet

FLASKE ELLER KOPP? Det er barnets våkenhet og modenhet som avgjør om det skal tilleggsmates med flaske eller kopp. Foto: Scanpix.



ved utreise og etter tre og seks måneder undersøkt. Det kom fram at smokkbruk ikke påvirket ammingen. Barn som var randomisert til koppgruppen hadde økt sannsynlighet for å være fullammet ved utskrivning, men det bidro til økt liggetid. Det var ingen forskjell på amming etter tre og seks måneder for barn som ble matet med kopp og barn som fikk flaske.

Sugeforvirring

Sugeforvirring er et begrep som kommer fram i litteraturen i forbindelse med ammeproblemer. I en oversiktsartikkel av Dowling & Thanattheakul (32) ble sammenhengen mellom narresmokk, ulike matemetoder og sugeforvirring undersøkt. Det ble ikke beskrevet entydige resultater som kan bekrefte eller avkreffe en antagelse om at bruk av flaskesmokk, narresmokk, brystskjold og uhensiktsmessig spisemønster er indikatorer på sugeforvirring.

Brystskjold

Brystskjold har vært brukt helt siden 1600-tallet for å bidra til amming ved innadventde, infiserte eller såre brystvorter. I en deskriptiv studie av 34 premature barn og mødre som brukte brystskjold, ble effekten av brystskjold på amming av seks premature i forhold til hvor mye de spiste per måltid og hvor mange måneder de ammet undersøkt (33). Studien viste at bruk av brystskjold ved amming av premature barn øker melkemengden og det forkorter ikke laktasjonsperioden slik man tidligere har trodd.

At brystskjold kan være et godt hjelpemiddel for å redusere brystavvisning og ammeproblemer er også beskrevet i Dowling & Thanattheakul (32). Brystskjold kan være det som trengs for at noen

Det er en myte at barn blir sugeforvirret ved bruk av flaske eller smokk.

mødre skal kunne amme i en overgangsfase. Også i en deskriptiv studie med 12 barn som ble tilbudt brystskjold i løpet av en 12 månedersperiode var resultatene positive. Ti av de 12 barna i denne studien var helt eller delvis fullammet ved utskrivning (34). I en annen studie er det også vist at hos barn som ble observert ved sitt første brystskjoldmåltid, tok 60 prosent av barna mer enn halvparten av forskrevet mengde melk (ut fra barnets vekt) (35).

Smokkbruk og amming

I en større enkeltstudie (319 premature) med en randomisert kontrollert design (31) ble effekt av smokk, flaske og kopp på andelen som ammer ved utreise og etter tre og seks måneder undersøkt. Studien viste at smokkbruk ikke hadde innvirkning på ammingen.

I en revidert Cochrane-oversikt fra 2005 med gjennomgang av litteraturen på effekten av smokkbruk, eller Non-Nutritiv-Sucking (NNS) versus ingen smokkbruk hos premature barn (36), viste resultatene fra disse 21 studiene at NNS signifikant reduserte liggetiden. Dette hadde en entydig positiv effekt på overgangen fra sonde- til flaskeernæring, samt bidro til en mer effektiv mating. Man fant ingen signifikant negativ kortsiktig effekt av smokkbruk. I en liten studie hvor det ble undersøkt effekten av NNS før måltidet på pusting, NS, og karakteristisk atferd ved flaskemating, ble det også vist at NNS ikke hadde effekt på NS eller respirasjon og atferd under måltidet (37).

Diskusjon

Tidligere var koppmating anbefalt som beste måten å gi tilleggsmat på. Nyere forskning som er gjennomgått i dette litteraturstudiet, viser at barn som bruker flaske som tilleggsfeeding, fint klarer å die, og dier like lenge som de som blir koppmatet. Det er ikke vist å ha innvirkning på ammingen ved tre og seks måneder om premature barn fikk tilleggsmat med kopp eller flaske. Friske premature barn, ned til GA 32 uker kan legges til brystet. De bør overvåkes med saturasjonsmåler under måltidet i starten. Studien til Kliethermes (26) viste at sondemating som supplement var gunstig for ammingen ved utskrivning. De hadde og større sjanse for å være fullammet, og hadde signifikant færre apnoe- og bradykardiepisoder.

WHO har gått inn for «Babyvennlig sykehusinitiativ» (BVISI), med ti trinn til vellykket amming. Dette kan også indirekte brukes på nyfødteavdelinger. I Australia økte ammefrekvensen ved utskrivning fra 44 prosent til 71 prosent ved innføring av BSVI (38). Dersom det organiseres med «rooming-in» og mor og barn kan være sammen hele døgnet, så snart barnet spiser fem av åtte måltider selv, kan de skrives ut i snitt to dager tidligere enn de ellers ville blitt (39).

Det synes ikke som om bruk av narresmokk har effekt på amming av premature (31). Når det gjelder nyfødte med apnoebehandling, lav hemoglobin, og lange perioder med atskillelse fra mor, trengs imidlertid ekstra støtte for å etablere fullamming. Premature barn kan uavhengig av GA ved fødselen være i stand til å sugе nutritivt,

LITTERATUR

- Nylander, G. Mor-barn-vennlig helsetjeneste «Mamma for første gang» 2001;43 www.helsenytt.no/artikler/morsmelk_flaskemelk.htm 24. 01.2001
- Jones, L. Spencer, A. Promoting successful preterm breastfeeding The practising Midwife, 2002;5(4):18-20.
- Jones E & King C Feeding and nutrition in the preterm infant Elsevier Churchill Livingstone. 2005
- Wheeler J, Chapman C, Johnson M, Langdon, R. Feeding outcomes and influences whining the neonatal unit. J. of Nursing Practic 2006; 6: 196-206
- Henriksen C. Ernæring av premature barn. Tidsskr Nor Lægeforening, 2004; 10: 1392-5.
- Tønjum, L. Når kvinner gir opp ammingen. Tidsskriftet Sykepleien 2001; 8:48-51.
- Monsen Bjørke A-L. Pediatr: vekst, utvikling og sykdommer hos barn Oslo: Universitetsforlaget, 1999 s. 47-48.
- Gloppestad, K. Hvorfor melkeproduksjonen tok slutt: mødre til premature barn forteller. Vård i Norden 2000a; 4:17-22.
- Gloppestad, K. Total laktasjonsperiode hos mødre til premature barn. Vård i Norden 2000b; 1:15-21.
- Yip E, Sheehy Y Breastfeeding in neonatal intensive care. Journal of Paediatr Child Health 1996;32: 296-298.
- Hedberg Nyqvist K, Ewald U. Infant and maternal factors in development of breastfeeding outcome in preterm infant. Acta Paediatr 1999; 88: 1194-1203.
- Isaacson, LJ Steps to successfully breastfeed the premature infant Neonatal Network 2006;25(2): 77-86
- McGuire W, Henderson G, Fowle PW Feeding the preterm infant. BMJ 2004; 329: 1227-30.
- Crowe, LM, Chang, AM, Wallace, KL. Instruments for assessing readiness to commence suck feeds in preterm infants: effects on time to establish full oral feeding and duration of hospitalisation (protocol) Cochrane Library 2006 issue 1.
- Furman, L, Minich, NM, Hack, M. Breastfeeding of very low birth weight infants J. Hum. Lact. 1998, 14(1):29-34.
- Killarsreiter, I, G. Grimmer, I, Bührer, C, Dudenhausen, JW, Obladen, M. Early cessation of breast milk feeding in very low birthweight infants Early Human Development 2001;60(3):193-205.
- Howe, T, Sheu, CF, Hinojosa, J, Lin, J, Holzman JR. Multiple factors related to bottle-feeding performance in Preterm Infants Nursing Research. 2007; 56(5):307-11.
- McCain, GC Behavioral state Activity During Nipple Feeding for Preterm Infants Neonatal Network 1997;16(5):43-7.
- Medhurst, A. Feeding protocols to improve the transition from gavage feeding to oral feeding in healthy premature infants: A systematic review. Evidence in Health Care Reports. 2005;3(1):1-2
- Kirk, AT, Alder, SC, King, JD. Cue-based oral feeding clinical pathway results in earlier attainment of full oral feeding in premature infants. Journal of Perinatology 2007; 27:572-578.
- Hedberg Nyqvist K, Farnstrand C, Eeg-Olofsson E, Ewald U Early oral behaviour in preterm infants during breastfeeding: an electromyographic study. Acta Paediatr 2001;90: 658-63.
- Dowling, DA, Meier, PP, DiFiore, JM, Blatz, MA, Martin, RJ Cup-feeding for preterm infants: mechanics and safety. J Hum Lact 2002; 18: 13
- Aloysius A, Hickson M, Evaluation of paladai cup feeding in breast-fed preterm infant compared with bottlefeeding. J. Early Human Dev. 2007;83:619-21.
- Bier JA, Ferguson, AE, Morales, Y, Liebling, JA, Oh, W, Vohr, BR. Breastfeeding Infants Who Were Extremely Low Birth Weight Pediatrics 1997; 100:e3.
- Mosley, C, Whittle, C, Hicks, C. A pilot study to assess the viability of a randomised controlled trial of methods of supplementary feeding of breast-fed preterm. Midwifery 2001;17:150-7.
- Kliethermes PA, Cross ML, Lanese MG, Johnson KM, Simon SD Transition preterm infants with nasogastric tube supplementation: increased likelihood of breastfeeding. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 1999; 28: 264-73.
- Collins, CT, Makrides, M, Gillis, J, McPhee, AJ. Avoidance of bottles during the establishment of breastfeeds in preterm infants The Cochrane Library 2008, Issue 4
- Mizuno, K, Kani, K. Sipping/lapping is a safe alternative feeding method to sucking for preterm infant. Acta Paediatrica, 2005; 94: 574-580.
- Marinelli, KA, Burke, GS, Dodd, VL. A comparison of safety of cupfeedings and bottlefeedings in premature infants whose mothers intend to breastfeed. Journal of Perinatology, 2001;21:350-355.
- Neide MN, Rocha MD, Francisco E, Martinez FE, Salim M, Jorge SM Cup or bottle for preterm infant: effects on oxygen saturation, weight gain, and breastfeeding J Hum Lact 2002;18:132-8.
- Collins, CT, Ryan P, Crowther CA, McPhee AJ, Paterson S, Hiller JE Effect of bottles, cup, and dummies on breast feeding in preterm infant: a randomised controlled trial BMJ 2004;329:193-198.
- Dowling D, Thanattheakul W. Nipple confusion, alternative feeding metho-

og raskt øke melkemengden de får i seg så sant de har stor og tidlig tilgang til mors bryst (40). Det er viktig at foreldrene tidlig blir trygget på å mate barnet sitt, og at de vet hvordan de skal observere barnet under amming (41,42). Økt kunnskap om amming hos foreldrene henger sammen med høyere ammefrekvens. Det er derfor viktig med et enkelt undervisningsopplegg om amming for begge foreldrene. Barnefaren kan ofte være en god støtte for mor ved amming (43). Brystskjold kan være et godt hjelpemiddel for en del premature barn (35). Det er ikke funnet noen indikasjon på at ammetiden blir kortere ved bruk av brystskjold (33).

Premature barn har spesielt behov for en narresmokk som trøst når mor ikke er til stede. Men smokken bør ikke bli liggende i barnets munn, og når mor er tilstede bør hun roe og trøste barnet, eller legge det til brystet (32). NNS fører til kortere liggetid, raskere overgang fra sonde til flaske, og mer effektiv suging fra flaske (35).

Konklusjon

Generelt sett er studiene i denne litteraturgjennomgangen små og av varierende metodemessig kvalitet. Det er i liten grad rapportert om multisenterstudier eller annen form for forskningssamarbeid på tvers av land og helseforetak. Gjennom kritisk å vurdere den tilgjengelige litteraturen på området har vi kommet frem til følgende konklusjon:

- Premature barn kan begynne å spise med kopp/amme fra 32. uke. Barnets modenhet må vurderes for valg av mateteknikk. De bør overvåkes med saturasjonsmåler under måltidet i starten.
- Det er ikke entydige resultater for om bruk av flaske eller kopp som tilleggsmating har innvirkning på ammelengden. Det er barnets våkenhet og modenhet som må vurderes. Koppmating bidrar til økt liggetid, men barnet er fysiologisk mer stabilt. Å starte med flaskemating må vurderes individuelt i hvert enkelt tilfelle, med fokus på å etablere amming.
- Det er en myte at barn blir sugeforvirret ved bruk av flaske eller smokk. Det er ikke støtte i litteraturen for at bruk av smokk fører til sugeforvirring.
- Barn som har fått smokk/flaske og ikke klarer å ta tak på brystet, må få god oppfølging med ammehjelp. Brystskjold kan for noen barn være det som skal til for at mødre til premature barn skal klare å amme.
- Det er ikke holdepunkter i litteraturen for at bruk av smokk har negativ effekt på ammetid eller liggetid. ■■■

des, and breast-feeding supplementation: State of the science. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 2001;1(4): 217-223.

34. Meier PP, Brown LP, Hurst NM, Spatz DL, Engstrom JL, Burucki L. Nipple shields for preterm infants: effect on milk transfer and duration of breastfeeding. *J Hum Lact* 2000;16:106-14.

35. Aloysius A, Lozano S. Provision of nipple shields to preterm infants on a neonatal unit: A survey of current practice. *Infant* 2007; 3:3.

36. Clum D og Perimomo J Use of silicone nipple shield with premature infants. *J Hum Lact* 1996;12:28-90.

37. Pinelli J, Symington A Non-Nutritive sucking for promoting physiologic stability and nutrition in preterm infants. *The Chochrane Library*, Issue 4, 2005. Oxford: Update Software.

38. Pickler R, Reyna B Effects of non-nutritive sucking on nutritive sucking, breathing, and behaviour during bottle feedings of preterm infants. *Advances in Neonatal Care*, 2004;4(4): 226-234.

39. Nyqvist KH, Kylberg E Application of the baby-friendly hospital to neonatal care: Suggestions by Swedish mothers of very preterm mothers. *J Hum Lact* 2008;24(3):252-62.

40. Flint A, Davies MW, Collie LA, Palmer-Field K. Progression from gastric tube feeds to full suckle feeds and discharge home of preterm infants. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 2007; 25(1):44-8.

41. Hedberg Nyqvist KH The development of preterm infants's breast feeding. *Journal of Nursing*, Volum 7, issue 2, 2001.

42. Shaker CS Nipple feeding preterm infants: an individualized, developmentally supportive approach. *Neonatal network* 1999; 3: 15-21.

43. Häggkvist, AP. Amming av barn med spesielle behov *Jordmorbladet* 2000:53-54.

44. Lullie RO, Giugliani ERJ, Kummer C, Maciel M, Simon C, da Silveira C Does Breastfeeding Knowledge Increase Breastfeeding Rates? 1999 *Birth* 3/9-199, 26, s.149-156

Mangel på kompetent helsepersonell?



What do you do?

Manpower gir deg personell som passer inn i ditt miljø og bidrar positivt både faglig og sosialt!

- Egne konsulenter med utdanning og spesialist-erfaring fra helsetjenesten
- Vi er en IA-bedrift som sørger for ordnede lønns- og arbeidsforhold for våre medarbeidere
- ISO sertifiserte prosesser på innleie og rekruttering
- God tilgang på kvalitets-sikret helsepersonell

Kontaktpersoner: Oslo

Sigrid Grimkelsrud
90 05 48 41

Bergen

Liv Marit Amundsen
90 75 95 83

Stavanger

John Enok Kommedal
40 82 65 16

Trondheim

Jan Erik Holand
97 02 21 04

manpower.no/helse
tlf 22 01 80 00



Manpower®



Hilde Netland, spesialsykepleier i kardiologisk sykepleie ved Hjer-teavdelingen, Haukeland universitetssjukehus,



Nina Fållun, intensivsykepleier/studiekoordinator ved Hjer-teavd, Haukeland universitetssjukehus og høgskolelektor ved HIB.



Tone M. Norekvål, fag- og forskningssykepleier ved Hjer-teavd, Haukeland universitetssjukehus og førsteamanuensis ved HIB.

Samtaler kan styrke hjertepasienten

Åpne samtaler med fokus på muligheter fremfor begrensninger, styrker pasientens evne til å mestre sin egen sykdom.

Helsepersonell er opplært til og har tradisjon for å være sykdomsfokusert. Problemer og begrensninger vektlegges. Pasienters iboende ressurser og muligheter blir gjerne oversett, og derfor ikke utnyttet til å fremme helse. Til tross for bevissthet omkring ytre påvirkning, har moderne medisin en tendens til å vurdere sykdom som en prosess uavhengig av sosial sammenheng. Medisinsk forskning har hittil prioritert risikofokusering framfor studier om folks helseressurser (1-3). Helsepolitiske lover og handlingsplaner fremhever nå behovet for å fremme økt selvstendighet og mestring av egen sykdom (4). Dette vil trolig bringe nye tanker inn i fremtidens pasientomsorg. En pasientsentrert tilnærming kan bedre balansen mellom ressurser og risikofokusering i dagens helsepraksis (1,5). Sykepleiere har her en viktig rolle som pådrivere for å fremme helse (6).

Ressursfokus

Et akutt hjerteinfarkt er ikke bare en kroppslig hendelse. Alvorlig sykdom påvirker identitet og følelser, og griper dermed inn i den enkeltes eksistensielle livsoppfatning. Behandlingstid ved et hjerteinfarkt er i dag vanligvis tre til fem dager. Sykehusoppholdet har som hovedfokus å begrense skadeomfang. Tid til refleksjon og kartlegging av personlige og subjektive aspekter ved egen sykdom er begrenset (7,8). Vår erfaring er at pasientens opplevelse av å ha gjennomgått et hjerteinfarkt i liten grad vektlegges.

Ifølge pasientrettighetsloven (9) har sykepleiere en viktig funksjon i forhold til å informere og samtale med pasienten: «Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand» (§3-2). Nødvendig eller tilstrekkelig informasjon betyr tilpasning til den enkeltes forutsetninger. Vi opplever at nåværende pasientsamtaler handler om å redusere risikofaktorer og forebygge nye hjerteinfarkt (1). Det er imidlertid ikke gitt at informasjon i seg selv bidrar til bedret helse og sykdomsmestring. Endring av livsstil er svært komplekst, og helsepersonells kunnskapsformidling har gjerne begrenset effekt (5). Individuelle ressurser og subjektiv holdning til sykdom har betydning for hvordan man opplever egen helse. Mæland hevder i sin bok om hjerterehabilitering at pasientens opplevde sykdom er viktigere

for rehabiliteringsprosessen enn den medisinske objektive sykdommen (10).

Et ressursorientert samtaleprosjekt er under arbeid ved Hjer-teavdelingen, Haukeland universitetssjukehus (HUS). Vi ønsker å utvikle rammer for pasientsentrerte utskrivingsamtaler i forbindelse med gjennomgått hjerteinfarkt. Det er pasientens egne mål og ressurser, samt hindringer og muligheter til å nå disse, som har fokus. Samtalene blir utviklet ved hjelp av dybdeintervju med pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt. I denne artikkelen presenterer vi tenkingen bak prosjektet. Pasienthistorier og sitater fra de første utprøvende intervjuene brukes for å belyse og understøtte prosjektets intensjoner.

Salutogenese

Helse og sykdom vurderes ofte i forhold til normalitet, men helse kan også være subjektiv opplevelse av velvære (11) eller den enkeltes evne til å oppnå vitale mål (12). Dette er sentralt i vårt prosjekt.

Verdens Helseorganisasjon (WHO) har slått fast at: «Helse er ikke bare fravær av sykdom og svakhet, men en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære» (13). Formuleringen er kontroversiell fordi den kan virke uoppnåelig og fordi den vurderer helse som motstykke til sykdom (14). I forhold til veiledning av pasienter er WHO's revurdering i 1986 interessant. Her omtales helse som en ressurs til menneskets dagligliv og ikke som et mål i seg selv. Denne definisjonen representerer et nytt og holistisk menneskesyn som beveger seg bort fra sykdomsfokusering og mot ressursorientering og salutogenese (15).

Antonovsky lanserte begrepet salutogenese i 1979 (16). Salutogenese dreier seg om hva som bringer helse. Patogenese derimot handler om hva som gjør oss syke. Helsepersonell forholder seg i hovedsak til patogenese og er opptatt av patogene faktorer som for eksempel risikoprofil ved hjertesykdom. Antonovsky vurderte helse som et kontinuum mellom helse og uheld, og ikke som en todelte inndeling i frisk eller syk, som Antonovsky mente preger helsevesenets sykdomsfokuserende tenkemåte. På bakgrunn av sin forskning hevder Antonovsky at helse ikke er et spørsmål om hva mennesker utsettes for, men den enkeltes evne til å hånd-

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

Søkeord:

- ▶ Intensiv sykepleie
- ▶ Hjerteinfarkt
- ▶ Informasjon
- ▶ Livsstil
- ▶ Livskvalitet
- ▶ Ressurs



tere det som skjer i livet. Forståelse for egen situasjon beror på evne til vurdering, tilpasning og kapasitet til å ta i bruk ressurser. Antonovsky hevder at en viktig salutogen faktor er evnen til å oppleve verden som rimelig forutsigbar og sammenhengende. Salutogene samtaleteknikker har vært brukt med gode resultater i andre pasientgrupper (17, 18). Vi ser dette som en hensiktsmessig teoretisk tilnærming også i hjerteomsorgen.

Pasientsentrert praksis

Pasientsentrert praksis vil si at vi ikke bare ser pasienten som et naturvitenskapelig objekt og passiv mottaker av omsorg og behandling (14). Dette harmonerer med moderne lovgiving som vektlegger autonomi og medbestemmelse. Begrepet pasientsentrert tilnærming står i kontrast til sykdomssentrert hvor symptom, diagnose og medisinsk kunnskap er sentralt uten å klarlegge hva de medisinske fakta betyr for den enkeltes livssituasjon. Flere har vært opptatt av konsekvensene en slik tenkning får for kommunikasjonen mellom helsearbeider og pasient (19). Helsearbeideren er ofte den aktive part som stiller spørsmål, og dermed styrer samtalen. Pasientens subjektive opplevelse av sykdom og dens betydning for dagliglivets funksjon kommer gjerne ikke frem når helsearbeideren inntar en utspørrende rolle (14).

Pasientsentrert praksis har til hensikt å bistå pasienten i å bevisstgjøre og presentere egen opplevelse. Dette innebærer at pasientens forutsetninger, det vil si følelser, forventninger og forestillinger må kartlegges og tillegges betydning. Tiltak og mål fastsettes på bakgrunn av helsearbeiderens og pasientens felles vurdering, og dermed skapes en pasientmedvirket strategi (19). Dette er helt sentralt i utviklingen av utskrivningssamtalene.

Pasientmedvirkning og kontroll står sentralt i empowermenttenkningen. Empowerment kan vurderes som motstykket til tradisjonell sykdomsfokusert behandling, og innebærer en maktomfordeling. Empowerment, oversatt med styrking, dreier seg om å mobilisere og styrke pasientens egne krefter, samt å nøytralisere krefter som påvirker avmakt (20, 21).

Empowerment forutsetter at pasienten selv ønsker medbestemmelse. Tveiten (14) diskuterer begrensninger i empowermenttenkningen og påpeker at pasientens rett til medvirkning ikke fratar fagutøver ansvar. Sykepleiere har myndighet og makt i kraft av sin fagkunnskap. Maktomfordeling innebærer redusert paternalisme, men vanskelige problemstillinger må ikke overlates til pasienten eller pårørende alene (16). Bevissthet i forhold til maktbalanse er nødvendig i pasientstyrkende kommunikasjon og veiledning (4, 14).

Den styrkende samtalen

Veiledning handler om aktivt å lytte til pasienten og styrke hans eller hennes iboende ressurser. Det må være rom for improvisasjon og fleksibilitet. En pasientsentrert samtale må ha visse rammer, men samtidig være åpen (22). Åpne spørsmål av typen «Hvordan oppleves det å ha gjennomgått et hjerteinfarkt?» gir pasienten mulighet til å fortelle med egne ord hva som er viktig eller vanskelig. Ulempen med åpne spørsmål kan være at det er tidkrevende, og at man mister kontrollen over samtalen. For å unngå dette kan åpne spørsmål være tematisk lukket, for eksempel «Hvilke begrensninger kan hjertesykdommen gi deg i hverdagen?». Helsepersonell benytter gjerne kommunikasjon som kjennetegnes av lukket spørsmålsstilling, eksempelvis spørsmål som besvares med ja eller nei. Denne samtalemetoden kan også være tidkrevende og viktige poeng kan bli utelatt. Pasientsamtaler blir gjerne best, både diagnostisk og terapeutisk, om man velger åpne spørsmål i



starten av samtalen for siden å snevre inn og fylle ut med avgrensede spørsmål (22).

Pasientkommunikasjon er en prosess hvor helsearbeideren danner seg et meningsfylt bilde av pasients behov. God pasientkommunikasjon handler om bevisstgjøring og øvelse i ressursorientert tenkning. Etter hvert vil helsearbeidere utvikle dyktighet og trygghet til å improvisere (22). Prosjektet er utviklet på bakgrunn av et slikt syn på kommunikasjon og samtaleteknikk.

Positive konsekvenser?

Alvorlig sykdom innebærer endringer og fører ofte til tap av fysisk eller psykisk funksjon (8, 14). Samtidig får negative helsemessige konsekvenser mest oppmerksomhet både i forskning og i klinisk praksis (23). Men er det mulig å snakke om positive konsekvenser av alvorlig sykdom, uten å redusere alvoret i situasjonen? Og uten å undergrave respekten for pasienten?

En undersøkelse utført av Norekvål og medarbeidere (24) så på mulige positive sider av gjennomgått hjerteinfarkt. Hele 65

HJELP TIL SELVHJELP: Sykepleier kan hjelpe pasienten til å mestre livet etter et hjerteinfarkt på en positiv måte. Foto: Erik M. Sundt

I veiledning og pasientkommunikasjon må sykepleier tilstrebe likeverdig dialog.

prosent av kvinnene i studien opplevde positive konsekvenser. Mange påpekte at de satte mer pris på livet, mens andre fremhevet det å få omsorg og hjelp til livsstilsendring som positive følger av hjertesykdommen.

I et av intervjuene våre spurte sykepleieren om det å ha gjennomgått hjerteinfarkt kunne tenkes å få positive konsekvenser. En 73 år gammel kvinne med andregangsinfarkt uttrykket det på denne måten; «Jeg vil leve lenge for det er så mye godt i livet mitt. Jeg sier til mannen min at vi skal gjøre det vi har lyst til, for vi kan ikke vite hva som skjer i fremtiden. Jeg vil bli flinkere til å leve i nuet». Gjennom å fokusere på og presentere muligheter kan vi som sykepleiere aktivt etterspørre og hjelpe pasientene til å se egne ressurser. Det muliges kunst må vektlegges istedenfor å fremheve

begrensninger. Mulighetene peker alltid fremover og gir håp. En slik fremtidsorientert optimisme kan dermed bli en motiverende styrke som gjøre det lettere å mestre tap og sykdom (17, 24). En 54 år gammel kvinne med førstegangsinfarkt sier: «Selv om jeg er litt for stor i kroppen nå, så skal jeg prøve å komme meg mer ut. Jeg trenger å øke pulsen mer enn tidligere. Jeg og naboen, vi skravler vel mer enn vi trimmer, men hun vil støtte meg nå, dra meg ut og opp i fjellene».

Spørsmål knyttet til eventuelle positive konsekvenser kan inngå som en del av en pasientsentrert samtale. Denne type refleksjoner kan føre til at man ser livet i et annet perspektiv. Den nye situasjonen kan avdekke nye muligheter og andre sider hos den enkelte. En 68 år gammel mann med andregangsinfarkt uttrykte det slik: «Det blir en ny virkelighet for meg, jeg kan ikke gjøre det samme som før, men jeg ønsker og håper jeg skal få en fremtid med barnebarna mine. Jeg vil så gjerne følge deres liv en stund til». Gjennom å oppdage muligheter, gjøre valg og handle deretter, omdefinieres livet og nye roller skapes (5).

Sykepleieren må imidlertid aldri forlange eller forvente at pasienten skal oppleve positive konsekvenser av gjennomgått sykdom. Alvoret i situasjonen og de begrensninger sykdommen skaper må ikke underkjennes, selv om den enkeltes muligheter og ressurser fremheves.

Ressursorientering

Pasienter reagerer ulikt på informasjon om egen hjertesykdom. Hvordan den enkelte forholder seg til dette vil variere fra pasient til pasient i forhold til erfaring og grunnholdning. Gode levevaner og livsstilsendring står sentralt i veiledningen av denne pasientgruppen. Helsemyndighetenes råd, som i hovedsak rettes mot et sunt levestett, kan for mange oppleves moraliserende. Akseptable risikonivåer revideres jevnlig, men felles gruppeindiserte mål bestemt av helseeksperter kan skape skyldfølelse (3). Forskning viser også at egenvurdert helse er en viktig faktor i forhold til død og sykkelighet (25). Som sykepleiere kan vi hjelpe pasienten med å prioritere mål ut fra egne forutsetninger og eventuelle begrensninger. Røykestopp og samtidig vektreduksjon kan være eksempel på mål som er vanskelig å forene. Ut fra en salutogen tankegang kan endring bare skje på selvstendig grunnlag. Ønske om endring må oppleves meningsfullt og stå i forhold til tilgjengelige ressurser (16).

Med dette som bakgrunn kan sykepleieren gjøre samtalen mer ressursorientert gjennom vektlegging av subjektiv opplevelse og

hva som gir mening for den enkelte. En måte kan være å si: «Vi skal ikke bare snakke om problemer. Jeg vil også gjerne høre om dine sterke sider, og hva som er viktig for deg i hverdagen». Eller: «Hva kan du gjøre for å endre ditt levestett og dermed redusere dine risikofaktorer for hjertesykdom?». En slik tilnærming virker pasientstyrkende og bidrar til at pasientens ressurser ikke overses (1).

Kan pasientsentrerte samtaler bli en integrert del av klinisk praksis? Har sykepleiere mulighet til å gjennomføre disse samtalene innenfor dagens rammer? Connolly og medarbeidere har i fokusgruppeintervju med helsearbeidere diskutert omstendigheter ved pasientutskrivning. De påpeker at pasientens emosjonelle tilstand og helsearbeideres tidspres kan føre til mindre medbestemmelse og undertrykking av potensielle ressurser (26). Begrenset tid er et gjennomgående tema i all pasientomsorg, også i forbindelse med utreiser. Utskrivingsrutiner i forbindelse med gjennomgått hjerteinfarkt er vanligvis konsentrert om objektive data knyttet til sykdomshendelsen. Pasienten kan være lite mottakelig for informativ veiledning og bare se fram til å komme hjem. I lys av dette mener vi at en pasientsentrert tilnærming bør inkluderes i sykepleiers tenkemåte og bli en del av daglig pasientomsorg. Gjennom en ressursorientert holdning kan sykepleier fremme helse relatert atferd uten at det går på bekostning av tid. Etablert tradisjon for sykdomsfokusering gjør imidlertid at de fleste sykepleiere har liten øvelse og erfaring i bevisst pasientsentrering.

Pasientutspill og reaksjoner kan oppleves utfordrende, og påvirke sykepleiers følelser. Fortvilelse og sårbarhet er ikke bare forbeholdt pasientene (5). I veiledning og pasientkommunikasjon må sykepleier tilstrebe likeverdig dialog. Likeverdighet betyr ikke at fagkompetansen legges bort, men at vi våger å bruke oss selv. Ensidig sykdomsfokusering på bekostning av å se muligheter, kan skape følelse av utilstrekkelighet hos sykepleier (2).

Avslutning

Polarisering mellom pasientsentrert og sykdomssentrert praksis er uhensiktsmessig (27). Metodene utfyller hverandre, og kan anvendes i ulike situasjoner. Ved å vektlegge pasientens egne ressurser og mål retter sykepleier oppmerksomheten mot faktorer som kan bidra til å opprettholde god helse selv om en utsettes for sykdom. Pasientsentrerte samtaler med fokus på muligheter kan være et helsefremmende tiltak i all omsorg. Ressursorientering kan dermed bidra til ny innsikt og gi et utvidet faglig fundament for sykepleiere. ■■■

LITTERATUR

- Hollnagel H, Malterud K. From risk factors to health resources in medical practice. *Medicine Health Care and Philosophy* 2000; 3: 257-264.
- Aambø A. Løsningsorienterte samtaler. 1. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS, 2004.
- Kirkengen AL, Getz L, Hetlevik I. En annen kardiologisk epidemiologi. *Tidsskrift for den norske lægeforening* 2008; 19: 2181-2184.
- Sigstad Høybråten HM. Brukermedvirkning – alibi eller realitet? *Tidsskrift for den norske lægeforening*, 2004; 1: 63-4.
- Vifladdt E, Hopen L. Helsepedagogikk. Samhandling om læring og mestring. Oslo: NKLMS, 2004.
- Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (NSF) 2001. Nedlastet 12.04.10 fra: <http://stud.hsh.no>
- Meland E, Meland JG, Lærum E. The importance of self-efficacy in cardiovascular risk factor change. *Scandinavian Journal of Public Health* 1999; 1: 11-17.
- Gjengedal E, Rokne BR. Å leve med kronisk sykdom. En varig kursendring. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag, 2001.
- Lovdata. Lov om pasientrettigheter (Pasient rettighetsloven) LOV-1999-07-02-63. Nedlastet 12.04.10 fra: <http://lovdata.no>
- Meland JG. Helhetlig hjerterehabilitering. 2. utgave. Kristiansand: Høyskoleforlaget, 2006.
- Eriksson K. Helsans ide. Stockholm: Almqvist & Wisell, 1984.
- Nordenfelt L. On the nature of health. Dordrecht: Kluwer, 1995.
- World Health Organization. The Ottawa charter for health promotion. Genova, 1986.
- Tveiten S. Den vet best hvor skoen trykker... Om veiledning i empowermentprosessen. 2. opplag. Bergen: Fagbokforlaget, 2007.
- Meland JG. Forebyggende helsearbeid – I teori og praksis. Oslo: Universitetsforlaget, 2005.
- Antonovsky A. Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well. San-Francisco. Jossey-Bass, 1987.
- Moons P, Norekvål TM. Is sense of coherence a pathway for improving the quality of life of patients who grow up with chronic disease? A hypothesis. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2006; 5: 16-20.
- Langeland E. Betydningen av en salutogen tilnærming for å fremme psykisk helse. *Sykepleien Forskning* 2009; 4: 288-296.
- Meland E, Schei E, Bærheim A. Pasientsentrert medisin - en oversikt med vekt på bakgrunn og dokumentasjon. *Tidsskrift for den norske lægeforening* 2000; 120: 2253-2256.
- Gulbrandsen P. Styrking – det rette norske begrep for empowerment? *Tidsskrift for den norske lægeforening* 2000; 120: 2330.
- Thesen J, Malterud K. Empowerment og pasientstyrking – et undervisningsopplegg. *Tidsskrift for den norske lægeforening* 2001; 28: 1624-1628.
- Schei E, Steinholdt IM. Den kliniske samtalen. I: Hunskaar S. Allmennmedisin. Oslo, Gyldendal Akademisk 2003.
- Lindley PA, Joseph S. Positive change following trauma and adversity: a review. *Journal of Trauma Stress* 2004; 17: 11-21.
- Norekvål TM, Moons P, Hanestad BR, Nordrehaug JE, Wentzet-Larsen T, Fridlund B. The other side of the coin: Perceived positive effects of illness in women following acute myocardial infarction. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2008; 7: 80-87.
- Norekvål TM, Fridlund B, Rokne B, Segadal L, Wentzet-Larsen T, Nordrehaug JE. Patient-reported outcomes as predictors of 10-year survival in women after myocardial infarction. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2010 Nov 25;8(1):140.
- Connolly M, Grimshaw J, Dodd M, Cawthorne J, Hulme T, Everitt S, Tierney S, Deaton C. Systems and people under pressure: the discharge process in an acute hospital. *Journal of Clinical Nursing* 2008; 18: 549-558.
- Hem E. Pasientsentrert eller sykdomssentrert – ja takk, begge deler. *Tidsskrift for den norske lægeforening* 2001; 121:1133.

Fire «nye» fagblader

Helsesøstre, jordmødre, kreftsykepleiere og psykiatriske sykepleiere vil i år motta flunkende nye medlemsblad.

Det er et resultat av et nytt samarbeid mellom tidsskriftet Sykepleien og faggruppene.

Tekst **Barth Tholens**

Det er faggruppen for psykiatriske sykepleiere som er først ute med å få fornyet sitt medlemsblad. Medlemmer i denne faggruppen mottar denne måneden ikke bare Sykepleien og Sykepleien Forskning, men også sitt eget blad Psykisk helse og rus, i én pakke. Det nye fagbladet er ikke til å kjenne igjen fra tidligere, da det gikk under navnet Bivrost.

Nye spalter

Psykisk Helse og Rus har fått både ny layout og nytt format. Samarbeidet med tidsskriftet Sykepleien gjør at fagbladet nå framstår som mer variert. Nytt er blant annet en egen portrettartikkel, nyhetsnotiser og bokomtaler, mens leserne fortsatt vil få fagartikler fra feltet.

Etter at Forbundsstyret i Norsk Sykepleierforbund vedtok å gå inn for prosjektet, står Sykepleien både for deskarbeid og språklig bearbeiding, bilder, layout, trykk og distribusjon av bladene. Faggruppene er selv ansvarlige for det faglige innhold i sine fagblader. De har egne fagredaktører som samarbeider med Johan Alvik, deskjournalist i Sykepleien. Han koordinerer prosjektet.

– Dette ser helt fantastisk ut! Tidsskriftet er blitt et fantastisk løft for hele faggruppen. Dette er noe vi virkelig kan være stolte av! mener redaktør Morten Leivseth i Psykisk helse og rus.

Kvalitetsløft

Neste faggruppe ute med nytt tidsskrift er Jordmorforbundet. Medlemmer av denne faggruppen vil få dette i posten sammen med Sykepleien nr. 5/2011 i midten av april. Deretter følger helsesøstrene og kreftsykepleierne. Før sommeren rekker også Psykisk

helse og rus å bli utgitt en gang til, sammen med Sykepleien nr 6/2011.

Tanken bak prosjektet er at et samarbeid mellom faggruppene og tidsskriftet Sykepleien kan gi bladene et kvalitetsløft. Det redaksjonelle miljøet i Sykepleien bidrar med sin erfaring på bladproduksjon, mens faggruppene i større grad kan konsentrere seg om det faglige. Bladene vil bli produsert etter en standard. Men hvert blad vil få sin unike identitet gjennom fargebruk og valg av faste spalter. Bladene vil også variere i omfang.

London calling

Ideen om å utvikle et samarbeid mellom faggruppene og det profesjonelle redaksjonsmiljøet, ble hentet fra London og England. Britiske Nursing Standard utgir i dag hele åtte nisjeblader, rettet mot sykepleiere som arbeider i forskjellige deler av britisk helsetjeneste. Også disse nisjebladene blir laget etter en felles mal og ressursene fra faggruppene sikrer et høyt faglig nivå. Opplaget for de engelske nisjebladene varierer fra 2000 til 15 000 eksemplarer.

Til forskjell fra England behøver ikke medlemmene i de norske faggruppene å betale ekstra for sitt medlemsblad. Medlemskap i faggruppen er nok for å kunne motta det nye fagbladet. Ikke-medlemmer kan også motta tidsskriftet, men da må de abonnere.

Foreløpig skal prosjektet gå over ett år, for å innhente erfaringer. Hvis evalueringen viser at man har nådd sine mål kan det imidlertid bli aktuelt at flere faggrupper blir med fra og med 2012. ■■■

NYTT TIDSSKRIFT: Psykisk helse og rus er først ute med å komme ut i helt ny drakt. Medlemmene i faggruppen får bladet automatisk i postkassen, sammen med Sykepleien. Andre kan kontakte redaktør Morten Leivseth på mleivs@online.no eller ringe 95 81 58 80 for å tegne abonnement.



■ **Psykisk helse og rus**

■ **Helsesøstre**

■ **Jordmødre**

■ **Kreftsykepleie**



Harald Skogmo, sykepleier,
Regionalt Kompetansesenter
for spiseforstyrrelser (RKSF)
i Levanger.



Sigurd Bratland, sykepleier,
Regionalt Kompetansesenter
for spiseforstyrrelser (RKSF)
i Levanger.

Trener seg friskere

For mennesker med spiseforstyrrelse er det viktig at fysisk aktivitet handler om bevegelsesglede og ikke om forbrenning.

Fysisk aktivitet har mange positive effekter både på fysisk og psykisk helse. Dette er godt dokumentert gjennom erfaring og forskning (1). Problemet er at for mange pasienter med spiseforstyrrelser blir aktiviteten en del av sykdommen. Flere av pasientene har et tvangsmessig forhold til trening. Det vil si at de for eksempel må trene etter et fast program hver dag og minst like mye som dagen før. Videre skal trening gjøre vondt, ellers har de ikke trent godt nok, og de trener ofte alene. For mange fører det å sitte eller ligge til dårlig samvittighet og de føler seg late. Å finne balanse mellom ernæring, hvile og fysisk aktivitet er grunnleggende faktorer ved en god helse. (1)

Bruk av fysisk aktivitet i behandling av spiseforstyrrelser er omdiskutert. Noen mener at fysisk aktivitet og trening er en del av sykdommen, og derfor ikke bør inngå i behandlingen. Vi ønsker at våre erfaringer og holdninger, ved Regionalt Kompetansesenter for spiseforstyrrelser (RKSF) i Levanger, skal bidra i denne debatten. I denne artikkelen vil vi beskrive de erfaringene vi har gjort oss siden seksjonen åpnet i januar 2003.

Tre faser

De fleste av våre pasienter er kvinner mellom 17–25 år. Vi har åtte senger, og stort sett fullt belegg. Liggetiden er vanligvis fra tre til seks måneder. Behandlingsopplegget er inndelt i tre faser. I fase en tar personalet over mye av ansvaret for pasienten. I denne fasen er det primære å hvile, samt etablere en god struktur i forhold til mat, drikke, søvn og døgnrytme. Fysisk aktivitet begrenses kraftig i starten. Aktiviteten økes gradvis, samtidig som pasientene får mer ansvar.

I fase to stiller vi blant annet krav om BMI 17, ingen trening i det skjulte, bedret konsentrasjonsevne, og at de klarer å ta mer ansvar i forhold til egen behandling. I tillegg fokuserer vi mer på fysisk aktivitet.

Fase tre omfatter de siste seks ukene før utskrivning. I denne fasen forberedes pasienten på utskrivning. Det legges blant annet planer i forhold til bolig, skole, arbeidsplass og videre oppfølging. Når det gjelder fysisk aktivitet og hvile, planlegger vi hvordan pasientene skal bruke det de har lært under innleggelsen, når de kommer hjem. Man kan for eksempel etablere kontakt i et idrettslag eller en klubb på hjemstedet, eller engasjere venner eller familie til å gjøre aktiviteter sammen med pasienten.

Hvile

Vi arbeider mye med hvile i enheten, fordi dette er svært vanskelig for denne pasientgruppen. Vi ønsker å formidle at hvile er like viktig for en sunn kropp som mat og aktivitet, og at dette bør være i balanse (2). Eksempler på feiltolkninger knyttet til hvile kan være at man tror at forbrenningen stopper opp, eller at man forbinder det med å være lat og unyttig. Aktivitet holder vanskelige

tanker og følelser på avstand, og hvile kan oppleves ubehagelig og skummelt. Man føler at man mister kontroll når man gir etter for kroppens behov. Pasientene trenger derfor hjelp både til å se behovet for hvile og til å klare å hvile.

Det kan være svært forskjellige ting som hjelper pasienter til å finne ro og hvile. Sykepleier, fysioterapeut og pasient samarbeider om å finne hvilke hvilesituasjoner eller metoder som fungerer best for den enkelte. Vi prøver ut forskjellige avspenningsøvelser. Noen har nytte av «Kuledyne», ei tung dyne som gir sansestimulering som kan redusere uro. Andre har effekt av en «knotteball» som rulles på kroppen og stimulerer huden. Begge deler fungerer som massasje uten å implisere direkte kroppskontakt. Musikk, lydbok eller høytlesning kan også være gode hjelpemidler, samt gode hvilestillinger. På bakgrunn av evalueringer fra pasienter og egne erfaringer, har vi kommet fram til at det som fungerer best er at alle pasientene hviler i fellesskap, og til faste tider. Når hver enkelt får ansvar for å hvile på sitt eget rom, har dette vist seg vanskelig for mange. Noen har brukt tiden til gymnastiske øvelser. Noen rydder eller finner andre ting å sysselsette seg med. Andre igjen prøver å ligge i senga, men er for urolige, anspente, og kanskje engstelige til at de klarer å hvile.

Styrketrening

Vi har en time gym og en time styrketrening i uka for pasienter i fase to og tre. Dette organiseres av en fast gruppe blant miljøpersonalet. Innholdet varierer, men vår erfaring er at struktur er viktig også her. Øktene har en markert begynnelse og slutt, og inneholder oppvarming, en eller flere hovedaktiviteter og uttøying. Vi har valgt å legge inn samtale i gruppe både før og etter aktiviteten for å skape bevissthet hos den enkelte om hva som er viktig i forbindelse med slike aktiviteter. Lek, entusiasme og glede er hovedpoenget med disse timene. Dette forutsetter et engasjert personale. Det er viktig med nedtoning av konkurranse og prestasjon. Mange har dårlige erfaringer fra skolens gymnastikktimer, og generelt et dårlig forhold til egen kropp, så det er viktig med positive erfaringer fra aktivitet.

Mange av pasientene våre rapporterer at de stort sett har trent alene, og dermed har liten erfaring med gruppeaktiviteter. Deres opplevelse av hvor mye og hvor hardt man bør trene, overskrider mange ganger all sunn fornuft. Gruppeaktiviteter gir en sosial gevinst og mindre treningstvang (3).

Vi har laget en manual som beskriver holdninger til disse aktivitetene, og teoretisk referanseramme. Manualen inneholder også en liste med forslag til oppvarming, aktiviteter og uttøyningsøvelser. Styrketrening er viktig for å gjenoppbygge muskulatur og styrke sener og skjelett. (5)

Friluftsturer

En fast dag i uka er satt av til tur. Disse turene har gradvis

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

Søkeord:

- Fysisk aktivitet
- Fysioterapi
- Vekt
- Slanking



endret karakter på bakgrunn av erfaringer og tilbakemeldinger fra pasienter. Både personalet og tidligere pasienter har gitt nokså entydig uttrykk for at friluftsturer oppleves som svært positivt. I dag har vi fellestur for alle pasientene annenhver uke. De øvrige ukene differensierer vi tilbudet, med en tur for pasientene i fase en, og en annen tur for de i fase to og tre. Dette gir de pasientene som har kommet lenger i tilfriskningsprosessen mulighet for mer fysisk krevende turer. Differensiering av tilbudet motiverer pasientene til å strekke seg mot nye mål.

Turene varierer fra typiske friluftsturer med bål og kaffe, til grotteturer, klatring, slalåm, ridning, kajakk med mer. Det er flere formål med turer som ledd i behandlingen. Nye erfaringer, sanseinntrykk og opplevelser kan gi grobunn for et rikere liv. Vi tror dette kan stimulere til å bryte med et liv i isolasjon, skape nysgjerrighet for et liv uten spiseforstyrrelser og åpne for nye muligheter.

Gruppeopplevelsen er også viktig. Turene gir ofte fellesskapsfølelse, engasjement og øker samarbeidsevnen. Aktivitet i fellesskap med andre gir mestringsfølelse. Eksempler kan være å få fyr på et bål eller å bestige en fjellvegg (4,6). Turene gir også god trening i å spise mat under varierende omgivelser.

Mennesker med spiseforstyrrelser beskriver at tankene nesten uavbrutt handler om mat, kropp og kalorier. Aktiviteter kan virke distraherende, slik at tankene kan dreie over på noe annet (3). Slik erfarer de at tur og aktivitet kan være mye mer enn å forbrenne kalorier.

Kroppserfaring

Kroppserfaringsgrupper har ikke fokus på trim, treningsaktiviteter eller prestasjon. Hensikten er å gi pasientene en ny og annerledes kroppserfaring. Det jobbes med bevisstgjøring av egen kropp, bevegelser, spenningsnivå, sammenhenger mellom pust og bevegelser, kroppens stabilitet, balanse og så videre. Vi ønsker å formidle bevegelsesglede, fremme spontanitet, trygghet, omsorg, og gi gode opplevelser. Hvile og ro er også viktige faktorer for å bli bedre kjent med det å være en kropp, ikke bare ha en kropp.

I gruppene vil det være rom for ikke å være med på alt, men man må prøve så godt man kan. Målet er å skape en atmosfære av trygghet, slik at gruppene kan være et sted man øver seg og flytter egne grenser. Det handler ikke om riktig eller galt, men om å fokusere på selve opplevelsen.

I fase en jobber vi med bevisstgjøring, og med å bli kjent med egen kropp gjennom bevegelse. Hvile, nærhet og omsorg er viktig. Øvelsene er rolige, med vekt på nærvær, konsentrasjon og sanseinntrykk. I fase to er det mulig å utfordre pasientene mer på forskjellige tema i samspill med hverandre. Det er også viktig å stimulere til å sette ord på og uttrykke det man opplever.

Konklusjon

I en fire tusen gammel kinesisk lærebok om medisin kan vi lese at resepten for et godt liv var: Riktig ernæring, psykisk balanse, hvile og fysisk aktivitet (1). Dette er altså gammel kunnskap og svært viktig for mennesker med spiseforstyrrelse som sliter med denne balansen.

Som beskrevet ovenfor, arbeider vi med disse temaene på forskjellige måter. Et av de viktigste prinsippene i dette arbeidet er etter vår erfaring tverrfaglighet. Det er svært sentralt at alle som arbeider rundt pasienten har en felles faglig forståelse, og formidler samme budskap til pasienten. Dette må inkludere både miljøpersonale, psykolog, lege, fysioterapeut og ledelse. Det sikrer at det blir en sammenheng mellom de forskjellige



delar av behandlingsopplegget, og skaper troverdighet og trygghet hos pasientene. Utarbeidelse av manualer som er konkrete og lett tilgjengelig har forbedret kvaliteten på det tverrfaglige arbeidet.

Vi arbeider med at pasientene skal bli bevisst kroppen sin og kroppens signaler, og lære seg å lytte til og ta hensyn til disse. Et annet mål er at de klarer å åpne sansene mot verden omkring seg. Bevegelsesglede er et viktig prinsipp. Det gir større sjanse for gode opplevelser enn om man trener for å være sunn, bli slank, på grunn av tvang eller lignende. Vi legger stor vekt på å formidle at hvile er viktig og nødvendig for at kroppen og hodet skal ha det bra. Vi forsøker å gi dem erfaringer av at hvile er godt, og hjelpe dem så de klarer å hvile.

Vi ser det som særlig viktig å gi våre pasienter erfaringer og opplevelser de kan ta med seg og dra nytte av etter utskrivelsen. Å fortelle venner og familie om klatring, kajakkpadling, grottevandring og ridning, er noe helt annet enn å fortelle at man har vært på sykehus i mange måneder og lært seg å spise. I tillegg til følelsen av å mestre, kan dette inspirere til aktiviteter de kan fortsette med etter utskrivelsen og oppmuntre dem til å prøve seg på noe nytt. Vi har sett flere eksempler på at det å få etablert et forhold til en klubb eller forening med en eller flere aktiviteter har hatt stor betydning for etablering av nytt nettverk. ■■■

UT PÅ TUR: Å gå på tur i grupper bidrar til fellesskapsfølelse, sosial mestring og naturopplevelser. Foto: Scanpix

LITTERATUR

1. Martinsen EW. Kropp og sinn, fysisk aktivitet og psykisk helse. BergeFag-bokforlaget, 2005.
2. Moberg KU. Afspænding ro og berøring: Om oxytocins helbredende virkning på kroppen. København: Akademisk forlag, 2006.
3. Duesund L, Skårderud F. Use the body and forget the body. Treating anorexia nervosa with adapted physical activity. Clinical Child Psychology and Psychiatry 2003; 8: 53–72.
4. Viflat EH, Hopen L. Helsepedagogikk – samhandling om læring og mestring. Levanger: Nasjonalt kompetansesenter, 2004.
5. Gjerset A. Idrettens treningslære. Oslo: Universitetsforlaget, 1992.
6. Bøe DT, Thomasen A. Mot en mer menneskelig psykiatri. Oslo: Universitetsforlaget, 2000.
7. Duesund L. Kropp, kunnskap og selvpoppfatning. Oslo: Gyldendal 2001. Stortingsmelding nr. 16. 2002–2003. ICD 10

**Haakon Aars**

Aktuell med: Menns seksualitet
Yrke: Spesialist i psykiatri, spesialist
i klinisk sexologi og master
i samfunnsmedisin
Bosted: Oslo



– Snakk om sex

Ereksjon, lyst eller utløsning.
Alt blir bedre hvis man snakker om det.

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

Haakon Aars har gjort det i over 30 år. Nå formidler han sin kunnskap om menns seksualitet på 300 sider.

– Er dette en «alt om»-bok?

– Jeg tror nesten det meste er med. Bortsett fra en del urologiske problemstillinger. Men jeg er jo ikke kirurg.

Interessen for sex begynte da han traff den kjente sexologen Berthold Grünfeldt.

– Han ble min mentor. Han anbefalte å forske om multipel sklerose og seksualitet. Lederen i MS-forbundet sa: «Fint, her blir folk skilt i hytt og vær fordi ingen tar opp seksualitet».

Så han forsket. Etter det ble han bedt om å holde foredrag. Siden fortsatte det med sexologi, terapi og samlivsspalter. Aars kaller verket en fagbok, myntet både på fagfolk og folk flest, og perfekt som pensum i sykepleierutdanningen.

– Jeg har holdt mange foredrag for sykepleiere. Alle sier de har hatt pinlig lite om seksualitet i utdanningen.

Samtidig sier pasientene til ham at det er sykepleierne det er lettest å snakke med. Særlig de kvinnelige.

– Terskelen overfor legene er høyere. De har ofte dårlig tid, mange er menn, og de kan være autoritære.

Aars ser mer og mer at menn mangler seksuell lyst.

– De presenterer det gjerne som et ereksjonsproblem. Lystproblem er mest forbundet med kvinner. Har de for mye lyst, blir de ofte stemplet som nymfomane, mens sexlystne menn

kalles kåte. Når hørte man om en nymfoman mann?

Han mener lystproblem henger sammen med livet vi lever og manglende overskudd.

– Man skal være best på alle felt; i karrieren, i vennskap, som foreldre. Om kvelden er man dødssliten og vil heller sove enn å ha sex. Mange legekolleger går i fellen, spør ikke om årsaker og gir dem Viagra. Men pillen virker ikke når mannen ikke har lyst.

Veldig mange sliter med tidlig sædavgang.

– Det skjer ofte med unge menn. Kanskje debutterer de på et nachspiel med mye alkohol i et mørkt rom. «Nå skal det endelig skje!» Det blir høy energi i hjernen. Utløsningen kommer før de har kommet til. Dette setter seg på harddisken. Minnene overstyrer. Så skjer det på nytt og på nytt. Det handler mye om prestasjonsangst.

En løsning kan være å trene på en start-stopp-teknikk.

– Den krever at man er i et varig, trygt parforhold, ellers er den vanskelig å gjennomføre i praksis.

Derfor kan medikamenter som har forsinket sædavgang som bivirkning være nyttig.

At middelaldrende menn kan komme i en overgangsalder, er lite kjent.

– Den har gjerne sammenheng med økt bukfedme, diabetes, hjertekarproblemer og depresjon. Disse mennene har ofte lite testosteron, som minsker lyst. Men dette kan avhjelpes.

med pasienten

– Er det noe menn ikke sliter med seksuelt?

– Hm. Du kan si at likheten mellom kvinner og menn er større enn ulikhetene. Menn sliter like mye psykisk som kvinner, men de snakker lite om det.

Menn når ofte heller ikke fram i helseapparatet.

– Kvinner er mer åpne og snakker med venninner om tørr skjede og orgasmeproblemer. Menn snakker ikke om ereksjonssvikt.

Sadomasochisme og fetisjisme er blant temaene i boken.

– Det er ikke bare bare for en sykepleier å snakke om seksualitet?

– De som synes det er vanskelig

er gode nok som elsker: «Man kan sjelden si for ofte at noe er godt.»

– Er boken mest for menn?

– Kvinner har også mye å lære. En jeg traff skulle gi den i presang til sin mann, men endte med å lese den selv. En annen ville gi den til sin sønn, men fant ut det var bedre å gi den til svigerdatteren.

– Noe som har gledet deg som sexologisk terapeut?

– Å kunne hjelpe. Mange sliter i parrelasjonen. De sier det er få steder de kan være så åpne som i terapien. Få helsearbeidere tar initiativ til slike samtaler. Denne tilliten gir meg stor glede.

Et par hadde mye, god sex. De giftet

Når hørte man om en nymfoman mann?

selv, må videreformidle behovet til noen som kan for å sikre at pasienten får snakket med noen. Men ofte er det ikke noe hokus-pokus å åpne opp for en samtale. De kan jo spørre: «Hvordan går det med samlivet?»

– Er norske menn gode elskere?

– At middelhavsmannen er en ildfull elsker, er en myte. Etter at Viagra ble introdusert, er det blitt lettere for menn å ta opp seksuelle problemer og snakke med sin partner om det. Mer åpenhet gir bedre intimitet og nærhet. Da blir de også bedre elskere.

– Leser de boken, blir de enda bedre?

– Gode sjanser for det. Det handler om større forståelse for hvordan tilfredsstille sin partner, og gi seg tid uten å rushe på.

Menn bør være mer oppfinnsomme i sin seksualitet, skriver Aars: «Forutsigbarhet og kjedsomhet blir lett en dødsdom over ethvert parforhold.» Dessuten trenger menn å høre at de

seg. Plutselig hadde ikke mannen lyst. De kom til Aars, som spurte om det var tatt blodprøver av mannen. Det viste seg at han hadde høye verdier av prolaktin, som nedsetter lysten. Han fikk behandling. Etter et par måneder var hun blitt gravid.

– De fikk en sønn og ga ham navnet Haakon, smiler Haakon Aars.

– Hva har overrasket deg?

– Jeg er alltid like overrasket over hvor vanskelig menn synes det er å snakke om dette.

– Forskjell på hetero- og homofile menn?

– Homofile er flinkere til å snakke om følelser. Men kanskje ikke til å snakke om mer tekniske problemer.

Siste kapittel handler om menn som selger sex til menn:

– Et tabubelagt område som ofte dreier seg om unge, gjerne koblet til rus. I likhet med overgrep er dette et vanskelig tema. ■■■



Bokens univers

UNIVERS ER ET HYPPIG BRUKT ORD i forbindelse med lesing og bøker. Vi snakker om bokens univers, leserens univers og forfatterens univers. Dette indikerer at lesning kan sammenlignes med en reise og ikke bare til et annet land, men i et helt annet univers.

Hvor spennende er det ikke å åpne en bok av en helt ukjent forfatter? Siden glir opp og summen av bokstaver danner setninger som gir innblikk i en helt ny og herlig, uoppdaget verden.

Men det er ikke alltid boken gir mersmak. Bokas univers kan være bra nok, men man blir likevel ikke nødvendigvis fristet til å utforske mer av denne forfatterens univers.

Og av og til skjer dette vidunderlige. De fleste forfattere leser jeg bare en bok av. Eller kanskje to? Men noen ganger, og det er det jeg alltid håper på når jeg åpner en ny bok av en forfatter jeg aldri har lest før, blir jeg besatt. Jeg skjønner det lenge før jeg er halvveis, at jeg må lese alt denne forfatteren har skrevet. Hvert ord. Jeg vil reise gjennom hele forfatteruniverset, oppsøke hver krinkel og krok av det. Jeg får rett og slett ikke nok, og jeg oppdager stadig nye hemmeligheter og steder på min reise i dette universet.

I fjor var jeg på reise i Haruki Murakamis univers. Nå er jeg på full fart inn i universet til Thomas Espedal.

Til alle dere som ennå ikke har oppdaget et av eller begge disse forfatteruniversene vil jeg ganske enkelt si; god reise!



Jussara Dietrichson



Å UTDANNE SYKEPLEIERE

Behov for radikale endringer
Av Patricia Benner, Molly Sutphen,
Victoria Leonard og Lisa Day
260 sider
Akribe, 2010
ISBN 978-82-79-50146-6
Anmelder: Mona Wiger, høyskolelektor

Gode tips fra USA

Boken om å utdanne sykepleiere på amerikansk gir innspill til ettertanke.

ANMELDELSE: Flere har ventet på denne boken, som tar opp viktige utfordringer innen sykepleierutdanningen i USA.

Vil den ha relevans for den pågående diskusjonen om fremtidens sykepleierutdanning i Norge? Svaret er absolutt ja på enkelte områder, men ikke på alle.

Det kommer klart fram at det er ulike utfordringer i sykepleierutdanningen i USA og Norge. Et sentralt punkt i boken er kravet om bachelorgrad, noe Norge har hatt i flere år. Det ser også ut som om rekruttering av lærere er vanskeligere i USA enn her.

På den annen side er det flere gjennkjennelige utfordringer som tas opp. For eksempel er det en utfordring å sikre et tilstrekkelig nivå i naturvitenskapelige fag. Dette diskuteres også i Norge. Her er kapitlet om relevansvurdering nyttig. Diane Pestolesi, sykepleiepraktiker og – lærer, viser gjennom eksempler hvordan man som lærer

opptatt av dialog og refleksjon. Ved å utvikle studentenes kliniske fantasi, mener Day de i større grad vil oppdage endringer i pasientenes tilstand. Gjennom intervjuene med studenter får leseren også et innblikk i hvordan de opplever undervisningsformene, og nyttiggjør seg denne kunnskapen i klinisk praksis.

Opplevelsen av manglende sammenhengen mellom teori og praksis er en tilbakevendende utfordring. Er det samsvar mellom skolen og klinikk? Her kan det stilles spørsmål om skolens teoriundervisning henger etter den kliniske virkelighet. I boken er det noen gode eksempler på lærere som også arbeider i klinikken, og har de gode eksemplene i undervisningen. Også i Norge diskuteres det kombinerte stillinger.

Boken trekker fram ulike undervisningsmetoder for å utvikle sykepleierstudentenes kompetanse til å reflektere, kombinere og se nytten av fagkunnskap og anvende den i ulike pasientsituasjoner. Boken gir også gode ideer til faglige veiledningsgrupper og refleksjon og fagutvikling. Sett i lys av det pågående arbeidet med kvalifikasjonsrammeverket, kommer dette som et nyttig innspill. Metodene er like anvendbare for undervisningspersonell i skolen som i klinisk undervisning.

Boken setter også fokus på den viktige oppgaven det er å sosialisere studentene inn i sykepleierollen – hvordan bli sykepleier. Dannelse er sentralt i denne prosessen, hvilket vi kjenner igjen fra egen utdanningsdebatt, hvor dannelse, skikkethet og

egnethet er sentrale områder.

Sykepleieren som aktiv samfunnsaktør og ansvarlig fagperson tas opp, og det er viktig. Kompetanse til å begrunne og argumentere for standpunkt og faglige vurderinger, om det er innen egen organisasjon, overfor andre yrkesgrupper eller den politiske ledelse, er en del av å være profesjonell som sykepleier. Dette bør man sette større fokus på i utdanningen også i Norge.

Boken tar opp sentrale og viktige temaer i sykepleierutdanningen. Eksemplene er gode og stimulerende med tanke på forbedring av undervisningsmetoder. Integrerende undervisning og læring blir stående som et gjennomgående tema.

Også i Norge er det behov for å styrke samarbeidet mellom skole og klinikk. Bruk av narrativ pedagogikk er spennende, og vil være et pedagogisk hjelpemiddel til å styrke kunnskap innen naturvitenskapelige fag, samt redusere avstanden mellom teori og praksis. Lesning av denne boken, gjorde at jeg tok fram boken til Alsvåg og Frøland, «Engasjement og læring». De setter fokus på mange av de samme områdene som Benner med flere gjør, og kan utfylle hver andre i debatten om fremtidens sykepleierutdanning.

Patricia Benner er brennende engasjert i sykepleie. Vi trenger flere av hennes kaliber. Boken hun og medforfatterne har skrevet setter fokus på mange viktige utfordringer i sykepleierutdanningen, selv om det ikke er behov for like radikale endringer i Norge som i USA. Det er innspill til ettertanke.

Boken tar opp sentrale og viktige temaer i sykepleierutdanningen.

kan integrere dem på en god måte i undervisningen.

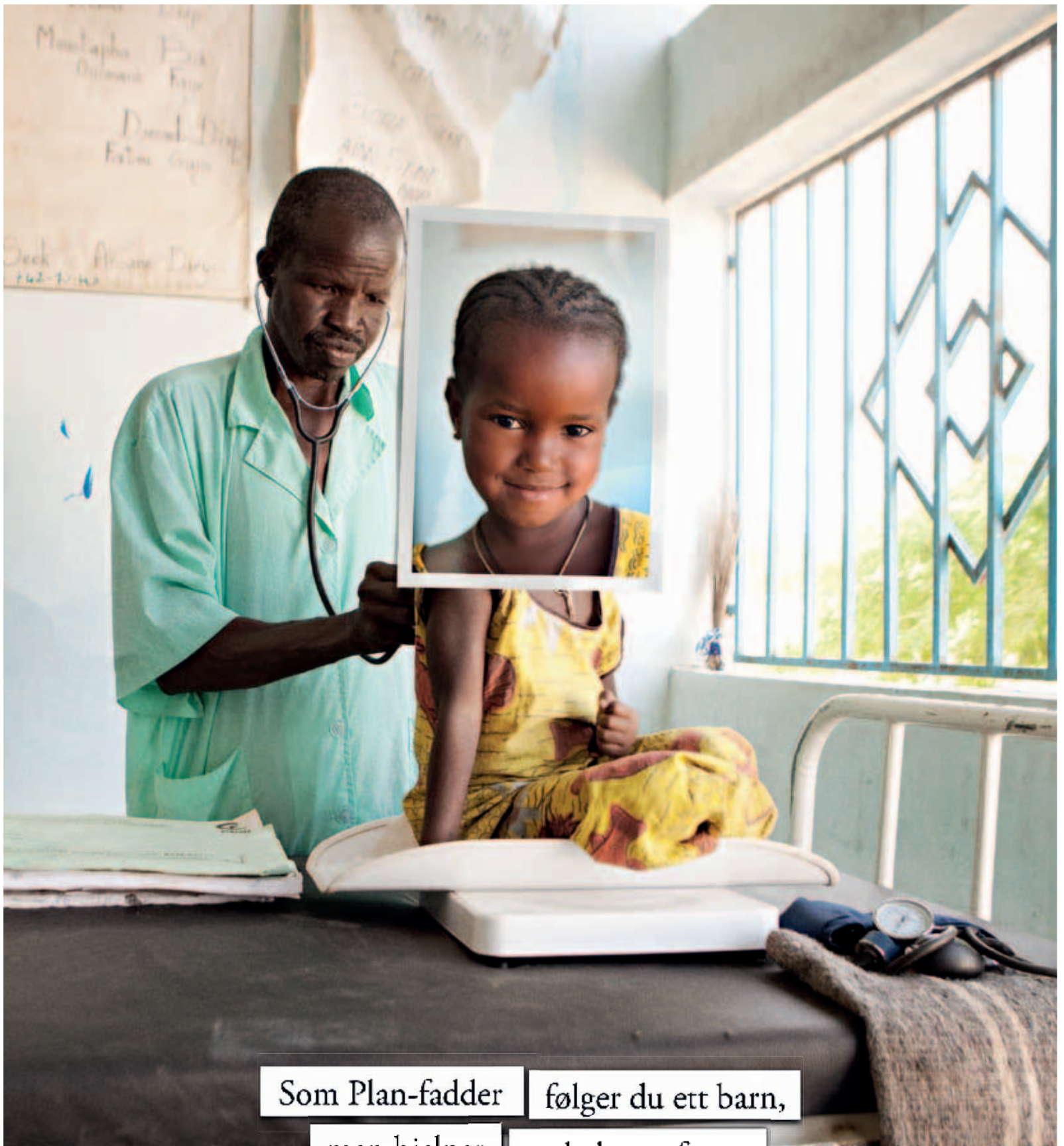
Vi følger Lisa Day, som gjennom sine mønstereksempler engasjerer studentene til å bruke forskningsbasert kunnskap. Day fremhever at sykepleiere må utvikle gode evner til å «lese» pasientens kliniske bilde, og hun forsøker derfor å få studentene til å utvikle «klinisk fantasi».

Her er det gode tips å ta med for alle som veileder studenter, og som er



Les flere anmeldelser på nett

- » Alle boken anmeldelser i Sykepleien legges også ut på nett.
- » Let og les i vårt bokarkiv på www.sykepleien.no
- » Anmeldelsene ligger under menyknappen «**fagutvikling**» øverst til venstre på siden.
- » Sykepleien anmelder mest fagbøker innenfor sykepleie, medisin og samfunnsfag, men også noe skjønnlitteratur.



Som Plan-fadder følger du ett barn,
men hjelper et helt samfunn.

Som Plan-fadder får du en jente eller en gutt du kan følge, ha kontakt med og besøke, men dine bidrag kommer hele fadderbarnets lokalsamfunn til gode. Du bygger skoler, graver brønner, utdanner helsepersonell og lærere. Med utgangspunkt i ett barn, hjelper du derfor mange barn. Bli Plan-fadder i dag og hjelp et barn, en familie, et lokalsamfunn.

Et fadderskap koster kun 8 kroner dagen. Se www.plan-norge.no eller sms FADDER til 03123



Quiz

Tekst Nina Hernæs

Er du en kompetent sykepleier?

Test kunnskapene med vår aktuelle og nådeløse quiz!

1 Hva er koddeklem?

- A Smerter i testiklene
- B Nerve i klem
- C En klem som gir seksuell opphisselse

2 Når er et svangerskap overtidig, ifølge Who?

- A Etter 40 uker pluss to dager
- B Etter 41 uker
- C Etter 42 uker

3 Hva er en person som er genu varum?

- A Asosial enstøing
- B Hjulbeint
- C Varmblodig

4 Hvor er kreftsvulsten plassert hvis du har en tumor cerebri?

- A I ryggmargen
- B I hjernen
- C I svelget

5 Hvor får vi stoffet eledoisin fra, som gir peptider med evne til å vide ut blodårer, senke blodtrykket og virke på glatt muskulatur?

- A Ku-morkaker
- B Revebjelle
- C Blekksprut

6 Hvilken sykdom gir bringebærtunge?

- A Skarlagensfeber
- B Røde hunder
- C Østens røde rose

7 Hva er mottoet til Ammerudlundens sykehjem?

- A Et hjem for beboere, hvor vi ansatte jobber og ikke en arbeidsplass for oss ansatte, hvor noen beboere bor
- B Underbetalte ansatte gir mer hygge
- C Arbeidsmiljøloven gjelder ikke her

8 Hva er KAST?

- A Kjøp av seksuelle tjenester – et nytt veiledningstilbud
- B Kast en vikar ut i jobb uten opplæring
- C Kast engangsutstyret i riktig beholder – en ny kampanje

9 Hva heter landets helsedirektør?

- A Bjørn-Inge Larsen i Helsedirektoratet
- B Lars E. Hanssen i Statens helsetilsyn
- C Rolf M. Angeltvedt i Helseutvalget for bedre homohelse

10 Hvorfor skal barn veies hos helsesøster?

- A For å gi helsesøstrene mer autoritet
- B For å gi helsesøstrene mer å gjøre
- C For å forebygge overvekt



EN EKTE KODDEKLEM? Eller er det vanskelig å tro at koddeklem har noe med saken å gjøre her? Foto: Colourbox



10 POENG: Imponerende. Pasientene kan ikke få nok av deg. (Sikker på at du ikke har kikket?)



6-9 POENG: Lovende. Men ikke treng deg på pasienter mer enn høyst nødvendig.



3-5 POENG: Bra. Men kanskje på tide med den videreutdanningen du har tenkt på så lenge?



0-2 POENG: Ikke bra. Hold deg mest mulig på vaktrommet og lat som du dokumenterer. (Sjekk at du virkelig er autorisert.)

SVAR: 1A Smerter i testiklene, 2C Etter 42 uker, 3B Hjulbeint, 4B I hjernen, 5C Blekksprut, 6A Skarlagensfeber, 7A Et hjem for beboere, hvor vi ansatte jobber og ikke en arbeidsplass for oss ansatte, hvor noen beboere bor, 8A Kjøp av seksuelle tjenester – et nytt veiledningstilbud, 9A Bjørn-Inge Larsen i Helsedirektoratet, 10C For å forebygge overvekt

FAG NYHETER

Følger ikke stortingsvedtak

Bare en av tre distriktpsikiatriske sentre har opprettet ambulante akutteam, slik de er pålagt.

Tekst **Susanne Dietrichson** Foto **Marit Fonn**

I forbindelse med Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999–2006 vedtok Stortinget at alle landets distriktpsikiatriske sentre skulle opprette ambulante akutteam innen utgangen av 2008. Teamene skal tilby lokalbasert hjelp til mennesker over 18 år i akutt psykisk krise. En kartleggingsstudie som Bengt Karlsson, Marit Borg og Hege Sjølie ved Høgskolen i Buskerud foretok i januar 2010, viste at rundt en tredjedel av landets til sammen 76 akuttpsykiatriske sentre likevel ikke hadde etablert slike team. Studien er presentert i Sykepleien Forskning (s. 62), bilaget til denne utgaven av Sykepleien.

– Bakgrunnen for kartleggingen var at det ikke eksisterte noen oversikt over hvor mange DPS'er som faktisk hadde etablert ambulante akutteam, forteller Bengt Karlsson.

– Vi hadde selv erfart at enkelt DPS'er i østlandsområdet ikke hadde etablert slike team og ønsket å se hvordan det så ut på landsbasis.

– Ble dere overrasket over at såpass mange ikke hadde opprettet ambulante akutteam?

– Ja, jeg synes det er spesielt at så mye som en tredjedel av landets DPS'er ikke har fulgt et Stortingsvedtak. Jeg mener dette i høyeste grad er et demokratisk problem. Det viser at det sitter mange administrative og faglige ledere rundt omkring som ikke forholder seg til hva de folkevalgte bestemmer. Dette understreker også noe vi vet fra før, nemlig at helsetilbudet ikke er likt uavhengig av hvor i landet du bor.

– Vil studien få konsekvenser?

Vi er i gang med å bearbeide data fra en oppfølgingsundersøkelse. Den vil gi oss mer kunnskap om hvorvidt



ETTERLYSER AMBULANTE TEAM: Bengt Karlsson, professor ved Høgskolen i Buskerud, mener vi har et demokratisk problem. Foto: Marit Fonn

flere DPS'er har opprettet ambulante team per i dag. I tillegg vil denne nye undersøkelsen si oss mer om hvordan DPS'ene faktisk drives.

– Hva kan være grunnen til at såpass mange ikke har opprettet slike team?

– Hovedgrunnen ligger hos ledelsen av DPS'ene. At en leder kan velge å la være å forholde seg til Stortingsvedtak og retningslinjer fra Helsedirektoratet, synes jeg er spesielt. DPS'ene er gjerne drevet av leger og psykiatere og disse vil ha brukerne inn på sitt kontor og ønsker ikke å dra ut av institusjonene og hjem til pasientene. Dette er stikk i strid med de nye retningslinjene for psykisk helsearbeid som sier vi skal jobbe lokalt, ambulant, fleksibelt og på brukernes premisser. ■■■

Nei til omkamp om
pensjonsoppgjøret. Side 66

Mye makt i det
du skriver. Side 74

Trist sleivspark
om utdanningen. Side 64

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 HANNE BJURSTRØM

«Det er altså forskjell på
et sykehjem og en byggeplass.»

70

DILEMMA PER NORTVEDT

«Hva skjer når den helt
fundamentale sykepleien
blir en salderingspost?»

68



NSF HAR ORDET

Forbundsleder Lisbeth Normann

Stilling: Forbundsleder i NSF

E-post: lisbeth.normann@sykepleierforbundet.no

Utdanning så det holder

For oss er sammenhengen mellom kvalitet og kompetanse klar. Utdanning er helt avgjørende.

Sykepleierens daglige yrkesutøvelse er kunnskapsbasert. Folk rundt oss, enten de er pasienter, pårørende, helsebyråkrater eller andre helseprofesjoner, skal i sitt daglige møte med oss trekke denne selvfølgelige konklusjonen.

Helsetjenesten er en sektor i vekst. Dette gir mange muligheter for sykepleiere. Det er imidlertid også en sektor under press. Forventninger fra pasienter og nye behandlingsmuligheter øker etterspørselen etter helsetjenester. Dette må møtes med kompetanse. De helseaktører som ønsker lavest mulig kompetanse vil levere elendig kvalitet. For dem fører dette til merarbeid, uløste oppgaver og frustrerte pasienter og pårørende. For våre medlemmer blir hverdagen enda mer krevende i skvis mellom pasienters behov, krav til effektiv drift og egne faglige krav og idealer.

Det er en uttalt politikk at kunnskap på høyere nivå er løsningen til å møte konkurranse, bibeholde velstandsvekst og bevare velferdsstaten. Derfor har en bredere satsning på høyere utdanning preget de utdanningspolitiske veivalg i Norge. Dette gjøres i erkjennelsen av og med et ønske om at faglig kunnskapsutvikling bygges på det fremste innen forsknings- og erfaringskunnskap. For de politikere og andre som eventuelt måtte tvile; det gjelder også for sykepleierutdanningen.

Høyere utdanning i Norge har gjennom de siste par tiår gjennomgått flere omfattende reformer. Disse har påvirket struktur, rammevilkår og innhold. Reformene har medført krav om



SYKEPLEIERUTDANNINGEN skal alltid være konkurransedyktig i forhold til andre studievalg, skriver Normann.

Arkivfoto: Stig Weston.

studievalg. Å velge sykepleieryrket skal også i fremtiden være et attraktivt yrkesvalg. Derfor må sykepleierprofesjonen være i bevegelse og endring. Det skjer ved at sykepleiere er med og former helsetjenesten og utdanningene. Ikke minst dreier det seg om stadig å sikre sammenheng mellom utdanning og pasientens behov.

Norsk Sykepleierforbunds nylig gjennomførte dialogseminar, med ledere og sentrale deltakere fra alle våre utdanninger, hadde til hensikt å fremme dialogen og øke felles forståelse for de utfordringer sykepleiepraksis, utdanning og forbund står oppe i. Min erfaring etter seminaret er at utdanningene og NSF står samlet! Vi har en dialog som jeg setter stor pris på, og som i tiden fremover vil tjene faget, utdanning og praksis.

Det betyr at arbeidet med å sikre og videreutvikle gode læringsmiljøer fortsatt må stå sentralt i årene fremover. Det må legges til rette for et samspill om utdanning og forskning mellom klinikk og akademia slik at faglige utfordringer møtes. Dette er et ansvar både utdannings- og helsemyndigheter må ta.

Samtidig ser Norsk Sykepleierforbund at vi er

den viktigste innholdsmessige premissleverandøren til kvalitetssikring og utvikling av sykepleiefaget og utdanningen. Vi gir derfor innspill til flere stortingsmeldinger som er på trappene. Vi jobber nå også opp mot EU i forhold til endringer i EØS-direktivet som regulerer norsk sykepleierutdanning. Det er mye på gang!

Jeg mener ikke sykepleierutdanningen er en råtten bil, slik Sykepleiens redaktør Barth Tholens spissformulerte seg i sin leder (Sykepleien nr. 2/2011). Jeg mener at sykepleierutdanningen på de fleste områder er en suksesshistorie. Det skal den også være i fremtiden. Det betyr at vi må møte endring og gjennomføre fornying – samtidig som vår kjernekompetanse skal stå fjellstøtt. Men, dette krever noe av oss alle sammen, hver især, og hver dag. Vi må aldri gå på akkord med våre krav til faglighet, verken i utdanning og forskning, eller i vår praktiske hverdag!

Sykepleierprofesjonen må være i bevegelse.

omstillinger og endringer for institusjonene, de ansatte, fag og studier.

For sykepleierutdanning og forskning har endringene gitt både muligheter for faglig videreutvikling og utfordringer knyttet til nye krav. Sykepleierutdanningene har jobbet hardt for å møte disse kravene. Dette er fordi Norsk Sykepleierforbund har som mål at sykepleierutdanning på alle nivå er studier med høy faglig kvalitet. Den skal alltid være konkurransedyktig i forhold til andre

Ingen grense under vann?

Helsedirektoratet har levert en spennende rapport i forbindelse med evaluering av bioteknologiloven. Når det gjelder vurderingen av alderskriteriet for fosterdiagnostikk synes direktoratet å være inspirert av den klassiske sketsjen der Trond-Viggo Torgersen intervjuer den russiske ubåtkapteinenen (Harald Heide Steen jr) som hevder at: «Vi kan ikke se noen grense under vann, vet De».

I rapporten heter det at: «Høy alder gir riktignok økt risiko, men sjelden svært høy risiko og aldri så mye høyere risiko enn ved litt lavere alder. Dermed vil enhver aldersgrense være «tilfeldig» i den forstand at grensen like gjerne kunne vært trukket litt lengre opp eller litt lengre ned.» Og videre: «Det virker urimelig å hevde at forskjellen i aldersrelatert risiko på 0,2 prosentpoeng gjør det rettferdig at bare 38-åringen får tilbud om fosterdiagnostikk og ikke 36-åringen».

Alderskriteriet for fosterdiagnostikk er satt ut fra en avveining mellom økt risiko for utviklingsavvik ved økende alder og risikoen ved invasive metoder. I St.meld. nr.25 1992-93, Om mennesker og bioteknologi, heter det at: «Aldersgrensen på 38 år er relativt vilkårlig, og vesentlig valgt på bakgrunn av kapasitetsmessige og ressursmessige hensyn».

Det er derfor gode grunner til at alderskriteriet skal vurderes på nytt.

Helsedirektoratet hevder at det er urettferdig at eldre, men ikke yngre, kvinner får tilbud om fosterdiagnostikk, fordi det ikke finnes noen absolutt grense. Den samme argumentasjonen kunne de ha brukt for å argumentere for at det ikke bør være noen grense for selvbestemt abort eller at det ikke finnes noen grense for hypertensjon eller diabetes.

Behovet for en grense fremkommer av hensyn til rettferdighet. Det er kostnadsrivende å tilby genetisk veiledning og fosterdiagnostikk til alle gravide kvinner uavhengig av risiko. Et slikt tilbud må derfor vurderes opp mot andre helsetilbud med hensyn til prognosetap, forventet nytte og kostnadseffektivitet, ifølge forskriften. For de fleste unge gravide kvinner uten spesielle risikofaktorer er sannsynligheten for at de bærer et foster som kan utvikle en alvorlig sykdom svært lav (ca. 3,3 promille). Med dagens kunnskap om prognosetap, forventet nytte og kostnadseffektivitet, vil fosterdiagnostikk for gravide kvinner med lav utgangsrisiko få lav prioritet.

På samme måte som ubåtkapteinen kan hevde at det ikke finnes noen naturgitt grense under vann

eller at man alltid kan kverulere på om grensen mellom Norge og Russland går på millimeteren her eller der, finnes det ingen absolutt aldersgrense for fosterdiagnostikk. I en ideell verden med uendelige ressurser kunne en derfor argumentere for at det heller ikke skal være noen grense. Men vi lever ikke i en ideell verden. Vi lever i en verden der pasienter ikke får tilgang til dokumentert virksom behandling for alvorlige sykdommer på grunn av kostnadene og der eldre på institusjon ikke får stå opp av senga før etter klokken ti eller får dusje oftere enn annenhver uke. I den praktiske verden vil ønskede friske fostre fjernes fordi testene ikke er perfekte. I denne verden må vi forholde oss til grenser, også om de ikke er gude- eller naturgitte.

Mye tyder på at det er bioteknologiens imperativ mer enn fostervannets uklarhet som gjør at Helsedirektoratet ikke klarer å se noen grense.

Bjørn Hofmann, Universitetet i Oslo og Høgskolen i Gjøvik

(Bjørn Hofmann har vært med i en av arbeidsgruppene som har kommet med innspill til Helsedirektoratets rapport, men har ikke vært med i gruppen som har arbeidet med fosterdiagnostikk.)

Fem minutter sen

*Fem minutter går så fort
fem minutter, tre hundre sekunder
fem minutter for sen på jobb i dag
eneste plass var ståplass på rapporten*

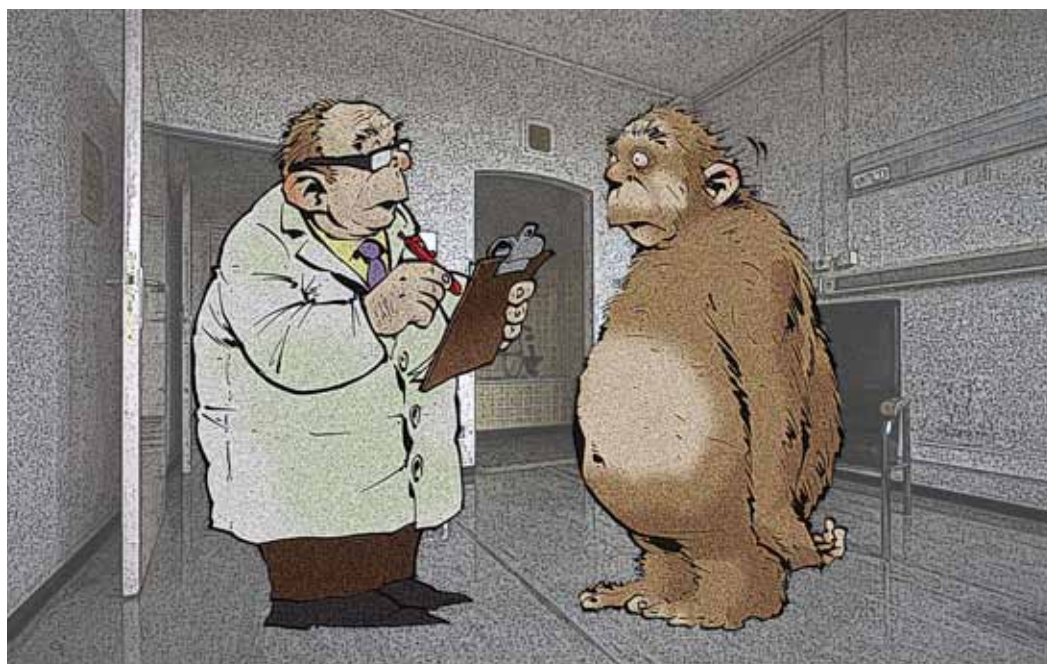
*fem minutter for sen inne på rom 13
du hadde sovnet inn
hendene dine var kalde
ansiktet fortsatt varmt*

*jeg koblet fra oksygenbeholderen
telte null pulsslag
du døde alene*

fem minutter sen til neste pasient

Mvh Beate Lill Ekrem, psykiatrisk sykepleier

DIAGNOSEN



FORSKERE BRUKER APER TIL Å LØSE FEDMEGÅTEN...

Illustrasjon Svein Tveit

Reagerer på annonse

Ser på hjemmesiden (forsiden) til sykepleien.no på stillingsannonser. Her står det sykepleier/vernepleier. Vi har hatt flere diskusjoner her i Trondheim i alle fall om en kan lyse ut sykepleier/vernepleier. Sykepleier og vernepleier kan ikke sidestilles. Da er jeg litt undrende til at dette kan sidestilles på forsiden av sykepleien.no. Jeg kan forstå at dette er annonseplass noen betaler for, men vi snakker hele tiden om viktigheten av å synliggjøre oss som sykepleiere, vår utdanning og hva vi står for. Vi argumenterer for viktigheten av sykepleier, så sender vi selv signaler om at dette er sidestilt. Dette oppfatter jeg som forvirrende.

Jeg vet sykepleien.no er redaksjonelt uavhengig,

men jeg er fremdeles opptatt av hva som markedsføres sammen med logo og hvordan dette blir oppfattet utad og signal effekt innad.

Ellers masse bra på sykepleien.no!

Med vennlig hilsen Gørill Tranås, hovedtillitsvalgt Norsk Sykepleierforbund, Trondheim kommune.

SVAR:

Det er en interessant problemstilling du tar opp her. Jeg er ansvarlig redaktør for alt som står i Sykepleien og på våre nettsider. Det omfatter også teksten i annonsene.

Rent generelt er det slik at det er vanskelig for oss å ta skjønnsmessige vurderinger av teksten i betalte annonser. Så lenge de ikke strider mot norsk lov, mener

jeg prinsipielt at vi bør ha en viss takhøyde.

Samtidig ville vi antakelig komme på ville veier om vi skulle nekte bestemte annonser fordi vi ikke liker hvordan de er formulert eller ikke liker selve annonsøren. Dette ville fordre at vår markedsavdeling måtte gjøre lokal research før de kunne akseptere annonser. Det er praktisk umulig.

Når det er sagt, kan jeg godt forstå frustrasjonen din over at arbeidsgivere ikke ser ut til å skille mellom forskjellige profesjoner. Jeg tror imidlertid at denne kampen må føres politisk og på arbeidsplassen.

Også Sykepleien ønsker å sette fokus på slike forhold – på redaksjonell plass.

Med vennlig hilsen Barth Tholens, redaktør.

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

Leder til ettertanke – metaforer til besvær

I siste Sykepleien (2/2011) fyres av mange salver om utdanning av sykepleiere som bør kommenteres. («Ingen spesielle nevnt – dermed heller ingen glemt».) Ikke fordi dette innlegget skal bekrefte en forventet forsvarstale – det er likevel en passende anledning til å si noe om utdanning av sykepleiere.

Som studieleder ved en institusjon som utdanner sykepleiere (på bachelor, master og flere videreutdanninger), berører lederen mange forhold som diskuteres jevnlig. Fordi disse forholdene fremstilles uærbødig (kamuflert gjennom fargerikt språk og metaforer), får jeg en følelse av at vi «leker butikkk». En blir litt forelegen på egne og andres vegne, kanskje til og med noen skammer seg. På den andre siden er selvhøytideligheten også lite sjarmende. Å vekke den – hos oss – var kanskje meningen?

En liten «øvelse» først, bare for å vise at vi som er utdannere, vet om «virkeligheten» – som den er, både innad i høyskolen, bl.a. gjennom daglig kontakt med egne studenter, og også vis-à-vis praksisfeltet: Goethe har sagt: «Å tenke er lett (jeg vil si skrive ledere). Å handle er vanskelig. Å handle etter sin tanke er det vanskeligste av alt». Å drive utdanning av sykepleiere på ulike nivå og innen ulike områder, er et samarbeidsprosjekt mellom utdanning (og enkeltlærere), praksisfelt (et konglomerat av ulike helsetilbud) og studenter (stort sett svært oppegående). Dette innebærer prosesser som er krevende på et individuelt plan og enda mer krevende når mange samarbeider: Når manges ambisjoner og forventninger til hva som fører frem til den beste sykepleiekompetansen, skal synkroniseres, kan en «utdanningsrevolusjon» som

beskrevet i artikkelen, blir en «blodig»affære. Jeg vil faktisk advare imot det. Det er mange grunner til det.

Samtidig som utdanningen setter seg ambisiøse mål, skal den ha gjennomføringsevne. Det innebærer et samspill mellom en tydelig ledelse mot felles mål, ivaretagelse av et faglig mangfold og studenters ulike forventninger til å bli sykepleier. I dette skal mange høres, ikke minst yrkesfeltet. Å drive utdanning er derfor en «kunstart». Revolusjoner fører sjelden til noe godt.

Å utdanne er å gå veien fra ideal om god pasientbehandling til utdanningsprogram som kan fungere som forberedelse til en utfordrende praksis. Idealer kan sammenlignes med «å tenke» det beste. «Å handle» skjer alltid i kontekster, som for studenter i sykepleie, er svært komplekse. Å utdannes handler om å identifisere og omsette idealer – fra tekst til handling. Og studentene lærer å forholde seg, i 50 prosent av studietiden, direkte til virkeligheten i sine kliniske studier, slik den er, ikke nødvendigvis som den burde være.

Utdanning av sykepleiere er mye mer enn å sikre arbeidskraften. I demokratiske samfunn ønsker vi et helsevesen som er sivilisert og funksjonell, og ikke bemannet med roboter som dekker sine spenningsbehov. For øvrig dekkes akkurat det behovet nesten av seg selv, folks nød og lidelser behøver ikke sprites opp. Det kan heller være snakk om å oppøve evnen til å takle, utholde og kunne hjelpe når menneskers sykdomshistorier blir påtrengende og neste uutholdelige. Mange med gjennomsnittskarakterer, får dette fint til. Mange over snittet, kan streve mer.

Om jeg personlig skulle ønske noe for utdanning av sykepleiere, så er det å få akkurat dette bedre fram, formidlet på en god og realistisk måte, og begrunnet i den best

tilgjengelige kunnskap. Vi behøver ikke underholde studentene, men forberede dem på virkeligheten – som den er.

Utdanningene behøver ikke trakasseres for å vekkes – for å skjønne dette.

Dag Karterud, studieleder, Høgskolen i Oslo

Tholens og utdanningsrevolusjonen

Det er bare trist å lese Barth Tholens umusikalske forsøk på å skape blest om sykepleierutdanningen i siste nummer av Sykepleien. Den åpenbare invitasjonen til å svare med samme mynt takker jeg nei til. Jeg ønsker ikke å bidra inn i en debatt om norsk sykepleierutdanning med et så karikert og unyansert utgangspunkt.

Det er spørsmålene jeg sitter igjen med etter å ha lest Tholens innlegg som gjør meg trist. Bidraget i vårt eget fagblad er verken tydelig, modig eller egnet til å skape stolthet over å være sykepleier. På side 4 i samme blad står å lese under Sykepleiens formålsparagraf: Tidskriftet har som oppgave å sette sykepleierens interesser på dagsorden. Tror virkelig redaksjonen at dette innlegget bidrar til en slik dagsorden? Og hvilket annet fagforbund kunne tenke seg å levere en liknende elendighetsbeskrivelse av egen framtid til offentligheten?

Retorikk har en grense. Når denne passerer blir det i beste fall pinlig, i verste fall ødeleggende. Tholens sleivspark er både pinlig og ødeleggende. Det sørgelige er at på denne måten avspores de kritiske og viktige dialogene om hva som kan bidra til økt kvalitet i sykepleierutdanningen.

Derfor har jeg et siste spørsmål: Vil forbundsleder Lisbeth Normann kommentere redaktørens utspill?

Kirsten Eika Amsrud, studiekoordinator, bachelor i sykepleie, Høgskolen i Vestfold og NSF-medlem

pure
NORDIC SPA

Så du tilbudet
fra Stena Line i
forrige nummer?*

*75 % rabatt på et StenaCruise t/r Oslo – Frederikshavn.

Nytt Spa som går i 20 knop!

Pure Nordic Spa - 750 m² med velvære og havutsikt.

Om bord i Stena Sagas nye spa har vi hentet inspirasjon fra de nordiske årstidene. Her kan nyte den avkoblingen din kropp og sjel trenger, enten det er herlige behandlinger, varme eller kalde bad, badstuer, eventyrdusjer eller en tur i vår relaxavdeling med fantastisk havutsikt.

Les mer og bestill på www.stenaline.no/sctp758

S
StenaLine
Making good time®



Sjeføkonom i Unio,
Erik Orskaug.

Derfor er brutto best!

Regjeringen har yppet til omkamp om resultatet av pensjonsoppgjøret i 2009. Det er mange grunner for å si nei.

forbindelse med pensjonsoppgjøret i 2009 fremmet regjeringen en såkalt påslagsmodell (kombinasjonsalternativet) uten en garanti for hvor mye den enkelte får i pensjon. Regjeringens modell ble avvist fordi den ville betydd store pensjonstap for de fleste ansatte i sykehus, stat og kommuner. Hva har vi å forsvare?

Beholde særaldersgrensen

Avtalen fra tariffoppgjøret i 2009 innebærer at ordningen med særaldersgrenser videreføres. Eventuelle seinere endringer i særaldersgrensene vil være gjenstand for forhandlinger. De fleste sykepleiere kan gå av med særaldersgrense og få 66 prosent av sluttlønnen fra 62 år. Denne ytelsen levealderjusteres ikke, men den løpende reguleringen av pensjonen vil være noe lavere enn lønnsveksten slik det vil være for alle løpende pensjoner fra 2011 (unntatt minstepensjonen). Sykepleiere med særaldersgrense skal fra 62–64 år få den ytelsen som gir mest. For mange gir afp (avtalefestet pensjon) mer enn bruttogarantien.

Videreføre afp

For dem som er 62–64 år videreføres den tradisjonelle afp-ordningen som egen tidligpensjonsordning, såkalt folketrygdberegnet afp. Denne består av folketrygd som om du har hatt opptjening til 67 år pluss et afp-tillegg på 20 400 kroner. Det betyr at

tenestepensjonsberegnet afp. Her sikrer den såkalte bruttogarantien 66 prosent av sluttlønn i pensjon gitt at du har 30 års opptjening i tenestepensjonsordningen. Også denne afp-ordningen er særskilt finansiert av arbeidsgiver og arbeidstaker, og ytelsen skal ikke levealderjusteres.

Videreføre tenestepensjonen

For dem som er 67 år og eldre videreføres bruttoordningen. Og tenestepensjonen skal samordnes med folketrygden. Det innebærer at den samlede pensjonen blir en god del høyere enn det bruttogarantien alene sikrer. Fra 67 år skal imidlertid, i tråd med pensjonsreformen og Stortingets tidligere vedtak tenestepensjonen levealderjusteres. Det innebærer at bruttogarantien på 66 prosent for de som pensjoneres etter om lag 2025 nås ved å stå noe lenger i arbeid.

Regjeringens pensjonsmodell

Det er vanskelig å si hva forskjellene mellom regjeringens kombinasjonsmodell og den videreførte bruttoordningen ville være for de som har særaldersgrense. Regjeringen la opp til at det skulle forhandles om en tilpasning av reglene for beregning av pensjonen for grupper med særaldersgrense. Dette ble det ikke noe av i og med at regjeringens opplegg ikke nådde fram i 2009-oppgjøret.

De beregningene som vises her gjelder derfor for ansatte uten særaldersgrense. De viktigste forskjellene mellom de to alternativene i 2009 kan enklest beskrives slik:

- ▶ De som tar ut pensjon før 67 år, og det er de aller fleste, kommer bedre ut med den videreførte bruttoordningen. I forhold til regjeringens modell er forskjellene flere titusen kroner i favør av den videreførte ordningen.
- ▶ De som har lang opptjening og står lenger enn til 67 år ville kommet bedre ut med påslagsmodellen.

Dette er bakgrunnen for at Unio kaller den videreførte løsnings trygg og solidarisk. Vi valgte det som er best for det store flertall av medlemmene i offentlig sektor. I dag jobber kun 11 prosent av kvinnene i Norge full tid til de er 67 år. Hovedutfordringen er ikke å få folk til å stå lenger enn til 67 år, men å strekke yrkesløpet noe lenger tidlig i 60-åra.

Offentlig ansatte er ikke som andre ansatte. Omlag 2/3 har høyere utdanning, omlag 2/3 er kvinner og halvparten av de ansatte i kommunesektoren og helseforetakene jobber deltid. I tillegg vet vi at studenter tar avsluttende eksamen relativt sent,

I dag jobber kun 11 prosent av kvinnene i Norge full tid til de er 67 år.

afp-ytelsen for de fleste vil utgjøre 50–60 prosent av tidligere inntekt. Denne ytelsen skal ikke levealderjusteres.

Videreføring av den tradisjonelle afp-ordningen for offentlig ansatte sikrer tidligpensjon som en rettighet for de aller fleste. Regjeringens opplegg ville tatt fra mange kvinner og deltidsansatte retten til å gå av ved 62 år fordi modellen krever at du må ha hatt en inntekt på 304 000 kroner i 40 år (eller de 20 beste av 40 år de nærmeste årene). Ferske tall fra Nav viser at om lag halvparten av de ansatte kvinnene i kommunene ikke ville klart kvalifikasjonskravet for å kunne gå av med afp ved 62 år de nærmeste årene hvis offentlig sektor hadde fått privat sektors afp-løsning. Dette skyldes stor andel deltid og kortere opptjeningstid blant annet grunnet høyere utdanning.

For dem som er 65–66 år videreføres tidligpensjonsordningen



noe som igjen utsetter yrkesstart og opptjening i en tjenestepensjonsordning. Alle disse forholdene gjør at bruttomodellen egner seg bedre enn påslagsordningen som bygger på allårsopptjening.

Et eksempel

Beregningene Statens Pensjonskasse har gjort for Unio, viser at pensjonen for en person født 1954 (uten særaldersgrense) og som går av ved 62 år vil tape fra 14 000 til 39 000 hvis man går inn for regjeringens kombinasjonsmodell.

Bakgrunnen for regnestykket er at vedkommende har 37 år i folketrygden og 30 år i tjenestepensjonsordningen ved 62 år. Gjennomsnittslønnen er på 378 200 kroner, mens sluttlønnen ved fylte 62 år vil være 7 prosent høyere.

Samordning gir mer

I en bruttoordning samordnes tjenestepensjonen med folketrygden ved 67 år. Det betyr at alle får mer enn bruttogarantien som i dag er på 66 prosent. Mange får mye mer. Dette gjelder særlig de som med dagens samordningsregler får uttelling på grunn av deltid eller fordi de har mye opptjening i folketrygden som ikke har gitt opptjening i tjenestepensjonen, for eksempel overtid eller bijobber hos privat arbeidsgiver. I fellesordningene i KLP viser nye beregninger at samordningsfordelen for deltidsansatte utgjør 30 000 kroner på toppen av bruttogarantien.

I forkant av tariffoppgjøret i 2009 ga Arbeidsdepartementet klare utsagn om at de samlede verdiene av samordningsfordelene skal videreføres etter 2011. Det er viktig at samordningen med ny folketrygd innrettes slik at de samme fordelingshensynene ivaretas.

Kritikerne bommer

En del kritikere av den videreførte pensjonsordningen for offentlig ansatte mener at denne bryter med pensjonsreformens prinsipper. Det er å skyte langt over mål.

For det første er regjeringens sparegrep, levealdersjustering og indeksering, innført også for offentlig ansattes tjenestepensjoner. For det andre ligger det klare insentiver til å stå lenger i arbeid enn til 67 år etter hvert som levealdersjusteringen vil redusere den samlede pensjonen for de yngre årskullene. For det tredje er muligheten til å kombinere arbeid og pensjon allerede godt ivarett i den videreførte ordningen. Offentlig ansatte kan for eksempel ved 62 år eller seinere gå ned til 60 prosent stilling og ta ut 40 prosent pensjon. Samlet utbetaling fra lønn og pensjon blir da

mellom 80 og 90 prosent av tidligere lønn, og gjennom nedtrapingen kan du klare å strekke yrkesaktiviteten din lenger enn om du måtte stått i full jobb. Hele 40 prosent av helsesøstrene som tar ut afp tar delvis afp i kombinasjon med deltidsarbeid.

Det er synd at så mye av oppmerksomheten om pensjonsreformen og muligheten til å kombinere arbeid og pensjon er knyttet til muligheten til å ta ut full pensjon ved 62 år og å jobbe fullt ved siden av. Det er en alvorlig avsporing av hva vi ønsker med reformen og strider mot tanken om et inkluderende arbeidsliv, hvor det bør legges opp til å trappe ned arbeidsinnsatsen på slutten av yrkeskarrieren. ■■■

**INGEN GRUNN TIL Å DEP-
PE:** De som tar ut pensjon før 67 år kommer bedre ut med den videreførte bruttoordningen fra 2009. I forhold til regjeringens modell er forskjellene flere titusen kroner. Illustrasjonsfoto: Colourbox.



DILEMMA

Per Nortvedt om rettferdig fordeling av helsetjenester

Navn: Per Nortvedt

Bakgrunn: Professor ved seksjon

for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo

E-post: p.nortvedt@medisin.uio.no

Prioriteringer ved sengen

Når pleien og omsorgen svekkes av tidspress må kritiske røster og sterke fagpersoner rope et varsku.

Et gammelt hippokratisk prinsipp sier at pasienten ved sengen har en prioritet; ikke en absolutt prioritet, men likevel en prioritet. Dette forrangprinsippet er helt sentralt i sykepleien. I klinisk virksomhet er ivaretagelse av den enkelte pasients helserelaterte behov selve kjernen i god sykepleie. Dette

sikre en forsvarlig ivaretagelse av pasientens behov for ernæring, smertelindring og fysisk aktivitet (1). Det er ikke godt nok når hjemmesykepleieren ikke kan hjelpe pasienter med matstell eller dobesøk, fordi dette ikke er vedtaksfestet og at hun dermed ikke har tid (2).

Forskning finnes

Ved Senter for medisinsk etikk har vi i de senere årene gjennomført flere forskningsprosjekter om kliniske prioriteringer i helsetjenesten, og vi finner det dokumentert at behovet for livsnødvendige medisinsk behandling blir ivaretatt. Godt er det! Hvis det ikke hadde vært tilfelle, ville helsefaglig virksomhet totalt sett vært uforsvarlig.

Det vi derimot også finner, er at både leger og sykepleiere etterlyser mer tid til informasjon og samtale med den enkelte pasient og/eller nærmeste pårørende. For mye tid går til papirarbeid og dokumentasjon. Det som daglig blir nedprioritert er den grunnleggende sykepleien. Legene uttaler at de dessverre ikke har tid til en mer helhetlig ivaretagelse av pasientene, selv om de gjerne skulle, så det får sykepleierne ta seg av (3). Men hva svarer så sykepleierne? Jo, de svarer at de heller ikke har tid til dette, fordi de primært må koordinere og utføre medisinske behandlingstjenester. Men hvem tar seg da av de grunnleggende helsetjenestene som pasienten har krav på, og som både er en viktig del av og som supplerer/overskrider medisinsk behandling? I sykehjem gjøres dette kanskje av hjelpepleiere og ufaglærte, men her har vi nylig sett at

personalet er så presset at de går ulovlige og doble vakter i stor skala.

Dette gjelder antakelig ikke bare i sykehjem, men også i sykehus. Vi vet at i sykehusene forsvant hjelpepleierne for mange år siden, noe sykepleierne selv via fagforeningen(e) og tillitsmannsapparatet bidro til. Så hva skjer når det helt fundamentale i sykepleien blir en salderingspost, og hva gjør sykepleierne og fagforeningen(e) med det?

Det må varsles

Når pleien og omsorgen blir dårligere og flere får tjenester som blir presset både på tid og kvalitet, er det behov for kritiske røster og sterke fagpersoner som kan påpeke kritikkverdige forhold og ivareta viktige faglige hensyn. Ekstra alvorlig er det da, at samtidig som presset på produksjon og liggetid øker, blir vilkårene for uavhengig kritikk og varsling marginalisert. Man ser lojalitetspåbud, forfølgelse av dem som tør å uttale seg kritisk, samt mangelfull kommunikasjon mellom ledelse og de ansatte i helseforetakene. Det finnes ikke ord som er mer misbrukte enn «demokrati» og «ytringsfrihet». De er honnørord i alle sammenhenger, men hvor mye er de verdt når personer virkelig tør å ytre seg kritisk? Hvis man mener noe med demokratiske verdier, må man ikke bare tåle å møte kritikk når den kommer, man må kontinuerlig oppfordre til åpenhet og kritisk innsyn.

Sykepleierrollen er presset, og som en våken og kritisk stemme for faget er den kanskje marginalisert. Men hvem skal heve stemmen for den faglige kvaliteten

For mye tid går til papirarbeid og dokumentasjon.

er prinsipielt sett viktigere enn krav om økt produktivitet, kostnadseffektivitet, nedkorting av liggetid osv. At helsetjenester skal fordeles til det beste for alle pasienter kan ikke være for styrende for sykepleierens møte med den enkelte pasient.

Hvor går grensen?

Overfor den enkelte pasient skal det være mulig å yte pleie og omsorg som er «god nok». Men hva er «godt nok»?

Helsepersonelloven sier at helsehjelpen skal være faglig forsvarlig og omsorgsfull, men uten at dette spesifiseres noe nærmere. Vanligvis betraktes faglig forsvarlighet som en minstenorm for behandling og omsorg. Akseptabel sykepleie må normalt ligge godt over en slik minstestandard. Det er ikke godt nok at sykepleieren stadig får mindre tid til å ta seg av situasjonsbestemte behov for samtaler, informasjon og trøst. Det er heller ikke godt nok når tid til sår profylakse blir salderingspost i sykepleie, samt det å

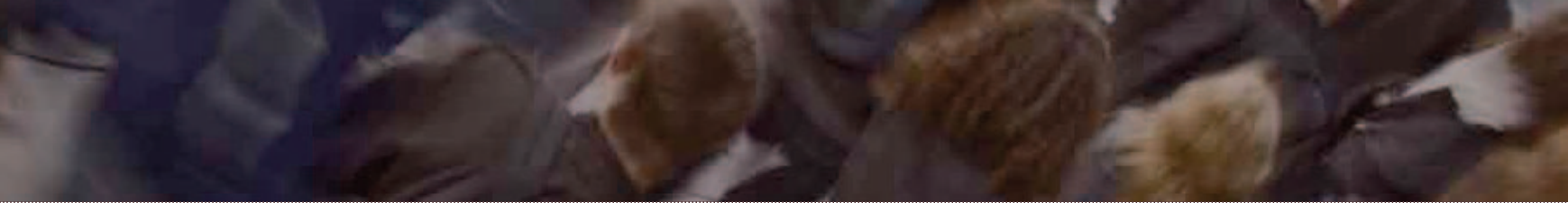
Andre faste bidragsgivere



Professor i sykepleie ved Universitetet i Nordland **Berit Støre Brinchmann**



Leder Rådet for sykepleietikk **Marie Aakre**



i pasientomsorgen om det ikke er sykepleierne? Kari Martinsen skrev for 30 år siden om de freidige og uforsagte diakonissene som bygget opp utdanningen av sykepleiere i Norge. Vi må igjen bli freidige og uforsagte, våge å kritisere maktutøvelse vi er uenig i og stå på for kvalitet og akseptable arbeidsforhold. Og vi må gjøre det i allianse med annet helsepersonell, også pleie og omsorgsarbeidere og ufaglærte.

Jeg er ikke naiv. Jeg erkjenner meget godt at man ikke ensidig eller snevert kan forsvare omsorgen for enkeltpasienter når det er mange som trenger hjelp og når ressurser er begrenset. Jeg skjønner også at effektivisering og nedkorting av liggetid ofte er instrumenter for rettferdig fordeling av helsetjenester. Men akkurat som medisinen ikke er tjent med at leger er og oppfattes som produksjonsarbeidere, så kan heller ikke sykepleien akseptere at idealene om god og helhetlig omsorg alltid bare blir idealer på et papir eller bare synliggjøres i fine festtaler. ■■■



Arkivfoto: Erik M. Sundt



- » Når ressurser er begrenset og man må prioritere, hvor går grensen for marginalisering av sykepleiens fag og funksjonsområde?
- » Hvilke verdier er det viktig at sykepleien ivaretar i tider med ressursknapphet og økende krav om kostnadseffektivitet?
- » Hvilken rolle kan både den enkelte sykepleier og ikke minst ledelsen av faget på alle nivåer spille i arbeidet for en forsvarlig og god pasientomsorg?

Til refleksjon

Send din mening på epost til interaktivt@sykepleien.no, eller skriv til Sykepleien, boks 456 Sentrum, 0104 Oslo. Du kan også lese inn din reaksjon på telefon 22 04 33 65. Reaksjoner fra leserne trykkes i neste nummer.

LITTERATUR:

1. Førde R, Pedersen R, Nortvedt P, Aasland O. Får eldreomsorgen nok ressurser? Tidsskrift for den norske legeforening 2006; 15 (126): 1913–1916.
2. Tønnessen S, Førde R, Nortvedt P. Pasientenes beskrivelse av hjemmesykepleien når ressursene er begrenset – omsorg på andres premisser. Nordisk tidsskrift for Helseforskning 2009; 1: 57–70.
3. Pedersen R, et al. In Quest of Justice? Clinical Prioritisations in health care for the aged. Journal of Medical Ethics 2008; 34: 230–235.

www.sykepleien.no

Flere dilemma på sykepleien.no under fanen interaktivt.



TETT PÅ Hanne Bjurstrøm

Alder: 50 år
Utdanning: Jurist
Yrke: Arbeidsminister (Ap)
Hvorfor: Da det ble kjent at Adecco Helse i årevis har drevet ulovlig på Ammerudlunden sykehjem, har arbeidsmiljøloven vært daglig i mediene. Hanne Bjurstrøm har brukt mer tid på helsesektoren enn noensinne.

En alvorlig sak

Hanne Bjurstrøm har fått helsevesenet i fanget.
Det begynte med Ammerudlunden. Tekst og foto Marit Fonn



«De første tankene var:
Hvor ille er dette?
Hvem står bak?»

M

enns seksualitet, sier du?

Arbeidsministeren har akkurat fått vite at Sykepleien skriver om mer enn lønn og Adecco-skandaler.

– Det hadde jo vært interessant å snakke om, sier hun og synker ned i den lyse kontorsofaen sin.

Men det er selvfølgelig ikke derfor vi er her. Det er travle tider for Hanne Bjurstrøm. Aldri har hun

viet helsesektoren mer oppmerksomhet.

«Sykehjems-suksess driver ulovlig. « Det var nyheten på Dagsrevyen i midten av februar. Skurken er Adecco, som har underbetalt de ansatte på prisbelønte Ammerudlunden.

Rundt halsen har Bjurstrøm dandert et lunt skjerf. Godt for nakken, hennes mest sårbare kroppsdel.

– Hvor var du da ulovlighetene ble kjent?

– Ja, hvor var jeg? Jeg var vel mer eller mindre på vei til vinterferien min som var planlagt lang tid i forveien. Den ferien ble preget av Ammerudlunden.

– Hva tenkte du?

– De første tankene var: Hvor ille er dette? Hvem står bak? Hvem har ansvar?

Dag for dag ble saken rullet opp.

– Jeg så at det var veldig alvorlig. Adecco økte jo sitt utbytte på ikke å betale overtid.

Systematiske brudd på arbeidsmiljøloven ble innrømmet for åpen mikrofon. At det akkurat var Adecco som var synderen, er hun spesielt overrasket over. Det er det største bemannings-selskapet i Norge og har kontorer i 60 land.

– Det er 1 500 registrerte vikarbyråer. Før dette – hvem trodde

«Et samfunn med oljeturnus for alle, det vil ikke jeg ha, altså.»

du var det firmaet som mest sannsynlig holdt orden? Du ville sagt Adecco. De hadde jo så utrolig mye å tape på å ha uorden.

Nakkemusklene holder ministerens urolige hode på plass. De får stadig kjørt seg.

I NI ÅR JOBBET hjelpe- og sykepleiere altfor mange timer. «Ønsketurnus» er blitt et begrep med bismak.

– Hvordan kunne dette skje, tror du?

– Folk ønsker å tjene penger der de kan, og en del bryr seg ikke om at de bryter loven for å gjøre det. Å maksimere inntekt er en drivkraft for et bemanningsbyrå. Mot det har vi laget lover og regler for å skape balanse i arbeidsforholdene. Men bemanningsbyråene tilbyr ofte kvinnelig, ufaglært og uorganisert arbeidskraft. Da blir de mekanismene borte.

Nå kommer pekefingeren fram:

– Det mest alvorlige: Kommunene har ansvar for tjenestene de kjøper.

Det ljoemer i en mobiltelefon på skrivebordet. Hun spretter opp.

– Jeg skal slå den av. Nei, denne må jeg ta. Hei, det er Hanne.

Hun tar noen stødige støvlettskritt og lukker døren etter seg.

Da er det bare å vente. Bjurstrøm er ministeren som begynte med permisjon og siden ble sykmeldt. Det er sånt folk husker. Da hun ble utnevnt i oktober 2009, fikk hun fortsette å lede forhandlingene under FNs klimakonferanse. 21. desember tiltrådte hun som arbeidsminister.

Et knapt år etter ble hun syk. Hun hadde gjort nybegynnerfeilen; glemt å ta vare på seg selv. Jobbet for mye, sovet og trent for lite. Nakken slo seg vrang. Noen murret: «Vi kan ikke ha en sykmeldt minister». «Jo, det kan vi,» sa statsministeren. To måneder etter var hun på plass.

DER ER HUN TILBAKE. Hun forklarer:

– Vi har et budsjett vi holder på med.

– Hvem snakket du med?

– Det forteller jeg ikke, sier hun og gjeninntar sofaposisjonen.

– Hvor var vi? Jo, ansvarsforholdene. Vi har regler om å føre tilsyn. Der svikta det. Det er alvorlig. Gode rutiner må til.

For det er jo ikke bra at et bemanningsbyrå, som til og med drifter et sykehjem, vinner en anbudsrunde på feilaktig grunnlag.

– De sa det jo rett ut, at hvis de hadde betalt det de skulle, ville de ikke tjent penger på det.

Om sosial dumping foregår i helse-Norge, er det verre i renholdsbransjen, mener ministeren:

– Den er den mest forferdelige, med underbetaling og manglende pensjon. Den er virkelig preget av innvandrere – som ofte ikke kjenner sine rettigheter. Renholderne er mindre synlige. De kommer på jobb når andre har gått hjem.

– Er Adecco-saken et bevis på at private aktører ikke hører hjemme i helsevesenet?

– Nei. Vikarer trengs både i privat og offentlig sektor. Men vikar eller ikke vikar – ansatte skal ha de rettighetene de har krav på.

– Hvordan skal de tjene penger når de ikke lenger kan underbetale dem?

– Har de orden i sakene, da er de inne. De kan vinne på gode rutiner. Da er det ikke gærnt med private.

HADDE BARE Arbeidstilsynet tatt seg et uanmeldt besøk på Ammerudlunden, har det blitt sukket. Da ville de ha avdekket sovende pleiere i bomberommet lenge før Dagsrevyen var der. Bjurstrøm blir provosert over sånt snakk:

– Det er utrolig skjevt at det blir en debatt om Arbeidstilsynet. Et tilsyn kan ikke ordne opp i alt. Det er vikarbyråene og kommunene som må sørge for at de ansatte ivaretas.

– Jo, men de gjør jo ikke det?

– Det kan aldri frita dem for ansvaret.

«Å være offentlig syk var ingen god ting.»

Arbeidstilsynet får nå utvidede fullmakter til å kontrollere at kommunene har gode systemer og etterlever pliktene de har. Bjurstrøm lover både meldte og uanmeldte besøk av tilsynet.

– Men det er altså forskjell på et sykehjem og en byggeplass. Der er det ulovlig arbeidskraft som er borte hvis man melder sin ankomst på forhånd. Det er lite sannsynlig at et stort sykehus eller sykehjem makulerer vaktlistene sine.

– Det blir vel mer ressurser på Arbeidstilsynet nå?

– Vi har gitt tilsynet både mer ressurser og større fullmakter de siste årene, og vurderer kontinuerlig behovet. Men igjen, denne saken handler ikke om Arbeidstilsynet.

Bjurstrøm synes ikke det er rart at utlendinger vil jobbe i Norge. Hun viser til finanskrise og åpent arbeidsmarked.

– Og vi trenger jo arbeidskraft.

Juristen gjør seg klar for tre argumenter: Ansatte, norske eller ikke, skal behandles ordentlig. Bemanningsfirma som driver seriøst skal ikke utkonkurreres av dem som leverer anbud med halv tarifflønn. På tredje punkt lener hun seg fram:

– Og helt grunnleggende: Norge er en suksess!

Hun ramser opp: Høy vekst, høy lønn, god velferd, lav ledighet.

– Så har vi et veldig godt organisert arbeidsliv. Dette må vi hegne om. Sosial dumping er den største trusselen.

Mange er villig til å underby seg og godta lavere lønninger.

– Det ser vi både i England og USA. Det er veldig farlig.

Her kommer ILO 94 og ESA inn i bildet. Vi snakker om en internasjonal konvensjon, som sikrer ansattes rettigheter når det offentlige kjøper private tjenester og et overvåkingsorgan som skal se til at konkurransereglene blir fulgt.

Her hjemme har Bjurstrøm satt ned en arbeidsgruppe. Der skal Unio tale sykepleiernes sak.

OGSÅ DET OFFENTLIGE driver rovdrift på personalet. Altfor mange jobber altfor mange timer i strekk.

– Er de statseide sykehusene så mye bedre enn private byrå?

– Det er to forskjellige ting. Det offentlige har behov for folk. Og lar dem derfor jobbe for mye. Men de får lønn, overtid og pensjon. Det andre har skjedd fordi noen vil ha gevinst.

– Er arbeidstidsordningene for lite fleksible?

– Å, du vil jeg skal si at Sykepleierforbundet er altfor rigid. Det sier jeg ikke.

Arbeidsmiljøloven er fleksibel nok, mener hun: Den beskytter arbeidstakerne, men gir rom for dispensasjon.

– Det går stort sett greit. Arbeidsgiverne ønsker mer fleksibilitet og viser til de syke og pleietrengende. Vi ser på det hele tiden. Men et samfunn med oljeturnus for alle, det vil ikke jeg ha, altså.

– Føler du ansvar for å rekruttere gode arbeidsfolk til helsesektoren?

– Min viktigste rolle er å utnytte de arbeidsressursene som fins i Norge. Får jeg noen av de ledige inn i helse og omsorgssektoren, er det bra.

HUN RETTER SEG OPP. Stortinget kaller.

– Hva lærte du som pasient?

– Jeg var ikke på sykehus, da. At syke trenger å beskyttes, visste jeg fra før. Nå fikk jeg det enda mer bekreftet. Men å være offentlig syk var ingen god ting. Oj, jeg må huske å sende en hilsen til Brekk.

Regjeringskollegaen er på sykehus med nyoperert lår etter at han ramlet ned en steintrapp i landbruksdepartementet. Nå vil han bli den første i regjeringen med gradert sykmelding.

– Betydningen av god, nær oppfølging av helsevesenet er uvurderlig. Jeg må få berømme min fastlege for måten han fulgte meg opp på.

– Blir det mye overtid på deg?

– Jobben er et tillitsverv. Jeg kan ikke bare stoppe og si at nå er dagen over. Men jeg prøver å delegere mer og jobbe smartere.

Hun kler på seg brun skinnkåpe, skifter til et tjukkere skjerf og organiserer i vesken.

– Hva var det der med menns seksualitet, spør hun nysgjerrig mens hun drar på seg rosa skinnhansker.

– En ny bok.

Den er på 300 sider. Det spørres om hun har tid til den slags lektyre. ■■■





REFLEKS

Gjesteskribent Kristin Heggen

Navn: Kristin Heggen

Yrke: Professor i helsefag, Institutt for Helse og samfunn, og studiedekan, Medisinsk fakultet, Universitetet i Oslo

E-post: k.m.heggen@medisin.uio.no

Papirmakt

Tilsynelatende uskyldige hverdagspraksiser, av typen kvalitetssikringssystemer, kan være bra for helsa.

En uforglemmelig og sen kveld for noen år siden forsøkte jeg å lage en skriftlig plan for hvordan et masterstudium i helsefag ved Universitetet i Oslo kunne kvalitetssikres. Jeg hadde på den tiden gleden av å være programleder for et studiemiljø med flinke studenter og kloke kollegaer. Men denne kvelden var jeg sur og oppgitt og syntes det hele var en nokså tåpelig øvelse og misbruk av min tid.

Jeg fikk etter mye kaffe og sjokolade produsert en tekst som ble oversendt daværende studiedekan på medisinsk fakultet. Den ble ikke godkjent. Planen kom i retur med høflige kommentarer om at kontrollen med kvaliteten i studiet måtte beskrives bedre.

Det ble en ny kveldsøkt, mer kaffe og sjokolade og ny oversendelse til høyere hierarkiske makter. Denne gangen ble kvalitetssikringssystembeskrivelsen godkjent. Smak på det ordet: Kvalitetssikringssystembeskrivelse!

En ting er ordet, men noe annet er selvsagt den nye måten å styre utdanning på, eller for den del helsetjenester. Kvalitetssik-

og mer på kontoret uten hvit frakk. Nå var arbeidsredskapet først og fremst produksjon av tekster. Han kontrollerte rapportene om kvalitet fra «førstelinjen». Noen stoppet hos ham, utløste kanskje stikkprøvekontroll i matdisker, mens andre rapporter ble sendt oppover i systemet.

Den franske filosofen og idéhistorikeren Michel Foucault har gjentatte ganger i sitt forfatterskap minnet oss om at tilsynelatende uinteressante hverdagspraksiser ofte spiller en lite erkjent, men avgjørende rolle i sosialt liv. Han bruker uttrykket styringsmentalitet om den makten vi ikke så lett får øye på fordi den styrer tankene våre innenfra gjennom institusjoner og ordninger som vi nesten ikke legger merke til og ikke stiller spørsmål ved. Det dreier seg om virksomme praksiser som agerer bak ryggen på oss.

I tilsyn og kvalitetssikringssystemer ligger det en makt som er lett å overse og som derfor virker i det skjulte. Nå er ikke tilsyn noe nytt fenomen. Helsetilsyn i Norge er godt og gammelt. Tilsyn er mer og mer populært, og måten det føres tilsyn med offentlig virksomheter på er i endring. Det føres tilsyn med utdanning og tilsyn med forskere. Tilsyn er selvsagt helt legitimt, men det betyr ikke at det ikke kan og bør kritiseres og diskuteres. Sverige har nå 310 ulike tilsynsorgan. Det eksakte tallet for Norge kjenner jeg ikke. Det er mange nye former for tilsyn av profesjoners arbeid som stikkordsmessig kan omtales som dokumentasjon, resultatmåling, transparens, godkjenning- og kontrollsystemer. Det dreier seg om praksiser som har til hensikt å kontrollere kvalitet, sikre brukeres rettigheter bedre, effektivisere tjenester og dokumentere resultater av velferdsordninger og profesjonsutøveres arbeid.

For mye kveldsarbeid skal ikke være bra for helsa. Og kaffe og sjokolade er langt fra sikringskost. Jeg ser likevel ikke bort fra at det kan ligge helsegevinster i en genuin utforskende interesse for tilsynelatende uskyldige hverdagspraksiser, av typen kvalitets-sikringssystemer. Mitt håp er at mange vil engasjere seg i diskusjonene om tilsyn og nymotens tekstproduksjon.

Kristin Heggen

Tekster i ulike fasonger og sjangre er et viktig arbeidsredskap.

ring er et globalt fenomen som iverksettes innenfor en hel rekke virksomhetsområder. Denne nye styringspraksisen med tilsyn og tekstproduksjon har faktisk begynt å interessere meg mer og mer.

Jeg har sittet mang en kveld tidligere i livet og skrevet på planer for utdanning. Før gikk det mest i læreplaner. Det vi kanskje kan kalle forkantstyring. I dag arbeider ansatte i offentlige virksomheter minst like mye med etterkantstyring. Tekster i ulike fasonger og sjangre er et viktig arbeidsredskap.

Situasjonen kan illustreres godt av en veterinær jeg hørte om som har hatt et langt yrkesaktivt liv i mattilsynet. De første tiårene brukte han hvit frakk og reiste mye rundt til forretninger og kafeer og sjekket at hygien var tilfredsstillende. Han så på oppvaskbenker og kluter, tok bakterieprøver og ga pålegg om utbedringer. De siste årene før han pensjonerte seg arbeidet han mer

Øvrige gjesteskribenter 2011:



Anders Folkestad
Leder i Unio



Cathrine Sandnes
er redaktør av tidsskriftet
Samtiden



Martine Aurdal
Leder av samfunns-
avdelingen i Dagbladet



Ingvar T. Skjerve
Sykepleier og forfatter