



Ernas grep

Under Erna Solberg forblir eldreomsorgen kommunens ansvar. Side 24

Mareritt

Karin opplevde alles mareritt: Hun ble mistenkt for pilleyveri. Side 12



Profesjonsnøytralitet er umulig.

Side 48



Sykepleien

LISBETH NORMANN: Vi er opptatt av at arbeidstidsordningen skal ivareta folks helse.

5 | 2011
14. april
2011
99. årgang



Kutter krefttest

Dette HPV-viruset kan lage kreft.
Det fins tester som kan oppdage viruset.
Nå vil Helsedirektoratet fjerne den testen
som kan være mest treffsikker.

**DEN ALLER
BESTE
RENTA**

**FOR DEG MELLOM
18 OG 33 ÅR!**

BLU

(BOLIGLÅN FOR UNGE)

LES MER PÅ DNB NOR.NO

Priseksempel Boliglån Ung (BLU) for helkunde under 34 år med lån i DnB NOR Boligkreditt: Lånebeløp kr 1 700 000, innenfor 90 % av verdi av egen bolig og 20 års løpetid. Nominell rente 3,15 % p.a. Annuitetslån med effektiv rente 3,23 % p.a. inkl etabl.omkostninger kr 1 750/1 000 og termingebyr kr 30. Samlet kredittbeløp og -kostnader kr 2 439 047. Månedlig avdrag varierer fra kr 2 004 økende til kr 13 707. Prisen er per 01.02.2011 og kan bli endret.

Ⓟ for BLU - Boliglån for unge.

Gode nyheter til deg mellom 18 og 33 år.

DnB NOR
Bank fra A til Å



NEW
THINKING.
NEW
POSSIBILITIES.



UEFA
EURO2012
POLAND-UKRAINE



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 Rebaard 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



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 sykepleierens interesser på dagsorden. Sykepleien skal delta i samfunnsdebatten og stimulere til engasjement og meningsbrytning. Sykepleien arbeider etter Vær Varsom-plakatens regler for god presseskikk. Den som mener seg rammet av urettmessig omtale oppfordres til å ta kontakt med redaksjonen. Brudd på pressens etiske retningslinjer, ifølge Vær Varsom-plakaten, kan klages inn for Pressens Faglige Utvalg. Sykepleien betinger seg retten til å lagre og utgi alt stoff som publiseres i elektronisk form.

Gjesteskribenter:



Randi Moan Riiber skriver om NSF's reiseforsikring, som dekker reiser med inntil tre måneders varighet. Sykepleiere på feriereiser som yter helsehjelp i nødsituasjoner i utlandet, er også omfattet av denne forsikringen. Side 44.



Lisbeth Normann er opptatt av at arbeidstidsordninger skal ivareta sykepleierens helse og velferd, på kort og lang sikt, og gjøre det mulig å utøve faglig forsvarlig sykepleie. Side 64



Rannveig Dahle tar et tilbakeblikk på de medisinske vikarbyråenes korte, men turbulente historie i Norge. Hun konkluderer med at Adecco-skandalen ikke bør komme som en overraskelse. Side 70



Martine Aurdal er opptatt av ultralyddebatten. «Frykten for det såkalte sorteringssamfunnet, der vi konsekvent velger bort barn som dem, er så stor at mange mener dette er et for stort valg til å overlate til kvinner», skriver hun i Refleks på side 80.



Innhold

Sykepleien

AKSJONISTEN: «Kort fortalt handler

Hva skjer

- 7 Aksjonisten
- 8 Hva skjer – småstoff
- 11 – Bløff
- 12 «Henlagt etter bevisets stilling»
- 16 Alle fylkesledere på plass
- 18 Mange netter, mer brystkreft
- 20 Tilbudet avgjør behovet
- 21 Voldtatte kvinner får vanskelige fødsler
- 22 Knusende dom fra sykepleierne
 - Erna vil trappe opp
 - Vil ha eldreloft uten stoppeklokke
- 26 Krever «dubbla pass»
- 28 Sykepleiere får varsler-pris
- 29 Vi bare spør Bente Eikås

Der ute

- 38 USA: Mer tid til pasienten
- 42 Bergen: Pilleteam rydder opp på sykehjem
- 44 Paragrafrytterne
- 45 Min jobb: Tone Hagestrand Brattekleiv
- 46 Oppdal: Sviktes av helsepersonell



38



24

64

Tema:

Kampen om krefttesten

- 32 «Saksgangen har lagt til rette for sterke utsagn som kan skremme befolkningen».
- 34 Kritiserer saksgangen
- 36 – Uforsvarlig å bruke testen
- 37 – Redder liv
- 37 Avviser alt

30



det om at folk i perioder skal kunne jobbe laaaange vakter.»

5 • 2011

14. APRIL 2011 • 99. årgang

Fag og bøker

- 48 Det er umulig å være profesjonsnøytral
- 50 Berde akutthjelp i liten kommune
- 55 Må samarbeide tettere
- 58 Forfatterintervju: Line Undrum Mariussen
- 60 Bokanmeldelser
- 61 Jeg elsker mitt ... INR-apparat
- 62 Kroppen på nett
- 62 Quiz

Mennesker og meninger

- 64 Lisbeth Normann om arbeidstid
- 65 Meninger
- 69 Minneord
- 70 Rannveig Dahle: En kamp om varme hender
- 72 Marie Aakre: Hverdagsdilemma på korridorene
- 74 Tett på Martin Frank Olsen
- 78 Hør her: Anders Folkestad vs. Per Kristian Sundnes
- 80 Refleks: Martine Aurdal

- 81 Stillingsannonser
- 87 Kunngjøringer

GJESTESKRIBENTEN:

«Kan sykepleier på postplan si nei til å ta imot nye pasienter?

Ja.»

Marie Aakre

72

«NSF er en organisasjon som alle andre. Med mennesker i.»

74



18





www.bayerdiabetes.no

tlf. 24 11 18 00

DU KONTROLLERER IKKE MEG, DIABETES

CONTOUR® USB fra Bayer er hendig for deg som måler blodsukkeret ditt ofte. Tydelig fargeskjerm med norsk tekst gir deg en unik mulighet til å følge trendene i blodsukkeret. Liten i størrelse, enkel i bruk og raske resultater. Det enkle vinner - simple wins.



FREDRIK 19 ÅR,
HAR LEVD MED DIABETES I 4 ÅR



Contour USB
BLOOD GLUCOSE MONITORING SYSTEM

simplewins™

Barth Tholens om arbeidstid

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

FLEKSIBEL OG GLAD: Arbeidsgiverne liker ikke lokale begrensninger når det er stemning for høyere fart. Illustrasjon: Sykepleien.



Ønskeønske

Både arbeidsgiverne og partiet Høyre mener at det må være greit å tøye og strekke arbeidstiden maksimalt, bare partene lokalt er enige om det. Men hva blir det neste?

I mars kom Statens vegvesen på at de ville sette ned fartsgrensen fra 80 km til 70 km, på totalt 420 kilometer med vei. På andre steder måtte farten ned fra 90 til 80. Formålet med tiltaket var å redusere antallet ulykker. Mange ble opprørt. Også jeg kjente et stikk av irritasjon, selv om jeg ikke ferdes på noen av de berørte veistrekningene. Derimot kjører jeg av og til i utlandet. Sammenliknet med kjøringen der, oppfører vi oss som skilpadder ute på riksveiene våre. Og nå skulle det gå enda saktere?

Vegvesenet viser imidlertid til sylskarp forskning: Veier med høy fartsgrense er farligst. 10 kilometer ned i timen gir 10 færre personer drept per år, slo veidirektøren fast. Et argument det er vanskelig å opponere mot. Alt tyder derfor på at forslaget går gjennom. Vi koder ikke med menneskeliv.

I arbeidslivet har vi nå en tilsvarende diskusjon, men med helt motsatt fortegn. Arbeidsgivere på sykehus og i kommunene vil

mener det til og med er bedre for de ansattes helse. De er jo så fornøyde med slike avtaler!

Spør du meg hadde jeg blitt særdeles betenkt om bilistene på en bestemt veistrekning i Norge hadde fått lov til å avtale med veivesenet at det var greit å heve fartsgrensen litt ekstra. La oss si på E6 gjennom Hedmark. Både bilister og Veivesenet i Hedmark kunne ha argumentert med at de ville komme både fortere og gladere fram på denne måten. Og det er jo ikke ulovlig med høyere fartsgrense på bestemte sterkninger heller. En luring kunne ha kalt det «ønskefart».

Jeg ønsker ikke å dra dette for langt. Men det er merkelig at sykehusene ikke er mer opptatt av hva lange vakter gjør med kvaliteten på pasientarbeidet. Det er jo tross alt deres primære anliggende. At lang arbeidstid svekker sansene og observasjonsevne, kan ikke komme som en overraskelse. Det kan se ut som et «ønskeønske» når arbeidsgivere tror at arbeidstakere tåler det meste - bare de blir betalt for det. For meg blir det som å trække gassen i bønn på vei til Trondheim og argumentere med at bilen er flott og bremsene fine.

Jeg forstår derfor godt NSF's skepsis mot at alt skal kunne avtales lokalt (les Lisbeth Normann på side 64). Riktignok har det lenge vært slik at leger har kunnet avtale seg til grotesk lange vakter, uten at noen har slått alarm. Det er mulig at samfunnet har ekstra tro på at leger i kraft av sin intelligens vet hvor forskjellen går mellom fete lønnstillegg og forsvarlig pasientbehandling. Uansett står det respekt av at NSF står imot det massive presset mot arbeidstiden som vi opplever i dag. Ikke fordi sykepleierne helst vil sitte på kafé, slik Spekters Anne Karin Bratten uttrykte det. Men fordi noen må holde fast ved at de beste arbeidstakere er mennesker som også har et liv ved siden av. Det er kanskje ikke i Spekters interesse. Men det er i hvert fall i pasientens interesse.

A handwritten signature in black ink, which appears to read 'Barth Tholens'.

For meg blir det som å trække gassen i bønn på vei til Trondheim.

gjørne at sykepleiere og andre aksepterer mer fleksible arbeidstider. Formålet er å få bemanningskabalene til å gå opp. Kort fortalt handler det om at folk i perioder skal kunne jobbe laaaange vakter, slik at det er lettere for arbeidsgiveren å få turnus til å gå opp. De frister med penger - og fordi mange gjerne vil tjene en ekstra slant, har slike turnuser fått betegnelsen «ønsketurnus».

Høyre er helt med på dette. Så lenge man holder seg innenfor loven, må man lokalt kunne avtale hva man vil, heter det der i huset. Torbjørn Røe Isaksen koler på litt ekstra på Høyres nettsider: «Vi må modernisere arbeidsmiljøloven, slik at ansatte og bedrifter kan lage (arbeidstid)ordninger som er mer tilpasset deres behov». Han mener at det er helt feil at sentrale fagforeninger skal kunne legge ned veto mot lokale arbeidstidavtaler. Ja, han

Viagra har snudd sexforskning på hodet

For 25 år siden var den vanlige oppfatning at et labert sexliv skyldtes psykiske problemer. Derfor skulle man til psykiolog. I 1998 kom Viagra og endret den oppfatningen.

– At man kunne bruke medisin mot problemer i sexlivet har vendt opp ned på forskningen, sier overlege Ellids Kristensen til videnskab.dk.

Foto: Colourbox

Vidensab.dk

Trondheim bryter med Helsenor

Trondheim kommune sier opp avtalen med vikarbyrået Helsenor Konstali AS. Rådmannen mener byrået ikke har gjort nok for å rette opp mangler kommunen har avdekket, som ble påpekt i et varsel om mulig oppsigelse 18. mars. Svarene fra byrået bekreftet at det ikke er i stand til å leve opp til kravene i arbeidsmiljøloven. Kommunen har derfor ikke lenger tillit til byrået.

– De forholdene som er avdekket representerer vesentlig mislighold av avtalen fra Helsenors side. Selv etter at Helsenor ble bedt om å rette opp avvikene, ble det påvist nye brudd på arbeidsmiljøloven sier Anne Behrens, kommunaldirektør for organisasjon.

Hun mener det er ekstra alvorlig at avvikene som er avdekket må ha vært kjent for ledelsen i Helsenor i lengre tid, uten at byrået har forsøkt å gjøre noe med det.

– For oss framstår det som om de ikke har forstått alvoret i saken, sier Behrens.

Vikarene som er tilsluttet byrået vil få anledning til å fullføre oppdrag ut april, men vil ikke få forlenget kontrakten, men vil selvsagt kunne få oppdrag gjennom andre vikarformidlingselskaper, understreker Behrens.



Foto: Colourbox

Pleie og omsorg, en hodepine

I 2030 kan det være mangel på 40 000 årsverk i pleie- og omsorgssektoren, i følge Fafo-rapport. Oppdragsgiver er Senter for seniorpolitikk.

For å unngå denne mangelen, må uførepensjonering og tidligpensjonering reduseres i sektoren. Studien indikerer også at endrede arbeidstidsordninger kan slå positivt ut på både rekruttering, sykefravær og trivsel hos ansatte og brukere.

NTB

Skikket eller uskikket?

Arbeidet med skikketethetsvurdering møter to hovedproblemer ifølge en rapport som skal behandles i Universitets- og høyskolerådet (UHR) styremøte 29. april:

- › Lov- og regelverk er uhenksommessig og uklart
- › Det er manglende fokus på skikketethetsarbeid i institusjonene

Rapporten kommer med forslag til hvordan man kan få gjort noe med utfordringene. Du kan lese hele rapporten på UHRs hjemmeside.

Foto: Colourbox

UHR

Hva skjer

Les mer om:

- 11** Bløff om it-løsninger ›
- 12** «Henlagt etter bevisets stilling» ›
- 16** Alle fylkesledere på plass ›
- 18** Mer nattarbeid = høyere kreftrisiko ›
- 20** Tilbud avgjør behovet ›
- 21** Voldtatte kvinner får vanskelige fødsler ›
- 22** Knusende dom fra sykepleierne ›
- 26** Krever «dubbla pass» ›

sykepleien.no

Se flere nyheter på sykepleien.no



Journalistenes drøm

Sykepleieren Oline Hesselberg som varslet om forholdene på Ammerudlunden er en dame etter journalistenes smak. Det slo Anne Lindmo fast for en fullsatt sal på den årlige Skup-konferansen for kritisk journalistikk, der Hesselberg var gjest.

Hun fortalte hvordan hun med hjertet i halsen sto i mørket og kopierte vaktlister for Dagsrevyen som trengte dokumentasjon før de gikk på luften med Adecco-saken om ubetalt overtid og overnatting i bomberom.

Foto: Marit Fonn

Helsebank

11 sykepleiere selger sine tjenester til pasienter som de lover raskere og bedre behandling på norske sykehus. Det skjer gjennom firmaet «Min helsebank». Geir-Ketil Hansen er SVs helsepolitiske talsperson. Han reagerer på at sykepleierne er ansatt ved offentlige sykehus og samtidig fungerer som en slags helseadvokat i privat praksis.

NRK

Gjennomsnittlig månedslønn for heltidsansatte i kommunale og fylkeskommunale helsetjenester (kroner).

YRKE	2009	2010	Endring i prosent
Leger	46 300	49 400	6,7
Spesialsykepleiere	33 800	35 500	5,0
Fysioterapeuter	30 400	32 100	5,6
Sykepleiere	32 800	34 600	5,5
Vernepleiere	32 500	34 100	4,9
Kontoryrker	27 500	29 100	5,8
Hjelpepleiere	29 800	31 600	6,0
Helsetjenester i alt	33 300	35 100	5,4



Kilde: Statistisk sentralbyrå Lønnsstatistikk 2011.

Protester etter sykepleierkritikk

Silje Marita Strand, sykepleier på Haukeland, har satt i gang en underskriftskampanje mot Spekter-direktør Anne-Kari Brattens utspill på NRK Dagsrevyen 6. april. Bratten kritiserte sykepleiere for å velge fritid fremfor arbeidstid, og heller gå på kafé og Sats enn å jobbe. Kampanjen har i skrivende stund 2389 underskrifter. Bratten har også fått mange kommentarer i aviser og på nett, og ifølge Dagbladet rundt 350 SMSer fra rasende sykepleiere.

Feite europeere

Over halvparten av borgerne i EU-landene er nå overvektige. I alle land blir folk tyngre, og utviklingen skjer stadig raskere.

I snitt lider 15,5 prosent av alle voksne personer i Europa av helseskadelig fedme, men her varierer tallene en del. I Romania, Sveits og Italia lider under 10 prosent av helseskadelig fedme, mot over 20 prosent i Storbritannia, Irland, Malta og Island. Fedmerelaterte kostnader er beregnet å utgjøre 7 prosent av de totale helseutgiftene i EU, ifølge OECD og Europakommisjonen.



MOT STUPET: Europeere blir mer og mer overvektige. Foto: Colourbox

Flere digitale tjenester



LETTERE: Det blir lettere for pasienten å få oversikt over egne pasientforhold. Og lettere å finne informasjon, er Helsedepartementets plan. Arkivfoto: Erik M. Sundt

Til sommeren skal pasienter få nye, digitale muligheter til innsyn i egne pasientforhold via en ny helseportal, opplyser helsedepartementet i en pressemelding. Der vil man også få hjelp til å finne frem i mangfoldet av helsetjenester og hvilke rettigheter man som pasient har.

Regjeringen starter også i disse dager arbeidet med en stortingsmelding om helsetjenester i den digitale hverdag. Den skal legges frem våren 2012.

– Helsetjenesten må i større grad enn i dag

involvere brukere og pasienter. Jeg mener at pasienten må settes i stand til å være en aktiv deltaker i spørsmålet rundt sin egen helse. Det betyr blant annet at vi må satse sterkere på digitale tjenester, sier helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen.

Departementet følger opp en trend i EUs arbeid på helseområdet, der e-helse har høy prioritet. Den europeiske sykepleiersammenslutningen EFN er med i tre prosjekter innenfor e-helse. Norge er i tillegg godt representert i to av prosjektene, ifølge Sykepleierforbundet.

TERAPI av Bodil Rørvhaug



Meninger fra www.sykepleien.no

Sosial dumping?

”Jeg har de seneste ukene fulgt med i debatten rundt manglende overtidsbetaling på privatrevne sykehjem. Mitt spørsmål er følgende: De sykepleierne dette dreier seg om, de har vel fått betaling for kvelds- og natttillegg?...og har de fått det, så er vel differansen mellom dette og overtid nærmest minimal? Om dette er korrekt, så bør både L. Normann og andre spise i seg bruken av uttrykket «sosial dumping». (Innlegget er forkortet. Red.)

Morten G. Dahl

Hele innlegget finner du på: www.sykepleien.no_debatt



Kall det gjerne
en forenkling,
men det er
kanskje akkurat
det som må til.

Til deg som er sykepleier

Hjerte- og karsykdommer er den største dødsårsaken i Norge. Men det er en dødsårsak det er fullt mulig å gjøre noe med. Gjennomsnittsnordmannen har et kolesterolnivå på 5,8 mmol/l, mens et tilfredsstillende nivå er å ha under 5,0*. Får vi ned kolesterolet, forbedres nordmenns hjertehelse. Så enkelt er det.

Vi vet man bør fordype seg i LDL-kolesterol og HDL-kolesterol, men vi mener likevel at den første utfordringen er å få folk opptatt av totalkolesterolet. Og hvordan de som har for høyt, kan redusere det.

Det er derfor vi våren 2011 setter i gang kampanjen «Har du under 5?». Den skal få folk interessert i kolesterol, bli opptatt av å kjenne sitt eget nivå og skjønne hva som påvirker kolesterolverdien. Kan vi klare det, har vi kommet langt.

**Nå starter en stor kampanje som setter søkelys
på kolesterol og hjertesunne levevaner.**

* Kilde: Helsedirektoratets nasjonale retningslinjer fra 2009



— Bløff

Teknologirådet slakter dagens it-løsninger som skal hjelpe pasienter å velge behandlingssted.

PARADOKS - I et land hvor nesten alle har tilgang på internett, burde ikke dette være vanskelig å få til, mener Teknologirådets Tore Tennøe.

Danmark har klart det, Tyskland har klart det, England har klart det. Ja, selv sven-skene har klart å lage en brukervennlig helseportal med nyttig informasjon for pasientene. Klarer Norge det samme?

Helse- og omsorgskomiteen fikk nylig overrakt Teknologirådets rapport «Kvalitet i helsevesenet – hva skal vi få vite?»

Direktør i Teknologirådet, Tore Tennøe, er ikke nådig i sin kritikk av dagens system.

– Portalen «Fritt sykehusvalg» er for dårlig. Hvis jeg skal kne-opereres, vil jeg vite hvem som er gode på akkurat det. Slik informasjon er ikke tilgjengelig. Jeg kan få vite hvor lang liggetid og hvor mange korridorpasienter et sykehus har, men det er ikke særlig relevant. Det betyr at pasientenes valgfrihet ikke er reell. Det er en bløff, sier han.

Ny portal

I juni lanseres en ny helseportal i regi av regjeringen. Å få en portal som på sikt blir like brukervennlig som i våre naboland, er mulig i følge Teknologirådet. Dersom rådene i rapporten følges.

– Norge ligger langt etter land vi liker å sammenligne oss med når gjelder helseteknologi, sier han.

– Teknologirådet tar for seg alle sektorer. Er helsesektoren spesielt dårlig på IT?

– De henger etter. Det er litt rart ettersom helsevesenet på mange måter er en høyteknologisk sektor, sier han.

– Hvorfor er det slik?

– Det kan være at begrepet «varme hender, kald teknologi» har noe med saken å gjøre. Men da skal man huske på at det er ikke mye varme i

ringpermer og bilkjøring. For Norge burde dette være en enkel sak å få til. Vi bor i et land hvor så og si alle har internetttilgang og er vant med å bruke datamaskin, sier han.

Helse- det viktigste av alt

Kreftforeningens Anne Lise Ryel drar følgende sammenligning:

– Når jeg skal på ferie bestiller jeg gjerne via nettet. Jeg sjekker ikke bare om stedet jeg skal til har hotell. Jeg er også interessert i å finne det hotellet som passer mine feriebehov best. Jeg sjekker så hva tidligere gjester skriver om hotellet før jeg bestiller. Jeg tror de fleste nordmenn er vant til å hente inn informasjon som vi tar våre valg ut fra, sier hun.

På bakgrunn av dette synes Ryel det er et paradoks at vi ikke har samme mulighet til å sjekke kvaliteten på helsetjenester.

– Helse er det området som er viktigst for de fleste av oss, sier hun.

Vanskelig

Skeptikere mener at sykehusene har forskjellige journalsystemer som ikke «snakker» sammen. Noen mener også at det er vanskelig å lage gode nok kvalitetsindikatorer.

Tore Tennøe i Teknologirådet er ikke bekymret.

– Teknologien er der. Teknisk er det fullt mulig å få journalsystemer til å snakke sammen. Når det gjelder kvalitetsindikatorer har de klart å finne 137 i Sverige. Det gjøres et automatisk uttrekk så det blir lite ekstraarbeid for personalet. Begynn jobben, så får vi ta problemene etter hvert, sier han.

Hvorfor

Teknologirådet setter ikke fokus på dette for teknologiens skyld.

– Det er et faktum at vi blir flinke på det vi måles på. Måler vi logistiske oppgaver, ja så blir vi gode på det. Poenget må være at man vet noe om kvaliteten på tjenestene som gis. Når man ikke kan si at de er dårlige eller gode, er det vanskelig å forbedre dem, eller vite hvor det er bra og hvor det er for dårlig. Med gode kvalitetsmål blir helsetjenesten bedre, sier han.

Vil ha det nå!

Laila Dävøy (Krf) vil ha en rask løsning på plass.

– Vi trenger vel ikke finne opp dette selv. Kan vi ikke overføre de systemene som andre har tatt i bruk i andre land? spør hun.

Terje Kili i Forbrukerrådet synes det er trist at vi i Norge fremdeles diskuterer dette.

– Fritt sykehusvalg ble vedtatt i år 2001. Vi sitter altså fremdeles her og diskuterer. Begynn jobben, så tar vi problemene når de dukker opp, sier han.

Kreftpasienter

Helse- og omsorgskomiteens leder, Bent Høie, ønsker også å få et brukervennlig tilbud..

– Har du fått en kreftdiagnose og lurer på hvor det er kortest venteliste på behandling, finnes ikke det. Helseministeren sier nemlig at det ikke skal være ventelister på kreftbehandling. Så selv om det reelt sett er venteliste på kreftbehandling, vil ikke myndighetene opplyse om hvor lang den er, forteller Høie. ■■■

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

“Henlagt etter bevisets stilling”

SPENT: Karin skal snart tilbake på jobb etter svangerskapspermisjon. Det er snart to år siden hun ble mistenkt for pilletyveri.



Sykepleier Karin var mistenkt for pilletyveri. Og kan aldri renvaske seg for mistanken.

Tekst og foto **Marit Fonn**

Karin er på kveldsvakt 4. juni 2009. Klokken halv sju blir hun avbrutt i arbeidet av sin leder. Han tar henne ikke å være på jobb om kvelden. Han tar henne med til et samtalerom. Slik begynner historien om sykepleierens dyrekjøpte erfaringer.

Karin jobber på en spesialavdeling på Ahus uten inneliggende pasienter. Nå går hun og seksjonssykepleieren til samtalerommet. Der venter to fra sykehusets innsatsteam.

Karin tror først det er noe med familien. Men skjønner fort at det er det ikke. Det tverrfaglige innsatsteamet driver intern granskning. Det er opprettet for å bistå ved alvorlige hendelser ved sykehuset, som for eksempel svinn av legemidler. Teamleder er kvalitetssjef Anne Wenche Lindboe. Det er hun som nå leder møtet.

Sobril-tabletter forsvunnet

Karin føler de går rundt grøten. Som om de skal se om hun skjønner hvorfor hun er der. Så forteller de at det er registrert svinn av medisiner på avdelingen. Det dreier seg om B-preparatet Sobril, 10 milligram. Hvor mange tabletter sier de ikke.

Hun får høre at det er sannsynlig at det er henne. Karin er blant dem som har vært mye i medisinskapet, og hun har vært på jobb når pillene har forsvunnet. Det er lite medisin i omløp på denne polikliniske avdelingen. Derfor er det lett synlig hvis noe forsvinner. Medisinskapet er plassert midt i avdelingen der mange passerer.

Nå spør de henne om hennes bevegelser bestemte datoer to måneder tilbake i tid, klokken da og da. Karin vet ikke engang hvilke ukedager det var. Hun husker ikke. Da måtte hun jo ha

loggført for seg selv, tenker hun, og det er heller ikke lov.

De spør om hun har lagt merke til noe uvanlig. Kanskje noen var innom som ikke hadde vakt? Registrerte hun avvikende atferd blant kollegene? Karin sier hun ikke har grunn til å mistenke noen. Hun har ikke peiling på hvem det kan være.

Møtet varer i halvannen time. Skjelven drar hun hjem etterpå.

Kjennes som avhør

Det blir to tilsvarende møter de neste ukene. De tre møtene varer til sammen i over fem timer. Hun opplever samtalene som avhør. Hun har ikke med seg tillitsvalgt i disse samtalene.

Karin holder fast ved at hun ikke har stjålet piller, verken til eget bruk, til familiemedlemmer

eller salg, 100 tabletter skal ha blitt borte i løpet av flere uker. Påkjeningen er stor. Det er gått et par uker. Det er stressende å være på jobb. Matlysten forsvinner.

Hun blir spurt om hun vil snakke med noen utenfra, og takker ja til det, tenker det kan være lurt. Hun blir henvist til akuttpsykiatrisk vurdering. Selv tror hun at det er en vanlig samtale med en psykolog hun skal ha.

Ustabil eller veltilpasset?

Innsatsteamet mener at det haster. Karin er først i samtale med to psykiatriske fagfolk som konkluderer med at hun ikke er suicidal. Hun drar hjem. Dagen etter er hun i samtale på Lillestrøm distriktpsykiatriske senter hos psykiater Elisabeth Tjora. Hun reagerer sterkt på måten henvendelsen har skjedd på. Dette bekrefter hun senere i en legeerklæring. Psykiateren mener denne måten i seg selv representerer en belastning for Karin.

Tjora skriver at Karin er blitt framstilt som «en ustabil, misbrukende, mulig selvmordstruende person, som ikke kunne vente under et døgn på psykiatrisk vurdering». Men både hun og de to kollegene konkluderer likt: «Vi hadde for oss en psykisk frisk og stabil kvinne, som ikke bar preg av noe som kunne gi mistanke om misbruk av medikamenter i gruppe B. Gift, småbarnsmor, veltilpasset, glad i jobben sin. Hun benektet ethvert kjennskap til medikamentsvinnet.»

Tjora sykmelder henne.

Melder til politiet

Sykehuset melder saken til politiet 24. juni. Gjerningsdatoen blir registrert som 17. april. Politiet kommer på inspeksjon i avdelingen. Der er innsatsteamet, lederen og Karin til stede. Politiet kjører henne siden til politistasjonen for avhør. Hun har denne gangen med seg en tillitsvalgt, som hun selv har kontaktet.

Politimannen er hyggelig. Karin opplever at avhøret, som varer i 20 minutter, er et kafeslabberas sammenliknet med samtalene hun har hatt på sykehuset.

«Hva skjer nå?» lurer hun. Det er bare å vente. Hun må regne med at det vil ta tid før saken blir avklart. Det blir mange telefoner til politiet. Hun vil vite hva som skjer. Får høre at denne saken ligger langt ned i bunkene deres, de har saker om grov vold og overgrep å ta seg av.

I september innkaller seksjonssykepleieren og kvalitetssjef Lindboe til drøftingsmøte på sykehuset. Det vises til paragraf 15-1 i arbeidsmiljøloven. Paragrafens tittel er «drøfting før beslutning om oppsigelse». I brevet står det at hun har fått status som mistenkt i saken som er under politietterforskning.

I møtet gjentar hun det hun alltid har sagt: Hun har ikke tatt noen piller. Foretakstillitsvalgt Kai-Øivind Brenden er med henne.

Karin er nå gravid med sitt andre barn. Men siden hun fortsatt er tidlig i svangerskapet, er de enige om ikke å si noe til arbeidsgiver ennå.

Kritisk til innsatsteamets mandat

Arbeidsgiver oppsummerer i et referat at situasjonen er fastslått. Helsetilsynet er orientert om den dokumentasjonen som er oversendt politiet.

Brenden sender kommentarer tilbake. Blant annet etterlyser han hvilken dokumentasjon politiet har fått og referater fra de tre tidligere samtalene med innsatsteamet. Det bekymrer ham at arbeidstaker ikke får tilgang til referater fra møter hvor vedkommende selv er part, skriver Brenden i brevet.

«Det var fornærmende at de trodde at jeg knaska piller.»

Sykepleier Karin

Siden hører de ingenting. Brenden purrer på informasjon. Han er kritisk til måten innsatsteamet arbeider på. I en e-post til personalavdelingen 9. desember viser han til at det mangler mandat og rutiner for teamet.

«NSF vil måtte vurdere å oppfordre medlemmene til ikke å samarbeide med teamet så lenge dette ikke er avklart, særlig med bakgrunn i de erfaringene vi har med teamet så langt», skriver han.

Politiet henlegger

18. desember får Karin vite på telefon at politiet henlegger saken etter bevisets stilling. Julaften 2009 får hun det skriftlig i posten.

Hun reagerer dobbelt: Fint at hun ikke blir siktet og at saken henlegges. Men så lenge det vises til bevisets stilling, får hun heller ikke sjansen til å renske seg.

1. februar 2010 innkaller lederen hennes til et sykefraværoppfølgingsmøte. Han skriver at medikamentsaken nå er avsluttet. Tema for møtet vil være hvordan arbeidsgiver kan tilrettelegge for henne så hun kommer seg tilbake i jobb. Tillitsvalgt Brenden og en fra personalavdelingen er med. Karin håper at avdelingsleder vil beklage det hun hadde blitt

utsatt for. Lederen på sin side mener saken er avsluttet. Det blir et kort møte.

23. februar skriver sykehuset til Brenden at «denne vanskelige og belastende saken har vært håndtert på en forsvarlig måte overfor alle medarbeiderne i avdelingen».

I april føder hun en sønn og går ut i svangerskapspermisjon. Hun har knapt kontakt med arbeidsplassen. Permisjonen går ut 9. mai 2011. Da skal hun tilbake på jobb.

– Skummelt

Karin har valgt å droppe etternavnet på trykk, så ikke saken skal hefte ved henne for all framtid. Men hun mener hennes historie bør bli kjent, for i prinsippet kan enhver sykepleier havne i det samme uføret.

– Når jeg ikke har gjort noe galt, kjennes det veldig urettferdig å risikere å miste arbeidsplassen. Jeg har ikke noe å skjule.

– Hvordan kan vi vite at du er uskyldig?

– Jeg blir aldri rensket. Det har jeg innsett. Men jeg vet jo selv at jeg ikke har stjålet piller.

– Du skal snart tilbake til samme arbeidsplass. Hva tenker du om det?

– Jeg vet ikke hvordan det blir. Men hvis jeg ikke prøver, får jeg heller ikke vite det. Jeg trivdes veldig godt, og da er det skummelt å tenke på hvordan alt plutselig ble snudd på hodet. Lederen min har sagt at jeg er velkommen tilbake. Det må jeg tro på. Vi hadde jo et godt samarbeid før alt dette skjedde.

Likevel er tvilen der: Vil han støtte henne hvis det blir konflikt? Blir hun automatisk mistenkt hvis det forsvinner medisin på nytt og ingen andre utpeker seg?

– Jeg frykter jo at det kan skje igjen. Jeg har ikke lyst til å gå i medisinskapet. Men for å kunne utføre den jobben jeg skal, må jeg det.

Hun er spent på hvordan hun blir mottatt av kollegene.

– Man er jo alltid usikker på hva andre mener, spesielt i en slik situasjon.



Taust fra Ahus

Sykepleien har bedt kvalitetssjef Anne Wenche Lindboe om en kommentar. Hennes svar kommer via konstituert kommunikasjonsdirektør Geir Boye Lindhjem:

– Dette er en personalsak, og sykehuset kan dessverre ikke gi noen utfyllende kommentar vedrørende saken.

Ahus vil heller ikke gi en generell kommentar om hvordan innsatsteamet jobber med denne typen saker.

Sykepleien ringer til Karins leder.

– Hvordan er det å være seksjonssykepleier og få en sånn sak i fanget?

– Jeg har ikke lyst til å si noe. Saken er død for meg. Jeg har lyst til å gå videre, sier seksjonssykepleieren.

Han har heller ikke lyst til å kommentere innsatsteamets rolle.

De jeg har hatt mest kontakt med i denne tiden, føler jeg tror på meg.

– Kan du ikke bare heve hodet? Du er ikke dømt?

– Jeg frykter at det fortsatt er hull i medisinsystemene så alle kan mistenke alle hvis noe forsvinner. Det er ubehagelig.

Hun skulle ønske det hadde blitt lagt ut fel-ler, så noen hadde blitt tatt.

– Da hadde det ikke vært noen tvil. Men de tok aldri urin- eller blodprøver eller ran-saket. Ingen har vært hjemme hos meg. Flere

kolleger var inne til samtaler, men bare jeg ble kjørt så hardt. Det var fornærmende at de trodde at jeg knaska piller.

Ønsker et plaster på såret

Lederen sier han er ferdig med saken.

– Så enkelt er det ikke for meg. Jeg har nær-mest måttet forhandle meg fram til en beklagelse fra ledelsen som jeg ikke kjenner. Men ingen beklagelse har kommet fra min nærmeste sjef. Jeg får ikke gjort noe med det. Men jeg ten-ker. «Å, skulle gjerne hatt et plaster på såret.»

Svangerskapspermisjonen har gitt henne et beilelig avbrekk fra jobben.

– På den annen side har det gjort at saken har trukket ut i langdrag.

– Har du råd å gi til andre?

– Jeg hadde ikke klart meg gjennom dette uten støtte fra familie, venner, kolleger og NSF. Så mitt råd er at man bør være medlem i Sykepleierforbundet. Når man ser hvilket enormt apparat sykehuset kan stille med for å trumfe gjennom sine mistanker, har det be-tydd veldig mye å ha en tillitsvalgt som var

Lett å bli mistenkt

– Sykepleiere er svært utsatte for å bli beskyldt for medisintyveri, sier advokat Tore Dahlstrøm i Sykepleierforbundet. Tekst Marit Fonn

Skal ha klare rutiner

– Vi forventer at arbeidsgiverne har rutiner for hvordan de skal opptre ved mistanke om uregelmessigheter, som for eksempel medisinsvinn. Rutinene må være tydelige og kjent for alle, sier Aud Nordal, fungerende avdelingsdirektør i Statens helsetilsyn.

Dahlstrøm påpeker at det ofte er et spørsmål om tillit når man håndterer medisiner.

– Å bli utsatt for mistanke er en stor belastning. Men arbeidsgiver har også plikt til å forfølge saker der det har vært medikamentsvinn.

Dahlstrøm understreker at først og fremst bør arbeidsplassen ha gode rutiner for hvordan man håndterer medikamenter. Han ser stadig eksempler på at dårlig bemanning gjør det vanskelig å overholde virksomhetens kontrollrutiner.

– Det bør også være lokale rutiner for hvordan man skal følge opp medisinsvinn. Det må gjøres slik at det blir minst mulig belastende for den enkelte. Det må ikke rettes uberettiget mistanke mot én person. Arbeidsgiver må ikke ta politiets rolle.

Han føyer til at hvis man ser gjengangere, der

i det hele tatt å kunne melde forholdet.

Dahlstrøm mener slike saker kan bli så belastende at den ansatte faller ut av arbeidslivet.

– Man kan risikere tre parallelle løp: Politiettersforskning, oppsigelsessak og tilsynssak. Det er tøft.

– Håndterer NSF mange saker om medisintyveri?

– Sett i forhold til antallet medlemmer er det forsvinnende få. Det er flere saker om rus og misbruk av medikamenter på jobb. Noen saker kan også dreie seg om salg eller et ønske om å «hjelp» noen i familien med rusproblemer.

Dahlstrøm viser til en kulturendring.

– Før var det greit å ta to Paracet til eget bruk fra medisinskapet. Slik er det ikke lenger.

Å kreve oppreisning etter å ha vært mistenkt, kan være vanskelig.

– Men det kan være klanderverdig hvis ar-

– Det er utrolig dårlig at de ikke kan si unnskyld. Hun var aldri tiltalt. Hun er ikke dømt.

Follestad viser til at Karin i starten var alene i tre lange møter med arbeidsgiveren.

– Men selv om en ansatt sier hun ikke vil ha med noen, bør arbeidsgiver insistere på at arbeidstakeren ikke skal være alene i møter med flere representanter fra arbeidsgiveren. Det blir så ujevnt og hører ikke hjemme i arbeidslivet.

Follestad har ingen grunn til å tro at Karin ikke snakker sant. Hun påpeker dessuten at det å være gravid i en slik situasjon er ekstra belastende.

– Tyveri-saker blir ofte henlagt

Mona Hertenberg er politiinspektør i Romerike politidistrikt, som etterforsket pilletyveriet på Ahus.

– Det gikk over to måneder før arbeidsgiver anmeldte. Er det for lang tid?

– Tja. Arbeidsgiver prøvde vel å finne ut av det selv. Men det er en fordel å anmelde som ferskvare.

Hertenberg synes det er naturlig at arbeidsgiver snakker med dem det gjelder, med mindre bevis kan forspilles.

– Er det mistanke om en kasse piller i hjemmet, er det nok ikke så lurt. I denne saken er det ikke anvendt tvangsmidler, som ransaking eller pågripelse. Politiet har gjort avhør og snakket med vitner.

Det er ikke ofte Romerike politidistrikt etterforsker pilletyveri på sykehus eller sykehjem.

– Ingen i løpet av 2010 eller så langt i år, opplyser Hertenberg.



«Arbeidsgiver må ikke ta politiets rolle.»

NSF-advokat Tore Dahlstrøm

dato for vakt og tyveri stadig sammenfaller, kan nettet snøre seg sammen.

Stor belastning

I denne saken er gjerningsdato 17. april. Anmeldelsen skjer 24. juni.

– Går det for lang tid før saken anmeldes?

– Det er et langt tidsperspektiv for den som er involvert, men om dette er uakseptabelt kommer an på hva som har vært en nødvendig prosess for

beidsgiver har beskyldt noen for å være gjerningsperson. Å identifisere den mistenkte er politiets oppgave. Det er viktig å tenke på at sykepleieren eventuelt skal leve videre på arbeidsplassen.

– Hun er ikke dømt

Grete Follestad, rådgiver i NSF Akershus, synes arbeidsgiveren på Ahus har trampet inn uten å ta hensyn til den de utsetter for mistanke.

der for meg. Jeg visste ikke hvordan de enkelte møtene ville utvikle seg: Ville jeg bli sint? Lei meg?

Blir noen konfrontert med tilsvarende ubehageligheter, må de be om hjelp fra forbundet, understreker Karin.

– Hva har du lært?

– At man ikke er mye verdt når man får en så stor arbeidsgiver mot seg. Jeg har vokst opp i et samfunn der man ifølge loven er uskyldig til det motsatte er bevist. Jeg har erfart at det ikke alltid stemmer i praksis.

– Vanskelige saker?

– Det kan det være. I likhet med saker om andre tyveri, som av penger og utstyr, blir de ofte henlagt. Det typiske er at folk ferdes alene på steder der mange har tilgang. Hvis man ikke tar noen på fersken, er det nesten håpløst. For å ransake må man ha noe konkret å rette mot en bestemt mistenkt.

– Når saken henlegges etter bevisets stilling, får man ikke renvasket seg. Hva tenker du om det?

– En dom krever sikre bevis. I mange saker som henlegges, tror politiet fortsatt at den mistenkte er skyldig. Men den kan også være uskyldig. Det henger i luften. Slik må det nesten være. Det er ikke noe politiet kan gjøre noe med, sier Hertzberg. ■■■

«Det er en fordel å anmelde som ferskvare.»

Politiinspektør Mona Hertzberg



VANSKELIG: - Hvis man ikke tar noen på fersken, er det nesten håpløst, sier politiinspektør Mona Hertzberg om pilletyveri og andre tyverier. Folk ferdes alene på steder der mange har lovlig tilgang. Foto: Roar Grønstad/Romerikes Blad

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, fargestoffer, pesticider 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

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 strømudgifter.



LOS har landets mest fornøyde strømkunder.
Norsk Kundebarometer 2010

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



Alle fylkesledere på plass

Sju nye fylkesledere er resultatet etter at Sykepleierforbundets årsmøter i fylkene har avholdt sine valg. Tekst Bjørn Arild Østby

Det har vært en sjelden stor utskiftning av Norsk Sykepleierforbunds (NSF) frontfigurer rundt om i landet.

Da de elleve første fylkene hadde gjennomført sine fylkesårsmøter (se Sykepleien nr. 4-2011) sto organisasjonen igjen med nye fylkesledere i Buskerud (Linda Lavik), Hordaland (Mette Mikkelsen), Møre og Romsdal (Gunhild Rolandsen), Nord-Trøndelag (Ruth Wenche Borgan), Sør-Trøndelag (Knut Jørgen Rotabakk) og Finnmark (Elin Mølmann Holmgren).

Etter det har de siste åtte fylkene avholdt sine fylkesårsmøter.

Ny leder i Oppland

Jette Struck gir seg etter ti år som fylkesleder. Den nye fylkeslederen i Oppland, Thomas Emil Lykken (39), går fra stillingen som rådgiver i NSF Oppland. Den tidligere nestlederen har også vært hovedtillitsvalgt og plasstillitsvalgt i Gjøvik kommune. Han var ferdig utdannet sykepleier i 1997.

Mange gjenvalg

I de sju resterende fylkene ble tidligere fylkesledere gjenvalgt for en ny fireårsperiode.

Det gjelder Eli Gunhild By (Oslo), Ragnhild Hegg (Akershus), Hanne Marit Bergland (Troms), Lisbeth Rugland (Vestfold), Karen Brasetvik (Østfold), Laila Wilhelmsen (Nordland) og Sigrunn Øygarden Gundersen (Telemark). Se sak under.

Fylkeslederne og fylkesstyrene velges for perioden 2011–2015.

Feil om Telemark i Sykepleien

I Sykepleien nr. 4/2011 skrev vi at nåværende fylkesleder Sigrunn Øygarden Gundersen i NSF Telemark ikke fortsetter. Det medfører ikke riktighet. Forrige uke ble hun gjenvalgt for en ny fireårsperiode.

NSF Telemark avholdt fylkesmøte i Bø 23. mars. Her ble Sigrunn Øygarden Gundersen gjenvalgt fram til 2015. NSF Telemark har i dag rundt 3 230 medlemmer.

Gundersen har permisjon fra stillingen som førstelektor ved Høgskolen i Telemark, hvor hun blant annet har vært ansvarlig for prosjektet Menn i Omsorgsykker. Hun var ferdig utdannet sykepleier i 1973. ■■■

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





NATTARBEID: Studien viser at det særlig er mange nattvakter på rad som gir økt risiko for brystkreft. Arkivfoto: Bo Mathisen.

Mange netter, mer

Mange nattevakter på rad øker brystkreftrisikoen. Men forsker og sykepleier Jenny-Anne S. Lie mener det er for tidlig å sette brystkreft på lista over yrkessykdommer. **Tekst Ann-Kristin Bloch Helmers**

En fersk studie utført ved Statens arbeidsmiljøinstitutt (Stami) og Kreftregisteret viser at flere år i skiftordninger med mange påfølgende nattevakter gir høyere risiko for brystkreft.

Jo flere nattevakter man har på rad, jo større er risikoen for å bli rammet. Studien er publisert i American Journal of Epidemiology.

Rundt 2800 norske kvinner får brystkreft hvert år.

Større risiko

En studie utført av Jenny-Anne Sigstad Lie i 2006 viste at risikoen for å få brystkreft var større hos sykepleiere enn hos andre yrkesgrupper. I studien, som inkluderte brystkrefttilfeller fra 1960-1982, antok man at alle jobber i heldøgnsinstitusjoner innebar nattevakter.

For sykepleiere som hadde jobbet i slike institusjoner i over tretti år, var risikoen for sykdommen dobbelt så stor i forhold til hos dem som aldri hadde jobbet nattevakt. Denne studien koblet historiske arkiver over sykepleiere med data fra Kreftregisteret.

Mer enn fem år

I den nye studien ble 2300 sykepleiere invitert til å delta i en spørreundersøkelse. 1594 av dem svarte på spørsmål om de har hatt skiftarbeid, hva de har gjort i yrket og om de har vært utsatt for stråling. Sykepleierne ble også bedt om å sende inn en spyttprøve for gentesting.

Undersøkelsen viser at de som i flere enn 5 år har jobbet minst seks nattevakter på rad i sin vaktordning, har nesten dobbelt så stor risiko for å få brystkreft som de som bare har jobbet om dagen.

NSF: – Bør defineres som yrkessykdom

– En naturlig konsekvens av denne kunnskapen, er at sykepleiere som blir rammet av brystkreft etter mye nattjobbing, får sykdommen godkjent som yrkessykdom.

Det sier Unni Hembre, nestleder i Norsk Sykepleierforbund (NSF) til Sykepleien. Hun er uenig med forsker Sigstad Lie, om at det må forskes mer før sykdommen kommer på lista over yrkessykdommer – som igjen kan utløse yrkesskadeerstatning.

– Det er veldig bra at det nå forskes på dette området, for vi vet altfor lite om hvordan turnusjobbing påvirker helsa vår. Vi mener imidlertid at funnene om økt brystkreftrisiko i denne og tidligere studier er såpass entydige, at det bør utløse rett til å kalle det en yrkessykdom, sier Hembre.

Hun peker på at danske sykepleiere har denne retten allerede, basert på eksisterende forskning. Hun viser også til at det internasjonale byrået for kreftforskning (IARC) allerede i oktober 2007 klassifiserte turnus/nattarbeid som kreftfremkallende.

– Hvilke andre konsekvenser bør funnene i denne studien få?

– Vi må se på om vi bør ha færre nattevakter, eller kortere nattevakter. Det er også verdt å diskutere om vi skal systematisere «powernapping», slik som i Danmark. Vi i arbeidstakerorganisasjonene og arbeidsgiverne må sette oss ned og i fellesskap finne løsninger som beskytter de ansattes helse, sier hun.

Hembre erkjenner at det ikke er mulig å unngå nattarbeid.

– Men denne forskningen viser at vi ikke kan åpne opp for flere nattevakter i strekk, selv om enkelte sykepleiere ønsker det og synes det er behagelig i forhold til den livssituasjonen de er i akkurat nå. I slike tilfeller kan det være en fagorganisasjons plikt å beskytte arbeidstakeren mot seg selv, og sette rammer for hvordan turnus skal utføres, sier Hembre.



ENTYDIGE:

– Funnene i denne og tidligere studier er såpass entydige, at det bør utløse rett til å kalle det en yrkessykdom, sier NSF's nestleder Unni Hembre.

Foto: Marit Fom

brystkreft

Nøyaktige mål

Også de som jobber i mange år med fire og fem nattevakter etter hverandre ser ut til å ha en noe høyere risiko, men det er større usikkerhet knyttet til disse resultatene.

– I den nye undersøkelsen finner man ingen økt risiko blant sykepleiere som har jobbet over 30 år i døgninstitusjon, slik man fant i forrige studien. Dette kan være fordi antallet nattevakter på rad har blitt færre i perioden vi nå har undersøkt, i forhold til tidligere. Brystkrefttilfellene i den nye undersøkelsen er fra 1990 til 2007. Det som er nytt i denne studien er at vi har fått et mer nøyaktig mål på nattarbeid, noe som mangler i studier som tidligere er publisert.

Leter etter årsaker

– Hva er årsaken til den økte risikoen?

Det forskes mye for å finne årsaken. Endret døgnrytme og endret søvn-våkenhetsmønster påvirker kroppen på forskjellige måter, og reduserer bl.a. immunforsvaret.

– Hvilke konsekvenser bør funnene få?

– Først og fremst må det forskes mer. Det er første gang det er funnet en slik sammenheng, så nå vil andre forskningsmiljøer sannsynligvis kaste seg på for å få bekreftet eller avkrefte funnene. Det er også andre aspekter ved skiftordninger som bør undersøkes.

Ikke på yrkessykdomslista

– Bør norske nattarbeidende sykepleiere som har fått brystkreft få rett til yrkesskadeerstatning, slik som i Danmark?

– Nei, det er for tidlig. Danmark har fått mye kritikk for å ha vært for raske med å utbetale yrkesskadeerstatning. Det trengs flere studier

Fakta nattarbeid:

Ifølge lege Magnar Kleiven er det funnet sikre sammenhenger mellom nattarbeid og:

- › lettere psykiske lidelser
- › mage- og tarmsykdommer
- › hjerte- og karsykdom
- › forplantningsskader (abortrisiko, for tidlig fødsel og for lav fødselsvekt)
- › enkelte kreftformer

Fakta brystkreft:

Brystkreft er den kreftsykdommen som rammer flest kvinner

- › Økningen i antallet tilfeller har vært markant de siste 30 årene
- › Om lag 5 prosent av tilfellene skyldes arv
- › Gjennomsnittsalderen for å få diagnosen er 61 år, mens 5,6 prosent av tilfellene rammer kvinner under 40 år
- › Cellegiftbehandling regnes som den viktigste årsaken til at overlevelsen er bedret de siste 20 årene

før man kan konkludere sikkert, sier hun.

– Er det noe sykepleiere selv kan gjøre for å minske risikoen?

– Generelt bør alle som arbeider skift prøve å leve så regelmessig som mulig, med hensyn til måltider og søvn, og prøve å holde seg i form og spise sunt, sier hun. ■■■

Alt du trenger – innenfor naturvitenskapelige fag



Sykdom og behandling

Ny bok i sykdomslære!

Dette er den fjerde boken i den naturvitenskapelige kunnskapspakken 37 °C. Boken tar for seg grunnleggende sykdomslære, sykdomsprosesser og sykdommer i kroppens ulike organer.

Stein Ørn, Johnny Mjell, Edvin Bach-Gansmo

Pris: 934,-

Inkludert digital arbeidsbok, se www.37grader.no



Repeter! Sykdomslære 1 og 2

Hjelp til eksamen?

Heftene inneholder lett tilgjengelig basiskunnskap, oppsummeringer og oppgaver med fasit. Serien har nettsressurser med utvidet fasit og testoppgaver.

Jan Magnus Aronsen, Jon Arne Birkeland,

Morten Munkvik, Ivar Sjaastad

Pris: 499,- for begge bind

Bestill NÅ: e-post: kundeservice@gyldendal.no | www.gyldendal.no/akademisk | Tlf: 23 32 76 61

Tilbudet avgjør behovet

Pasienten har behov for langtidsplass i sykehjem. Hva skjer når det ikke er flere plasser å tilby? Fire av ti saksbehandlere ved bydelene i Oslo utsetter å fatte vedtak. Tekst Bjørn Arild Østby Foto Edith Stenberg/Overlegen



SYKEHJEMSPASS: - Søkere skal ha «nødvendig helsehjelp» når de trenger det og ikke settes på «venteliste», påpeker fylkeslege Petter Schou.

Selv om ikke rett til sykehjemsplass er lovfestet, er kommunene lovpålagt å tilby sine innbyggere nødvendig helsehjelp når de trenger det. Sykehjemsplass tildeles etter søknad som mottas av tildelingstjenesten i bydelen.

Terskelen for høy

Etter å ha mottatt flere bekymringsmeldinger om at saksbehandlingen i forbindelse med tildeling av sykehjemsplasser ikke oppfyller loven, gjennomførte Fylkeslegen i Oslo og Akershus en spørreundersøkelse blant tildelingskontorene i alle bydelene i Oslo.

Ett av spørsmålene fylkeslegen ønsket svar på i «Terskel-undersøkelsen 2010» var:

«For stor avstand i vurderingene skaper mistillit i befolkningen.»

Fylkeslege Petter Schou i Oslo og Akershus.

Når bydelen mener en pasient har behov for langtidsplass i sykehjem, men bydelens «kvote» er nådd, hva gjør tildelingskontoret da?

Hele 37 prosent svarer at de «utsetter å fatte vedtak». Ni av femten bydeler oppgir at det går tre uker eller mer før vurderingsbesøk blir gjennomført. Kun en bydel i Oslo oppgav at det skjer innen en uke.

At vedtaksprosessen i mange tilfeller skjer

mot saksbehandlernes rettsoppfatning framkommer ved at 38 prosent av de ansatte - etter faglig vurdering - mener terskelen for å få sykehjemsplass er for høy.

- Et vedtak om heldøgns pleie og omsorg skal være forsvarlig og fattes på et individuelt og faglig grunnlag, og søkere skal ha «nødvendig helsehjelp» når de trenger det og ikke settes på «venteliste», påpeker fylkeslege Petter Schou.

Bestiller-utfører

Alle bydelene i Oslo er organisert etter en bestiller-utfører-modell. Grunnideen i denne modellen er at det er uheldig at byråkratiet med ansvaret for produksjon av én type tjenester - for eksempel pleie- og omsorgstjenester -

I 58 prosent av tilfellene er det saksbehandleren selv som konkluderer om søkerens behov for sykehjem og hjemmesykepleie etter gjennomført vurderingsbesøk.

Vil bestemme selv

Er det samsvar mellom tildelingstjenestens vurdering, og helsetjenesten og pasienten/pårørendes vurdering av behov for sykehjemsplass? Det var et annet spørsmål fylkeslegen ønsket svar på.

I undersøkelsen svarer kun 60 prosent av tildelingskontorene at det er «stor grad» av samsvar mellom hjemmesykepleiens og deres vurdering om behov for sykehjemsplass. Når det gjelder vurdering av pasientens funksjonssvikt og behov for hjemmetjenester svarer kun 55 prosent at det i «stor grad» blir likt beskrevet og vurdert av hjemmesykepleien og tildelingskontoret.

Videre svarer kun en av fire tildelingskontor at det er «stor grad» av enighet mellom pasient/pårørende sin vurdering av behovet for sykehjemsplass og de som tildeler. Likevel svarer 57 prosent av saksbehandlerne at de mener pasient/pårørende i «liten grad» burde få mer innflytelse.

- For stor avstand i vurderingene skaper mistillit i befolkningen og svekker rettssikkerheten ved tildeling av nødvendig helsehjelp, advarer fylkeslege Petter Schou i Oslo og Akershus. ■■■

Mer fra «Terskel-undersøkelsen 2010»

DET ER STORT PRESS på sykehjemsplassene i tildelingskontorene i Oslo: I løpet av ett år tilsvarende antall søknader i hver bydel fra 26 til 60 prosent av alle

langtidsplasser som bydelene i Oslo disponerer.

Vurderingsopphold på korttidsplass benyttes i stor grad før tildeling av plas-

ser, og det kan gå to til fire måneder fra søknad til det fattes vedtak om langtids-plass. I denne perioden skjer det forhandlinger om tjenestenivå.

I løpet av 2009 ble det klaget på rundt hvert tredje avslag på sykehjemsplass i de 19 bydelene i Oslo, mellom to og sju klager per bydel.

Voldtatte kvinner får vanskelige fødsler

Åtte av ti kvinner som har vært utsatt for voldtekt får store problemer første gang de skal føde. Tekst **Johan Alvik** Foto **Colourbox**

Mange voldtektsoffer opplever sterke traumer når de skal føde. Traumene kan være så voldsomme at fødselen stopper opp, fordi kvinnene mister sine gode rier mot slutten av fødselen, ifølge tidsskriftet Jordmora.

Tidsskriftet refererer til den første undersøkelsen i verden som ser på sammenhengen mellom voldtekt i voksen alder og fødselsutfallet ved den første fødselen.

Overraskende tall

I studien deltok 50 kvinner som alle hadde vært utsatt for voldtekt etter fylte 16 år. Alle var førstegangsfødende ved Universitetssykehuset Nord-Norge.

Hele 80 prosent av kvinnene i undersøkelsen måtte få operativ hjelp for å føde. Halvparten av dem som fikk komplikasjoner måtte forløses med sugekopp, og den andre halvparten måtte forløses med keisersnitt.

At så mange fikk problemer med å føde normalt, overrasket jordmødrene som står bak undersøkelsen, doktorgradsstipendiatene Hilde Nerum og Lotta Halvorsen ved Det helsevitenskapelige fakultetet ved universitetet i Tromsø.

Vanlig prosedyre

Nerum og Halvorsen mener at helt vanlige prosedyrer kan utløse traumene.

– Det kan se ut som om vanlige tiltak og prosedyrer som blir benyttet under en fødsel kan



NYTT BLAD OM KVINNELSE: Artikkelen er hentet fra tidsskriftet Jordmora, som er medlemsbladet til Jordmorforbundet NSF. Jordmora blir gitt ut i samarbeid med Sykepleien. Du kan tegne abonnement ved å henvende deg til: marit.severinsen@hotmail.com. Pris kr. 150 per år.

være med på å aktivisere voldtektstraumet, sier Nerum til bladet Jordmora.

Hun forklarer at traumet trolig aktiviseres når kvinnen legges på rygg og er avkledd. Rundt seg har hun mange fremmede som «tar seg til rette» på kroppen.

– Det er ikke vanskelig å se for seg at dette kan vekke minner om overgrepet, sier Nerum.

Mellom 8000-16000 personer blir utsatt for voldtekt eller voldtektforsøk i Norge hvert år.

Stipendiatene Halvorsen og Nerum skal etter planen disputere for sine doktorgrader i løpet av 2012.

Medlemmer av Jordmorforbundet kan lese mer i bilaget Jordmora, som følger med denne utgaven av Sykepleien. ■■■

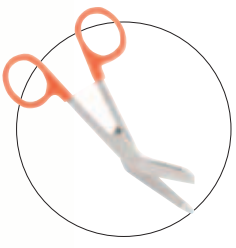


AKTROMMET.NO

-nettbutikk for helsearbeidere









Knusende dom fra sykepleierne

Det er snaut ni måneder til regjeringens prestisjetunge samhandlingsreform trer i kraft. Mye er ennå ikke på plass, viser ny undersøkelse.

Tekst Bjørn Arild Østby

Mange sykepleierne er skeptiske, i beste fall avventende til samhandlingsreformen, som etter planen skal tre i kraft fra 2012.

Og det er god grunn til bekymring, viser en ny undersøkelse Fafo har gjort om eldreomsorgen i kommunene, på oppdrag fra Norsk Sykepleierforbund (NSF).

Mer enn 4 000 sykepleiere over hele landet

den eldre befolkningen var ett av spørsmålene Fafo ønsket svar på. Og svaret er entydig: Flere institusjonsplasser, ikke omsorgsboliger uten bemanning.

Så mange som tre av fire sykepleiere svarer at deres kommune ikke har nok langtidsplasser i sykehjem til å dekke de eldres behov. I tillegg svarer seks av ti at kommunen mangler korttidsplasser i sykehjem, og nesten like mange

Med tanke på samhandlingsreformen og målet om å redusere antall liggedager i sykehus ytterligere, står kommunene ovenfor en stor utfordring når det gjelder å sikre forsvarlig oppfølging av eldre pasienter.

For lite personell

Hva med de 12 000 nye årsverkene innen pleie- og omsorgstjenesten som regjeringen har lovet i perioden 2008-2015?

Årsverkene trengs, skal vi tro sykepleierne. Åtte av ti mener tjenesten eller institusjonen hvor de jobber i dag ikke er godt nok bemannet. Av undersøkelsen går det videre fram at det er altfor stor bruk av ufaglærte, spesielt i helger og i ferier og høytider.

I 2009 var det 115 000 årsverk innen kommunenes helse- og omsorgstjenester. Av disse var 33 000 årsverk uten relevant fagutdanning, mens antall med fagutdanning fra videregående utgjorde 48 000 årsverk. Antall årsverk for sykepleiere var 34 000.

For lite personell med fagkompetanse går ut over kvaliteten på eldreomsorgstilbudet. En av tre sykepleiere svarer at de eldres behov for ernæring, hygiene, pleie og medisinske behov ikke blir godt ivare tatt der de jobber. Når det gjelder de eldres behov for trygghet, samvær og meningsfull aktivitet opplever over halvparten av sykepleierne at dette ikke blir godt ivare tatt.

Tiden strekker rett og slett ikke til. Over halvparten av sykepleierne svarer at de daglig opplever at tiden de har til rådighet til den enkelte eldre pasient ikke er tilstrekkelig. I tillegg svarer 31 prosent at dette forekommer hver eneste uke.

For lite personell i tjenestene skaper hastverk og tidspress som igjen går utover muligheten til å drive forebygging. Mindre enn hver fjerde sykepleier har tid til å følge med på behovsutviklingen, slik at tiltak kan settes inn tidlig og forhindre forverring i helsetilstand og hjelpebehov til den eldre.

«Åtte av ti sykepleiere mener arbeidsplassen i dag ikke er godt nok bemannet.»

har vurdert tilbudet som gis på deres arbeidsted og i deres kommune. Sykepleierne har i snitt 10 års yrkeserfaring fra sykepleie rettet mot eldre i kommunen.

Flere institusjonsplasser!

Undersøkelsen viser at tjenestetilbudet til eldre er redusert de siste 20 årene. Institusjonstilbudet i kommunene er redusert, samtidig som det har skjedd en økt og intensivert bruk av hjemmetjenester.

Dekker dagens tjenestetilbud behovene til

at det er for få omsorgsboliger med heldøgns bemanning.

Mangelen på institusjonsplasser gjør at terskelen for å få sykehjemsplass i kommunen er for høy, mener seks av ti sykepleiere.

For få institusjonsplasser for den mest pleietrengende gruppen fører til at andre deler av tiltakskjeden innenfor eldreomsorgen belastes ytterligere. Eldre som i dag mottar hjemmesykepleie hjemme eller i omsorgsbolig burde hatt institusjonsplass. Det mener i alle fall tre av ti sykepleiere.

For å møte denne utfordringen har regjeringen bevilget økonomisk tilskudd til bygging av 12 000 nye sykehjemsplasser og heldøgns omsorgsboliger innen 2015. Bekymringen til regjeringen er at kommunene ikke er interessert.

Stor utfordring

Når det gjelder spørsmål om hvordan de vurderer tilbudet til demente, og eldre pasienter som skrives ut fra sykehus, svarer hver fjerde sykepleier at de opplever både tilbudet til demente og tilbudet til eldre pasienter som skrives ut av sykehus som nokså/svært dårlig eller varierende.

Samhandlingsreformen

- Samhandlingsreformen legger opp til at veksten i helsetjenesten i større grad skal skje i kommunene. De skal få økt ansvar for forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging. Målet er å unngå «unødvendige» innleggelses og en reduksjon i antall liggedager i sykehus.
- Reformen skal etter planen tre i kraft fra årsskiftet.

Kilde: St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen



SYKEHJEM: Mangelen på institusjonsplasser gjør at terskelen for å få sykehjemsplass i kommunen er for høy, mener seks av ti sykepleiere. Arkivfoto: Erik M. Sundt

Bruk av tidsskjema

Litt under fire av ti hjemmesykepleiere bruker i dag tidsskjemaer for tidsbruk per oppgave de skal utføre hos hver enkelt pasient.

Blant dem som bruker tidsskjema svarer halvparten at bruken av skjemaene går ut over kvaliteten på tjenestetilbudet til eldre. Hele tre av ti hjemmesykepleiere opplever bruken av skjemaene som en belastning.

Storbyene sliter mest

Det er de større byene med mer enn 50 000 innbyggere som har kommet kortest med å dekke de eldres behov for tjenester.

Her svarer tre av fire sykepleiere at terskelen for å få sykehjemsplass er for høy, og hele 80 prosent mener det er for få langtidsplasser i sykehjem. I kommuner med mindre enn 3 000 innbyggere opplever hver fjerde at terskelen er for høy. De største byene kommer også dårligere ut på alle spørsmålene om ivaretagelse av de eldres behov.

Jo større kommunene er, jo dårligere kommer de ut i forhold til personell med høy kompetanse. Både på dagtid, kveldstid/netter, helger og i ferier og høytider har de største

byene lavest andel personell med helsefaglig bakgrunn, og størst bruk av ufaglærte.

Og svaret er?

Forbundsleder Lisbeth Normann i NSF påpeker at det må bygges flere sykehjemsplasser.

– Omsorgsboliger med heldøgns omsorg og sykehjem kan ikke sidestilles som tilbud til de aller mest hjelpetrengende. Kommunene må ta mer ansvar for de sykeste gamle som trenger hjelp hele døgnet, og regjeringen må vurdere nye finansieringsordninger.

Hun er også bekymret for kompetansen i kommunene.

– Det må bli tilstrekkelig grunnbemanning med kompetent helsepersonell, både i hjemmesykepleien og i sykehjemmene. Bemanningen må beregnes ut fra pasientenes tilstand. I en enhet for døende vil grunnbemanningen og kompetansesammensetningen være annerledes enn på en demensenhet.

Samlet sett står utøvere av sykepleie for over 100 000 årsverk i helse- og omsorgstjenesten, og over 50 000 årsverk i sykehusene.

– For å få best mulig effekt av denne arbeidskraften må det opprettes en nasjonal enhet for

oppfølging og koordinering av sykepleietjenesten. Dette er påkrevet for at samhandlingsreformens hensikt med helhetlig pasientforløp, forebygging og bedre koordinering mellom nivåer skal bli vellykket, sier NSF's forbundsleder.

Les mer om sykehjemsplasser på side 20.

Fra undersøkelsen

- › 74 prosent av sykepleierne mener kommunen mangler langtidsplasser i sykehjem.
- › 62 prosent mener terskelen for å få sykehjemsplass er for høy.
- › 32 prosent mener tilbudet av hjemmesykepleie er for lite utbygget.
- › 36 prosent av hjemmeboende eldre trenger et mer omfattende tilbud.
- › 79 prosent mener tilbudene i kommunen ikke er godt nok bemannet.
- › 54 prosent opplever daglig at tiden de har til rådighet ikke strekker til.

Kilde: Eldreomsorg under press – Kommunenes helse- og omsorgstilbud til eldre. Fafo-rapport 2011:12



Erna vil trappe opp

Det blir ikke noen radikal reform i eldreomsorgen i Norge hvis Erna Solberg (H) blir statsminister. Men hun vil at den skal bli mindre rigid og mer fleksibel. Tekst **Bart Tholens** Foto **Erik M. Sundt**



KAN BLI BEDRE: Høyreleder Erna Solberg var kommunalminister Bondevik 2-regjeringen og derfor «medskyldig» i at antallet institusjonsplasser relativt gikk ned de siste 20 årene. - Dette er en sektor som alltid kan bli bedre, mener hun.

Hun kjenner nok på et visst «medansvar» for tingenes tilstand. Fafos rapport om eldreomsorgen slår fast at antallet institusjonsplasser relativt har gått ned i løpet av de siste 20 årene. Det gjelder også tiden da Høyreleder Erna Solberg selv var kommunalminister, fra 2001 til 2005.

- Vi brukte tre ganger så mye i 2003 som regjeringen bruker i 2009 til investeringer og utbygging av sykehjemsplasser. Men vi prioriterte den gang å gi beboere enkeltrom. Det var en kvalitetsreform. De eldre fikk det bedre, selv om ikke den relative dekningsgraden økte så mye.

– Må være realistiske

Solberg har likevel vært bekymret for utviklingen. Hun er redd for at byggingen av institusjonsplasser går for sakte til å nå målet for 2020. Når Arbeiderpartiet nå har åpnet for at kommunene kan samarbeide med private aktører i byggeprosessen, er det likevel håp om at takten kan økes.

- Men du må huske på at gjelden i mange kommuner har økt enormt de siste årene. Du kan ikke ha full skala barnehageutbygging, drifte dem – og samtidig ha full skala sykehjemsutbygging. Vi må være realistiske.

Hvis Solberg blir statsminister i 2013 vil eldre i Norge ikke oppleve en revolusjon. Men det skal satses på større valgfrihet for pasienter, og

frihet når du skal regjere med Fremskrittspartiet? De vil ha en statlig finansiert eldreomsorg der den enkelte pasient skal få rettigheter ut fra diagnosen?

- Vel, jeg har aldri skjont hvordan Frp skal få dette til uten et enormt statlig byråkrati. Den modellen har jeg ikke tro på, fordi det vil stå i veien for en dynamisk eldreomsorg. Nav-reformen har jo ikke akkurat gitt mersmak for slike reformer. Jeg tror på kommunenes evne til å gjøre dette bedre enn staten kan.

Nei til regulering

Høyrelederen avviser også å innføre en bemanningsnorm for sykepleiere på sykehjem eller en nasjonal kvalitetsstandard for sykehjem, slik Sykepleierforbundet går inn for.

- Bemanningsnormer og standarder vil gi et mer rigid system som vil stå i veien for lokale tilpasninger. Jeg har mer tro på å gi sykehjemsleger og sykepleiere bedre lønn. Det kan gjøre det mer attraktivt å jobbe i denne sektoren.

Over 4000 sykepleiere har deltatt i Fafo-undersøkelsen. Kritikken mot eldreomsorgen er knusende.

- Overdriver sykepleierne?

- Det vil jeg ikke si. Dette er deres subjektive opplevelse. Men når arbeidstakere blir spurt i slike undersøkelser, er de ikke nøytrale. Personlig tror jeg at eldreomsorgen ville være tjent med at

- Det er uakseptabelt at en tredjedel av de ansatte i eldreomsorgen er ufaglærte. Det må bli lettere å bli helsefagarbeidere via praksis. Det bør også utvikles moduler for å gjøre om helsefagarbeidere til sykepleiere, uten at kravene til studiekompetanse svekkes. Jeg vil at det skal jobbes systematisk med slike utdanningstrapper.

Utenom høyere lønn må sykepleierne imidlertid være innstilt på mer fleksible turnuser, hvis det er opp til Høyre. Partilederen mener at det er feil at fagforeninger sentralt skal kunne legge ned veto mot såkalte ønsketurnus, så lenge ansatte og arbeidsgivere lokalt er enige om dette.

- Vi har en arbeidsmiljølov og en tilsynsmyndighet som passer på at virksomheter holder seg innenfor norsk lov. Da skal det være unødvendig at fagforeningen i hovedstaden må gi dispensasjon for lokale ordninger, slår Solberg fast.

Urealistisk å konkurrere på lønn

- Er det egentlig realistisk at vi noen gang kommer til å få en eldreomsorg som «det skinner av», slik Jens Stoltenberg uttrykker det?

- Det er en sektor som alltid kan bli bedre. Jeg jobber veldig mye med våre kommunalpolitikere og sier at de må investere i de menneskene som jobber i eldreomsorgen. De er selve nøkkelen til høyere kvalitet og motivasjon til å stå lenger i jobb.

- Tanken om at private aktører skal bidra til bedre omsorg har vel fått et skudd for baugen etter Adecco-saken?

- Nei! Kommunale tjenester har ikke fått et skudd for baugen etter det som skjedde i Moss, som systematisk har gjort akkurat det samme som Adecco. Men det er ingen som har foreslått at kommunen der skal sies opp. Mange forsøker å gjøre dette til en offentlig kontra privat-sak. Det er det ikke. Men vi må sørge for at innleier av arbeidskraft følger lover og regler.

- Men det er greit at private aktører konkurrerer med det offentlige på lønn?

- I prinsippet ja. Men det vil være mangel på arbeidskraft i helsesektoren, så å konkurrere på mindre lønn vil ikke være særlig realistisk. Det beste vil være som de gjorde i Trondheim og Bærum: At kommunen utlyser anbud på fast pris, mens aktørene må konkurrere på kvalitet.

«Vi må investere i de menneskene som jobber i eldreomsorgen.»

bedre kvalitet. Kommunenes handlingsfrihet vil Solberg ikke røre.

- Vi må ikke svartmale. Det er kommunene som best vet hvordan de skal lage riktige «trapper» i tilbudet, fra hjemmebaserte tjenester til avdelinger for demente. I noen kommuner kan det være riktig å stase mest på hjemmebaserte tjenester. I store kommuner vil det være større behov for institusjonsplasser.

Solberg vil gi kommunene de nødvendige rammene, men hvordan de skal løse utfordringene mener hun de må bestemme selv.

- Du får et problem med kommunenes handlings-

sykepleierne er med på å løfte fram de gode historiene om alt det positive som skjer. Eksempler folk må høre om for at det skal bli attraktivt for andre å jobbe i denne sektoren.

Ja til kompetansepott

Høyre er positiv til en såkalt kompetansepott til utdanningsgruppene i helsesektoren. Det betyr i så fall at staten må bidra med penger i lønnsoppgjøret. Solberg mener at man ikke kommer utenom høyere lønn hvis man skal få til nødvendig rekruttering til sykepleieryrket i årene som kommer.

Vil ha eldreløft uten stoppeklokke

Tore Hagebakken innrømmer at de eldre ennå ikke har fått det løftet de skulle. Derfor skal eldreomsorgen nå ha aller høyeste prioritet.

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

Tore Hagebakken (Ap) er andre nestleder i Helse- og omsorgskomiteen på Stortinget. Han nikker ettertenksomt når han får høre hva sykepleierne sier i Fafo-rapporten.

– Den beskrivelsen tar jeg på det største alvor. Når så mange fra faggruppen sier at de eldre trenger omsorg på et høyere nivå, viser det et behov for å styrke eldreomsorgen.

– Hvorfor har dere da redusert institusjonstilbudet per 1000 innbygger for de over 80 år fra 297 plasser i 1989 til 188 plasser i 2006?

– Boliger til pleie- og omsorgsformål økte fra 40 000 i 1998 til 49 500 i 2009. Vi har også hatt en økning med 14 800 årsverk fra 2004 til 2009 i pleie- og omsorg. Men det meste har av gode grunner gått til yngre brukere, så vi har ikke klart å gi de eldre det løftet de skulle fått. Vi er derfor litt på hæla. Nå har eldreomsorgen absolutt første prioritet hos oss, ved siden av å sikre arbeid til alle.

Driftsmidler

Regjeringen vil bygge 12 000 nye sykehjemsplasser og heldøgns omsorgsplasser innen utgangen av 2015.

– Hvordan skal dere få det til?

– Kommuneøkonomien må styrkes. Vi har tilskuddsordninger. Byggetilskudd har økt fra 20 til 30 prosent for heldøgns omsorgsboliger og fra 30 til 40 prosent for sykehjem, og økningen har tilbakevirkende kraft fra 2008. Driftsmidler må også til.

Ap har en diskusjon innad i partiet om de bør være øremerkede eller ikke.

– Vi er mange i Ap som gjerne ville hatt øremerkede driftsmidler, men det sitter nok langt inne. Kommunene ønsker heller frie inntekter. Det viktigste er jo at kommunene får mer penger, sier Hagebakken.

Han har tro på de lokale skreddersydde løsningene.

– Styrking av innholdet i hjemmetjenesten i kombinasjon med bedre dagtilbud og avlastning for pårørende er viktig ved siden av heldøgns institusjonsplasser.

Kompetanseløftet

Kompetente medarbeidere er en av de tre

grunnsteinene Hagebakken nevner, ved siden av utbygging og driftstilskudd. Flere heldøgns institusjonsplasser pluss en samhandlingsreform som flytter enda flere syke eldre fra spesialisthelsetjenesten til kommunene vil kreve høykompetent personale fremover.

Hagebakken & co. har foreløpig ikke diskutert egne sertifiseringsordninger for sykehjem med minstekrav til kompetanse.

– Det viktigste for å rekruttere sykepleiere til sektoren er de gode fagmiljøene med godt tverrfaglig samarbeid med spesialisthelsetjenesten hvor utveksling av tjenester går begge veier. 80 prosent av de nye stillingene i kom-

«Vi bør gå «manngard» i hele kommunesektoren for å sjekke at det er verdige forhold.» *Tore Hagebakken (Ap)*

munehelsetjenesten de siste åra er besatt av fagutdannede. Den andelen må stadig økes, og da trenger vi gode utdanningssystem. Vi ser allerede en veldig positiv økning i søkningen til helse- og omsorgsfagene på videregående skoler. Kompetanseløftet gir gode resultater og har også ført til økt bevisstgjøring i kommunene.

Storby og stoppeklokke

Fafo-rapporten dokumenterer at det er storbyene som sliter mest både med for få sykehjemsplasser og bemanning.

– Hvilke tiltak kan du tenke deg spesielt rettet mot storbyene?

– I utgangspunktet ingen. Storbyene har ikke dårligere økonomi enn andre kommuner.

– Så det handler bare om prioritering?

– Ikke bare. Noen kommuner tar eien- domsskatt, andre ikke. Oslo har også et eget hovedstadstilskudd. Jeg tror resten av Norge ville reagert kraftig hvis storbyene skulle fått spesialbehandling for sine eldre, sier Hagebakken på totendialekt.

Halvparten av sykepleierne i Fafo-under-



– **STOPPEKLOKKEOMSORG** har jeg aldri hatt noe tro på. Det sier jeg tvert nei til, sier Tore Hagebakken (Ap), andre nestleder i Helse- og omsorgs-komiteen.

søkelsen sier at bruken av tidsskjema går ut over kvaliteten på tjenestene til de eldre.

– Er du for eller imot bruk av tidsskjema?

– Stoppeklokkeomsorg har jeg aldri hatt noe tro på. Det sier jeg tvert nei til! Man må ha fokus på pasientene.

Manngard i eldreomsorgen

– Hvordan skal vi få en eldreomsorg det skinner av?

– For det første må vi bruke samfunnets ressurser der det trengs mest. Vi vil satse på eldre fremfor skattelette. Jeg har ingen tro på konkurranseutsetting, men ser at det er et mål for

høyresiden å gjøre mer av den sektoren om til «butikk». Skal vi få til en god eldreomsorg må fellesskapet satse sammen, og da har jeg ikke noe ønske om at de pengene vi bevilger til kommunene skal havne i lommene på profittaktører.

Hagebakken håper Adecco-saken vil skjerpe alle, både i offentlig og privat regi.

– Vi bør gå «manngard» i hele kommunesektoren for å sjekke at det er verdige forhold. Utfordringen i sektoren må løses innenfor arbeidsmiljøloven. Og så bør kommunene merke seg helse- og omsorgsministerens krav om å redusere ufrivillig deltid. Vi må få flere hel-tidsstillinger.

Pengene

– Du vil ha mer av det meste i eldreomsorgen. Hva skal det bli mindre av?

– Vi må prioritere det som er viktigst. For eksempel vil det neste år komme øremerkede midler som skal sikre dagtilbud for 5 000 mennesker med demens.

– Hvor skal pengene tas fra?

– Vi som prioriterer velferd foran skattelette har mer til de eldre. ■■■

Krever «dubbla pass»

Svenske vikarer vil jobbe mye. Mange av dem havner i Østfold.

Tekst **Kari Anne Dolonen** Foto **Colourbox**



Med svenskegrensen som nabo, er det enkelt å få vikarer som ekstravakter ved Sykehuset Østfold (SØ). Ifølge NSF hovedtillitsvalgt, Jane-Ann Lindahl, er de like ivrige etter å jobbe ulovlig som vikarene fra Adecco. De fleste kommer ikke via vikarbyråer.

Mange insisterer på å jobbe doble vakter.

Noe som kan forklare at sykehuset hadde 3 500 brudd på overtidsbestemmelsene i fjor.

– Hvordan får dere tak i svenske vikarer?

– De tar kontakt med oss fordi de har fått anbefalt sykehuset fra andre svenske vikarer som allerede er her, sier Lindahl.

Hun begynte i akuttmottaket ved Sykehuset Østfold (Fredrikstad) i mai 1996. Samme

sommer begynte flere svenske sykepleiere fra akuttmottak flere steder i Sverige.

– Dyktige sykepleiere som det er godt å gå sammen med. Noen av dem kommer fortsatt jevnlig i helger og sommerferien, sier hun.

– Er det mulig å drifte Helse-Norge uten vikarer?

– Ikke slik det er i dag. Med fulle stillinger

Vikarer er milliardbutikk

Ekspertene spår at medias avsløringer om vikarbransjen har liten effekt. Spørsmålet er om Helse-Norge i det hele tatt fungerer uten vikarer.

Tekst **Kari Anne Dolonen** Foto **NHO Service**

I 2010 brukte norske kommuner 1,2 milliarder kroner på vikarer. Det kommer frem av NHOs statistikk for bemanningsbransjen. Sykehusene brukte 671 millioner kroner ifølge tall som Mandag Morgen har hentet inn.

Over 2000 årsverk

Går det an å finne ut hvor mange sykepleieårsverk som ble leid inn i 2010? Vi spurte fagsjef i NHO Service, Even Hagelien. Rundt 90 prosent av norske bemanningsbyråer leverer statistikk til NHO Service.

Hagelien sier at de har oversikt over antall timer og på den måten kan regne om til årsverk.

– Vi benytter samme regnemåte som SSB og bruker en omregningsfaktor på 1750 timer

i året. Med den utregningen kan vi si at vikarer stod for om lag 2060 sykepleieårsverk i 2010, sier Hagelien.

Selv om det ikke finnes nøyaktige tall på hvor mange av vikarene som kommer over svenskegrensa, regner han med at 80–90 prosent av vikarene som brukes i helsesektoren er svenske sykepleiere.

Når det gjelder trenden fremover, mener fagsjefen at innleienivået i helsesektoren vil holde seg stabilt. Han begrunner spådommen med at behovet for å dekke personalbehovet ikke vil ha endret seg.

Behovet vokser

– Signalene som er gitt fra Helsedirektoratet,



ØKT BEHOV: Even Hagelien, fagsjef i NHO service, tror behovet for innleide vikarer i helsesektoren vil holde seg stabilt.

er at mangelen på helsepersonell vil vokse. Bemanningsbransjen har en viktig rolle i å skaffe tilgang på nødvendig arbeidskraftskapasitet. Gjerne gjennom å hente helsepersonell fra utlandet i avgrensede perioder, sier han.

Hagelien mener det er en viktig faktor at vikarene ikke nødvendigvis flytter hit.

– Målet er ikke å undergrave kapasitet eller kvalitet i andre lands helsesystemer. For å unngå det, er det viktig at personell kommer hit midlertidig. Ikke at de flytter permanent til Norge, sier han.

til alle som ønsker det, ville vi være på god vei, mener Lindahl.

Håper på bedring

Lindahl håper avsløringer om vikarer og byråer som bryter arbeidstidsbestemmelsene får konsekvenser.

– Enkelte av våre vikarer krever å få jobbe «dubbla pass», ellers vil de dra til et annet sykehus. Noen avdelinger gir etter, andre sier ifra at det ikke er aktuelt. Det ender som regel med at de godtar det. Vi ser at dersom det oppstår sykdom i helgen, er det ofte de svenske vikarene som tar vekten i tillegg til det de allerede er satt opp på, sier hun.

Lindahl jobber så godt hun kan med å bevisstgjøre seksjonslederne på at det er deres ansvar å informere vikarene om Arbeidsmiljølovens kapittel 10. Kapittelet omhandler grensene for ukentlig arbeidstid, hviletid mellom vakter og grenser for overtid.

Mindre vikarer?

– Enkelte forskere og NHO Service tror at dersom loven skal holdes, vil behovet for vikarer øke. Enig? – Jeg tror at det kan stemme. De stadige innsparingene i sykehuset går ut over sengeavdelingene. Når de skal skjære ned går det på bekostning av sykepleier, hjelpepleier og merkantile funksjoner.

Avsløringer uten effekt

Hagelien er ikke alene om å tro at nylige avsløringer om vikarbyråenes brudd på arbeidsmiljøloven vil ha liten betydning for vikarbruken. – Avsløringene om brudd på arbeidsmiljøloven vil selvsagt kunne ha innvirkning på bransjen, men ikke nødvendigvis slik at markedet blir mindre. Det er satt i gang undersøkelser av bemanningsbransjen og offentlige helsetjenester. Undersøkelsene viser at de avslørte forhold ikke først og fremst er en sak om innleie, men en sak om en praksis som har vært vanlig hos svært mange aktører – både hos offentlige og private. Det har ført til at det skjer en innskjerping på flere nivåer, sier han.

Skadet omdømme

Hagelien sier at enkeltaktører har blitt påført omdømmemessig skade. Han tror ikke at bransjen som helhet vil merke kraftig nedgang. – Kanskje med unntak av den særlig turbulente tiden i løpet av siste måned. Faktum er at den praksis man har fulgt i helsevesenet i stor grad har hatt sammenheng med at man har manglet personell, sier han. Ut ifra dette tror han at en innskjerping av ar-

belegget på sengepostene har den siste tiden ligget over det de er bemannet for. Lista for å leie inn en ekstra sykepleier ligger ofte høyt. Arbeidsbelastningen for de som er på jobb blir høy, noe som viser seg i økt sykefravær og slitne sykepleiere. Som regel er det økonomien som gis som begrunnelse for at det ikke leies inn, sier hun.

Prøvehelg

– Er denne måten å få tak i vikarer på, bedre enn gjennom vikarbyråer? – Jeg kjenner best til hvordan akuttmottaket rekrutterer. Når de får en henvendelse ber de om å få tilsendt cv og autorisasjonsnummer, og de får en sjekkliste som de må gå gjennom. De får en prøvehelg hvor de har en kontaktsykepleier som når helgen er over gir tilbakemelding til seksjonsleder. Seksjonsleder har en samtale med den enkelte, sier hun. Lindahl har ikke oversikt over hvor mange vikarer som er leid for hele sykehuset på denne måten. Det er den enkelte avdeling som engasjerer sykepleierne.

– I akuttmottaket er det rundt 15 som kommer jevnlig, intensivseksjonene og hjerteseksjonen har rundt 60 til sammen og sengepostene fra seks–ti, sier hun. – Sjekkes autorisasjon og referanser i hvert enkelt tilfelle?

beidstidsbestemmelsene kan føre til at etterspørselen om innleie fra bemanningsbransjen vil øke.

Mindre attraktivt

Hagelien er klar på at Arbeidsmiljøloven skal følges. – Man kan ikke velge å ikke forholde seg til den fordi man mener at den er for streng, sier han. Men legger til at når hele helsevesenet blir bedre på å følge loven, blir det vanskeligere å hente inn personell fra utlandet. Årsakene oppgir han som følger: – Mange helsearbeidere som kommer hit fra utlandet, ønsker å jobbe mye når de er her. De opparbeider seg flere fridager som gjør det lettere å reise til familien i hjemlandet. Jeg sikter da til såkalt «Nordsjøturnus», sier Hagelien. Å få til en god dialog med fagbevegelsen tror han blir viktig. Ellers vil det bli enda vanskeligere å skaffe tilstrekkelig mange helsearbeidere i forhold til den etterspørselen som kommer. – Jeg regner med at lovgiver følger nøye med på dette, sier han.

– Den enkelte leder må følge prosedyre i personalportalen og sjekke mot statens autorisasjonskontor, sier Lindahl. – Er rutinene gode på dette? – Hvis prosedyren blir fulgt, er rutinene gode. – Hvordan kan du som tillitsvalgt sjekke at dette er gjort? – Det vet jeg ikke, har ikke hatt tid til å sjekke det ut.

Liten forståelse

Å ta opp saker hvor arbeidstidsbestemmelsene brytes, kan være vanskelig. Lindahl opplever ofte at når hun påpeker slike forhold, er det NSF som blir beskyldt for å være vanskelige. – Jeg opplever liten forståelse for at Arbeidsmiljøloven er en vernebestemmelse for den ansatte, sier hun. Lindahl har en «drøm» om hvordan hverdagen kan bli. – Sykehusene får øremerkede midler til å øke grunnbemanningen slik at sykepleierne kan tilbys fulle stillinger. De som jobber ufrivillig deltid vet når de skal jobbe, og får en forutsigbar hverdag. De kan bruke energi på jobben i stedet for å jakte på vakter, organisere barnevakt, og ikke minst ha en økonomi som de kan stole på fra måned til måned. ■■■

4 kvartal 2010	Vikartimer Helse og omsorg
Oslo	528 543
Hordaland	92 411
Rogaland	72 667
Akershus	49 554
Nordland	38 674
Østfold	31 710
Buskerud	29 723
Sør-Trøndelag	29 660
Møre og Romsdal	18 718
Hedemark	16 137
Sogn og Fjordane	15 897
Vestfold	14 786
Finnmark	14 637
Troms	13 922
Vest-Agder	6 388
Oppland	6 013
Nord-Trøndelag	4 870
Aust-Agder	4 648
Telemark	4 464
Totalt	993 422

Kilde: Bemanningsbarometeret NHO Service. Kilde: NHO Service

Sykepleiere får varsler-pris

Sykepleierne Gjertrud Hannasvik og Oline Hesselberg får hver sin pris for varslingen om kritikkverdige forhold ved henholdsvis kirurgisk avdeling på Asker og Bærum sykehus og ved det Adecco-drevne sykehjemmet Ammerudlunden.

Tekst **Ann-Kristin Bloch Helmers** Foto **Marit Fonn** og **Erik M. Sundt**

På Sykepleiernes dag 12. mai, får de to sykepleierne hver sin varslerpris. Prisen – Stockmanns hammer – er en varsler- og ytringsfrihetspris, som deles ut av stiftelsen Byggfag.

Juryen begrunner prisutdelingen med at sykepleierne på hver sin måte har gjort en formidabel innsats for å avdekke kritikkverdige forhold i helsevesenet.

I 2009 og 2010 jobbet Hannasvik hardt for å dokumentere at det foregikk triksing med ventelistene ved Sykehuset Asker og Bærum. I

strid med medisinske behov ble pasienter flyttet nedover på ventelistene ved sykehuset. Hannasvik dokumenterte 100 slike tilfeller uten at hun følte at ledelsen tok det på alvor.

Også tillitsvalgt og sykepleier Oline Hesselberg får prisen for sitt viktige bidrag til å avsløre kritikkverdige arbeidstids- og boforhold ved Ammerudlunden sykehjem. Varslingen ved sykehjemmet har fått store konsekvenser, og bemanningsbyrået Adecco har lagt ned sin avdeling innen helse som følge av avsløringen. ■■■



ARBEIDSTIDSVARSLER: Oline Hesselberg



VENTELISTEVARSLER: Gjertrud Hannasvik

FART NÅR DU VIL HA MER PÅ MAGEN



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

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

Duphalac® er et reseptfritt legemiddel som fås på apotek.

Bør brukes med forsiktighet hos pasienter med laktoseintoleranse. Skal ikke brukes av pasienter med mavesmerter av ukjent årsak. Skal ikke brukes ved 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

Bente Eikås

Alder: 52 år

Aktuell som: **Jordmor på Nordfjord sjukehus og foretakstillitsvalgt i Helse Førde**

BAKGRUNN:

Regjeringen går inn for jordmorstyrte fødestuer i Nordfjord og Odda. Det var nyheten 1. april. – Et trygt, godt og forutsigbart fødetilbud, sa helseminister Anne-Grete Strøm-Erichsen. Hun viste til faglige råd. Fra 2012 blir fødeavdelingen i Nordfjord slått sammen med fødeavdelingen i Volda.

– Verre for fødende i Nordfjord

Hvordan fikk du vite at fødeavdelingen din skal legges ned?

– En av sønnene mine ringte fra Bergen denne fredagsmorgenen. Han hadde hørt det på radio.

Hvordan reagerte du?

– Jeg ble ganske sjokkert. Det kom helt overraskende. Ikke minst at det skulle få et sånt omfang. Ortopeden, som er regnet som tredje best i landet, blir radert bort, til tross for økende ventelister. Det er underlig helsepolitikk.

Hva sier kollegene?

– De reagerte med sjokk og vantro hele gjengen. De er fortløpende og nedtrykt.

Hvor mange jordmødre er dere?

– Ni i ti stillinger.

Kan du forstå argumentene bak vedtaket?

– Jeg forstår ikke de faglige argumentene. Statistikken viser at det er like bra å føde på lokalsykehus som på store sykehus. Det virker som et spill for galleriet. Norge har for få gynekologer. Om man legger ned små sykehus, er ikke det ensbetydende med at svensker og dansker vil følge med på lasset til de store.

Hva sier folk i Nordfjord?

– Folk er rasende i hele Nordfjord. De ytre kommunene får lang vei. Helseministeren sa at det blir bra når den nye riksveien til Volda er ferdig. Hun mente det vil ta et kvarter fra Stryn til Volda. Hun trenger litt geografiundervisning. Det vil ta 50 minutter på denne distansen. Men fra ytre til indre Nordfjord tar det halvannen time å kjøre.

Så veien blir for lang?

– Noen får mye lengre vei. Kvinner som bor i Selje og Vågsøy må først til Nordfjordeid og så videre en time til Volda, inkludert fergetid, for å føde.

Hvor lenge har dere slåss for å beholde fødeavdelingen?

– Ååhhh. Det har gått opp og ned. Saken har vært på agendaen, det har vært fakkeltog, uroen har lagt seg, nye fakkeltog. Slik har det vært i mange år. Vi har hatt et fullverdig sykehus siden 1936. Dette er tilbakegang.

Hva med følgetjenesten?

– Ingen kommuner i Nordfjord har følgetjeneste, bortsatt fra Stryn, som har slik tjeneste to døgn per uke. Og det er et paradoks at akkurat den regionen ligger nærmest Volda. Merkelig at myndighetene mener dette skal bli et tryggere fødetilbud.

Skal dere slåss videre?

– Vi får se når sjokket har lagt seg.

Hva kan dere gjøre da?

– Vi har sagt at vi ikke vil ha jordmorstyrt fødestue, fordi det er et risikoprojekt for kvinnene. Jeg tenker på atoniblødninger eller andre akutte komplikasjoner. Smale fjorder, høye fjell og mye tåke gjør at helikoptertransport kan være umulig. Dette er spesielt for Nordvestlandet.

Så hva vil du ha i Nordfjordeid?

– Vi vil faktisk ha det som i dag. Veien videre kan jeg ikke uttale meg om før helseforetaket informerer om hva som er alternativene.

Men er det ikke bestemt at det blir jordmorstyrt fødestue?

– Jeg vet ikke. Vi har fått null info fra Helse Førde, som nå får en stor utfordring. De vet heller ikke noe. Dette er fortløpende. Dette blir ikke et bedre fødetilbud. Det må jeg bare si. Helt utrolig at dette har skjedd.



Tekst **Marit Fonn**
Foto **Anna Wuttudal/**
Fjordabladet

32 Historien om mRNA-testen ›

34 – Saksgang under enhver kritikk ›

36 Uforsvarlig eller livreddende ›

Kampen



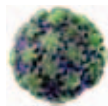
om krefttesten →

- Her holder Bente Falang Hoaas en krefttest som har skapt dyp splid i norske fagmiljøer.
- Advokater, gammel uenighet og beskyldninger om faglige overgrep er bare noen av ingrediensene i krangelen.
- Frontene er steile, men målet er det samme: Å forebygge livmorhalskreft.

Tekst **Nina Hernæs** Foto **Erik M. Sundt**



TIL ANALYSE: Laboratoriesjef Bente Falang Hoaas med stridens kjerne: mRNA-testen.



«Saksgangen har lagt til rette for sterke utsagn og utsagn som kan skremme befolkningen.

Gry Andersen, leder, Diagnostisk klinikk, Universitetssykehuset i Tromsø

mRNA er navnet på den norske krefttesten som har fått det til å koke i fagmiljøene. Tilhengerne mener den redder liv. Motstanderne mener den setter liv i fare.



REAGERER: - Vi som bruker testen er ikke spurt, sier Gry Andersen, leder for Diagnostisk klinikk på Universitetssykehuset i Nord-Norge. Foto: Rune S. Bertinussen.

Den omstridte testen brukes sammen med celleprøve for å forebygge livmorhalskreft.

Patologen Sveinung Wergeland Sørbye har lenge argumentert hardt for denne mRNA-testen. Han mener den er best egnet til å avsløre hvilke kvinner som har høyest risiko for kreft. Likevel har Helsedirektoratet i snart ett år forsøkt å stoppe den. Konsekvensen kan bli at flere sykehus ikke får tilby kvinner den testen de mener er best.

Skulle evalueres

I hele vinter har det stormet rundt denne testen. Men kimen til konflikten ble sådd for mange år siden. Vi skal tilbake til 2005.

Da ble det satt i gang et prøveprosjekt for hpv-testing. mRNA-test er én type hpv-test.

Tanken med prøveprosjektet var å kartlegge hvilke tester som var i bruk og sammenligne dem. Men Kreftregisteret har ennå ikke levert en evaluering. Det har skapt frustrasjon. Siste beskjed er at en evaluering kommer i løpet av året.

Treffer sikker test

Det var ikke gitt at overlege Sørbye skulle bli mRNA-mann. Heller ikke at han skulle bruke jobbtid og fritid på livmorhalskreft.

Da produsenten av mRNA-testen i 2007 besøkte Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN), opplevde han at det ble lovet gull og grønne skoger om sykehuset brukte deres test. Sørbye var svært skeptisk.

- Dette skal vi se på, tenkte han, og begynte å undersøke hvordan det hadde gått med kvinnene som var testet med mRNA-testen.

Han ble overrasket.

Gang på gang så han at den hadde funnet kvinnene med risiko for kreft, slik at de kunne behandles og kreft unngås.

Risiko

Men i juni 2010 foreslår Helsedirektoratet å kutte ut all hpv-testing. Professor og overlege Ole-Erik Iversen, en av direktoratets

rådgivere, sier til Dagens Medisin at det ikke er holdbart å fortsette så lenge testingen ikke er evaluert.

Divisjonsdirektør Hans-Petter Aarseth i Helsedirektoratet frykter at praksisen utsetter kvinner for risiko fordi ikke alle med kreftrisiko blir fanget opp.

Nye forslag

En rekke patologer og mikrobiologer ber om at testingen fortsetter til den er evaluert. De peker på at hpv-test er en viktig tilleggssundersøkelse som kan føre til raskere utredning og behandling av livmorhalskreft og forstadier til slik kreft.

Helsedirektoratets forslag om å kutte hpv-test går ikke gjennom. Testingen fortsetter.

På nytt foreslår direktoratet å stoppe testingen. Igjen sier Hans-Petter Aarseth at den utsetter kvinner for risiko, fordi ikke alle med kreftrisiko blir fanget opp.

Vet det er noe

I Ålesund fortviler patolog Bjørn Westre. Hver dag ser han på celler gjennom mikroskopet. Gjennom 25 år er det få diagnostiske verktøy han har hatt så stor nytte av som mRNA-testen. Er den positiv, har han erfart at sannsynligheten er høy for forstadier til kreft, selv om andre prøver er normale.

Til Stortinget

Sveinung Wergeland Sørbye sender en e-post. Han forsøker å få fatt i lederen av Stortingets helse- og omsorgskomite, Bent Høie, men kommer til Høies partifelle og komitékollega Sonja Irene Sjøli. Sørbye informerer om direktoratets planer. Og Sjøli, som er jordmor, vil ha klarhet. Hun ber helseministeren vurdere forslaget om å stoppe med hpv-test. Ministeren går ut i Aftenposten og garanterer at testingen skal fortsette.

Dette er 8. desember. 15. desember sender Helsedirektoratet et brev der de stiller nye krav til hpv-tester. Nå betyr det slutt for én av dem, nemlig mRNA-testen. Det er denne som utsetter kvinner



VAR KRITISK: Overlege Sveinung Wermland Sørbye har publisert to studier om bruk av mRNA-test. Foto: Rune S. Bertinussen.

Dette er saken:

- ▶ Hpv-test brukes for å forebygge og oppdage livmorhalskreft.
- ▶ Før 2005 var det opp til hver enkelt lege å teste kvinner for hpv. Dette skapte frustrasjon. Ulike tester ble markedsført og mange kvinner fikk beskjed om at de hadde et kreftvirus det ikke fins behandling for. Det var heller ikke enighet om hvordan positive funn skulle følges opp.
- ▶ Derfor ble det i 2005 satt i gang et prøveprosjekt. Hpv-testing skulle kun gjøres på streng indikasjon og følges opp på bestemte måter. Tanken var å få oversikt over hvilke tester som ble brukt og evaluere bruken.
- ▶ I 2011 er evalueringen ennå ikke ferdig.
- ▶ Likevel foreslår Helsedirektoratet å kutte ut én av testene som brukes. Legene som bruker testene har gjentatte ganger bedt om at endringer ikke gjøres før dagens praksis er evaluert.
- ▶ Nå har testingen blitt advokatmat.

for risiko mener direktoratet. De som bruker den, protesterer vilt. På direkte spørsmål om testen, slik den brukes i praksis, utgjør en risiko, svarer Aarseth nå nei. Nå er problemet at de som bruker testen ikke følger reglene. Dette avviser sykehusene som bruker den.

Nytt spørsmål

Sonja Sjøli blir overrasket. Hun oppfattet at ministeren ville at testingen skulle fortsette til praksisen var evaluert. Hun stiller spørsmål om hva ministeren egentlig mener.

Evaluerer

Og mens alle venter på henne, jobbes det dag og natt på Hurumlandet i Buskerud. Her ligger Norchip, firmaet bak mRNA-testen. Gründer Einar Morland knuser tall. På excel-arkene foran ham begynner det å avtegne seg et bilde av hvordan hpv-testing i Norge fungerer i praksis. For Morland er bildet oppløftende. Det er gode nyheter for et firma som vil tjene penger.

Norchip har fått lovlig tilgang til Kreftregisterets data om hpv-testing etter 2005. Et materiale Kreftregisteret selv ikke har analysert ferdig.

Norchip legger fram foreløpige tall for Helse- og omsorgsdepartementet. Noen dager etter ber ministeren om ny vurdering av saken. Hun forutsetter bred og faglig dialog.

Gammel uenighet

Nå sier overlege og professor Ole-Erik Iversen til NRK at mRNA-testen setter liv i fare. Han kaller det hårreisende.

Det er en lang kamp professoren har kjempet mot mRNA-testen.

Før 2005, da hpv-testingen ikke var strengt regulert, var Norchip et av flere firma som markedsførte slike tester. Iversen mente Norchip opptrådte aggressivt. Dette fant Norchip uforståelig.

Disputt

Den gangen fantes ingen føringer for bruk av hpv-test i Norge. Flere leger mente testingen var uten klinisk nytte og førte til

unødig bekymring. I tillegg kostet den samfunnet penger.

Iversen kritiserte villtestingen og fikk svar fra Norchip. Flere opplevde tonen som ufin. Norchip mente de prøvde å rydde opp i faglig uenighet, men beklaget senere enkelte spissformuleringer.

Iversen selv opplevde at han pådro seg Norchips vrede og bakvaskelser. Samme år erklærte han at han ikke ville ha mer med firmaet å gjøre. Siden har han takket ja til to møter med firmaets styreledere. Norchip mener de har jobbet hardt for en faglig kommunikasjon.

Høring

Tilbake til i år:

11. februar, seksten dager etter at helseministeren ønsket bred og faglig dialog, sender Helsedirektoratet ut et nytt brev. Igjen stilles det spesifikke krav til hpv-testene. Og igjen faller mRNA-testen bort. Forslaget sendes ut på høring.

Høringen som forsvant

Nå blir saken advokatmat. På vegne av Norchip retter advokat Monica Syrdal en rekke innsigelser mot saksgangen. Dokumentene er offentlig tilgjengelige. Hun mener flere formelle krav er brutt i forhold til høring. Fristen er for kort. Høringsinstansene for få og direktoratet har i realiteten bedt om råd fra egne rådgivere. Direktoratet svarer med en beklagelse. Å bruke ordet «høring» var feil. Dette er ingen høring, men en forespørsel om synspunkter for å sikre bred og faglig dialog.

Har konkludert

30. mars sender direktoratet et nytt brev. Her informeres det om at alle innspill er vurdert. Beslutning er tatt. mRNA-test skal bort. Nå er det opp til Helse- og omsorgsdepartementet å fatte endelig avgjørelse.

Bjørn Westre i Ålesund mener de som analyserer testene og stiller diagnose ikke er blitt hørt.

Han har en kommentar.

– Faglig overgrep.



Kritiserer saksgangen

Klinikksjef Gry Andersen i Tromsø mener fagmiljøene er blitt spilt ut mot hverandre.

Hun har vanskelig for å forstå hvorfor direktoratet ikke kan avvente Kreftregisterets evaluering.

– Det er viktig å se hvordan hpv-testing har fungert i Norge, fordi ingen andre land gjør dette på samme måte som oss, sier Andersen, som leder Diagnostisk klinikk på UNN.

– Jeg mener vi må ha vitenskapelige dokumentasjon for å trekke konklusjoner før eventuelle endringer gjøres. Vi jobber evidensbasert, og man risikerer å svekke hpv-testingen og til liten til beslutningene hvis det gjøres endringer som ikke er faglig og vitenskapelig begrunnet.

Andersen viser til at ingen andre land utfører hpv-testing som i Norge.

– Derfor er det viktig å se hvordan det fungerer her.

– Men Kreftregisteret sier evalueringen ikke vil gi klare svar?

– Kreftregisteret sitter på et stort datamateriale der hver type test er blitt brukt av flere tusen kvinner. Hvis det er mulige forskjeller mellom de ulike testene, så bør de kunne finne det. Det er spesielt at de velger å konkludere før de har sett på materialet. Kreftregisteret hadde ikke mulighet til å svare på dette før Sykepleien gikk i trykken.

Lukket prosess

– Hva synes du om saksgangen?

– Den har vært noe spesiell og fagmiljøene er blitt spilt ut

– Under enhver kritikk

– Helsedirektoratet opptre ikke nøytralt, mener advokat Monica Syrdal.

Syrdal representerer Norchip og mener direktoratet har begått en rekke alvorlige saksbehandlingsfeil i hpv-saken.

– Det kan se ut som om direktoratet har vært opptatt av å utelukke én bestemt test, fremfor å lage nøytrale regler for hvilke tester som kan velges, sier hun.

Svekker tilliten

Hun peker på at det er gjort flere formelle feil i forhold til høring.

– Men direktoratet har beklaget og sagt at dette ikke var en høring?

– Den er sendt ut og benevnt av direktoratet selv som høring.

Direktoratet har gått til eksterne miljøer og bedt om råd. Det er nettopp dette som kjennetegner høringsinstituttet, og da stilles det strenge krav til saksgangen.

Blant annet peker Syrdal på at høringsinstansene er for få.

– Men direktoratet sier det er hentet inn råd fra ulike fagmiljøer?

– Jeg konstaterer at de ikke har spurt noen av dem som bruker mRNA-testen. I praksis har de spurt om råd fra sine egne rådgiv-

vere. Dette er en sak med stor faglig uenighet, der sterke miljøer står mot hverandre. God forvaltningspraksis tilsier at råd skal hentes inn bredt, også fra miljøer som det er kjent har avvikende synspunkter. Saksbehandlingen er kort og greit i strid med god forvaltningsskikk. Det svekker tilliten til resultatet.

Sterke holdninger

Syrdal mener også det er spesielt at direktoratet ensidig vektlegger utenlandske studier, som gjelder bruk av disse testene på en helt annen måte enn den måten hpv-testing foregår på i Norge, og ikke bruker analyser og data fra testingen slik den er praktisert her.

– Mye tyder på at direktoratet ensidig har latt seg influere av enkelte fagpersoner med sterke negative holdninger til Norchip som selskap, sier hun.

– Hva mener du med det?

– Ole-Erik Iversen er en sentral fagperson som gjennom flere år har angrepet Norchip, også i media. Det må Norchip leve med. Når

Livmorhalskreft

Rammer rundt 300 kvinner i året. 80 – 100 dør. Sykdommen gir få symptomer før den er kommet i et sent stadium. Oppdages den tidlig, er prognosene gode. Oppdages forstadiene til kreft, kan kreft unngås.

Celleprøve og hpv-test

Ved bruk av celleprøver kan mange tilfeller av livmorhalskreft forebygges. I Norge er forekomst og dødelighet redusert som følge av systematisk screening med celleprøver. Men prøven fanger ikke opp alle forstadier. 40 pro-

sent av de som får livmorhalskreft har hatt normale celleprøver i årene før diagnosen.

Hpv-test brukes ved oppfølging av mindre celleforandringer. Hpv-testen brukes i tillegg til celleprøve.

mot hverandre. Helsedirektoratet har fremmet flere forslag om endringer der det ene erstatter det andre. Det er høy temperatur i diskusjonen og saksgangen har lagt til rette for sterke utsagn og utsagn som kan skremme befolkningen. Jeg mener man ville vært bedre tjent ved å ha åpnet for en bred faglig diskusjon før man konkluderer.

Hun mener saksgangen har vært lukket og preget av at få fagmiljøer er blitt spurt og lyttet til.

– Jeg håper direktoratet tar lærdom av denne saken og håndterer andre saker annerledes. For at vi skal ha tillit til direktoratet og deres rådgivere, er det viktig med åpenhet og dialog, påpeker hun.

– Men direktoratet mener ulike fagmiljøer er tatt med på råd?

– Det er viktig å innhente erfaringer fra sykehusene som bruker de ulike testene i praksis. Det er ikke blitt gjort.

– Mange bruker testen

– Ole Erik Iversen og andre gynekologer, også på UNN, sier dere driver uforsvarlig?

– Vår praksis er forsvarlig og i tråd med screeningprogram-

met. Vi bruker testen for å finne kvinner med forstadier til kreft slik at de kan behandles. Jeg vil minne om at fem av elleve sykehus i Norge bruker mRNA-test. I framstillingene kan det virke som det bare er noen få.

– Jeg er noe i stuss over måten Ole Erik

Iversen velger å gå ut i media og omtale

UNN på. Som helsepersonell har

vi ansvar for å opptre ryddig og

saklig, og ikke legge opp til

økt bekymring og dermed

belaste berørte kvin-

ner. Iversens debatt-

form og uttalelser

er hans valg, men

vanskeliggjør en

saklig dialog.

han selv gir uttrykk for at han har utsatt seg for Norchips vrede og bakvaskelser, og som følge av dette siden 2004 formelt erklært at han ikke ønsker ytterligere kontakt med et firma han ikke anser som en seriøs aktør, har han stilt seg i en posisjon hvor den nødvendige habilitet ikke er til stede og da kan han ikke samtidig være rådgiver for helsemyndighetene.

Ole-Erik Iversen selv opplyser at han har hatt to møter med Norchips styreledere etter dette.

– Det er vel lov for fagfolk å ha sterke meninger, selv om man også er myndighetenes rådgiver?

– Ja, men ikke når det vipper over i et personlig motsetningsforhold. Det har vi påpekt. Men direktoratet har overhodet ikke kommentert dette i sitt svar til oss, sier advokat Monica Syrdal.

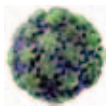
Dette avviser assisterende helsedirektør Hans-Petter Aarseth.

– Alle våre rådgivere i denne saken er habilitetsvurdert. Det at enkelte tidligere har vært medlemmer i andre fagråd eller har sterke faglige synspunkter gjør dem ikke inhabile, sier han. ➔

Hpv-typer

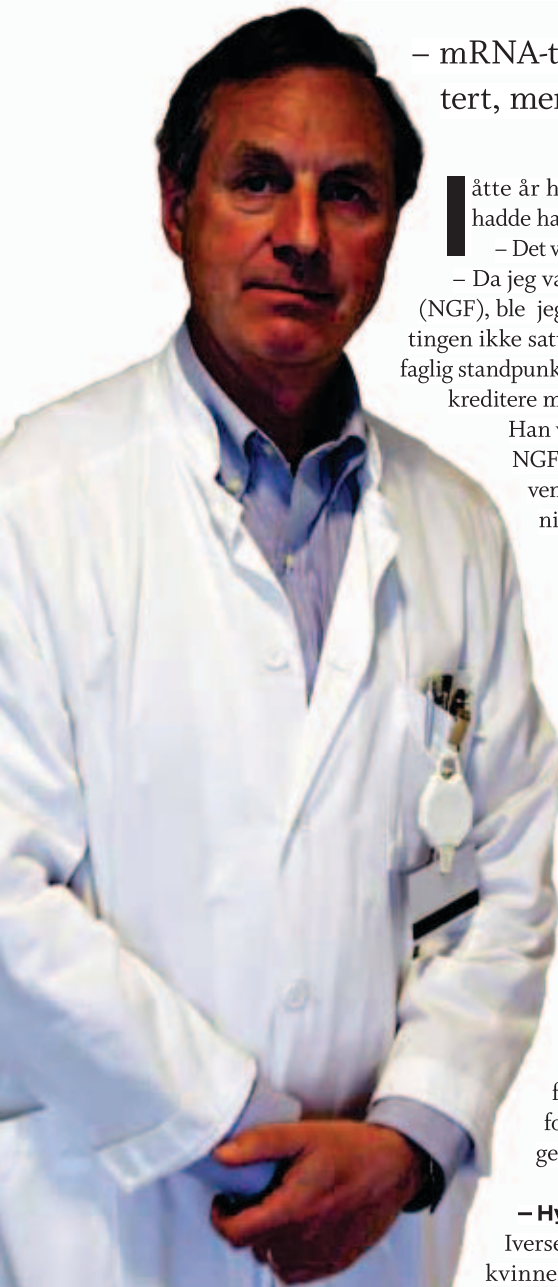
Det fins over hundre typer hpv. Mellom 13 og 15 antas å kunne gi kreft. To står i en særstilling. Det er 16 og 18. Disse to er årsak til over 70 prosent av krefttilfellene. Hpv-vaksinen, som gis til jenter i sjuende klasse, beskytter mot disse to typene.

SKAL BORT: Helse-
direktoratet vil
fjerne denne
testen.



– Uforsvarlig å bruke testen

– mRNA-testen er tatt i bruk uten å være tilstrekkelig dokumentert, mener professor og overlege Ole-Erik Iversen.



Åtte år har han deltatt i debatten om testen. Helst hadde han sett at den var over.

– Det var tilfeldig at jeg havnet oppi den, forteller han. – Da jeg var nestleder i Norsk gynekologisk forening (NGF), ble jeg oppfordret til å engasjere meg. Da var testingen ikke satt i system. Det måtte ryddes opp. Jeg tok et faglig standpunkt, og opplevde at Norchip gjorde alt for å diskreditere meg og mine synspunkter.

Han viser til at hpv er det eneste fagområdet hvor NGF har sett seg nødt til å opprette et eget rådgivende utvalg. Det skjedde på hans egen anmodning og det har hele tiden vært full enighet.

For få typer

Iversen mener Norchips mRNA-test ikke oppfyller kravene som stilles til hpv-tester.

– Men denne testen er vel sidestilt med andre hpv-tester som brukes i Norge?

– Nei, det er feil. Testene som skal brukes må være standardiserte og validerte for bruk i screening, og det er ikke denne mRNA-testen.

– Men Helsedirektoratet skriver så sent som i 2009 at mRNA-testen kan brukes?

– Det må Helsedirektoratet svare for.

– Hvordan kan du da si at sykehusene som bruker testen driver uforsvarlig?

– Fordi etter internasjonale vitenskapelige standarder må det testes for minst 13 hpv-typer. Norchips mRNA-test tester for fem. Altså er det åtte typer det ikke testes for. Det utgjør 25 prosent av behandlingstremgende celleforandringer.

– Hypotese

Iversens bekymring er at mRNA-testen utsetter kvinner for risiko, fordi den ikke finner alle som trenger behandling.

– Men de som bruker testen argumenterer med at den finner de som har reell risiko for kreft?

– Det er en udokumentert hypotese. Den tester

for de fem vanligste typene for kreft, men ikke alle typer som gir forstadier til kreft. Målet med testingen er å finne flest mulig forstadier for å forhindre kreft.

– Det har vært heftig debatt i blant annet Dagens Medisin. Nå etableres det nøktern analyse. Hvorfor ikke vente på Kreftregisterets evaluering?

– Fordi Kreftregisteret har sagt at evalueringen ikke vil gi klare nok svar fordi prøveperioden ikke er gjennomført i forhold til planen.

– Har hentet uttalelser

– Norchips advokat mener Helsedirektoratet ensidig har latt seg influere av fagpersoner med sterk negativ holdning til firmaet?

– Hvis de mener jeg bestemmer over Helsedirektoratet er det en grov insinuasjon mot direktoratet og øvrige fagpersoner som gir råd. Alle vedtak har vært enstemmige og det har vært innhentet uttalelser fra sentrale fagmiljøer.

– Advokaten viser til at du flere ganger har angrepet mRNA-testen i media samtidig som du er helsemyndighetenes rådgiver?

– Jeg har svart på spørsmål fra media og sagt hva jeg mener på vegne av et bredt fagmiljø og i henhold til anbefalinger fra Verdens helseorganisasjon. Mener advokaten vi skal ha sensur på offentlig debatt?

– Du kritiseres av andre fagfolk for å skremme kvinner når du sier en test har satt liv i fare?

– Det jeg har uttalt har vært en reaksjon på det jeg mener er oversalg av forskning gjort på UNN. Egentlig er jeg ganske oppgitt over hele saken. Jeg fikk i sin tid meldt bekymring om hpv-testingen på min vakt som tillitsvalgt i Norsk gynekologisk forening. Jeg fikk et oppdrag, og det har jeg utført. Jeg ser det som helt uakseptabelt å gi etter for denne type angrep og press for faglige og vitenskapelige meninger.

Ikke lest brevene

Iversen presiserer at han ikke har lest brevene direktoratet har fått på vegne av Norchip.

– På bakgrunn av Sykepleiens spørsmål konstaterer jeg nye personangrep bak min rygg. Når Norchip ikke vinner fram med faglig og vitenskapelig argumentasjon overføres saken til juridisk og politisk arena. Jeg forutsetter at Helsedirektoratet også får gi svar i denne saken, sier Ole-Erik Iversen.

HAR SAGT FRA: Professor og overlege Ole-Erik Iversen mener det må stilles strengere krav til hpv-tester. Foto: Scanpix

Hpv

Nesten all livmorhalskreft skyldes infeksjon med humant papillomavirus (hpv). Virusets smitter gjennom sex. Det er svært smittomt, men de fleste kvitter seg med viruset. Noen få utvikler en kronisk infeksjon som kan føre til alvorlige celleforandringer. Det er disse som har risiko for kreft.

Hpv-tester

Det fins to hovedtyper hpv-tester. Hpv DNA-test finner DNA av viruset, det vil si at viruset er til stede på livmorhalsen. Testen sier ingenting om infeksjonen er forbigående eller kronisk. Flere av testene undersøker for tolv eller flere typer

hpv som antas å kunne føre til livmorhalskreft.

Hpv mRNA-test finner kreftfremkallende proteiner som produseres når viruset har endret cellens arvemateriale. Denne testen er positiv hos kvinner med alvorlige celleforandringer. Det er disse som har risiko for å utvikle kreft. Den mRNA-testen som brukes i Norge, undersøker for fem hpv-typer.

– Redder liv

Sveinung Wergeland Sørbye mener mRNA-test fører til raskere diagnose og behandling.

Han avviser at testen ikke er godt nok dokumentert.

- Helsedirektoratet har flere ganger sagt den kan brukes. I tillegg fins det en rekke studier som sammenligner ulike tester. Alle viser at mRNA-testen vil fungere godt som en oppfølgingstest, slik den brukes i Norge.

– Tas i tillegg

Han minner om at testen tas i tillegg til celleprøve, ikke som erstatning.

- Det betyr at kvinnene får et bedre tilbud enn før. De med positiv test blir utredet raskere og blir også fulgt tettere opp, selv om andre prøver er normale.

- Men den tester ikke for alle kreftfremkallende virus?

- Mange av de andre typene har liten eller ingen risiko for kreft når celleprøven er normal. mRNA-testen plukker ut kvinnene det haster å få behandlet.

– Skiller friske og syke

Sørbye minner om at det er viktig med en test som skiller godt mellom syke og friske.

- Den store fordelene med mRNA-testen er at den er treffsikker. Det betyr at den fanger opp dem som faktisk trenger behandling, i motsetning til andre tester som også fanger opp kvinner uten reell kreft risiko.

- Har du oversolgt din egen forskning?

- Våre funn bekrefter tidligere studier som er gjort. Jeg er opp-tatt av å vise hvordan hpv-testene fungerer i praksis.

Han viser til at alle studier viser at hpv-test finner flere kvinner med kreft risiko enn celleprøve alene. Dette gjelder alle hpv-tester.

- Derfor er det et stort paradoks at Helsedirektoratet først ville stoppe all hpv-testing, når de egentlig mente én test var problemet, sier han.



BEDRE TILBUD: Sveinung Wergeland Sørbye minner om at mRNA-test er en tilleggsprøve. Foto: Rune S. Bertinussen.

Avviser alt

– Hensynet til kvinners helse må stå over hensynet til produsenter av medisinsk utstyr, sier assisterende helsedirektør Hans-Petter Aarseth.

Han sier at hpv-testing er basert på faglig kunnskap.

- Våre anbefalinger er basert på å gi et så godt helsetilbud som mulig. Om det finnes tester på markedet vi mener ikke ivaretar kvinners interesse, kan vi ikke anbefale dem, sier han.

Helsedirektoratet mener det ikke er dokumentert at praksisen med mRNA-test er forsvarlig.

Har sikret dialog

Aarseth avviser at direktoratet har gjort feil i saksbehandlingen.

- Men dere har bedt om råd fra eksterne miljøer, er ikke det da høring?

- En må skille mellom det å sikre bred faglig dialog og en offentlig høring. En høring knyttet til hpv-testing måtte bli gjort på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Et slikt oppdrag har vi ikke fått. Det vi gjorde var å sikre bred faglig dialog.

Har fått uttale seg

- Men fagfolk kaller saksgangen lukket og sier få er lyttet til?

- Det er vi uenige i. For å sikre bred og faglig dialog sendte vi forespørsel til flere miljøer. I tillegg har flere andre svart. Gjennom alle vi har spurt og mottatt svar fra mener vi prosessen ikke har vært lukket.

- Men brukerne av mRNA-testen er ikke tatt med på råd?

- Flere av dem har uttalt seg og gitt sine synspunkter til kjenne. I våre fagråd sitter også representanter fra ulike helseregioner og spesialiteter. Vi mener det er feil at ikke sykehusene som bruker mRNA-testen har fått uttale seg, sier Hans-Petter Aarseth.

Han er også uenig i at direktoratet ensidig vektlegger utenlandske studier som ikke gjelder hpv-testing i Norge.

- Helsedirektoratet baserer seg både på norske og internasjonale studier, i tillegg til råd og faglige innspill som vi mottar, sier han. ■■

Hvilken test kan brukes?

I Kvalitetsmanualen for Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft anbefales standardiserte, validerte tester. I 2009 skriver Kreftregisteret at fagmiljøene ikke synes å være enige om definisjonen «klinisk validerte hpv-tester». Derfor bruker Kreftregisteret nå formuleringen «egnet for bruk i screening».

I 2009 skriver Helsedirektoratet til Norchip at deres test kan brukes.

«Det lukrative kreftviruset»

I 2005 sendte Tv2 dokumentaren «Det lukrative kreftviruset». Her fikk Norchip og UNN kritikk for praksisen med hpv-testing i årene med villtesting. Dokumentaren handlet også om et omdiskutert forskningsprosjekt i Kongo. Norchip klaget programmet inn til Pressens faglige utvalg. Norchip fikk ikke medhold, men Tv2 fikk kritikk for ikke å ha fulgt kravet til samtidig imøtegåelse i nyhetsinnslag.

Omgitt av støttepersonell får Lars Mathisen bedre tid til å gjøre jobben sin.

Mer tid til pasienten

Les mer om:

- 42 Sjekker eldres medisinlister ›
- 45 Mye logistikk på operasjonsstuen ›
- 46 Barna sviktes av helsepersonell ›



sykepleien.no

› Ferske fagartikler hver uke på sykepleien.no



Mathisens støttefunksjoner:

- › Postsekretær 16 timer i døgnet
- › Løfteteam
- › Pleiemedhjelpere
- › Portør/følgetjeneste
- › Døgnapent apotek og farmasøyt på hver enhet
- › Renholdere på enheten om dagen, kan tilkalles hele døgnet

Intensivsykepleier Lars Mathisen har for tiden halv stilling på en 16-sengs intensivenhet ved universitetssykehuset i San Francisco (UCSF). Med norske øyne var forskjellene åpenbare da han begynte å jobbe på et nytt kontinent sist høst.

På en svipptur hjemme i Norge forteller han hvorfor han får mer tid til pasientene over Atlanteren enn her hjemme.

– Oppgavene er mer avgrensede, fra de enkle ting til større. Og vi har flere støttefunksjoner som frigjør tid til direkte pasientkontakt.

Uten medisinrom

Apotektjenesten har døgnservice. Det fins ikke medisinrom på avdelingene. Farmasøyter er i satellitter på enhetene. De leverer legemidler og blander drypp.

– Det gir bedre pasientsikkerhet, og jeg kan konsentrere meg om den direkte pasientkontakten, poengterer Mathisen.

På en konsoll som er tre-fire meter bred, kan han logge seg på med et brukernavn og fingeravtrykk. Der klikker han på pasientens navn og legemiddel.

– Systemet beskytter mot å gi feil medikament til pasienten. Det er bare å gå og hente i skuffen som åpner seg.

Er det snakk om narkotika, er sik-

kerheten streng. Trenger han en og en halv tablett, må den resterende halve kastes. Da må han ha et vitne på at den faktisk blir kastet, ellers får han ikke ut medisinen i det hele tatt.

Calling-systemet gir valgmulighet mellom telefon og tekstmelding. Har han et spørsmål eller en beskjed, kan han sende en tekstmelding via intranettet.

– Når det er gjort, slipper jeg å tenke mer på det. Da er det inne i systemet.

Får hjelp med vasken

Renholdere er i enheten 16 timer i døgnet, men kan tilkalles hele døgnet.

– Når vi avslutter behandling, er det de som gjør klart til neste pasient.

Postsekretæren tar seg av skrankehenndelser dag og kveld syv dager i uken.

– Da føler folk seg velkomne. Det er jo mange som kommer til et universitetssykehus.

Postsekretæren tar alle telefoner og selekterer dem. Det betyr at samtale Mathisen får videreformidlet, dreier seg om pasientene, ofte fra pårørende.

Han forteller videre om løfteteam. To pleiemedhjelpere på hver enhet har denne oppgaven. De spør hvem som trenger hjelp til å mobilisere, snu eller veie pasientene. Når og hva? spør de og lager seg en liste. ➔



MANGFOLD: Lars Mathisen i selvutvalgte klær. Sykepleierne har ansvar for uniformene selv – men snart får de nye, like uniformer.



SAMARBEID: Ansvarshavende sykepleier Meghann McElroy og Lars Mathisen diskuterer pasientforløp.

Pleiemedhjelperne kan også hjelpe til med å vaske pasientene. Derfor kan Mathisen konsentrere seg om det mer kompliserte stellet. Det erfarte han nylig med en av pasientene:

– Jeg barberte pasienten og tok meg av et komplisert munnstell med løse tenner og harde skorper. Siden pleie-

«Sykepleiere kan bli avbestilt på kort varsel.»

Lars Mathisen

medhjelperen hadde vasket, rakk jeg det jeg skulle.

Intensivenheten har minstekrav til bemanning. Mathisen kan ha ansvar for to pasienter – eller de kan være to sykepleiere på én pasient. Bemanningen skaleres opp og ned avhengig av de inneliggende pasientenes behov.

– Er det for mange sykepleiere på

vakt, kan man bli avbestilt på kort varsel. Da uteblir også inntekten for den vakten.

Det utveksles sykepleiere mellom fem intensivenheter i sykehuset for å få kabalen til å gå opp.

– Det er en krevende logistikk. Arbeidspresset er jevnt og høyt. Men forventningene både til meg selv og til kollegene er klarere.

Slipper å passe på andre

Alt dette gjør at jeg får mer tid til pasienten så jeg kan gjøre det jeg er utdannet til. Jeg bruker lite tid til systemvedlikehold eller å passe på at andre gjør jobben sin.

– Som du bruker tid på i Norge?

– Ja. Her opplever jeg mer å være en del av et team med tydelig fordelte funksjoner. Hjemme blir oppgavene ofte skjøvet over til sykepleierne når internservice skal spare penger.

– Men californierne skal vel spare penger de og?

– Ja, de er jo nærmest konkurs. Men mitt inntrykk er at de etablerer system de har tro på og hvis det er effektivt i drift, får det bli.

Tydelige navneskilt

Skulle Mathisen ha punktert et dekk på vei til jobben, er redningen nær. Everyday errands – hverdagsærend – er en tjeneste som er til for å løse slike

akutte problem. Den sørger for å få reparert dekket. Men selve reparasjonen må Mathisen betale selv.

Mathisen er nå tilbake i USA. Der er de i ferd med å innføre nye uniformer. Navneskilt har fulle navn – og tittel.

– Sykehuset her er opptatt av at pasienter og pårørende skal vite om de snakker med en sykepleier.

Mathisen og sykepleierkollegene skal få marineblå uniformer. Over brystlommen er det brodert «UCSF Medical Center – Registered Nurse».

Mathisen kjenner igjen organiseringen fra 15 år tilbake som mastergradsstudent i samme by.

– Er det noe du er kritisk til?

– Arbeidslivets spilleregler og velferdsordninger er svært forskjellig fra norske forhold, men pasienten og pårørendes behov er mer likt enn ulikt på tvers av kontinentene

Mathisen mener alt som kan redusere forstyrrelser i pasientarbeidet er verdt å se nærmere på i Norge.

– Hva ville du først tatt med deg hjem?

– Sekretær og servicemedarbeider på kveld og i helg er kanskje det som kan frigjøre mest tid til å gi sykepleie på en økonomisk bærekraftig måte. Apotek tjenester på kveld og natt ligger nok lenger inn i framtiden. ■■■

Tekst Marit Fonn Foto Cynthia Chew

Teknologi skal holde flere i arbeid

Bruk av ny teknologi er det viktigste virkemidlet for at eldre sykepleiere skal kunne stå lenger i jobb, slår en ny amerikansk forskningsrapport fast. Tekst Barth Tholens

Det er ikke bare i Norge at myndighetene er bekymret for om de klarer å rekruttere nok sykepleiere i årene som kommer. Også i USA lurer man på hvordan man vil klare å møte eldrebølgen. Riktignok drives mye bra rekrutteringsarbeid til yrket. Men vinningen går opp i spinningen når rekordmange sykepleiere samtidig vil forlate yrket på grunn av alderen.

I en artikkel for det amerikanske tidsskriftet Gerontechnology skriver

forskeren D.F. Mahoney at nettopp teknologi må til for å beholde sykepleiere på arbeidsmarkedet som ikke lenger klarer å jobbe med pasienter fordi det er for tungt fysisk.

Ny teknologi kan gi «slitne» sykepleiere nye karrieremuligheter. Mahoney mener at de kan gis en særlig rolle i koordineringen av arbeidet med pasienter som pendler mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Her finnes etter hvert informasjonsteknologi hvor sykepleiere

kan yte et viktig bidrag uten at de har direkte pasientkontakt. For eksempel telemedisinske tiltak og når hjemmeboende pasienter ønsker å snakke med kvalifisert personell gjennom interaktive pc-skjermer.

Mahoney mener at slik teknologi gir både nye muligheter men også utfordringer. Sykepleiere kan her finne nye, utradisjonelle roller og nye måter å bry seg om pasienter på – selv om man ikke fysisk står ved senga. Utfordringen for helse-

myndighetene og arbeidsgivere er nå å vise eldre sykepleiere at dette er en farbar vei å gå. Forskeren slår og et slag for at teknologiske miljøer og sykepleiere må tenke sammen når de skal designe nye løsninger i helsetjenesten.

– For når det kommer til stykket vil sykepleiere pleie sin pasient, ikke sin pc, mener Mahoney.

Kilde: Mahoney D.F. «The aging nurse workforce and technology»



*Det er mange barn og unge
som kan trenge en med
dine egenskaper*

Det er mange barn og unge som trenger voksne med de egenskapene du har. Barn som av en eller annen grunn ikke kan bo hos sine egne foreldre, og som trenger kjærlighet, trygghet, omsorg og grenser på vei frem til et voksent liv. Vil du bety noe for et av dem? Bli fosterforelder.

Tøft, men verdt det

fosterhjem.no

Farmasøyten var med å sjekke pasientenes legemidler på sykehjem i Bergen. Det ble mange justeringer.

Pilleteamet rydder opp

Tverrfaglige team

- Teamene består av en farmasøyt, en sykepleier som kjenner pasienten godt og ansvarlig lege. Det er foreslått å gjennomgå pasientens medisinaliste jevnlig, kanskje hvert halvår, men dette er ikke avgjort.
- I Bergen er fem sykehjem i gang med ordningen.

Når legemidlene eldre får for å bli friske gjør at de blir syke, er det noe galt. De siste årene har Helsetilsynet påvist elendig tilstand på legemiddelområdet i norsk eldreomsorg i kommunene:

- Legemiddelhåndteringen på sykehjem står til stryk og pasientene får altfor sjelden oppdatert legemiddelbruken sin. Risikoen blir dermed stor for kontraindikasjoner.
- Doseringen kan også være feil, slik at legemiddelbehandlingen ikke er optimal.
- Forbruket er ofte for høyt. De gamle knasker piller så de blir mette til frokost, og risikoen for underernæring øker.

Til neste år vil kommunene få ansvaret for flere alvorlig syke eldre gjennom samhandlingsreformen, og da er det enda viktigere at legemiddelbruken blir riktig.

Farmasøyt, sykepleier og lege

For å gjøre noe med Helsetilsynets avsløringer, har en arbeidsgruppe nedsett av Helsedirektoratet nylig gitt ut

Et av tiltakene er at tverrfaglige team jevnlig bør ta en legemiddelgjennomgang for hver pasient. Teamene skal bestå av farmasøyt, sykepleier som kjenner pasienten godt og ansvarlig lege.

I høst fikk Bergen kommune penger til å gjøre dette som et kvalitetsutviklingsprosjekt.

Farmasøyt Eli Tverborgvik reiser jevnlig rundt til fem av kommunens sykehjem for å ta legemiddelgjennomgang sammen med sykepleier og lege fra det enkelte sykehjem. Da vurderer de indikasjoner, forsiktighetshensyn, kontraindikasjoner og muligheten for interaksjoner. De ser også på dosering og begrensning av unødvendig mange legemidler.

Lærte om kontraindikasjoner

På Åstveit sykehjem har avdelingssykepleier Solrunn Albrichtsens vært med på legemiddelgjennomgang for fem poster ved sykehjemmet. Stadig har teamet kommet over feil. Det for mye dosert av legemidler – det står for eksempel at pasienten skal ha både «ved behov» og «fast». Det kan gjelde for eksempel Paracet og Sobril.

– Vi har veldig gode erfaringer med legemiddelgjennomgangene. Det er mye rotete medisinalark. Vaktene er ofte for hektiske til at vi kan få ordnet opp i dem, forteller Albrichtsens.

– Hva er det vanligste dere må justere?

– Blodtrykksmedisinen er ofte for høyt dosert, for eldre skal ligge litt høyt i blodtrykk. Ellers er smertebe-

handlingen gjerne for dårlig. De får gjerne for lite smertestillende, sier Albrichtsens.

– Har du fått noen aha-opplevelser med dette?

– Ja, jeg har lært mer om kontraindikasjoner. For eksempel var det feil som vi gjorde – å gi stoffskiftepreparatet Levaxin samtidig som kalsiumtilskuddet Calcigran forte. Da blir ikke legemidlene tatt opp i kroppen som de skal.

De fleste blir endret

På Åstveit har de alltid hatt legemiddelgjennomgang når pasienten kommer inn på sykehjemmet. Så har de oppdatert listen en gang i året. Det nye er at de har en farmasøyt med i teamet.

– Alle kommer med innspill, forteller farmasøyt Tverborgvik.

– Vi diskuterer pasientens problem og prøver å finne de beste løsningene sammen. Etter som hver pasient er unik, er det vanskelig å si hva som vil være rett for den enkelte. Det er nødt å bli litt prøving og feiling, derfor er det viktig at man ikke gjør dette som en engangsgøvelse.

– Målet er å få en struktur på hvordan dette kan gjøres og finne ut hvor ofte en slik gjennomgang bør tas. Foreløpig tipper vi en eller to ganger i året, men dette skal vi oppsummere når prosjektet er ferdig i juni, sier Tverborgvik.

Rapporten de skal lage da, vil ha overføringsverdi for andre kommuner.

– Burde vært lovpålagt

– Vi kommer til å trenge farmasøyt

«Det er mye rotete medisinalark.»

Solrunn Albrichtsens, avdelingssykepleier ved Åstveit sykehjem.

rapporten «Riktig legemiddelbruk til eldre pasienter/beboere på sykehjem og i hjemmesykepleien». Her foreslås en rekke konkrete tiltak som kommuner bør bruke for å legge til rette for best mulig legemiddelforskrivning.



i teamet fremover også. Slike team burde vært lovpålagt for alle sykehjem å ha, sier Albrichtsens på Åstveit sykehjem.

– Det er et viktig poeng, men det er kommunene/virksomhetene selv som har ansvaret for å følge opp detaljer i forskriftene og lovene. Like viktig som lover og forskrifter er et godt holdningsskapende arbeid. Helsetilsynet har vist at det er en rekke brudd på god legemiddelbehandling selv med lover og forskrifter, sier avdelingsdirektør i helsedirektoratet, Marit Endresen.

For at det hele skal fungere, peker Albrichtsens på at både sykepleier og lege må tas ut av turnus og bli dekket opp av vikar, slik de har gjort det ved Åstveit.

– Kunsten er å tilrettelegge for at kompetente folk er med på legemiddelgjennomgangene. Vi hadde aldri fått dette til hvis vi ikke hadde blitt dekket opp av vikarer, sier Albrichtsens.

Kommunenes ansvar

Kathryn Mølsted i Norsk Sykepleierforbund (NSF) har vært med i arbeidsgruppen som har laget rap-

porten, og hun synes det er gledelig å komme med et såpass konkret dokument som hun mener alle sykepleiere bør lese, også de som jobber i sykehus.

– Det viktigste vi foreslår er dette med vurdering og observasjon, og at også Nasjonal pasientsikkerhetskampanje understreker at det skal gjøres av kvalifisert sykepleier, sier Mølsted.

I forskriften for legemiddelbehandling står det ikke noe om dette. Marit Endresen, avdelingsdirektør i Helsedirektoratet, mener det er kommunene som må gripe muligheten til å bruke disse tiltakene, noe også helse- og omsorgsministeren oppfordret dem til.

– Vi synes vi har laget en kort, konsis og presis tiltaksliste som kan være et godt hjelpemiddel til å komme i gang med best mulig legemiddelbruk i kommunene, sier Marit Endresen, avdelingsdirektør i Helsedirektoratet.

Ny forskrift

for legemiddelbehandling

Nasjonale retningslinjer på hvordan tverrfaglige legemiddelgjennomganger bør gjøres, kommer fra Helsedirektoratet i løpet av året. I slutten av

året vil også en ny, revidert forskrift for legemiddelbehandling klargjøres for høringsrunde. Dette har NSF bedt om flere ganger, sist i et brev til helsedirektør Bjørn Inge Larsen i desember.

«Erfaringer viser at regelverket på enkelte områder er uklart, som kan føre til svikt i forhold til internkontroll, mangelfull kompetanse og dermed en yrkesutøvelse som ikke er i tråd med pasientenes behov. For mange legemidler, feil legemiddel, legemiddel gitt på feil indikasjon, i feil dose, feil tidspunkt og administrasjonsform, er viktige utfordringer i tillegg til mangelfullt observerte virkninger og bivirkninger», skriver NSF i sin etterlysning av en ny revidering av forskriften.

– NSF's innspill er tatt med i revisjonen som vi holder på med nå. Av paragrafene som endres, kan jeg nevne paragraf 7 som handler om prosedyrer for ordinerer, sier Endresen i Helsedirektoratet.

NSF har bedt om endringer i paragraf 2, 3, 4, 4a og 5. ■■■

VIKTIG JOBB: Her gjennomgår fra venstre lege Jon Schjelderup, farmasøyt Eli Tverborgvik og avdelingssykepleier Liv Irene Stenevik pasientenes legemiddelbruk på en av avdelingene på Mildeheimen sykehjem.

Foreslåtte tiltak i rapporten:

- » Virksomhetene bør opprette en lokal rådgivende legemiddelgruppe (tverrfaglige team med lege, sykepleier og farmasøyt).
- » Det bør legges til rette for å øke helsepersonells spesifikke kompetanse om eldre generelt og pasienter med kognitiv svikt spesielt.
- » Det bør arbeides for at arbeidsforholdene for sykehjemsleger er hensiktsmessige.
- » Det bør tilstrebes standardiserte og funksjonelle journalsystem.
- » Fastlegene bør slutte opp om eResept.
- » Virksomhetsleder og behandlende lege bør vurdere ikke medikamentell behandling som et ledd i bedre legemiddelbruk i sykehjem/hjemmesykepleie.

Tekst **Eivor Hofstad** Foto **Odd Mehus**

Nå kommer sommeren

NSFs reiseforsikring er en omfattende forsikring med vilkår spesielt tilpasset sykepleiere.



Foto: Colourbox

Når sykepleierstudenter er i praksis i utlandet har de behov for en reiseforsikring som dekker dem i tre måneder. Dette er det tatt hensyn til i vilkårene, og NSF's reiseforsikring dekker reiser med inntil tre måneders varighet. De fleste andre reiseforsikringene dekker bare

i inntil 45 dager. I praksisperioden kreves det dessuten at sykepleierstudentene må være omfattet av en ansvarsforsikring, som dekker når det ytes helsehjelp i utlandet. En slik forsikring er inkludert i NSF's reiseforsikring. Samtidig er sykepleiere (på feriereiser) som yter helsehjelp i nødssitua-

sjoner i utlandet, også omfattet av denne forsikringen.

Forsikringskontoret NSF får spørsmål om reiseforsikringen hele året, men antall henvendelser øker når sommeren begynner å nærme seg. **Her er noen av spørsmålene som medlemmene oftest spør om:**



Har jeg reiseforsikring i medlemskapet mitt?



Nei, reiseforsikring er ikke inkludert i medlemskapet.



Hvor dekker reiseforsikringen?



NSF's reiseforsikringen dekker i hele verden, men ikke i fast bopel, pendlerbolig, studentbolig, eller på arbeids- eller studiested.



Hvem er inkludert i reiseforsikringen for familie?



Forsikring omfatter medlemmet, ektefelle, registrert partner og samboer, og barn ut det kalenderåret det fyller 20 år.



Hvordan dekkes barn av skilte foreldre?



Har én av foreldrene NSF's reiseforsikring for familie, og folkeregistrert adresse i Norge, er barnet dekket hvis det er under 20 år. Er barnet bosatt på utenlandsk adresse innen Norden, er barnet dekket på reise sammen med medlemmet.



Er barnebarn og oldebarn dekket under reiseforsikringen for familie?



Ja, når de er på reise sammen med medlemmet og barnebarnet eller oldebarnet er under 20 år.



Har jeg behov for reiseforsikring når jeg har reiseforsikring i kredittkortet mitt?



Reiseforsikringen i kredittkortet gjelder bare for enkeltreiser, mens NSF's reiseforsikring er en helårs reiseforsikring som gjelder så snart du forlater hjemmet ditt.



Må jeg ha avbestillingsforsikring i tillegg til NSF's reiseforsikring?



Nei, avbestillingsforsikring er inkludert i reiseforsikringen.



Kan jeg betale forsikringspremien i flere terminer?



Nei, forsikringspremien må betales én gang i året. Forsikringen går til fornyelse 1. januar hvert år med betalingsfrist i midten av januar.



Vil reiseforsikringen være registrert i nettbanken min?



Nei, men du kan se forsikringen på Min Side på www.sykepleierforbundet.no



Jeg har sagt opp medlemskapet mitt i NSF, hvor lenge varer forsikringen?



Hvis forsikringene er betalt, er du dekket ut inneværende år.



Hvor høy er egenandelen?



Reiseforsikringen har ingen egenandel.



Hvordan melder jeg skade?



Skader skal meldes til DnB NOR Skadeservice på telefon 815 44 135 eller e-post: skadeservice@dnbnor.no



Hvor finner jeg skademeldingsskjema?

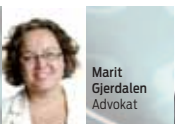


På NSF's nettsider www.sykepleierforbundet.no/forsikring

Passer på paragrafene:



Harald Jesnes
Forhandlings-
sjef i NSF



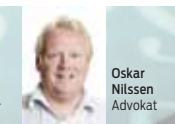
Marit
Gjerdalen
Advokat



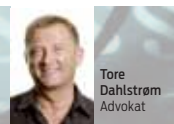
John Bruvik
Spesial-
rådgiver



Kirsten
Nesgård
Spesialrådgiver



Oskar
Nilssen
Advokat



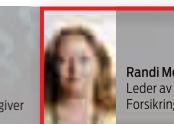
Tore
Dahlstrøm
Advokat



Anne Lise
Wien
Seniorrådgiver



Anne
Lystad
Seniorrådgiver



Randi Moan Riber
Leder av NSF's
Forsikringskontor



Tone Hagestrand Bratteklev

Alder: 45 år

Yrke: Operasjonssykepleier

Jobber: Operasjonsavdelingen, Sykehuset Telemark, Porsgrunn

Mye logistikk

Det går fort, men vi skal ikke være noe samleband.

Mange tror at operasjonssykepleieren bare er en håndlanger. Slik er det ikke. Det er viktig å være faglig oppdatert og kunne inngrepet som skal utføres. Og man må være i forkant, kirurgen kan også være uerfaren. Alt må være på stell, utstyret er veldig teknisk og det må man beherske. Jeg synes det er rart at ikke flere gutter blir operasjonssykepleiere, det er mange spennende dubbeditter på en operasjonssal! Det jeg liker best ved jobben er at det stadig skjer noe nytt. Det gjør meg skjerpa.

På dagkirurgisk avdeling jobber vi i tverrfaglige team, som består av to sykepleiere, en anestesisykepleier, en anestesilege, og en til to kirurger. Jeg har nylig gått over til ortopedien. Det innebærer at jeg må sette meg inn i mye nytt og lese meg opp faglig. Det synes jeg er kjempespennende! Spesialitetene; ortopedi, gastrokirurgi, urologi, endokrinologi, gynekologi, plastikkirurgi, og øre-, nese-, hals er fordelt på fem operasjonsstuer. Vi sirkulerer rundt på stuen, men en operasjonssykepleier har ansvar for hver spesialitet.

Leiringen før operasjon er en viktig del av jobben. Her spiller mange ting inn; hvordan pasienten skal ligge for å forebygge skader; er pasienten tykk eller tynn, har han for eksempel kne eller hofteprotese? I tillegg må leiringen tilpasses det operative inngrepet slik at kirurgen kommer til. På operasjonsstua har vi sikkerheten i høysetet, mye kan skje underveis og da er det viktig å være mentalt forberedt. Som operasjonssykepleier bør man helst ikke være hårsår, stemningen kan bli høy. Inngrepet kan plutselig bli kritisk, da må ting skje raskt og det blir ofte gitt korte og konsise beskjeder. Slike situasjoner prater vi ofte ordentlig om etterpå. I det daglige har vi mye humor oss i mellom, det gjør jobben trivelig og smitter over på pasientene.

Dagene er hektiske. På ortopedien opererer vi gjerne seks personer i løpet av en dag. Det innebærer mye logistikk. Stuer skal vaskes, utstyr skal rengjøres og steriliseres og legges frem før hver pasient. Hygienen er ekstremt viktig, alt vi trenger i løpet av operasjonen må være sterilt. Men det skal ikke være noe samleband. Den pasienten som kommer inn skal møtes på sine premisser. Det er viktig å fange opp hvilken tilstand pasienten er i når han kommer inn. Vi har ikke mye tid på oss mellom hver pasient så det er viktig å få nok informasjon om pasienten på kort tid. For eksempel om han har spesielle behov eller tilstander som vi må vite om for å leire pasienten best mulig. Noen pasienter vil helst ikke snakke, mens andre prater i vei. Det er viktig å være sensitiv for det mennesket du har foran deg. De aller fleste pasientene smiler når de drar, selv om de gjerne er veldig engstelige når de kommer inn. Da føler jeg at jeg har gjort en god og viktig jobb. ■■■

Fortalt til **Susanne Dietrichson** Foto **Danny Twang**

Helsepersonell sender svært få bekymringsmeldinger til barnevernet i Oppland.

Sviktes av helsepersonell

Hvis Oppland er representativt for norske fylker, står det dårlig til med helsepersonells vilje eller evne til å melde sin bekymring til barnevernet.

Helsetilsynet i Oppland har utført en kartlegging av fylkets 26 kommuner fra 2008 til og med 2010. De har sett på hvor mange bekymringsmeldinger som kommer fra hvilke deler av helsetjenesten til kommunenes barnevern. Noe av det mest overraskende ved resultatene er at psykiatriske sykepleiere så sjelden melder til barnevernet.

Så vidt de kjenner til, er dette første gangen en slik kartlegging gjøres i Norge.

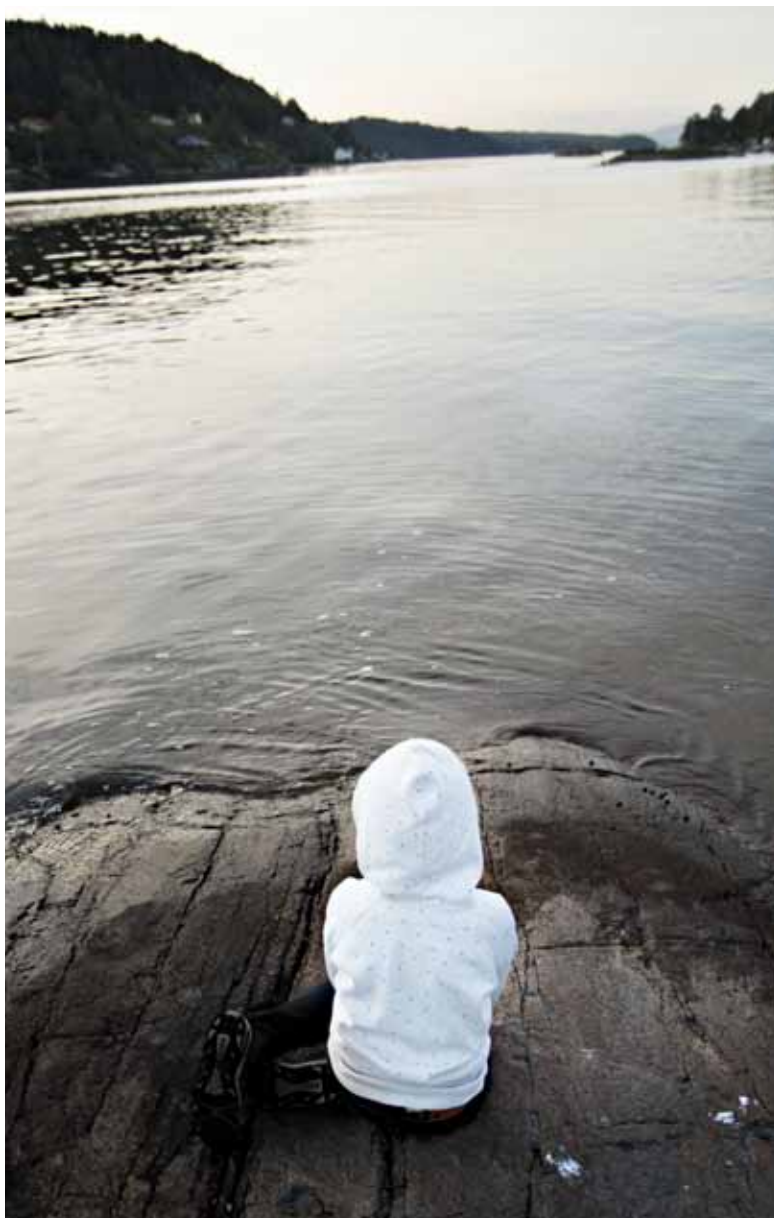
– Her er det mange nuller. Det er bekymringsfullt. Selv om det ikke finnes noen fasit på hvor mange meldinger barnevernet bør få inn i løpet av et år, er det antakelig en underrapportering, sier seniorrådgiver Tony Heyerdahl hos Fylkesmannen i Oppland.

Liten andel fra helsepersonell

Lesja og Vestre Slidre svarte ikke på undersøkelsen, og fem av kommunene svarte ikke på alle områdene. Dermed kan ikke Helsetilsynet si hvor stor andel av bekymringsmeldingene disse sju kommunene har fått til barnevernet, som er sendt fra helsepersonell.

To kommuner skårer lavt - i Gausdal og Gjøvik kommer mellom 0-15 prosent av meldingene fra helsepersonell. I seks kommuner har helsepersonell en andel på mellom 15-30 prosent, fem kommuner har mellom 30-45 prosent, to kommuner har mellom 45-60 prosent og fire kommuner har over 60 prosent. Gran kommune utmerker seg ved å ha mange meldinger både fra psykiatriske sykepleiere og helsesøstre.

– Vi har ingen formening om hvor stor denne prosentandelen bør være fra helsepersonells side, men det måner til refleksjon når tallene er så små eller når det overhodet ikke er meldinger fra helsepersonell som har kontakt med mange barn og deres foreldre, sier Heyerdahl.



SKJERPINGS: Psykiatriske sykepleiere bør reflektere mer rundt hva en psykisk syk forelder kan klare av omsorgsansvar, mener Tony Heyerdahl i Helsetilsynet i Oppland.

Helsesøstre varsler mest

Helsestasjon og skolehelsetjeneste er den helsetjenesten som sender flest bekymringsmeldinger i Oppland, totalt 290 på tre år, til tross for at sju kommuner ikke har svart for denne helsetjenestens del.

– Det er naturlig at helsestasjons- og skolehelsetjenesten er den tjenesten som sender flest bekymringsmeldinger

til barnevernet. Helsesøster har tett og langvarig kontakt med familiene, og skal ha godt innsyn i barns oppvekstvilkår, mener helsesøsterlederen Astrid Grydeland Ersvik i Norsk Sykepleierforbund (NSF).

– Om det meldes nok, er likevel uvisst. Vi vet at mange helsesøstre bruker mye tid på å motivere foreldre i de mindre alvorlige sakene til selv å ta

kontakt med barnevernet, uten at det nødvendigvis går en formell melding fra tjenesten, sier hun.

Følger tradisjoner

Helsetilsynet i Oppland er særlig overrasket over at psykiatriske sykepleiere kommer så langt ned på lista.

– De varsler mindre enn fastleger til tross for at de kommer borti mange foreldre med omsorgsansvar. De bør reflektere mer rundt hva en psykisk syk forelder kan klare av omsorgsansvar, sier Heyerdahl.

Totalt varslet denne gruppen 135 ganger på tre år i Oppland fylke.

Kurt Lyngved, leder av NSF's landsgruppe av psykiatriske sykepleiere, synes det er naturlig at helsesøstre sender flere bekymringsmeldinger enn psykiatriske sykepleiere, siden de har et særskilt fokus på barns oppvekstvilkår og familieforhold, mens psykiatriske sykepleiere tradisjonelt sett har hatt sitt største fokus på den voksne befolkning i kommunene.

– Bør psykiatriske sykepleiere skjerpe seg?

– Vi ønsker selvfølgelig å bidra til gode oppvekstvilkår for barn i Norge og vi vil ta opp denne tråden og se hvordan vi som faggruppe kan bidra til å gjøre oss bedre. Dette er vanskelige saker som involverer flere og der kontakten skal ivaretas før og etter en bekymringsmelding. Det krever avansert kunnskap og kompetanse fra den psykiatriske sykepleieren, sier Lyngved.

Kommunene må ta grep

Helsetilsynet i Oppland vil nå tilbakeføre resultatene til kommunene.

– Vi overlater refleksjonsoppdraget til kommunene. Vi ber også om å få tydeliggjort opplæringsbehovet deres, sier Heyerdahl.

– Kan de lokale helsetilsynene hjelpe til med det?

– Vi har et rådgivningsoppdrag, så der bør vi kunne bidra ja, sier Heyerdahl. ■■■

Tekst **Eivor Hofstad**
Illustrasjonsfoto **Marit Fonn**

Fag & bøker



TRENER PÅ AKUTTHJELP: Akuttmedisinsk team i Bjarkøy kommune vant Smart-
prisen som årets nyskaper. Les fagartikkelen
om hvordan prosjektet ble startet og vi-
dere utviklet. Foto: Oddbjørg Andersen

Side
503
nye bøker

AGNES FIFE

Har jeg forstått riktig?
Kulturforskjeller i
hverdagslivet

Forklarer hvorfor kulturforskjeller kan skape misforståelser og ubehag.



KARI LOSSIUS

**Håndbok i rus-
behandling.** Til pasi-
enter med moderat
til alvorlig rusmiddel-
avhengighetViser at rusbehandling må
legges opp individuelt i
samråd med pasienten.

HELGE A SØLVBERG

**Oppvekst med psykiske
lidelser hos nære på-
rørende. Samtalegruppen
som frigjørende redskap**
Beskriver hvordan oppvekst med
psykisk syk mor eller far kan
prege barn og hvordan samtale-
grupper kan være til hjelp.



Anne Clancy, førsteamanuensis ved Høgskolen i Harstad, medlem i Rådet for sykepleietikk.



Elizabeth Sveen Kjølrsrud, Phd stipendiat Sørlandets Sykehus, medlem Rådet for sykepleietikk.

Det er umulig å være

Alle profesjoner har en spesifikk kunnskap som utvannes hvis profesjonene nøytraliseres.

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har i forbindelse med Samhandlingsreformen (1), utarbeidet forslag til ny lov om folkehelse og ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Ulike instanser er blitt bedt om å uttale seg, og Rådet for sykepleietikk har i den anledning bidratt med synspunkter. Forslaget innebærer profesjonsnøytralitet i utføring av fremtidens helsetjenester, og dette har ført til debatt. I begge lovforslagene er det kun legeprofesjonen som nevnes konkret, andre helse- og omsorgsprofesjoner nevnes ikke spesifikt. I Rådets høringssvar reagerer vi sterkt på dette fordi vi mener nøytralitet ikke er mulig. I denne artikkelen ønsker vi å gi en kort redegjørelse for vårt standpunkt.

Profesjonsnøytralitet

Målet med Helsepersonelloven (2) er blant annet å fokusere på pasienters behov og ikke på hvem og hvilke profesjoner som skal utføre tjenesten. Vi stiftet første gang bekjentskap med begrepet profesjonsnøytralitet da helseforetaksreformen i sykehusene ble innført på begynnelsen av 2000-tallet. En viktig

kunnskapsområde er av vesentlig betydning (6). Alle mennesker utøver ulike former for omsorg, men sykepleiere har ansvar for faglig profesjonell utøvelse av forebyggende, helsefremmende, rehabiliterende og ivaretaende pleie og omsorgsfunksjoner. Vi vet også at mangelfull sykepleiefaglig kompetanse er en hovedutfordring i dagens og fremtidens helsetjenester, både i sykehus og i kommunale tjenester. Grunnleggende verdier integreres i ulike kunnskapsformer. Profesjoner kan være bærere av felles grunnleggende verdier, men enhver profesjon har «profesjons-spesifikk» kunnskap.

Hensiktsmessig for hvem?

I den nye Nasjonale Helse- og omsorgsplanen (7), begrunnes begrepet profesjonsnøytralitet med behovet for en mer hensiktsmessig organisering av tjenestene basert på lokale ønsker og behov. Her er handlefrihet og hensynet til demokratisk styring viktig. Departementet mener profesjonsnøytralitet er gunstig for å fremme sammensetningen av fagkompetanse på tvers av profesjoner og deltjenester, og at profesjonsnøytralitet vil motvirke at noen fremstår som viktigere enn andre. Hvis ideologien er: «det er ikke viktig hvem som skal gjøre hva, bare jobben blir gjort», mener vi dette er både en uforståelig og farlig vei å gå. Ifølge Norsk Sykepleierforbunds leder Lisbeth Normann, kan kommunens handlefrihet bety en nedtoning av behovet for høy faglig kompetanse innen sykepleie og andre helsefag, og en forringelse av tjenestetilbudet til kommunenes innbyggere.

Vi tror heller ikke at en profesjonsnøytral profil vil kunne motvirke at noen fremstår som viktigere enn andre. Noen er selvfølgelig alltid viktigere enn andre i en konkret situasjon, avhengig av kompetanse, rolle, funksjon, og ikke minst behov. Hver profesjon har sine særegenheter og kompetanse. God samhandling krever at den enkelte fagperson kjenner sitt eget fag, er tydelig på sin egen faglig styrke og oppmerksom på fagets begrensninger. Nøkkelen til faglig og tverrfaglig profesjonelt arbeid er kunnskap, respekt og fleksibilitet i samhandling. Vi mener at profesjonsnøytralitet utvanner samhandling. Hvis alt er nøytralt blir det ingen spesifikk kunnskap å tilføre og ingenting å samhandle om.

Profesjonsetikken utvannes

Profesjonalisering kan ses på som det motsatte av å fremme samhandling (8). Men å skille mellom profesjoner handler ikke bare om å fremme egeninteresse. Den amerikanske sosiologen Eliot Freidson (9) påpeker at profesjoner ikke bare er styrt av egeninteresse, men også av en genuin interesse for de mennes-

Hvis alt er nøytralt blir det ingen spesifikk kunnskap å tilføre og ingenting å samhandle om.

del av reformen var blant annet profesjonsnøytral ledelse, såkalt enhetlig leder på alle nivåer. Effektivitet, økonomisk utbytte og frihet til å administrere sto sentralt i den nye lederrollen (3,4). Endringen sto i skarp kontrast til den faglige tradisjonen. Profesjonsnøytrale tendenser finnes også i andre offentlige dokumenter, for eksempel i Stortingsmelding Nr. 16, Resept for et sunnere Norge: «Det viktige er hva som skal gjøres – og ikke hvem i kommunen som gjør det» (5, s. 77).

Med Samhandlingsreformen ønsker man ytterligere å fokusere på profesjonsnøytralitet. Reformen, slik den fremgår, beskriver koordinering av tjenester og ikke hvilke profesjoner som utfører tjenestene. Vi stiller oss sterkt kritiske til forslaget fordi vi mener at profesjonsnøytralitet er umulig. Våre handlinger er alltid basert på et verdigrunnlag, selv om verdiene kan variere fra person til person. Det er viktig å huske hva som særpreger sykepleie som fag og at århundres tradisjon kan gå tapt hvis forslaget om profesjonsnøytrale tjenester får gjennomslag. Nøkkelen til forståelsen av sykepleiens fagidentitet ligger i europeisk hospitalhistorie. Arven etter Nightingale forteller oss blant annet at det å fremelske omsorg og pleie som et selvstendig

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturreferanser på våre nettsider.

Søkeord:

- ▶ Arbeidsmarked
- ▶ Etikk
- ▶ Samhandling
- ▶ Helsetjeneste
- ▶ Yrke



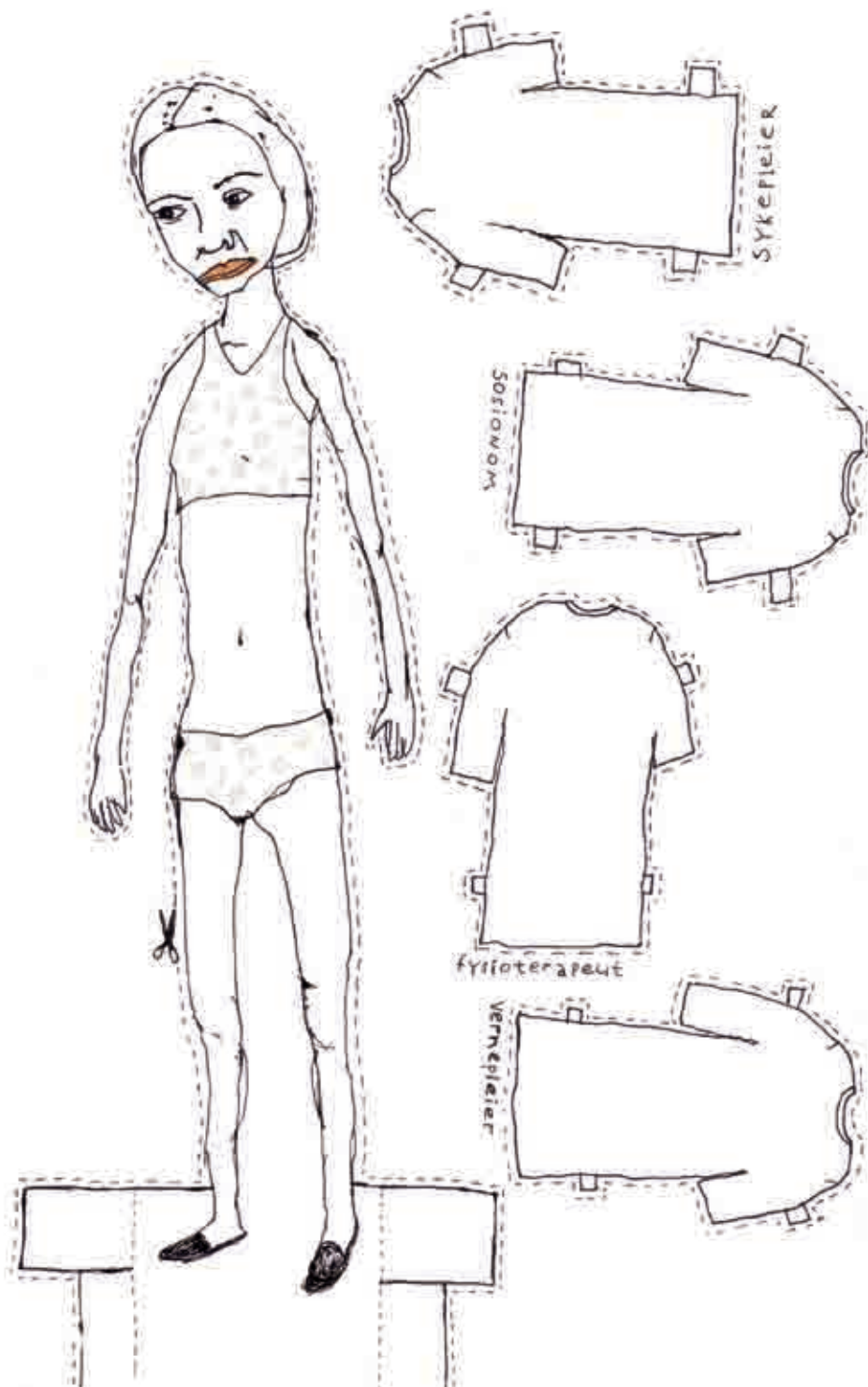
profesjonsnøytral

kene man yter tjenester. Dette er et viktig poeng. Fundamentet for helsetjenester er ikke profesjonene, men mennesket og menneskets behov. Å tydeliggjøre profesjonsroller tydeliggjør også det profesjonelle ansvaret, noe etikken hjelper oss å formulere. Profesjonsetikken gir et verdistyrt mandat og er et viktig fundament for identitet, profesjonalitet, ansvarlighet, samhandling og kvalitet. Profesjonsetikken tydeliggjør det etiske ansvar og sier mye om kvalitetskrav. Hvis profesjonsdiskursen tones ned bør vi finne ut hvilket syn som blir toneangivende. Freidson (9) er tydelig på at dersom oppgavene blir profesjonsnøytrale kan i verste fall profesjonsetikken utvannes og bli utydelig. Den profesjonsspesifikke kunnskapen vil oppløses og kunnskapsutviklingen som ivaretar et særegent pasient-klient perspektiv kan forsvinne.

En tydeliggjøring av profesjonsoppdraget kan derimot gi den profesjonelle en tro på å bruke sin stemme i den offentlige debatten på vegne av de menneskene hun eller han yter tjenester for (10). Dette handler ikke om å styrke profesjonell status, men om å utjevne forskjeller. Det kan virke som om samhandling og profesjonalisering er to motstridende diskurser, men samhandling er et krav til profesjoner i moderne organisasjoner og et kjennetegn ved profesjonell praksis (11). Vårt anliggende i denne sammenhengen er: Når profesjonsnøytralitet vektlegges, vil ikke da strukturene få styre enda sterkere? Dette kan vel neppe sies å være verdinøytralt? ■■■

LITTERATUR

1. St.meld. nr. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid.
2. Lov om helsepersonell. (helsepersonelloven). LOV 1999-07-02, nr. 64
3. Torjesen D.O. Foretak, management og medikrati. En sektorstudie av helsefor- etaksreformen og ledelse i den norske spesialisthelsetjenesten. Universitetet i Bergen: Avhandling for doctor rerum politicarum, 2008.
4. Opdahl Mo T. Ledelse til begjær eller besvær – om reformer, fag og ledelse i sykehus. Trondheim NTNU: Doktoravhandling for graden Doctor rerum politicarum, 2006.
5. St.meld. nr. 16 (2002-2003). Resept for et sunnere Norge
6. Nortvedt P. Sykepleiens grunnlag. Historie, fag og etikk. Oslo: Universitetsforlaget, 2008.
7. Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015) Fremtidens helsetjeneste: Trygghet for alle. Forslag til ny folkehelselov. Samhandlingsreformen. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2010.
8. Fosse E. Interprofessionell och intersectoriell samverkan i hälsofrämjande arbete. I: Axelsson RAS, red. Folkhälsa i samverkan. Lund: Studentlitteratur, 2007: 123–140.
9. Freidson E. Professionalism: The third logic. Cambridge: Polity Press, 2007.
10. Clancy A. Perceptions of public health nursing practice, – on borders and boundaries, visibility and voice. Dr. gradsavhandling, NHV Rapport 2010:7.
11. Hjern B. Interprofessionell och intersectoriell samverkan i hälsofrämjande arbete. I: Axelsson RAS, red. Folkhälsa i samverkan. Lund: Studentlitteratur, 2007: 123–140.



NØYTRAL ELLER USYNLIG? Tradisjoner og særpreg kan gå tapt hvis lovforslag om profesjonsnøytrale helsetjenester får gjennomslag. Illustrasjon: Tore Fosbakken



Sissel Paulsen Fenes,
pleie- og omsorgsleder,
Bjarkøy kommune.

Bedre akutthjelp i liten kommune

Bjarkøys innbyggere har fått en tryggere hverdag etter etablering av kommunalt akuttmedisinsk team der sykepleiere fra pleie- og omsorgsavdelinga deltar.

Bjarkøy kommune, som ligger i Sør-Troms, har cirka 500 innbyggere fordelt på flere øyer. Kommunelegestillingen deles av to leger. Kommunen deltar i et interkommunalt legevaktsamarbeid som er lokalisert ved Harstad sykehus. Det er fra en til halvannen times reisetid med legeskyssbåt eller bil og ferje fra Bjarkøy til Harstad. Siden 2006 har kommunen hatt ambulansetjeneste bemannet med to ambulansesaglig utdannede personer på vakt. Pleie- og omsorgsavdelingen har 26 stillingshemler, inkludert administrasjon og ledelse, og betjener et sykehjem med 11 plasser og ulike hjemmetjenester til cirka 40 brukere.

Høsten 2000 iverksatte kommunen et akuttmedisinsk prosjekt, kalt Bjarkøymodellen (se faktaboks 1). Alle sykepleierne i pleie- og omsorgsavdelinga fikk opplæring i avansert hjertelungeredning (AHLR), bruk av hjertestarter og prehospital trombolyse. Kommunelegen delegerte denne behandlingen til sykepleierne i februar 2001.

Vi etablerte et akutteam og sørget for samarbeid med AMK-sentralen med hensyn til varslingsrutiner. Vi utarbeidet også kvalitetssikring rundt sjekk av utstyr, og la inn tid til øvelse hver sjette uke i turnus. Over tid ble det akuttmedisinske repertoaret utvidet (se faktaboks s. 52). Akutteamet består i dag av to kommuneleger, helsesøster, legesekretær, seks ambulansarbeidere og sju sykepleiere. Denne artikkelen beskriver Bjarkøy-modellen ut fra et sykepleie- og ledelsesfaglig perspektiv.

Bakgrunn

Bakgrunnen for å etablere et lokalt akuttmedisinsk team var at Bjarkøy kommune fram til 2006 ikke hadde en fullverdig ambulansetjeneste, og at legene var bosatt på en annen øy enn flertallet av kommunens innbyggere. Ambulansetilbudet besto av en bårebil og ambulansbåt uten ledsagere. Legene kunne foreta utrykning med ambulansbåten, men det ville ta tid.

Tradisjonelt ble pleierne på sykehjemmet kontaktet ved akutte hendelser, men fram til 2000 var den akuttmedisinske opplæringen av sykepleierne stort sett begrenset til sporadisk oppfrisking av basal hjerte-lunge-redning (BHLR). Sykepleierne

ga uttrykk for utrygghet i forhold til å måtte forholde seg til akuttmedisinske hendelser med sin begrensede kompetanse. Avdelingsledelsen var bekymret for at sykepleiere ville slutte i kommunen på grunn av manglende mestring i forbindelse med akutte hendelser.

Kompetanseheving

Da en av kommunelegene kom tilbake fra kurs i AHLR og trombolysebehandling i 2000, vurderte vi på ledernivå muligheten for å videreformidle noe av kompetansen til kommunens sykepleiere. Vi var usikre på om økt akuttmedisinsk kompetanse ville medføre prestasjonspress, og valgte å diskutere dette i sykepleiergruppa. Vi endte opp med en felles forståelse for at det tross alt ville være best for sykepleierne å få en akuttmedisinsk kompetanseheving. Målet var ikke å bli akuttsykepleiere, men å mestre de mest sannsynlige akutte hendelsene i situasjoner der det ikke fantes mer kompetent personell til stede. Med dette som utgangspunkt gikk kommunelegen i gang med å utarbeide kursmaterieell som skulle gi delegasjonsbevis for AHLR inkludert trombolysebehandling.

Ambulansetjeneste

Etter hvert fikk kommunen døgnbemannet ledsagetjeneste på ambulansbåt og i bårebil. I denne fasen var vi usikre på om vi skulle legge ned akutteamet. I stedet for nedleggelse valgte vi å invitere den nyetablerte ambulansetjenesten inn i gruppa, og fortsatte med felles øvelser hver sjette uke. Dette fordi ambulansbåten kunne være borte på oppdrag over relativt lang tid og sykepleierne da måtte bistå i akuttsituasjoner som før. En annen grunn var sykepleiernes lokale kompetanse; vi var godt kjent med befolkningen og geografien og hadde erfart at denne kunnskapen kunne være nyttig i akutte sammenhenger.

Som beskrevet innledningsvis ble øvelsesrepertoaret (se faktaboks s. 52) gradvis utvidet ettersom deltakerne opplevde å mestre de mest grunnleggende prosedyrene. I dag tar øvelsene som regel utgangspunkt i ulike case. Det legges stor vekt på praktiske innslag. Ofte vil en øvelse inneholde mulighet for

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

Søkeord:

- ▶ Akuttsykepleie
- ▶ Hjerte-lunge-redning
- ▶ Tverrfaglighet
- ▶ Demografi?





VANT SMARTPRIS: Akuttmedisinsk team i Bjarkøy kommune ble hedret med Sykepleiens pris for årets nyskaping. Her er de glade prisvinnerne med Sykepleiens redaktør Barth Tholens., fra venstre sykepleier Mia Fokkes og artikkelforfatter Sissel Fenæs.

å legge venefflon, repetere prosedyrer for EKG-taking og/eller AHLR inkludert trombolysebehandling. De ulike faggruppene veksler på å tilrettelegge øvelsene.

Utkalling

Sykepleiere kalles ut enten ved at innbyggerne på Bjarkøy kontakter sykehjemmet direkte eller ved telefonisk henvendelse fra AMK-sentralen. Hvis ansvarsvakta på sykehjemmet er sy-

kepleier, rykker hun ut. Hun må da sørge for å holde kontakt med AMK-sentralen og vurdere om gjenværende personale skal innkalle ekstra personell for å bistå henne eller for å ivareta drifta på sykehjemmet i hennes fravær. Hvis det er hjelpepleier på ansvarsvakt, er det alltid sykepleier i bakvakt. Da er det bakvakta som rykker ut og er i dialog med ansvarsvakta for å vurdere behov for ekstra personell.

Vi har gjort et forsøk med utstasjonering av helseradio på sykehjemmet, men det ble for stor stressfaktor for personalet og beboerne der. Helseradioen ble derfor fjernet fra sykehjemmet etter kort tid.

Hovedprinsipper for Bjarkøy-modellen:

- › Lokal opplæring til kommunale helse- og omsorgsarbeidere. Kommunelegen er ansvarlig
- › Delegasjon fra kommunelegen med hensyn til AHLR-prosedyrer og trombolysebehandling
- › To timers øvelse hver sjettede uke
- › Lege, helsesekretær, helsesøster, sykepleiere og ambulansepersonell deltar på øvelsene
- › Øvelsene er lagt inn i turnus for sykepleiergruppen
- › De ulike faggruppene veksler på å tilrettelegge øvelsene
- › Det er gjort avtaler med henhold til økonomisk kompensasjon for sykepleierne.
- › Eksisterende vaktordninger benyttes (sykepleier på ansvarsvakt eller bakvakt for sykehjemmet/hjemmetjenesten).
- › Utkalling skjer enten ved direkte henvendelse til sykehjemmet (-i så fall etableres kontakt med AMK-sentralen så raskt som mulig) eller ved at AMK-sentralen kontakter sykehjemmet som iverksetter egne varslingsrutiner.

Ambisjonsnivået

Bjarkøy kommune har per i dag sju sykepleierstillinger inkludert pleie- og omsorgsleder. Alle stillingene er besatt. I sykepleiergruppen finnes videreutdanning i eldreomsorg/demens, rehabilitering, psykiatri, relasjons- og nettverksarbeid, og ledelse. Ingen har formell videreutdanning innen akuttmedisin eller har dette fagområdet som sitt primære interessefelt.

Sykepleiernes akuttmedisinske målsetting er å være forberedt på å møte de mest sannsynlig akutte hendelser og kunne stabilisere pasienten til ambulansepersonell eller lege er på plass. Sykepleier må også kunne samarbeide med ambulansepersonell eller lege for å gi pasienten optimal førstehjelp før transport til sykehus. I og med at legen er bosatt på en annen øy, interkommunal legevakt er stasjonert på Harstad sykehus og ambulansepersonellet kan være opptatt på annet hold, er



det ikke nødvendigvis personell med formell akuttmedisinsk kompetanse til stede i vårt lokalsamfunn til enhver tid. Sykepleiernes primære oppgaver er omsorgs- og ledelsesrelatert, men for eksempel ved mistanke om akutt hjerteinfarkt, vil vi kunne sende inn EKG til AMK-sentralen, få konstatert infarktforandringer og iverksette trombolysebehandling i påvente av at ambulansepersonell og/eller lege kommer til stedet og transport til sykehus kan iverksettes.

Styrker samholdet

Vår evaluering så langt er at deltakelsen i teamet gir oss en tryggere hverdag fordi vi føler oss forberedt på å møte de fleste akutte hendelser som vil kunne oppstå i vårt lokalsamfunn. Deltakelsen i teamet styrker det interne samholdet i pleie- og omsorgsavdelinga og samholdet mellom oss og de andre ak-

Det er ikke nødvendigvis personell med formell akuttmedisinsk kompetanse til stede i vårt lokalsamfunn til enhver tid.

tørene i akutteamet. Vi opplever stor respekt for hverandres fagområder og ulike personlige egenskaper. Det er en sterk solidaritet i sykepleiergruppa. Blant annet innebærer dette at sykepleierne i høy grad sørger for å være tilgjengelig for hverandre hvis den som er på ansvarsvakt eller bakvakt skulle trenge hjelp.

Ut fra et ledelsesfaglig ståsted virker akutteamet som en stabiliserende faktor for bemanningen fordi sykepleierne opplever økt faglig trygghet og kollegial trivsel. Etter som prosjektet er blitt bedre kjent, har pleie- og omsorgsavdelinga fått henvendelser fra sykepleiere som søker arbeid delvis på bakgrunn av kjennskap til akutteamet.

Organisering og økonomi

Det er ikke sykepleier på nattvakt på sykehjemmet. Det er heller ikke døgn tjeneste i hjemmesykepleien. På ettermiddag og natt ivaretar sykepleier på ansvarsvakt eller bakvakt på sykehjemmet også vakt tjeneste for hjemmesykepleien, inkludert trygghetsalarmene for hjemmeboende brukere.

Bjarkøy kommune har valgt å prioritere sykepleierkompetansen i døgnets våkne timer, og bruker cirka 50 prosent sykepleierressurs på bakvakter om nettene. Denne prioriteringen danner grunnlaget for akutteamet; hvis det ikke var sykepleier i

bakvakt, ville vi ikke kunne sende ut personell i forbindelse med akutte hendelser om natta.

For deltakelsen i akutteamet mottar hver sykepleier et årlig lønnstillegg på kr. 6000. Utrykninger i forbindelse med bakvakt genererer overtidsbetaling. De sykepleierne som eventuelt utkalles på sin fritid får også overtidsbetaling. Samlet brukes en sykepleierressurs på 14 timer hver sjette uke til akuttøvelse. I tillegg kommer fire timers legeressurs og cirka fire timers ambulanseressurs. Ambulansepersonellet er ansatt av helseforetaket og har ingen kompensasjon for å møte på fritiden sin. Det er satt av et lite budsjett til utstyr og driftsmateriell.

Forskningsprosjekt

I 2008 etablerte vi en forskergruppe, bestående av de to kommunelegene og pleie- og omsorgsleder, og startet utformingen av et forskningsprosjekt rundt akuttemaet vårt. Vi hadde fått en del tilbakemeldinger på at tiltaket var interessant og kanskje kunne være et eksempel til etterfølgelse for andre. Vi ønsket blant annet å finne ut om det fantes andre kommuner som hadde tenkt som oss, og eventuelt kunne være med å bidra til felles læring. Samtidig ønsket vi å undersøke om det vi holdt på med faktisk var til nytte for kommunen, eller om kostnaden ble større enn gevinsten. Den tiden vi bruker til øvelser kan brukes til andre viktige ting, utrykningene koster overtidskroner og sykepleierne stiller opp på oppdrag som strengt tatt ikke er deres fagområde.

Forskningsprosjektet:

1. Spørreundersøkelse til alle kommunene i Troms og Finnmark for å finne ut om- og hvordan de øver på akuttmedisinske prosedyrer, særlig med tanke på å involvere pleie- og omsorgspersonell. Dette arbeidet har resultert i en artikkel som konkluderer med følgende: «I distriktene er ansatte i pleie- og omsorgstjenesten en ressurs i akuttmedisinsk sammenheng. Potensialet i denne yrkesgruppen kan utnyttes bedre og være et viktig supplement i akuttmedisinsk sammenheng. Tverrfaglig akuttmedisinsk samhandling krever tydelig organisatorisk og økonomisk struktur, lokal forankring og ledelse» (Tidsskrift for den norske legeförening, nr. 1, januar 2011).
2. Retrospektiv studie i form av spørreskjema og intervju med deltakere i akutteamet for å kunne si noe om deres opplever knyttet til akutte hendelser i kommunen og deltakelsen i teamet. Artikkelen er under utarbeiding.
3. Prospektiv studie som skal registrere data ved alle hendelser der akutteamet blir involvert. Det er utarbeidet registrerings-skjema som fylles ut i forbindelse med utrykning. I tillegg til registreringer av prosedyrer, tidsbruk med mer, evaluerer deltakerne samarbeidet med de andre aktørene. Denne studien skal gå over to–tre år. Vi forventer å gjøre registreringer i forhold til cirka 50 hendelser i løpet av perioden.

Avslutning

Vi håper at arbeidet vi har gjort kan vekke interesse og inspirere andre som arbeider i små lokalsamfunn med sammenlignbare forhold, der det fins døgnkontinuerlig vaktssystem i pleie- og omsorgsavdelinga og befolkningen kontakter pleie- og omsorgspersonell direkte i forbindelse med akutte hendelser.

Frivillig innsats og økonomisk støtte fra Norsk senter for distriktsmedisin (NSDM) ved Universitetet i Tromsø har bidratt til å realisere forskningsprosjektet. Mine samarbeidspartnere i forskningsprosjektet er kommunelegene Frank Hilpüsch og Petra Parschat. Veiledere er professor Mads Gilbert og professor Ivar J. Aaraas. ■■■

Prinsipper for akutthjelp:

- ▶ Grunnleggende kurs gjennomføres for alle nye deltakere. Kursmaterieell utarbeidet av kommunelegen
- ▶ Gradvis innlæring av teknikker, eksempelvis fra BHLR og bruk av halvautomatisk hjertestarter til A-HLR og trombolytisk behandling.
- ▶ De ulike faggruppene veksler på å tilrettelegge øvelsene
- ▶ Innholdet i øvelsene utvides gradvis med flere relevante temaer og prosedyrer; anafylaksi, hypotermi, hjerneslag, blødninger, traumer, hodeskade, sykt barn, psykiatri og så videre.
- ▶ Hovedvekt på trening av basale praktiske ferdigheter
- ▶ Korte, enkle og varierte scenarier på 20–30 minutter med rullering mellom gruppene.
- ▶ Øvelsene avsluttes med en kort gjennomgang av vesentlige faglige elementer og evaluering av nytteverdi og gjennomføring.

Fremtiden handler om det du vil gjøre senere,
men; aller mest om det du gjør nå.

Det er ofte lettere å holde fokus på ting du kan se umiddelbare resultater av, enn det som er litt mer langsiktig. Likevel handler økonomi, som så mye annet, om å klare å tenke på to ting samtidig. Har du offentlig tjenstepensjon i KLP er du godt sikret for fremtiden, men vi kan også hjelpe deg med økonomien her og nå. Vi har bank med gunstige betingelser på lån og sparing, og vi har gunstig skadeforsikring for våre medlemmer. Alt dette kan vi hjelpe deg med, men det er du som må ta valgene. De valgene som kan forandre økonomien din både i dag og i morgen.

Gå inn på klp.no og les mer om hva vi kan tilby alle som har offentlig tjenstepensjon i KLP.

klp

for dagene som kommer



UTFLOD? VOND LUKT?

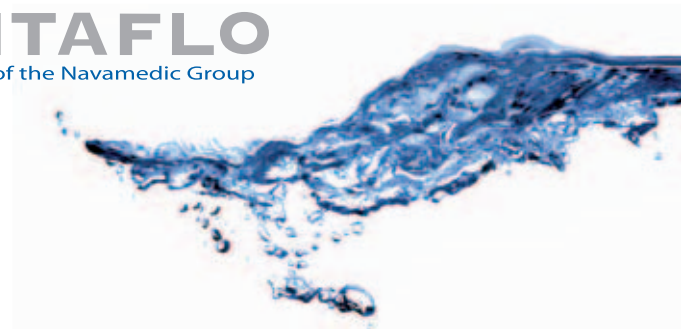
- Ecovag Balance® er dokumentert effektiv til å gjenopprette og vedlikeholde en sunn vaginalflora.
- Ecovag Balance® doseres kun én gang i døgnet.
- Du får Ecovag Balance® i alle apotek og i Vitaflors nettbutikk.

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



Karin Blomberg, prosjektleder og spesialsykepleier/samfunnsviter.

Grete Lian, gruppeleder og spesialsykepleier.

Helge Horvei, gruppeleder og spesialsykepleier.

Anja Hvamstad Hoff, sykepleier og gruppeleder.

Hilde Gerg, gruppeleder og ergoterapeut.

Janne Svendsen, gruppeleder og spesialsykepleier.

Karin Rekve, prosessveileder og enhetsleder.

Bodil McPherson, leder av styringsgruppa for prosjektet og avd. sjef.

Marianne G. Lind, ledende spesialsykepleier i Dagavdelingen.

Må samarbeide tettere

Angstprosjekt ved alderspsykiatrisk avdeling medførte større faglig innsikt blant studenter og ansatte.

Vi ønsker å beskrive erfaringer fra et samarbeidsprosjekt mellom Høgskolen i Oslo, sykepleierutdanningen og alderspsykiatrisk avdeling, Oslo universitetssykehus, avdeling Ullevål sykehus. Samarbeidsprosjektet er en konsekvens av at praksismidlene i statsbudsjettet for 2006 ble endret. Det ble innført en ordning der praksisstedene skal samarbeide med den enkelte høyskole om samarbeidsmidler. Intensjonen er å fremme samarbeid mellom høyskolene og praksisstedene samt tilrettelegge for større tilnærming mellom teori i praksis. Det betyr at praksisstedet må søke om prosjektmidler fra høyskolen for å få penger til å drifte prosjekter. Prosjektene kan legge vekt på å styrke studentenes læringsarenaer eller kvaliteten på tjenestene. Dette prosjektet er et eksempel på det siste.

Målsetting

Målsettingen med prosjektet var å skape større klinisk forståelse for angstlidelser hos eldre pasienter. Vi ønsket å utvikle kunnskapsbasert praksis basert på kliniske erfaringer og systematiske litteratursøk knyttet til avgrensede problemstillinger. Det inkluderte opplæring av våre studenter og ansatte i nye veiledningsmetoder. Prosjektarbeidet har vært gjort i samarbeid med 2. års sykepleierstudenter fra Høgskolen i Oslo i forbindelse med deres praksis i psykisk helse. Vi erfarte at det var svært ressurs- og tidkrevende for de ansatte å delta i prosjektet i tillegg til øvrige arbeidsoppgaver. Både høyskole og praksissteder må samarbeide tettere dersom man skal legge til rette for at teori og praksis skal nærme seg hverandre.

Systematisk fagutvikling

Prosjektet har vært drevet som et systematisk fagutviklingsarbeid i perioden 2007–2009. En gruppeleder fra hver avdeling samt en prosjektleder i 20 prosent stilling ble rekruttert til prosjektet. Arbeidet har foregått i den ordinære arbeidstiden, og for gruppelederne innbefattet det turnus med unntak av en dagavdeling. Personalet besto av både hjelpepleier, sykepleier og vernepleier, og deltakere vil si gruppeledere, en fra hver avdeling, som har hatt en aktiv og sentral rolle i gjennomføringen av prosjektarbeidet.

Stadier i gruppens liv

Ved oppstart avklarte man kjøreregler, forventninger og framdrift: Hvem ledet møtene? Tid, sted og hvem som skrev referat. Prosjektet har hatt en fast struktur med fire arbeidsfaser:

- 1) Beskrivende fase
- 2) Fordypningsfase
- 3) Evalueringsfase
- 4) Dokumentasjons- og overføringsfase

Selve motoren i arbeidet var gruppeledermøtene som ble holdt

hver tredje uke. Gruppeleders hovedoppgave har vært å lede prosjektet i den enkelte gruppeleders avdeling. På gruppeledermøtene var det fokus på det arbeidet som gruppelederne bidro til i den enkelte enhet. De skulle fordele oppgaver, sørge for informasjon og ikke minst motivere personalet til deltakelse. Prosjektleder veiledet gruppelederne med fokus på veiledningsmetoder som gruppelederne igjen skulle praktisere blant personale i den enkelte avdeling. Mot slutten av hver arbeidsfase har prosjektgruppa arrangert seminar for alle ansatte. Fokus var å dele erfaringer med kolleger samt å møte innspill fra andre ansatte i avdelingene.

Prosjektets delmål:

- » Beskrivelse av praksis i forhold til pasienter med angst
- » Utvikling av reflekterende praksis
- » Utvikling av nye veiledningsmetoder som fremmer utvikling av kunnskapsbasert praksis
- » Utarbeiding av problemstillinger ut fra det man ser og opplever.
- » Utføring av systematiske litteratursøk i relevante databaser i forhold til utvalgte problemstillinger
- » Vurdering av praksis i forhold til faglige krav om forsvarlige spesialisthelsetjenester
- » Endring av praksis som følge av ny viten
- » Videreformidling av kunnskap

Veiledningsmetode

I selve gjennomføringen har vi anvendt grunnleggende prinsipper fra aksjonslæring og aksjonsforskning (1,2). Metoden innebærer for det første at man tar utgangspunkt i konkrete handlinger eller situasjoner i praksis. For det annet er det en læring som handler om å forstå det man erfarer, samt å utfordre eksisterende praksis i en kontinuerlig lærings- og refleksjonsprosess med kollegaer. Både pleiere og studenter har evaluert egen praksis, reflektert over hva de gjorde med pasienten og deretter brukt denne kunnskapen til å forbedre egen praksis.

Beskrivende fase

Angstens «ansikter» er mange, og som hjelpemiddel brukte vi en enkel tegning av en sol med tittelen «Hva angst innebærer for meg». På den måten fikk vi nedfelt tanker og assosiasjoner knyttet til angstbegrepet. Dette hjalp oss i arbeidet med å kartlegge angst hos pasientene og til å formulere spørsmål som kunne avdekke om pasienten var plaget med angst. Eksempler: 1) Beskriv en situasjon der pasienten har angst i forbindelse med måltidssituasjonen. 2) Beskriv en situasjon der pasienten hadde angst og du lyktes med intervensjonen. 3) Hvordan kartlegger og dokumenterer vi pasientens angst? 4) Hvilke intervensjoner bruker vi?

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

Søkeord:

- » Psykisk helse
- » Psykisk lidelse
- » Alder
- » Angst
- » Samarbeid
- » Sykepleierutdanning



Problemstillingene

Alderspsykiatrisk avdeling har fire avdelinger som er knyttet til pasientdiagnoser. Denne inndelingen fikk betydning for våre observasjoner og refleksjoner i kliniske situasjoner. Kartleggingen foregikk i det daglige arbeidet sammen med pasientene. Vi fokuserte på her og nå-situasjoner ved å beskrive praksis. En oppgave var å skrive en refleksjonshistorie. Den enkelte medarbeider skulle beskrive en situasjon med en pasient. Kanskje hadde pasienten det vanskelig, og hjelperen var alene med pasienten. Pasienten kunne for eksempel være urolig i forkant

Vi erfarte at samtaler om angst hjelper.

av en forestående permisjon, bekymret for medisinnedtrapping eller ha en akutt uro- og angstopplevelse. Disse historiene ble nedtegnet og diskutert i fellesskap, som i vår arbeidshverdag betød lunsjen. Diskusjonene vi hadde la grunnlaget for å utarbeide følgende problemstillinger:

- » Fysisk aktivitet som tiltak for å redusere angst
- » Musikk som tiltak for å redusere angst
- » Pasientundervisning som tiltak for å redusere angst
- » Nedtrapping av beroligende medikamenter som tiltak for å redusere angst

Studenterfaringer

Gruppelederne opplevde at det var viktig å få med studentenes erfaringer og opplevelser. Dette måtte gjøres umiddelbart etter at studentene begynte i praksis ved den enkelte avdeling. Studenter kommer og går hele studieåret i økter på åtte uker. Alle de fire avdelingene har to studenter i hver praksisperiode, to ganger per semester. Det er 16 studenter i hvert semester, og i løpet av prosjektperioden var det 64 studenter involvert i prosjektet.

Vi erfarte forskjeller fra det ene studentkullet til det andre når det gjaldt hva studentene hadde fått av informasjon fra HiO. Dette medførte at vi måtte finne rutiner for hvordan vi skulle få studentene raskt inn i prosjektet. Når studentene kom til avdelingen skulle de skrive refleksjonsnotater og finne artikler i databaser. De erfarte det å skrive observasjonsnotater som lærerikt. På denne måten bidro studentene med nyttige observasjoner og refleksjonsnotater i pasientsituasjoner. Vi hadde ingen fasit, men for å komme i gang kunne vi fokusere på et eller flere spørsmål relatert til angst. For eksempel: Hva så jeg? Hva tenkte jeg? Hva var vanskelig? Deretter utarbeidet studentene en refleksjonsoppgave knyttet til en klinisk situasjon.

Fordypningsfasen

Målet med denne fasen var å lære seg kritisk lesning av artikler samt å lete etter oppdatert kunnskap om et aktuelt fenomen. Her fikk vi god hjelp av sykehusets bibliotekarere. Mange var ukjente med å lete etter artikler i databaser. Vi ønsket at personalet skulle lære å finne relevante artikler, lese dem og diskutere i grupper. For mange var språket en stor barriere. Det var få artikler på norsk og tungt å lese engelskspråklige artikler. Løsningen ble at noen leste artikler for så å legge frem og diskutere den aktuelle artikkelen, for eksempel under felles arbeidslunsj.

Utfordringer

Gruppeleder hadde ansvar for prosjektets framdrift. En utfordring var å få til en felles forståelse for prosjektet. Gruppelederne erfarte at det var krevende å få personalet til å være deltakende. I prosjektets tidlige fase var det sterk motstand

i personalgruppen noe som blant annet hang sammen med omorganiseringer i avdelingene. En av gruppelederne sa det slik: «Som en hel personalgruppe har man ikke hatt de samme faglige behov, og man har ikke vært i stand til å kunne forstå like mye ut ifra faglige kunnskaper, erfaringer og kanskje også interesser».

Leders rolle

Underveis opplevde deltakerne hvilken betydning enhetslederens engasjement hadde for de ansattes motivasjon og deltakelse i prosjektet. Leder kunne være den som med jevne mellomrom satte av tid til å presentere, synliggjøre og diskutere prosjektarbeidet i den enkelte avdeling. Noen avdelinger opplevde at mangel på deltakelse fra leders side påvirket de ansatte i negativ retning, mens i en annen avdeling var leder pådriver for prosjektet. Motivasjon og interesse blant våre kollegaer har derfor vært varierende. De fleste oppfatter likevel prosjektet som fruktbart.

Evalueringsfasen

Personalet har observert pasienter med angst i situasjoner som er angstvekkende, og fått økt oppmerksomhet på fysiologiske og mentale/psykiske symptomer på angst. Flere avdelinger rapporterte at prosjektarbeidet medførte faglige diskusjoner. Ved alderspsykiatrisk dagavdeling benyttet man kognitiv terapi. Dette var en populær behandlingsform blant pasientene. Flere av fagartiklene understreket nytten av kognitiv terapi mot angstlidelser.

En målsetting med prosjektet i dagavdelingen var å starte en gruppe som satser på pasientundervisning. Undervisningen har hatt ulike temaer. Det viktigste er at samtalene er målrettede og at man er i dialog med pasienten. Vi fant faglitteratur som viste at kognitivterapi, eksponeringsterapi, og avslapningsøvelser er aktiviteter som er relevante for eldre pasienter med angstproblematikk.

Hva erfarte vi?

Vi erfarte at samtaler om angst hjelper. Samtalene har vekslet mellom undervisning og pasienterfaringer om hvordan vanskeligheter oppstår i relasjoner mellom hjelper og pasient. For å kunne redusere angst må man kartlegge hva som utløser angst og ubehag hos pasienten. Å dele erfaringer med hverandre gir opplevelse av økt mestring. En av gruppelederne sa det slik «Angst er mangel på forutsigbarhet, angst er trang pust. Hvilken rolle spiller angsten i pasientens liv? Hva mestrer pasienten? Hva strever pasienten med?»

Dokumentasjons- og overføringsfase

Det ble foretatt en evalueringsstudie blant et utvalg av studentene for å kartlegge hvilken overføringsverdi prosjektet hadde for studenter. Et flertall av studentene hevdet at de, gjennom teorier og klinisk praksis, har fått utvidet sin forståelse og kunnskap om hvordan angst kan komme til uttrykk både fysisk og psykisk. Studentene oppga at de hadde utviklet større empati overfor pasienter med angstproblematikk gjennom gruppesamlingene. Videre opplevde studentene at de fikk økte praksiserfaringer i hvordan man forholder seg og nærmer seg fysisk pasienter med angstlidelser i klinisk praksis.

Oppsummering

Både høyskole og praksissteder må samarbeide tettere om prosjekter i framtiden dersom avstanden mellom teori og praksis skal bli mindre. Det er viktig at samarbeidsmidlene ikke blir



GA INNSIKT: Både studenter og ansatte ved alderspsykiatrisk avdeling fikk ny kunnskap og innsikt om hva som førte til angst hos eldre gjennom Angstprosjektet, og hvordan de kunne takle vanskelige situasjoner som oppsto i kjølvannet av dette. Illustrasjonsfoto: Scanpix (Personene på bildet har ikke vært med i prosjektet beskrevet i teksten.)

en «sovepute» for høyskolene, men tvert imot bidrar til å synliggjøre de reelle behovene det enkelte tjenestestedet har for fagutvikling. Dette vil igjen legge grunnlag for økt kontakt mellom høyskolen og praksisfeltet slik at avstanden mellom teori og praksis blir mindre. Da vil også FoU-aktiviteter i større grad rettes mot praksisfeltets behov. Nå er det ikke alltid slik at den som kjenner hvor skoen klemmer vet best. Her kan den enkelte høyskole komme inn og bidra med teorier og sammenhenger og sette ord på det som det ikke alltid er så lett å få

øye på. Angstprosjektet er fortsatt i gang med å videreutvikle samarbeidsmidlene, forhåpentligvis til beste for våre pasienter, pårørende, studenter, lærere og ansatte. ■■■

LITTERATUR

1. Tiller T. Aksjonslæring, forskende partnerskap i skolen. Kristiansand: Høyskoleforlaget, 1999.
2. Coughlan D. Doing action research in your own organization. London: Sage Publications, 2005.
3. Prosjektbeskrivelse «Angstprosjektet»
4. Utdannings- og forskningsdepartementet, rundskriv nr. 05/3744
5. Årsrapport, alderspsykiatrisk avdeling 2007



Lina Undrum Mariussen

Aktuell med: Finne deg der
inne og hente deg ut
Yrke: Administrasjons- og
informasjonskonsulent i
Norsk barnebokinstitutt
Bosted: Oslo

Pleiet syk

Lina Undrum Mariussen har skrevet dikt om sine erfaringer som pårørende.

Tekst **Susanne Dietrichson** Foto **Finn Ståle Felberg**

Søsteren ble uforklarlig syk og barndomshjemmet forvandlet til en pleieinstitusjon. Da satte Lina Undrum Mariussen seg ned og skrev dikt. Det ble en måte å takle sorgen over den syke søsteren på.

– Jeg skrev hele tiden mens søsteren min var syk. Små setninger og lapper lå og fløt over alt. Jeg klippet og limte, strøk noen ord og satte sammen andre på nytt, forteller Mariussen.

– Egentlig hadde jeg ikke tenkt at diktene skulle gis ut. Jeg trodde de var for personlige. Men etter hvert syntes jeg temaet ble for viktig og at diktene ikke bare angikk meg selv.

– Hvorfor valgte du å skrive dikt og ikke prosa?

– Jeg ønsket å gjenskape noe av den stillheten som hersket i huset mens søsteren min var syk. Hun tålte ikke støy og orket i svært liten grad å bli pleiet av andre enn oss i familien. Fordi sykdommen var så vanskelig å forstå følte det som å bli tom for ord. Jeg tenker at dikt er mer egnet til å beskrive stillhet fordi et dikt ikke består av så mange ord og rommer en helt annen åpenhet enn prosa.

*i huset lukker jeg skuldrene
strikken har røket i ansiktene rundt
bordet
vi sender brødet og mjølka
svelger tvilen
før den når munnen
og ingen vil være den første
til å spørre: hva betyr det
at hun mangler til frokost
vi ser ut av vinduet, er det noen der
ute som vet
hva det er som har begynt*

Mariussen har forsøkt å gjengi den undringen hun selv opplevde i møtet med sykdommen og har bevisst forsøkt ikke å forklare for mye.

– Jeg var opptatt av ikke å argumentere eller anklage. Jeg ønsket ikke å kritisere systemet eller å henge ut helsevesenet i diktene mine. Det ville bare lukket teksten og gjort lesningen mindre interessant.

– Jeg har prøvd å være ordknap og kortfattet og vektlagt nærheten i relasjonene. Jeg tror at sårheten i teksten blir tydeligere med færre ord. Tomrommet i teksten gir leseren mulighet til å gå inn i diktene med sine egne erfaringer.

Fordi søsteren led av en sykdom som ikke kan behandles fikk familien rollen som helsevesen, og hjemmet opplevdes som forvandlet

søster

til en institusjon. Mariussen håper at andre som har pleiet langvarige syke pårørende vil kjenne seg igjen i noen av diktene.

*det modnes så fort, lukter åker og gråt
jeg tresker og presser gråten sammen
i store hvite baller på jorden
og jeg tenker på hvordan denne
sommeren begynte
hvordan du gikk med langsomme
skritt
tett inntil veggen
du kunne stanse midt i rommet, stå
og se deg rundt
til slutt var du framme ved sofaen
eller sto ved klærne på badet
en dag var det for langt til kjøkkenet,
da henta jeg maten
og så på hendene dine mens du åt
jeg så på hendene mine
da jeg satte skoa dine i skapet
og jeg forstår ikke hvordan det bare
kan skje
at du ligger i senga og ser opp i taket
at ingen av oss tør å sette oss ned
og se på deg lenge av gangen*

Vi trenger dikt når ord blir fattige.

Mariussen var egentlig i gang med et helt annet diktprosjekt da søsteren ble syk.

– Tilværelsen ble snudd opp ned. Situasjonen ble så omfattende. Jeg greide ikke å tenke på noe annet enn at søsteren min var syk. Livet stoppet liksom opp.

Dette tror hun er noe mange pårørende opplever.

– Jeg håper at diktene mine kan trøste andre som opplever det samme.

Pasienter som blir pleiet hjemme av pårørende føler seg usynlige, tror hun.

– Også de pårørende blir usynlige. Jeg ønsker å nå frem til disse med diktene mine. Jeg vil at de skal føle seg sett. Kanskje kan de også føle seg mindre alene.

Mariussen har inntrykk av at dikt er noe de fleste ikke leser til vanlig, men som ofte aktualiseres i forbindelse med store og viktige øyeblikk i menneskelivet.

– Vi tyr gjerne til dikt når noen blir født, gifter seg eller begraves. Vi trenger dikt når ord blir fattige. På samme måte opplevde jeg at ord ble fattige når søsteren min ble alvorlig syk.

Mariussen synes samfunnet i for stor grad er preget av vår streben etter lykke.

– Jeg synes det store alvoret som finnes i tilværelsen fortjener en større plass og ønsker å vise det i

diktene mine. Når noen du er glad i blir langvarig syke, kommer du veldig tett inn på alvoret i livet. Jeg tror sykepleiere og andre helsearbeidere som pleier alvorlig syke har et mer bevisst forhold til livets alvor enn mange andre. Jeg håper diktene mine kan tilføre en refleksjon over det å pleie, om å være der for noen. ■■■



Utfordrer meg som menneske

MIDDAGSOPPVASKEN er unnagjort. Jeg koser meg med den siste kaffeskvetten og gleder meg til et par rolige timer i ørelappstolen. Da føler jeg meg plutselig trist. Jeg hadde glemmt at boka jeg har lest på den siste uken ble avsluttet i går kveld.

Som alltid hadde jeg fulgt de ulike rollefigurene tett og levd meg inn i deres aktiviteter, gleder og skuffelser. Nå skulle disse personene leve videre uten at jeg kunne følge med på hvordan det gikk med dem. Jeg måtte ta avskjed; slik en gjør med gode venner i visshet om at en aldri skal møte dem igjen.

Jeg er ganske altetende når det gjelder bøker. Jeg er interessert i mennesker, og bøkene gir meg anledning til å få innblikk i andres liv. Det beriker hverdagen og jeg engasjerer meg i de fiktive personer. Fagbøker er i dag ofte krydret med ulike kasuistikker og andre kvalitative data som gir liv og følelser til de ulike sykdommene. Informasjon som skaper empati og ønske om å gi vedkommende optimal pleie og behandling.

Var det privatpersonen eller sykepleieren i meg som ble fascinert av boka til Siri Hustvedt som jeg avsluttet i går? Historien i Det jeg elsket utspiller seg på Manhattan hos to familier som bodde i samme blokk. Det som berørte meg mest var hvordan en liten gutt gradvis utviklet en totalt splittet personlighet. Hans gode sider som ble elsket hos hans nære var til stede, men druknet i ren ondskap. Tilsvarende karaktertrekk hos gutter finner vi beskrevet i bøkene til Lars

Saabye Christensen og Henrik Langeland i henholdsvis Maskeblomstfamilien og Verdensmessterne. Kampen mellom de gode og de onde kreftene er sentrale tema i litteraturen. Den fiktive verden gjenspeiler den virkelige verden. Det er derfor bøkene er så viktige, de hjelper meg til å møte hverdagens utfordringer.



Det jeg elsket, Siri Hustvedt



Hjertebank og hjerteklapp Kunnskap og råd ved arytmier

Av Karin Koltzow og Liv Hopen
Tegninger og omslag
av Karin Koltzow
124 sider
JAS forlag, 2010
ISBN 978-82-998459-0-8
Anmelder: Hilde Kristin Korbøl,
spesialsykepleier i kardiologisk
sykepleie

Hjelp til urolige hjerter

ANMELDELSE: Ekstrasystoler og atrieflimmer har økt i omfang de siste årene. I fagmiljøene har vi lengtet etter et bredere utvalg i fagstoff for å kunne hjelpe arytmi-pasientene. Det er derfor kjærkomment at det er kommet ut flere bøker om atrieflimmer. Forfatterne av denne boka sier selv at deres ekspertise ligger i pasientrollen.

Med boka Hjertebank og hjerteklapp ønsker de å gjøre hverdagen lettere for mennesker med urolig hjerterytm. Ved hjelp av den salutogenetiske tanken tar de tak i hva som bringer helse og hva pasienten mestrer. De presiserer at det er viktig å fokusere på det en mestrer og ikke det man ikke greier. De binder dette opp mot egne erfaringer med atrieflimmer og noen pasienthistorier fra andre.

Liv Hopen er ergoterapeut og har

lang erfaring fra lærings- og mestringssenter. Karin Koltzow er kunstner forsker og forfatter. Ved hjelp av morsomme strektegninger og små dikt ønsker de å få fram menneskets vakre indre univers, uten at det etter min mening har nær sammenheng med teksten. Den anatomiske beskrivelsen og tegningene av hjertet er ikke spesiell presis, men tegningene gir en morsom, tiltalende layout.

I møte med behandler legger forfatterne vekt på at behandler må ta seg god tid, lytte og få tak i pasientens evner til å ta tak i egen situasjon. De lister opp spørsmål som legen trolig vil spørre om, og kommer med råd til pasienten om hva de kan forberede seg på før møte med legen.

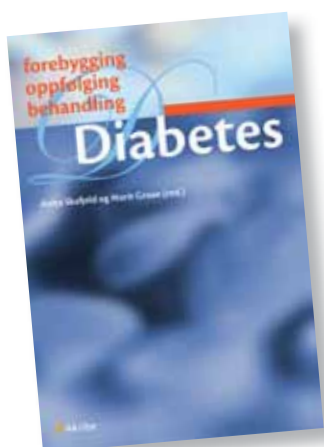
De har fokus på ekstrasystoler, atrieflimmer og -flutter. De avdramatiserer ekstraslagene. Beskrivelsen av behandlingen er ikke systematisk

eller utførlig. Boka gir en innføring i behandling av atrieflimmer, men kommer ikke inn på medikamenter for rytmekontroll. De diskuterer ikke indikasjon og bruken av blodfortynnende. Ablasjonsbehandling omtales, men de berører ikke risikoen ved prosedyren.

Verken pasienthistoriene eller den medisinske kunnskapen i boka er knyttet opp mot forskning. Noen utsagn er upresise. For eksempel er det i dag ingen kjent dokumentasjon på at te og kaffe gir arytmi, selv om noen pasienter opplever at det har sammenheng.

Boka er ment som en hjelp til pasienter med urolig hjerte, og er ikke rettet mot helsepersonell. Som spesialsykepleier i kardiologisk sykepleie vil jeg anbefale boken til pasienter med hjertebank. Jeg tror de spesielt kan ha glede av mestringsdelen.

Jeg tenker aldri på fremtiden. Den kommer tidsnok. Albert Einstein



Diabetes Forebygging, oppfølging, behandling

Av Anita Skafjeld og Marit Graue (red.)
375 sider
Akribe forlag, 2011
ISBN 978-82-79500-74-2
Anmelder: Bjørn Rogne Christensen,
operasjonssykepleier, Oslo universitets-
sykehus, Aker og mastergradsstudent

Mye å lære om diabetes

ANMELDELSE: Redaktørene av denne boka er erfarne sykepleiere innen klinisk behandling av diabetes og i undervisning av helsepersonell. Boka er delt inn i fem hoveddeler, spredt på 17 kapitler. Boka er preget av orden, den er oversiktlig og med referanser på plass. Et stort pluss for faktabokser med oppsummerende punkter gjennom boka.

Jeg sitter igjen med en følelse av å ha fått mer kunnskap om diabetes etter å ha lest gjennom. Patofysiologien beskrives fylldig, medikamentell behandling likeså. Kapittelforfatterne vektlegger rasjonelle løsninger på utfordringene diabetespasienten stilles ovenfor. Ett eksempel er vektleggingen av livsstilsendring snarere enn medikamentell behandling blant visse pasienter som eldre med diabetes. Forfatterne kommer inn på disease/

illness begrepet, og vektlegger at helsebegrepet og opplevelsen av hva god helse er, er sammensatt.

Det lille som måtte være å trekke for boka, kan muligens være kapittel seks, som tar for seg aspektet livskvalitet ved kronisk sykdom, som Gjengedal og Hanestad har beskrevet i sin lærebok Å leve med kronisk sykdom. Dette kapitlet hadde jeg gjerne sett var noe lenger. For å få en fylldig teoretisk innsikt i å leve med en kronisk sykdom, anbefaler jeg å supplere med Gjengedal og Hanestads bok.

I forhold til en god oppfølging av pasienter med kroniske sykdommer, må man som sykepleier ofte arbeide med pasientens eget syn på helsetilstand. Å få vite mer om hvordan man som pårørende skal forholde seg til diabetespasienten, kunne ha fått mer

plass i boka. Samt hvordan man ved hjelp av de pårørende kan stimulere diabetespasienten til å legge om sin livsstil ved nyoppdaget diabetes. Som helsepersonell stilles vi både i jobb-sammenheng og i privatlivet ovenfor spørsmål om sykdommen. Vi er type 4-diabetikere som noen kaller det. En type 3-diabetiker vil da være diabetespasientens nære pårørende.

Boka er nyttig også for oss som arbeider med diabetespasienter i andre settinger, som på operasjonsavdelingen. Til sist vil jeg oppfordre forfatterne til å ta steget videre og lage nok en utgave om noen år. Diabetes som sykdom rammer stadig flere i vår del av verden. Og det trengs stadig oppdatert kunnskap på området. Alt i alt en innsiktsfull og innholdsrik bok om en sentral sykdom.



Maiken Bjerke Larsen

Alder: 24 år

Stilling: Sykepleier, gruppeleder Hovseter sykehjem, Oslo

Favoritt: INR-apparat

Vi spør sykepleiere om deres favoritt på jobben. Har du tips om et hjelpemiddel du er glad i? Skriv til interaktivt@sykepleien.no

– Lengtet etter dette apparatet

I dag slipper Maiken Bjerke Larsen å sende blodprøvene til sykehuset.

Tekst og foto **Laila Berg**

Hun viser frem et hendig lite apparat som viser et nøyaktig resultat på blodtykkelsen. Instrumentet er et INR-apparat som Hovseter sykehjem gikk til innkjøp av for en måneds tid siden.

Hvorfor er INR ditt viktigste apparat?

– Vi har lengtet etter dette apparatet lenge. Sykdomsbildet har nettopp endret seg, og vi har pasienter som behøver blodprøver minst en gang per uke.

Hvordan brukes apparatet?

– Det brukes til å teste INR-verdien som legene går ut fra når de doserer blodfortynnende. Det er et stikk i fingeren, en bloddråpe, og så har vi svaret i apparatet.

Hvorfor elsker du nettopp dette instrumentet?

– Fordi vi får svar på blodprøvene med en gang. Det er et mobilt apparat, lite og praktisk å ha med seg. Vi slipper å sende blodprøvene til sykehus, og det letter arbeidet for oss som ikke har eget laboratorium. Det betyr mye for pasientene å få riktig dosering blodfortynnende.

Hva koster et INR-apparat?

– Prisen ligger på tre til fire tusen kroner.

Hvilke ulemper er det med instrumentet?

– Det krever opplæring å bruke et INR-

apparat. Ved feil bruk kan svaret bli feil. Det er den første bloddråpen som skal måles, og blod som kommer ut skal nesten renne av seg selv. En klem på fingeren kan for eksempel gi feil verdier. Hvis den første bloddråpen ikke blir tatt, har kroppen fått i gang koaguleringsprosessen. Dermed måles blodet for tykt, og det kan føre til overmedisinering.

Hva slags kontroll føres?

– Med instrumentet følger det med et kontroll-kit som skal gjennomføres minst en gang i måneden for å garantere riktig måling.

Hvem kan bruke apparatet?

– Sykepleiere og hjelpepleiere som har fått opplæring. (INR-leverandøren gir opplæring. Men sykepleierne på avdelingen har også ansvar for å lære opp hjelpepleierne.)

Hva er viktig å vite ved bruk av INR?

– I forkant bør det gjøres noen forberedelser, som å varme fingertuppen før nålestikket.

Hva betyr apparatet for pasientene?

– For pasientene krever det gjerne færre stikk og mindre smerte, og de føler det som mindre belastende enn en vanlig blodprøve. Vi har mange pasienter som følger nøye med, de blir glad over å få resultatet med det samme. De synes det er helt i orden med teknikken.



INR står for International Normalized Ratio. Den måler effekten av anti koagulasjonsbehandling.

Hva er den største fordelene?

– Pasienten får riktig dose medisin med en gang. Instrumentet er lett og enkelt å ha med seg. Vi slipper å sende blodprøver til sykehuset, og vi sparer masse tid. Tror kanskje ikke så mange vet om INR-apparatet, men det anbefales på det sterkeste.



KROPPSATLAS: Illustrasjonen viser (fra venstre) sirkulasjonssystemet, skjelettsystemet, forfra, muskelsystemet bakfra og nervesystemet sett fra siden.

Tekst **Susanne Dietrichson**
Illustrasjon **Kari C. Toverud CMI**
(sertifisert medisinsk illustratør)

Kroppen på nett

Et anatomisk atlas på Helsebiblioteket.no skal gjøre det enklere for helsepersonell å informere pasientene sine.

Atlasen, som nå ligger fritt tilgjengelig på Helsebibliotekets nettsider, er et oppslagsverk med illustrasjoner, bilder og tekst som beskriver kroppens ulike deler og organer.

Atlasen er svært brukervennlig med detaljrike, enkle og oversiktelige illustrasjoner. Via en rullgardinmeny til venstre på siden velger du om du vil se tegning av en mann eller kvinne, forfra, bakfra eller fra siden og deretter hvilket organ eller kroppsdel du vil kikke nærmere på. Velger du for eksempel kvinne, bakfra kan du videre velge hjerte og sirkulasjon, og deretter hjerte og hjertets kar og til slutt aortabue.

Bildet endrer seg i takt med menyvalgene og alle illustrasjonene er navngitt på norsk og latin, og utstyrt med en kort forklaring. Nederst på siden har du en verk-

tøylinje med små ikoner som gjør deg i stand til å forstørre, forminske, klike deg inn på andre kroppsdelar og ta en utskrift.

– Bakgrunnen for dette nettbaserte anatomiske atlasen er henvendelser vi har fått fra helsepersonell, forteller Grete Strand, konstituert redaktør i Helsebiblioteket.no.

– Helsepersonell har etterlyst et slikt anatomisk atlas som hjelpemiddel i arbeidet med å undervise pasienter og pårørende. Atlasen skal rett og slett gjøre det enklere for helsepersonell og informere pasientene sine. Men vi tror at atlasen også kan være nyttig for studenter på helsefag.

Strand forteller at Helsebiblioteket har kjøpt rettighetene til å oversette atlasen fra det svenske informasjonsnettstedet 1177.se og at den norske medisinske illustratøren Kari Toverud har laget alle illustrasjonene.

Kilde: <http://atlas.helsebiblioteket.no/>

Quiz

Er du en kompetent sykepleier?

Test kunnskapene med vår aktuelle og nådeløse quiz!

Tekst: **Ellen Morland og Eivor Hofstad**
Foto **Colourbox**

1 Hvilket legemiddel var mest omsatt i definert døgndose i 2010?

- A Flux (natriumfluorid)
- B Albyl-E (acetylsalisylsyre)
- C Paracet (paracetamol)

2 Hvor stor andel av de offentlige utgifter til forebygging og behandling av sykdom utgjorde legemidler i 2009?

- A Knappt 7 prosent
- B Knappt 14 prosent
- C Knappt 28 prosent

3 Hvor mye var offentlige utgifter til legemidler på blå resept i 2010?

- A Drøyt 19 millioner kroner
- B Drøyt 9 millioner kroner
- C Drøyt 3 millioner kroner

4 Ett land ligger hvert år betydelig høyere enn de andre nordiske land i legemiddelforbruk per innbygger. Hvilket?

- A Norge
- B Danmark
- C Sverige

5 Hvor mange nordmenn brukte reseptpliktige legemidler i 2009?

- A 1,8 millioner
- B 2,6 millioner
- C 3,4 millioner

6 Hva er yersiniose?

- A En bakteriebar infeksjonssykdom

som kan smitte fra dyr til menneske.

- B Et virus som smitter via mat.
- C En sjelden benmargssykdom først oppdaget på Jersey

7 Hva innebærer EUs nye pasientrettighetsdirektiv?

- A Pasienter kan lettere velge behandling i andre land enn sitt eget
- B Pasienter kan velge hvilken lege som skal operere dem.
- C Pasienter kan kreve å bli henvist til det sykehuset med kortest ventetid, i hele EU.

8 Hvem er John Dalli?

- A Den engelske helseministeren.
- B EUs helsekommisjonær
- C Sjefen for WHO, verdens helseorganisasjon.

9 I noen kommuner i Agderfylkene, Telemark og Vestfold bør folk vurdere vaksine mot skogflåtten- cefalitt. Hva heter den siste kommunen som nå er kommet med i anbefalingen?

- A Hvaler kommune
- B Stavanger kommune
- C Sandefjord kommune

10 I 2002 hadde 7 prosent av ungdommene i Stavanger brukt hasj og 8 prosent drakk alkohol ukentlig eller oftere. Hva var tallene for 2010?

- A 3 prosent for begge
- B Ingen endring
- C 12 prosent for begge

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.)



LEGEMIDDELFORBRUK: Er det dansken, svensken eller nordmannen som knasker mye mer piller enn resten av innbyggerne i Norden?

SVAR: Svar: 1.B, 2.A, 3.B, 4.C, 5.C, 6.A, 7.A, 8.B, 9.C, 10.A
Kilde: Tall og fakta 2011 fra Legemiddelindustriforeningen, Folkehelseinstituttet og Forskning.no

**INGENTING
HJELPER MOT
DE VONDE
HENDENE MINE.**

Bruk 10 cm Ibux gel akkurat der du har vondt.
Ibux gel er effektiv mot moderate smerter i muskler og ledd ved forstuing eller forstrekning. Smør gelen direkte inn på det vonde området, og den trekker inn og virker lokalt. Sørg for å massere inn rikelig. Ibux gel kan kjøpes reseptfritt på apoteket – nå også i stor 100 grams tube.

Brukes ikke på slimhinner, i øyne eller på skadet hud. Ved langvarig smerte bør lege kontaktes. Skal ikke brukes av personer som ikke tåler acetylsalisylsyre, ibuprofen eller andre betennelsesdempende legemidler. Skal ikke brukes av gravide de siste 3 måneder før fødselen. Ibux inneholder ibuprofen. Les nøye pakningsvedlegget på innsiden av esken.

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 MARTIN FRANK OLSEN

Jeg kan ofte tenke:
«Kunne jeg gjort
dette på en annen
måte?»

74

KRONIKK RANNVEIG DAHLE

«Det medieskapte glansbildet om
bedre lønns- og arbeidsvilkår i vikar-
byråer som en vei til «frihet» sprakk.»

70



NSF HAR ORDET

Forbundsleder Lisbeth Normann

Stilling: Forbundsleder i NSF

E-post: lisbeth.normann@sykepleierforbundet.no

Derfor er vi skeptiske

Vi har den siste tiden fått mye kjeft i enkelte medier for vår motstand mot generell innføring av fleksible turnuser som innebærer store avvik fra arbeidsmiljølovens hovedregler om arbeidstid.

Høyre, FrP og KrF vil også endre turnusreglene og gi fleksible turnuser en prøveperiode på fem år og ikke ett år som i dag. I tillegg vil de frata NSF og andre fagforeninger retten til å nekte alternative turnuser. For NSF er dette viktige rettigheter å sikre – både for arbeidstakere og for pasientsikkerheten.

For å ha det helt klart: Norsk Sykepleierforbund ønsker ikke å stikke kjepper i hjulene verken for en bedre pasientbehandling, bedre ordninger for ansatte eller for at arbeidsgiver skal få til gode løsninger. Nettopp derfor har vi også behandlet søknader om alternative turnuser som har kommet fra kommunene, med utgangspunkt i hva ansatte ønsker og pasientene trenger. I fjor fikk vi inn 11 søknader, hvor vi godkjente alle. Hittil i år har vi allerede fått inn 18 søknader, hvorav syv i skrivende stund er behandlet med positivt svar. Særlig på institusjoner hvor det av hensyn til pasientene/brukerne er behov for kontinuitet i behandlingen og hvor arbeidsoppgavene er av en slik karakter at det er forsvarlig med lange vakter, er dette blitt akseptert. Tilstrekkelig grunnbemanning som gir rom for jevnlig pauser fra arbeidet er



HELSE OG VELFERD: Forskning viser at reaksjonsevnen går ned og helsen blir dårligere når ansatte jobber svært lange vakter. Derfor vil NSF at slike avgjørelser må tas på et overordnet nivå. Foto: Stig Weston.

er grundig dokumentert at turnusarbeid i seg selv representerer en helserisiko, mener vi at det er all grunn til å utvise forsiktighet og være «føre var» om man ønsker å åpne opp for denne typen ekstreme turnuser innenfor pleie- og omsorgssektoren. Den siste rapporten som kom på bordet fra STAMI, understreker det vi lenge har påpekt; at det er sammenheng mellom mange nattevakter på rad og økt fare for brystkreft. Vi kan ikke gamble med ansattes helse!

Selv om noen arbeidstakere er positive til å prøve ut slike ordninger er det grunn til å utvise forsiktighet. Derfor mener vi at det er fornuftig at avtalene inngås for en tidsbegrenset periode og at de følges opp med grundige evalueringer underveis.

Mange av våre tillitsvalgte opplever et krysspress i møte med arbeidsgiver. Det forventes at tillitsvalgte skal ivareta hensynet til både pasienter, arbeidsgivere, grupper av sykepleiere og det enkelte medlem. Derfor mener Sykepleierforbundet at avgjørelser om denne typen turnuser bør tas på et overordnet nivå. Sykepleierforbundet legger stor vekt på ansattes og tillitsvalgtes syn når man vurderer om det skal inngås avtale om slike alternative turnuser.

Noen arbeidstakere ønsker å jobbe mye og konsentrert – enten av økonomisk tvang, arbeidsinnvandring, livssituasjon eller ønsket om å opparbeide mye sammenhengende fritid. Som en ansvarlig arbeidstakerorganisasjon har vi også ansvar for å bidra til redusert sykefravær, hindre utstøting fra arbeidslivet og å sørge for at folk kan stå i arbeid gjennom et helt yrkesliv. Sykepleierforbundet tar dette ansvaret på alvor.

Mange av våre tillitsvalgte opplever et krysspress i møte med arbeidsgiver.

også er forutsetning for at slike turnuser kan anses som forsvarlig.

Sykepleierforbundet er opptatt av at arbeidstidsordninger skal ivareta sykepleiernes helse og velferd, på kort og lang sikt, og gjøre det mulig å utøve faglig forsvarlig sykepleie. Vi er, på linje med arbeidsgiverne og politikerne, opptatt av at ansatte skal kunne stå i jobb i mange år. Derfor er vi i utgangspunktet tilbakeholdne med å anbefale ordninger som innebærer en

sterk konsentrasjon av arbeidstiden i form av lange sammenhengende arbeidsperioder.

En rekke studier har dokumentert at lange arbeidsdager medfører økt risiko for arbeidsulykker. Med bakgrunn i denne forskningen er det fra arbeidsmedisinsk hold anbefalt at arbeidsperiodene ikke bør være over åtte timer, fordi menneskets reaksjonstid reduseres dramatisk når man har vært på jobb i over åtte timer. Når man samtidig vet at det gjennom forskning

Velferdsteknologi, eldre og sykepleie

I tråd med vår dobbelte demografiske utfordring; økende antall eldre og færre yrkesutøvende arbeidstakere, må vi sykepleiere komme på banen i forhold til å bli med på utforming av velferdsteknologi.

Teknologien er løsninger for folk som er mottakere eller brukere av velferdsytelser, og som kompenserer for eller støtter nedsatt funksjonsevne. Vi kan også se for oss at de kan hindre eller utsette at folk blir brukere av helse- og velferdstjenester. Velferdsteknologien omfatter også teknologiske løsninger som primært brukes av og understøtter de medarbeidere som leverer eller utfører velferdsytelsene, blant annet oss sykepleiere.

For å kunne lage brukervennlig teknologi må utviklerne ha kunnskap om og kjennskap til brukernes hverdagsliv, problemer og utfordringer. Utfordringene våre er derfor todelt; dele erfaringer på vegne av brukergruppene vi kjenner godt gjennom arbeidet vårt, slik at løsningene blir best mulig tilpasset brukerbehov. Dernest er det å sørge for at de teknologiske løsningene som skal støtte oss i vår arbeidshverdag blir best mulig for oss og brukerne/pasientene.

I Europa jobbes det på mange arenaer med velferdsteknologi. Mange kommersielle aktører er involvert og vi kan tenke oss at det ligger store økonomiske gevinster i dette. Kommersielle interesser behøver ikke komme i konflikt med interessene til pasient/bruker-gruppa, men sykepleiernes bidrag til velferdsteknologiske løsninger kan balansere dette.

Nordens välfärdscenter hevder i utgivelsen «Fokus på velferdsteknologi» at det bør etableres et sterkere nordisk samarbeide på dette område enn vi har i dag.

Kunnskaps- og erfaringsutveksling, innovasjonssamarbeid og samarbeid om standardisering er områder som er nyttig og velegnet for nordisk samarbeid.

Mange sykepleier, dette gjelder også meg selv, har satt kald teknologi opp mot varme (sykepleier-) hender. Når det gjelder den demografiske utfordringen i årene fremover, uten tilstrekkelig vekst i arbeidsstyrken, vil vi ikke ha et reelt valg. Velferdsteknologien kan bety et være eller ikke være for velferdssamfunnet vårt.

De nordiske sykepleieetiske råd har kommet frem til fem uttalelser som viser til hvordan vi skal forholde oss til fremtidens teknologiske inntog i helse og velferdstjenesten. Der ønskes den velkommen, men de ber oss samtidig om å ta avstand fra de løsninger som tas i bruk for å styrke lønnsomhet og effektivitet på bekostning av menneskelig verdighet og kontakt.

Gode velferdsteknologiske løsninger kan bidra til at vi kan bevare selvstendigheten lenger i aldringsprosessen. Den kan forenkle måter å kommunisere med omverdenen på. Den kan hjelpe oss å huske viktige ting og den kan for eksempel gi omverdenen beskjed om fall eller andre hendelser. Mye teknologi finnes allerede, den behøver bare å bli tatt i bruk på nye områder.

Sykepleierne har kontakt med et vidt spekter med brukere/pasienter. Alle disse kategoriene kan ha bruk for velferdsteknologi. Derfor er sykepleierne en meget viktig aktør i utviklingen av velferdsteknologi. Vi vil ikke stå som passive mottakere eller videreformidlere, men være aktive bidragsyttere i denne utviklingen.

Toril Knutshaug Nervik, sykepleier og masterstudent, Helsefremmende lokalsamfunnsarbeid, HIG

Dette kan du ikke mene!

Jeg vil si dette til Anne Kari Bratten etter hennes angrep på norske sykepleieres arbeidsmoral i Dagsrevyen 6/4: Jeg blir utrolig provosert og ikke mindre skuffet over at du som representant for våre arbeidsgivere ytrer deg på den måten du nå har gjort. Du kan da vel rett og slett ikke mene at norske sykepleiere skal ofre all fritid (tid med familie, venner) for å delta på dugnad??? De aller aller fleste av oss er ikke i denne bransjen på grunn av dugnadslust eller tanke om frivillighet. Dette er for oss en jobb som gir inntekt. Ja, vi liker jobben og arbeidet, men vi liker ikke alltid lønns- og arbeidsforholdene.

Jeg har lyst til å spørre deg; Hvorfor er min fritid så mye mindre verdt enn din? Hva er det med min familie og mine venner som gjør at de ikke betyr like mye som din omgangskrets? Å omtale ansatte i helsevesenet på denne måten gjør samarbeidsviljen og -lysten svært dårlig, det burde du ha tenkt på. Hvorfor i all verden skal vi yte ekstra når den innsatsen vi allerede gjør blir så lite verdsatt? Tenk du ikke over følgene av dine utspill, eller gir du rett og slett bare blaffen? Jeg personlig mener du sporenstreks bør beklage det tåpelige utspillet og kanskje til og med vurdere din stilling. Du bør kanskje ikke inneha den posisjonen du har med slike holdninger og meninger rundt dine «ansattes» arbeidslust og arbeidsevne?

Mvh. Kenneth Grip, plassstillsvalgt NSF.

Feil fylke

Først: Honnør til helsearbeidere i Bjarkøy kommune i Sør-Troms for et flott tiltak med akutt- trening. Gratulerer med prisen!

Så til journalisten som ikke var oppdatert på at Bjarkøy ligger i Troms og ikke i Nordland!

Med vennlig hilsen
Vivi Ann Øvereng, Finnsnes

Misvisende om skole

Da dere sendte en fotograf til skolen for å ta bilder til en reportasje om utdanning, trodde i alle fall jeg at artikkelen skulle fremheve noe positivt i utdanningen, og om vår skole, Høgskolen i Buskerud, (som jeg for øvrig er veldig stolt av å gå på!). Men jeg syns ikke ar-

tikkelen fremhever noe av det positive ved å gå på sykepleien i Drammen. Ja, det er mange studenter i forhold til antall lærere, og det er sikkert noen av lærerne som kunne forbedret seg på enkelte områder. Men vi har også utrolig dyktige forelesere og engasjerte studenter! Vi har leger som foreleser i anatomi i første semester og patologi fra andre semester. Vi har erfarne sykepleiere som lærere og veiledere, som har mange morsomme og relevante historier og problemstillinger fra praksis, og vi har et godt sosialt miljø med engasjerte studenter som samarbeider godt med hverandre i preklinikken. Så jeg syns artikkelen kunne vært mer positiv i forhold til framstillingen av vår skole!

Og mens jeg er inne på temaet, vil jeg bare si meg enig med NSF-leder Lisbeth

Normann om at det ikke er en god idé å slå sammen det første året i sykepleie, sosionom og barnevernsutdanningen. Vi trenger det første året med fokus på grunnleggende anatomi og sykepleie for å ha grunnlag til å forstå patologien. Alt vi lærer videre, bygger på det mest grunnleggende, og det er derfor viktig å bruke denne tiden til å forstå dette!

Mvh. Gyda Egenes, student.

Feil om fylkesleder

I forrige Sykepleien, nr. 4, har det oppstått en feil i artikkelen om nye fylkesledere. I Telemark går ikke Sigrunn Øygarden Gundersen av, men er derimot gjenvælt. Sykepleien beklager denne feilen. Les også side 16 i denne utgaven.

Red.



Felles grunnutdanning

Jeg er i den heldige situasjon at jeg har utdannet lærere på alle nivå, fra førskolelærere til universitets- og høyskolelærere, i pedagogikk. I tillegg har jeg undervist studenter innen helse- og sosialfag i både pedagogiske fag og andre samfunnsvitenskapelige fag. Det som har slått meg er at det er svært mye som er felles når det gjelder helse- og sosialfagene. På samme måte som pedagogikkfaget, hvor det meste består av tankegods fra andre fag som psykologi, sosiologi, filosofi og historie, har behov for sin egen terminologi for å bli tatt på alvor, er det forståelig at andre fag har det samme. Det var for meg interessant å oppdage at sykepleieprosessen, den sosialpedagogiske arbeidsmodellen og didaktisk relasjonsmodell egentlig kokte ned til planlegging, gjennomføring og evaluering.

Rett etter at sammenslåingen av helse- og sosialhøyskoler i Sør-Trøndelag ble til en egen avdeling av HIST, utdannet jeg barnevernspedagoger. Men den synergieffekten som tydeligvis mange ventet på, uteble. Ingen hadde tid og overskudd til å samarbeide på tvers av de ulike utdanningene til tross for at alle arbeidet i samme hus. Hadde det største auditoriet vært større hadde nok høyskoleadministrasjonen fått gjennom sitt ønske om å putte alle studenter inn i det for at de skulle bli undervist i fellesfag. De så ikke at skulle fellesfag være nyttige måtte de relateres til den enkelte utdanning. Et par år etter høyskolereformen, kunne det konstateres at for Høgskolen i Oslo hadde fordelingen mellom faglige og ikke-faglige ansatte

endret seg fra åtte av ti til seks av ti. At administrasjonen eser ut på bekostning av de faglige ansatte er vel noe som sykepleiere også erfarer.

Da reformene førte til at omtrent hundre grunnkurs på yrkesfag i videregående skole ble redusert til nesten en tiendedel, utdannet jeg yrkesskolelærere i pedagogikk. Lærerne erfarte at felles grunnkurs for mange av elevene ble opplevd som meningsløst. Hvis de skulle bli rørlag, måtte de det første året også lære en mengde andre yrkesfag. En annen sak var at for å gjøre felles grunnopplæring mulig, ble den praktiske tilnærmingen forlatt til fordel for teoretisering. Derved var det ikke lenger mulig å knytte teori til praksis. Det er vel ingen tilfeldighet at frafallsprosenten i videregående, og spesielt i yrkesfag er svært stor.

Skal en ha felles opplæring av helse- og sosialpersonell, vil et felles første år være fullstendig meningsløst. Uten å kjenne sin egen profesjon, vil det være vanskelig å se berøringspunktene og likhetene til andre profesjoner. Etter to år eller to og et halvt år, vil studentene ha utviklet en yrkesidentitet som gjør at de kan ha nytte av å møte, samarbeide og lære av studenter som skal ut i beslektede profesjoner.

De fleste reformene innen utdanningssektoren, som jeg har erfart, har vært pakket inn i rosverdige begrunnelser. Men jeg har til gode å høre at målsettingen med reformen er å redusere kostnadene, selv om det nok ofte er hovedbegrunnelsen.

Thore K. Aalberg, cand.polit.

Jeg – en lovbrøyer

Jeg legger meg flat, jeg tilstår: Jeg er en lovbrøyer. Jeg har brutt arbeidsmiljøloven.

Samfunnsdebatten i det siste har dreid seg mye om nettopp brudd på arbeidsmiljøloven hos både private som offentlige tilbydere av helse og omsorg. Det er overhodet ikke nytt at arbeidsmiljøloven blir brutt gjentatte ganger. Det er på tide å spørre om hva som er vitsen med deler av loven, slik den er utformet.

I mitt tidligere arbeid som sykepleier både i offentlig og privat virksomhet, må jeg bare innrømme at jeg har brutt loven flere ganger. For hva gjør du etter å ha jobbet dine 35,5 timer når man kommer til ukeslutt, og sykemeldingene dumper inn ved arbeidssdagens ende? Spørsmålet blir hvem som bør eller kan ta vaktene i helgen, eller om det i hele tatt er noen som er tilgjengelig.

Pasientrettighetsloven sier at man har krav på nødvendig helsehjelp, noe som langt ifra er forenelig med arbeidsmiljøloven. Se for deg en stresset avdeling på et sykehus ved 14-tiden en fredag ettermiddag. Avdelingslederen jobber iherdig med å få inn ansatte for helgen. Vikarer blir leid inn, men det er ikke nok. Da er turen kommet til dem som er så «uheldig» å være der. Og under fire øyne og et «vær så snill», så lar man seg gjerne overtale til jobbhelg igjen. For mennesker som arbeider i helsevesenet, er det å vite at pasientene trenger deg, mye viktigere enn paragrafene i arbeidsmiljøloven. ➔

Helse+politi – en lønnsom investering

La oss gjøre et tankeeksperiment: Se for deg at helsepersonell hver dag hadde vurdert alle som skal løslates fra arresten på Norges politistasjoner. De hadde garantert funnet mange som sliter med rus og psykiske problemer, men som ennå ikke er fanget opp av hjelpeapparatet. Se for deg at disse menneskene ikke ble satt rett tilbake på gata for å fortsette som før. I stedet ble de tatt videre til helsehjelpen de trenger – før problemene deres blir enda større.

En slik enkel rutine for å gripe inn tidlig ville garantert spart oss for mange menneskelige tragedier. Det hadde i tillegg spart samfunnet for enorme utgifter, langt mer enn hva tiltaket ville koste å gjennomføre. Jo lengre vi venter med å behandle dem som strever med rusmisbruk og psykisk sykdom, jo tyngre blir det å hjelpe dem tilbake til et bedre liv.

I mellomtiden ser vi hva som skjer mens tiden går: Kriminalitetsstatistikken er full av alvorlige volds- og drapssaker der rus og psykiatri er hovedårsaker. Vi vet at mange av disse kunne bli fanget opp før det

går alvorlig galt. Et tettere samarbeid mellom politi og helsevesen vil kunne forebygge mange av disse sakene.

Hver eneste dag blir folk satt i arresten hos politiet, på politistasjoner over hele Norge. Hvert år gjelder dette noen tusen mennesker. Noen er gjengangere, andre er der for første gang. Vi i politiet ser at mange av disse har store problemer, som hjelpeapparatet ofte ikke har fanget opp. Politiet gjør sin jobb med etterforskning, prøvetaking og andre rutinegrep, og hver gang må politiet ta et valg: Skal personen framstilles for fengsling i domstolen, eller skal personen løslates?

Jeg vet at mange politistasjoner og lensmannskontorer har laget seg rutiner som gjør at de kontakter lege, sosialkontor og andre nettverk som kan ivareta mennesket som skal løslates – men som åpenbart trenger hjelp. Hos oss i Stavanger har vi et tett samarbeid med barnevernet, som sikrer at de yngste blir tatt vare på. Men de som er over 18 år risikerer å falle utenfor når vi i politiet må la dem gå.

Etter mitt syn burde det være en så sterk plikt til samarbeid at helsevesenet måtte vurdere hver enkelt før løslatelse. Jeg vil gå så langt som til å si at helsevesenet i lovs form burde forpliktes til daglig å kontakte politiet for å gjennomføre en slik rutine. Det ideelle hadde vært at alle landets politistasjoner hadde helsefaglig personell fra kommunen eller Nav lokalisert i politiets virksomhet. Slik kunne vi sammen fanget opp de som faller utenfor det etablerte systemet. En slik løsning ville sikret at enhver borger som politiet må ta vare på får den helsehjelpen han trenger så raskt som mulig.

Jeg føler meg trygg på at en slik investering i samfunnet ville bety at vi etter hvert bruker mindre penger totalt. I dag bruker vi mange ressurser på oppfølging og langvarig arbeid for de som fikk falle for dypt, uten at noen stoppet dem i tide.

Henry Ove Berg, politistasjonssjef ved Stavanger politistasjon og medlem av Det kriminalitetsforebyggende råd

ven. Derfor blir pasientene ofte «vinneren» foran sykepleierens familieliv nok en helg.

Samfunnet er i endring, det må innrømmes. Mennesker arbeider annerledes, til andre tider, lengre vakter, i forskjellige turnuser sammenlignet med tidligere tider. Derfor bør arbeidsmiljøloven tilpasses. En person i et omsorgsykke tenker ikke på om man arbeider 40, 50 eller 60 timer i uken i spesielle tilfeller. For mange av dem er det nærmest et kall å utøve sin jobb til det beste for brukere og pasienter. Takken er at man kan bli straffet fordi man bryter arbeidsmiljøloven.

Samtidig som en økning av grunnbemanningen må på plass for at man skal kunne takle et visst sykefravær, bør arbeidsmiljøloven endres og moderniseres i takt med den tid og det samfunn vi lever i. Der bør det også være rom for enkeltmenneskets valg av arbeidstid.

Laila Marie Reiertsen (FrP), stortingsrepresentant

Alle vikarbyråene må vekk

Et privat vikarbyrå er et overflødig ledd mellom en lønnsarbeider og den opprinnelige oppdragsgiveren. Arbeidsmiljøloven åpner opp for bruk av midlertidige ansettelser i konkrete situasjoner. Det er ingenting som hindrer kommuner eller andre arbeidsplasser fra å sjøl ansette folk midlertidig direkte, så lenge man følger de fornuftige begrensningene som slås fast i loven.

Det sier seg sjøl at jo flere ledd som skal tjene penger på at et arbeid blir utført, jo større blir utbyttinga av den som utfører arbeidet. Den rovdriften på arbeidskraft som vi nå ser i enkelte av vikarbyråene som kommune-Norge har brukt, viser dette ganske tydelig. Rødt vil kaste alle de kommersielle selskapene, inkludert de private vikarbyråene, helt ut av driften av tjenestene i kommune-Norge.

Rødt mener at private vikarbyråer må forbys ved lov.

Vi må kvitte oss helt med privat arbeidsformidling. Arbeidsformidling skal være en offentlig oppgave.

Siden hensikten med EUs vikarbyrådirektiv er å øke omfanget av vikarbyråbruken, mener Rødt at Norge må ta i bruk reservasjonsretten og legge ned norsk veto mot at vikarbyrådirektivet blir innført i Norge.

Det er dessuten viktig at Arbeidstilsynet må slutte med å si ifra på forhånd før de gjennomfører et tilsyn på en arbeidsplass. Alle Arbeidstilsynets tilsyn må være uanmeldte.

Det er mange kommuneansatte som arbeider ufrivillig deltid som gjerne vil arbeide mer. Disse må så klart få arbeide mer. Retten til heltid må lovfestes.

Videre vil det så klart også hjelpe på om Stortinget stanser sulteføringa av kommunene, og sørger for en kraftig styrking av kommuneøkonomien.

Anders Hamre Sveen, faglig ansvarlig i Rødt



LEDD SMERTER?

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

Kun til voksne over 18 år. Skal ikke brukes av skalldyrallergikere, gravide og ammende. Les pakningsvedlegget før bruk.

Hvordan få et mer menneskevennlig system?

Ole Hedemann hadde en kronikk i Aftenposten fredag 25. februar, «Pass på Thorvald, Jens!» Her forteller han om sine foreldre og hvilke innholdsrike liv de har hatt. Han forteller hvordan verdigheten blir fratatt dem når de blir pleietrengende og demente. Hvordan de ikke får leve sammen lenger da «systemet» ikke er lagt opp til dette. Videre at familiens og mors ønske om sykehjemsplass overprøves, og det konkluderes med at mor ikke er dårlig nok til å slippe å bo hjemme.

Jeg arbeider som sykepleier på en alderspsykiatrisk avdeling. Ut fra det ståstedet kjenner jeg igjen det Hedemann forteller. Det er ikke en selvfølgelig rett å få sykehjemsplass når en vil og hvor en vil, selv om behovet er der. Det brukes korttidsplasser for å vurdere/overprøve brukers behov for omsorg. Dette medfører ofte ventetid og flytting til andre sykehjem, og det kan skape stor utrygghet for dem det gjelder. Dette er det motsatte av forebyggende helsearbeid. Vi vet mye om at utrygghet, tap av verdighet og kontroll over eget liv er svært negative helsefaktorer. Det er derfor provoserende at opprettholdelse av et slikt system skal gå foran menneskelige hensyn.

Jeg har en i min nærmeste familie som ble flyttet 17 ganger i sitt 91. leveår, og jeg vet derfor noe om dette også fra familiens ståsted.

Jeg kjenner hvordan kronikken hans også treffer meg på hvordan jeg som ansatt i et helseforetak lever med et vanskelig etisk dilemma. Dette fordi jeg gjennom mitt arbeid også bidrar til å opprettholde et uverdigg system. Jeg kjenner behovet for å gjøre noe med det. Dette handler også om helsepersonells verdighet.

Jeg tror, eller snarere vet, at historien om Hedemanns foreldre ikke er enestående, men altfor vanlig. Så derfor føyer jeg meg til hans bekymring: Pass på Thorvald, Jens. Det er god grunn til det.

Vi er mange helsearbeidere som utfører arbeidet vårt så godt vi kan, men samtidig bidrar til å opprettholde dette systemet. Jeg regner med at vi er mange som har etiske betenkeligheter i forhold til det vi er med på. Hva gjør dere med den dårlige samvittigheten? Hvordan kan vi bruke vår iboende verdighet, og makt, til å få et mer menneskevennlig system og praksis for oss alle når vi trenger det?

Kirsten Fosheim

DIAGNOSEN



Illustrasjon: Ole Valle

Data og sunn fornuft

Jeg begynte i sykepleien i 1970 og har min yrkeserfaring hovedsakelig fra medisinsk avdeling. I disse årene har det skjedd store endringer i helsetesen generelt og i sykepleiefaget spesielt. Mye til det bedre og noe til det verre. Rutiner og systemer for administrering og dokumentering av faget har kommet og gått. Nå er det EDB som gjelder, og det er grunnen til mitt innlegg.

På «mitt» sykehus (Haralds plass Diakonale sykehus i Bergen) har vi i det siste året hatt DIPS for alle pasientopplysninger, legejournal, sykepleiedokumentasjon, henvisninger osv. Vi har tidligere hatt andre systemer. Ulike arbeidsoppgaver er i økende antall de siste årene overført til EDB. Jeg har lært meg å bruke dette verktøyet, selv om jeg til tider har betvilt den såkalte effektiviseringsgevinsten. Men nå er det nok.

Forleden var jeg på kurs fordi en ny del av DIPS skal tas i bruk, pasienten skal ha en behandlingsplan. Men oppriktig talt. Jeg forventer, ikke minst av meg selv, men også av mine kollegaer at vi vet at en pasient som er innlagt for pneumoni skal vi måle temperatur på, at pasienter som får standardbehandling for hjertesvikt må veies. Og har våre pasienter problemer med ernæring, må vi finne ut hvorfor og finne tiltak. Jeg trenger ikke noe dataprogram til dette, det er fremdeles lov å tenke selv. Jeg mener vi nå trenger sykepleiereledere på alle nivå som stiller kritiske spørsmål til bruk av data. Jeg har ikke hørt om mange av dem. Vi lager systemer og dokumenterer hinsides enhver fornuft. Bergens Tidende har i det siste hatt en serie gående om økt byråkratisering, planer, rapporter og dokumentering i skolen som stjeler lærernes tid. Sykepleierne er på god vei til det samme.

Jeg synes det er leit at mine siste år i sykepleien skal bli preget av frustrasjon over en utvikling i faget som jeg ikke liker, frustrasjon over å bruke tid på noe som jeg ikke ser nytten av og at arbeidsgleden blir redusert tilsvarende.

Er jeg helt på jordet? Er det noen der ute som tenker som meg? Kommer all denne dataen pasienten til gode? Snakket noen om økende avstand til pasienten?

Torill Andersen

www.sykepleien.no

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



MINNEORD

Jorunn Aspehjøll Nerland

Den 10. desember 2010 var vi samla for å ta farvel med vår kjære venninne, kulling og kollega. Det var ei vakker gravferd i Molde domkirke og minnestund på Seilet hotell. Jorunn hadde vore sjuk lenge. Ho vart 68 år.

Sjeldan har verset i dødsannonse passa so godt: «Fritt susa trea rundt heimen du elska. Farvel nikka blomane du verna so tru». Jorunn viste kjærleik og verna om familien sin; Erling, dei tre born deira og dei to borneborna. Jorunn viste og det same overfor pasientane og venane sine. Slik var Jorunn.

Jorunn tok sjukepleiarutdanning ved Nasjonalforeningens og Møre og Romsdals Sykepleierskole i Molde og vart sjukepleiar i 1968. Ho gifta seg og familien bygde seg etterkvart hus på Kvam i



Molde. Ho og Erling fekk Sigbjørn, Marie og Sølve Mikal. Jorunn arbeide som sjukepleiar ved Molde sjukehus, medisinsk avdeling og poliklinikk, i mange år.

Noko so praktisk og lunt som Jorunn skal ein leite lenge etter. Ho var elska av pasientane og ho var glad i arbeidet sitt. Arbeidet utførte ho samvetsfullt og med stor dyktigheit. Det var eit hardt slag for henne då ho på grunn av sjukdom måtte slutte i arbeidet, før pensjonsalderen. Jorunn bar sjukdomen på ein måte som vi måtte beundre. Ho var alltid blid, optimistisk og virka glad. Vi beundrar henne stort for den styrken ho viste heilt inn i døden. Til slutt uttrykte ho at «døden kjem som ein ven». Takka vere den hjelpsame familien og heimesjukepleien fekk Jorunn døy heime, slik ho ynskte.

Jorunn sverga til nynorsken og ho elska Storfjorden på Sunnmøre, og fjellgarden Aspehjøll, der faren kom frå. Han døyde frå Jorunn, dei to brødrene og mora deira då Jorunn var 7 år. Tidleg fekk ho lære at ein må arbeide for føda. Kvart år so lenge helsa heldt, deltok ho på det årvisse Storfjordstemnet.

Vi er takksame for den tida vi fekk saman med Jorunn. «Takk kvitra fuglane som om morgonen deg helsa. Stilt kviskra vinden- Sov i ro». Vi og ynskjer deg kvila, men saknar deg, Jorunn.

Liv, Sølvi og Eldbjørg

Eli Haugvik Hanssen

Vår snille og gode Eli er borte, 59 år gammel. Med henne har Alta kommune mistet en dyktig sykepleier gjennom 25 år, og vi har mistet en kjær venn og kollega.

Vi visste alle at Eli hadde en alvorlig sykdom. Hun fikk kreftdiagnosen for over 6 år siden. Til tross for sykdommen med opp- og nedturer, var hun utrolig stabil, og vi kunne alltid stole på henne. De siste tre årene var alle prøvene fine, og vi begynte å tro på mirakler! Hun fikk i denne tiden oppleve at to av hennes døtre giftet seg, og stor var gleden da hun ble bestemor til Mathea og Emma Lovise. Vi delte den gleden med henne!

Det var derfor ufattelig trist da Eli ble syk i høst, og det ble klart for oss at det denne gangen ikke var noe å gjøre. Eli viste helt til det siste stor omsorg for oss når vi hadde det vanskelig, og hun satte aldri seg selv først.

Vi savner Eli, vi har mistet en av våre mest erfarne og respekterte sykepleiere. Hun har med mild, men bestemt hand, lært opp mange av oss. Hun var svært pliktoppfyllende, og hennes lojalitet til arbeidsplass og kollegaer var stor. Det blir et stort tomrom etter Eli.

Våre tanker går nå i første rekke til Elis nærmeste familie,



Foto: Privat

hennes mann Jan og barna Eivind, Katrine, Hilde Maria og Marianne med familier.

Vi takker for de årene vi fikk sammen med Eli, og vil for alltid bevare minnet om henne i våre hjerter.

Hilsen fra alle ved Sentrum Legepraksis og Alta Legevakt.

Vi bøyer vårt hode i sorg

Vi bøyer vårt hode i sorg,
ditt blikk og din stemme er borte,
vi skal savne ditt nærvær, ditt vesen,
vi skal ikke se deg igjen.

Vi bøyer vårt hode ærbødig
for alt hva du var, hva du gjorde,
og det som ga mening til livet,
for den som fikk være deg nær.

Vi løfter vårt hode i glede
ved minner om deg og din tid.
Om din tid iblant oss er over,
så er du en del av vårt liv.

Kjell Bålsrud



Forsker (dr.philos.) ved NOVA,
Rannveig Dahle

En kamp om varme hender

Hvordan har det seg egentlig at vikarbyråer fikk fotfeste i helsevesenet?

Adecco-avsløringene har skapt debatt om vikarbyråene, om uakseptable arbeidsbetingelser og sosial dumping. Her i landet har medisinske vikarbyråer en kort, men forholdsvis turbulent historie. Utviklingen har tatt en retning knapt noen hadde forestilt seg da det hele startet. De aktuelle hendelsene gir grunn til å se nærmere på noen trekk ved denne historien.

Helsereformen

Startskuddet var en helsereform. Lov om helsepersonell ble vedtatt av Stortinget i 2000 med virkning fra 2001. Bakgrunnen var en konstant bemanningskrise i helsesektoren. Lovendringen var en oppmyking av Sysselsettingsloven § 26 og § 27 som ga private aktører adgang til å formidle vikartjenester. Inntil da var inn- og utleie av helsepersonell som hovedregel forbudt i Norge, men vanlig i andre europeiske land. Målet var å oppnå større fleksibilitet for å dekke et varierende behov for arbeidskraft og samtidig gi arbeidstakerne større frihet til å bestemme over egen arbeidstid. Konkurranse mellom byråene skulle dempe utgiftsveksten.

Sammen med venstresiden i norsk politikk kjempet Norsk Sykepleierforbund (NSF) hardt mot lovendringen. De mente at

galopperende kostnader. Individets valgfrihet var også en sentral idé. Fleksibilitet og vikarbruk var ett svar på kravet om fornyelse.

Sykepleierforbundet

I samme periode var det «opprørstendenser» blant sykepleiere som gjaldt både lønns- og arbeidsbetingelser. Mange så vikarbyråer som en gylden sjanse til bedre sine arbeidsbetingelser og var her i utakt med sitt eget forbund. Nyskapningen medisinske vikarbyråer fikk uvanlig stor medieoppmerksomhet og sykepleiernes misnøye var godt stoff. Daglige avisoverskrifter skapte et bilde av den reneste masseflukt av sykepleiere fra faste stillinger i helsesektoren til langt mer lukrative stillinger i private vikarbyråer. De var forespeilet bedre kontroll over egen arbeidstid, færre ubekvemme vakter og framfor alt bedre lønn. Dette pekte mot en helt uvanlig karrierevei, siden selve målet for de fleste vikarer i andre typer bedrifter nettopp var å oppnå fast stilling.

Situasjonen ble turbulent. Landet rundt vokste det opp en underskog av mer eller mindre seriøse vikarbyråer som spilte på lovendring og misnøye. Alle kjempet om å «kapre» sykepleiere, som reelt sett var en knapp ressurs. De overbød hverandre i kampen om sykepleierne, men underbød hverandre for å få innpass i helseforetakene.

Helseforetakene

Helseforetakene rustet seg til mottiltak og læringskurven ble bratt. Foretakene fryktet at om tilstrekkelig mange sykepleiere valgte vikarbyrå, ville personellproblemene i helsesektoren forsterkes.

Det bredte seg også en oppfatning av at innleie av vikarer er en svært kostbar løsning, og man ville derfor unngå vikarbruk. Enkelte helseforetak diskutert å innføre karantenebestemmelser for å forhindre direkte overgang fra fast stilling i helsevesenet til mer lukrative stillinger i vikarbyråer.

Et annet mottiltak var å etablere interne vikarpooler ved helseforetakene for å koordinere bruken av ekstravakter og demme opp for eksterne byråer. Helseforetakene lærte å stille knallharde betingelser. De fleste samlet seg om å inngå kontrakt med noen få vikarbyråer og påla alle sine avdelinger å velge mellom stor sett tre alternativer. Tilbyderne ble pålagt å samarbeide med de interne vikarpoolene. Samordningen førte

Det er neppe grunn til å bli særlig
overrasket over Adecco-skandalen.

vikarbruk ikke ville bedre ressursbruken, men snarere virke kostnadsdrivende. Det faglige argumentet var at en mer ustabil stab ville gi dårligere pasientbehandling. Da slaget var tapt, forsøkte NSF å sikre sine medlemmers rettigheter ved å inngå kontrakt om tariffavtale og lyktes med i alt ni vikarbyråer. Kontraktene gikk ut i 2004, ingen ble fornyet.

Mer målstyring

Hele etterkrigstiden hadde vært preget av optimisme og sterk vekst i helsesektoren. Vekstoptimismen avtok og ble avløst av oppfatningen at modernisering og effektivisering var nødvendig i en stivnet, byråkratisert sektor. I hele den vestlige verden vant nyliberale styringsideer terreng. Nye regimer med målstyring skulle i tillegg til effektivisering, bidra til bedre kontroll med

til at antallet vikarbyråer krympet i rask tempo; de useriøse først, deretter også de små, men seriøse byråene.

Utraderingen gikk raskere ved at multinasjonale byråer som Manpower, Adecco og Proffice stod parat og etablerte norske avdelinger for inn- og utleie av helsepersonell. Bare fire år etter lovendringen ble for eksempel Medisinsk vikarbyrå, eid og drevet av nylig avgåtte direktør i Adecco helse, Bård Kristiansen, kjøpt opp av Adecco i 2005.

Masseflukt

I ettertid har statistikken bekreftet at det aldri var reelle tendenser til masseflukt av sykepleiere til vikarbyråer. Det dreide seg ikke på noe tidspunkt om mer enn én prosent av landets rundt 100 000 sykepleiere, og tilknytningen var som regel svært kortvarig. Det medieskapte glansbildet om bedre lønns- og arbeidsvilkår i vikarbyråer som en vei til «frihet» sprakk. Men at mulighetene til selve drømmejobben ble heftig diskutert på vaktrommene i denne perioden, er også riktig.

Etter tre–fire turbulente år, var fase to et faktum. Markedet har siden da vært helt dominert av multinasjonale firmaer. Med sviktende norsk sykepleierekruttering orienterte disse seg raskt mot andre jaktmarker. I dag er virksomheten i hovedsak basert på arbeidsinnvandring (ofte fra Sverige) og utleie av mindre kvalifisert personell. Det største satsningsområdet er imidlertid totalentrepriser, som dreier seg om fullstendig bemanning (leger, sykepleiere, hjelpepleiere, ufaglærte, rengjøring) og drifting av pleie- og omsorgsinstitusjoner, som Ammerudlunden i Oslo er ett eksempel på. Totalentrepriser gir størst markeds kontroll og størst økonomisk gevinst.

Politikerne

Helsereformen ble iverksatt ut fra politikerflertallets tiltro til markedskreftenes evne til å løse personellproblemer i helsesektoren. Etter en kort periode med prøving og feiling, var utviklingsretningen klar. Det er neppe grunn til å bli særlig overrasket over det som skjer nå. Adecco-skandalen er et foreløpig, men helt logisk ledd i en omformingsprosess til en tidsriktig markedsmessig tilpasning.

Vi står foran fase tre, og vikarbyråenes framtid er åpen. Hva gjør politikerne denne gangen? ■■■



ATTRAKTIVT: En stund ble de lukrative mulighetene i vikarbyråene heftig diskutert på vaktrommene. De som meldte overgang, ble imidlertid ikke lenge. Illustrasjonsfoto: Stig Weston.



DILEMMA

Marie Aakre om korridorpasienter

Navn: Marie Aakre

Bakgrunn: Leder Rådet for sykepleieetikk

E-post: marie.aakre@sykepleieforbundet.no

Hverdagsdilemma på kor

Logistikkarbeidet knyttet til overbelegg er ressurskrevende og demotiverende, og krever urimelig mye oppmerksomhet.

Våre nyeste universitetssykehus har redusert sengetallet betydelig, og det er flere steder kritisk mangel på sengeplasser. Dette hemmer både akuttfunksjoner og elektiv virksomhet. De med minst makt, de eldste og skrøpeligste, møter trangere dører enn andre. Poliklinisk behandling, dagbehandling og pasienthotell er flott og effektivt for noen, men kan ikke dekke alvorlig syke og skrøpelige menneskers behov for sykehusinnleggelser. Korridorene fylles opp minst like mye som før. Der nye arkitekto-

har mange flotte nye sykepleiere som får en kaotisk start på sin karriere. Oppfølging og undervisning av de nye blir vanskelig under rådende forhold. Det er ikke lett å holde oversikt i alt som skjer, og risikoen for mangelfulle observasjoner og feil er stor.

Vaktansvarlig sykepleier presses hele tiden til å ta imot nye pasienter, selv om vi har full avdeling. Vi opplever å ikke ha noen grense for hvor mange som kan legges i korridoren. Først ble det sagt maks fire, senere ble grensen satt til åtte, men da skulle noen av disse

sonalet kan havne i skvis mellom lojalitet til pasienter, systemet eller ledelsens krav. Da kan utvikling av moralsk stress true kvalitet og forsvarlighet. Personalets ulike erfaringskompetanse og skjønnsutøvelse i pressede situasjoner vil bidra til risiko for feil av ulik grad.

Det er altså viktig å definere sykepleiefaget, noe som mange ikke synes er så lett. Vi viser først og fremst til formuleringene i sykepleiens grunnlag som alltid bør danne basis for sykepleietjenester. Juridisk viser vi til Lov om Helsepersonell § 4 om Forsvarlighet, der det står at helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.

I forslaget til ny helse og omsorgslov drøftes det nå om verdighet skal inkluderes i forsvarlighetskravet. Når menneskeverdet krenkes, og respekt, medbestemmelse og verdighet har trange kår kan vi vel ikke snakke om forsvarlighet.

Hva er det som gjør at sykepleiere aksepterer å flytte demente pasienter om natten?

niske utforminger gjør korridor plassering umulig «hoper det seg opp» i akutt mottak og i alle mulige spesialenheter. Det er ikke særlig overraskende.

Grenser sprenses

Rådet for sykepleieetikk mottok nylig følgende bekymringsmelding:

«Vi er en stor avdeling som sliter vi med et stort overbelegg. I årevis har vi slitt med dette, og nå ligger overbelegget på mellom fem og 14 pasienter, registrert om morgenen. Hverdagen er kaotisk med stappfulle korridorer. I tillegg kommer fem–seks polikliniske pasienter, overflyttere fra andre sykehus og ø-hjelpspasienter. De som er ferdigbehandlet blir, dersom det er plass, flyttet til andre sengeposter på sykehuset. Dette skjer hele døgnet. Eldre demente kan bli vekket midt på natten for å gi plass til nye. Det er en krevende jobb å holde oversikt og kontroll på pasientstrømmen.

Omsorgen for hele mennesket har trange kår. Vi som har jobbet noen år og har erfaringskompetanse kan lettere prioritere og ta oss av de sykeste enn de nyansatte. Vi

være på permisjon. Også denne grensen blir overskredet nå. Situasjonen oppleves uholdbar både for pasienter og personale. Ledelsen jobber kontinuerlig med problemet, men når tallene viser at vi har hatt 20 prosent flere innleggelser i januar i år i forhold til 2010, er det vanskelig å oppnå resultater.»

Når blir overbelegg uforsvarlig?

Overbelegg kan bidra til uforsvarlig praksis, men ikke alltid. Mange får god helsehjelp på korridorer og overfylte rom. Noen sier til og med at de trives på korridorene. Spørsmålet om forsvarlighet er sammensatt og forutsetter tydelighet i faglige normer og krav på det enkelte sted.

Hvordan definerer dere forsvarlig praksis, eller god sykepleiepraksis hos dere? Har dere forsøkt å formulere normer for god praksis og/eller hvor forsvarlighetskravets grense bør settes? Hva kan forventes ut fra rådende ressurser og ansattes kvalifikasjoner?

Når kompetanse, ressurser og verdige rammer ikke kan sikre de faglige og etiske normer vi ønsker å stå for, kan situasjonen for enkelte pasienter bli uforsvarlig. Pleieper-

Kan vi si nei?

Kan sykepleier på postplan si nei til å ta imot nye pasienter? Ja, det både kan og bør hun eller han. Å sikre faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp er et lovpålagt krav som innebærer store ansvarsområder. I fortellingen over finner vi trange handlingsrom for introduksjon og fagutvikling, krevende oversikt og logistikk og grenseløse tjenester der «alle» blir tatt imot. Situasjonen oppleves uholdbar av de ansatte, og i lys av sykepleiens grunnlag ser det ut til at det etiske grunnlaget ikke ivaretas.

Sykepleierens kvalifikasjoner omhandler bred faglig kompetanse og dømmekraft til å handle ut fra faglige og etiske prinsipper. Alle flyttinger av pasienter på natt og i situasjoner som klart er mer helsehemmende enn

Faste bidragsyttere



Professor i sykepleie ved Universitetet i Nordland **Berit Støre Brinchmann**



Professor ved seksjon for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo **Per Nortvedt**

ridorene

fremmede bør meldes som avvik, og det er bekymringsfullt at dette ikke gjøres oftere. Å handle moralsk forsvarlig innebærer å melde avvik, å si ifra (varsle), når pasienter, pårørende eller ansatte opplever uverdige forhold og krenkende situasjoner. Vi er kjent med at situasjoner med overbelegg sjelden varsles der dette har pågått lenge, man venner seg på en måte til det. Men sykepleiere bør fortsette å melde fra om hendelser knyttet til den enkelte pasient og stadig melde fra om systemforhold som hemmer god praksis. Fylkeslegen er en viktig adresse der avvik ikke fører frem internt.

En øvre grense

Ja, det bør absolutt defineres en norm for antallet korridorpasienter. Det skal være god oversikt, skjerming og fremkommelighet for hver pasient, gode evakueringsmuligheter ved brann, rask fremkommelighet for sengetransport ved akutthjelp og så videre. Maks grensen må brukes som et tydelig styringsverktøy og respekteres av alle. Hvis den brytes meldes dette som avvik.

En øvre grense

Den som har påtatt seg vaktansvaret er ansvarlig for de vurderinger som gjøres, og bør være tydelig overfor sin leder om hva hun kan og ikke kan påta seg ansvaret for. Sykepleiere er alltid personlig ansvarlige for egne vurderinger og handlinger.

Ved alvorlige hendelser og uforutsette hendelser ser vi fra Helsetilsynets rapporter at sluttansvaret oftest plasseres på systemnivå. Overbelegg og korridorpasienter er i hovedsak å betrakte som et systemansvar der klinikk sjef eller overordnet ledelse har ansvaret. Overbelegg og konsekvensene av denne driftsformen som har vedvart i måneder og år trenger som nevnt stadig å løftes frem for ledelsen, slik at det ikke blir en taus vane. ■■■



Illustrasjonsfoto: Erik M. Sundt



Til refleksjon

- › Hva gjør overbelegg og korridorpasienter med sykepleieverdiene?
- › Meldes dette alltid som avvik?
- › Hvordan gjøres det mulig å ivareta respekt og omtanke for pårørende under de rådende forhold?

Send din mening på epost til interaktivt@sykepleien.no, eller skriv til Sykepleien, boks 456 Sentrum, 0104 Oslo. Du kan også lese inn din reaksjon på telefon 22 04 33 65. Reaksjoner fra leserne trykkes i neste nummer.

www.sykepleien.no

Flere dilemma på sykepleien.no under fanen interaktivt.





Passer penge- sekkene

Hans forgjenger fikk sparken. Men den historien er ikke sykepleiernes generalsekretær interessert i. Nå er det han som vokter medlemmenes millioner. Tekst og foto **Marit Fonn**

TETT PÅ

Martin Frank Olsen

Yrke: Generalsekretær i Norsk Sykepleierforbund (NSF)

Hvorfor: Fordi det er travle tider å drive denne store organisasjonen.

Til høsten er det landsmøte, neste år fyller NSF 100 år.

Utdanning: Sykepleier. Embetseksamen i sykepleievitenskap

Alder: 53 år



«Sitat.....»



halvannet år var Sykepleierforbundet uten skipper. Generalsekretæren hadde fått sparken etter bare et halvt år i stolen. Hun saksøkte sin arbeidsgiver. Det ble rettsak. Oppvask i vitneboksen. Det var en vanskelig tid.

Men Martin Olsen dveler ikke ved forhistorien. Derfor syntes han det var kjempemoro å ta over.

– Det er jo første gang i mitt liv jeg arbeider i en organisasjon som representerer mitt eget yrke.

Det er snart et år siden Olsen inntok sjuende etasje i bygget midt i Oslo sentrum. Kontoret hans er bare halvparten så stort som det til forbundsleder Lisbeth Normann.

Olsen har ikke brukt tiden til å pynte. Det eneste han selv har hengt opp er en kalender han har fått fra etisk råd.

Nå setter han seg foran skrivebordet. Han har en halv time.

– Men det var mye å ta tak i etter en vanskelig tid?

– Det imponerende er at når det er tøffe tider, har mennesker evne til å ta ansvar. Ting fungerer. Men det var et hull å fylle. Et gap å knytte sammen.

Hendene har han samlet foran seg, som i en knute.

– Noe som overrasket deg?

– Man vet aldri hundre prosent.

Men nei. Ingen store sjokk.

– Dette er en organisasjon som alle andre. Med mennesker i.

Det blir ganske mye møter. Relasjonsbygging. Kontakt. En god del administrativt.

FORRIGE JOBB var som helsefagsjef i Vestre Viken. Men da det ble trikset med ventelistene på sykehuset i Asker og Bærum, ble Olsen hentet. I et par måneder var han konstituert sjef for kirurgisk avdeling. Også den hadde hatt en vanskelig tid. Likevel; Olsen ser ikke på seg selv som en ryddemann.

– Er du glad i å feire?

– Jeg tror da det. Hva tenker du på?

– Du har fått 16 millioner til disposisjon for å feire jubileum neste år?

– Jeg har ikke fått de sådan.

Det danske morsmålet henger fortsatt i. Men Olsen vil verken avkrefte eller bekrefte summen nå.

– Vi er faktisk 100 år. Vi skal vise at vi betyr noe.

– For hvem?

– Det norske samfunn.

– Er det riktig å bruke flere millioner på en fest?

– Det handler ikke om å feste. Men å sette et fotavtrykk, å profilere yrket.

– Hva får medlemmene igjen for jubileet?

«En leder som ikke endrer mening er en skummel fyr.»

– Jeg tror de har masse å glede seg til. Det er jo de tre buss-words.

– Buss ...?

– Buzzzzzzzzzz. Tydelig, modig, stolt.

De tre adjektivene er for lengst vedtatt som Sykepleierforbundets verdier. Noe å strebe etter for sykepleierne.

– Har de for lite selvtilit?

– Hadde du spurt for ti år siden, ville jeg sagt ja. Nå er de langt mer trygge. Da jeg kom til Norge for 25 år siden, var de lite synlige sammenliknet med nå.

– Hvorfor er det bedre?

– Kunnskapsutviklingen har ført til en sterkere identitet. Sykepleierne er langt mer bevisste at skal de delta i avansert behandling, må de ha mer kunnskap og utdanning. Her er Norge langt framme. I Danmark leste vi jo norske sykepleiebøker.

Det var i 1985 Olsen ble uteksaminert sykepleier i sin hjemby København.

– Det var tilfeldig, sier han om yrkesvalget.

OLSEN STÅR OVER PASIENTEN som holder på å dø. Han er alene og driver akutt livredning. Olsen er 22 år og har jobb på sykehjem. Styreren kommer løpende. Hun sier ingenting. Går ut igjen. Antakelig tenker hun at den unge ufaglærte har grep om situasjonen. Han fortsetter å jobbe og pasienten overlever.

Olsen vet ikke før flere år senere at styreren samme dag anbefaler sykepleierskolen å ta ham opp som student. Han kommer inn like etterpå. Olsen hadde først studert fysikk og finansierte studiene med å vaske på sykehuset. Det var da han fant ut at han ville jobbe på et sykehjem for å se om det var noe for ham.

På kullet var de fire menn og 60 damer.

– Vi fire fant sammen med en gang. Men jeg var den eneste som fullførte. Man føler seg annerledes.

– En grei følelse?

– Som mann må man forme sin egen rolle som sykepleier. På den tiden var det moderne å strikke. Det var ikke min greie. Jeg måtte ta et oppgjør med min maskulinitet. Yrket representerer andre verdier enn det jeg var vant til. Mitt råd er: Ta vare på omgangskretsen.

Olsen har fortsatt venner fra det maskuline realfagmiljøet.

– Har du blitt en annen person enn om du hadde blitt i fysikkens verden?

– Jeg ville vært opptatt av andre ting. Men Martin ville vært Martin uansett.

Hans første sykepleierjobb var i akuttpsykiatrien; lukket avdeling for menn. Men etter bare et års tid dro han til ferieland Norge og fikk jobb på intensiven i Drammen. Der traff han sykepleieren som ble mor til hans tre barn. Siden, i samme by, traff han operasjonssykepleieren med to barn som er hans nåværende kone. Nå er hans eldste sønn snart ferdig sykepleier.

– Det måtte jo skje ett av barna, mener far. Som er mest glad for at sønnen valgte det selv.

I 1995 avla Olsen embetseksamen i sykepleievitenskap. Temaet var avdelingssykepleierens innflytelse på beslutninger i sykehus.

– Er den stor?

– Jeg fant ut at det fins ett legitimerende prinsipp: Hva pasienten er mest tjent med.

Pause.

– Det høres ikke ut som et stort funn. Men pasientens beste er faktisk fellesnevner for alt helsepersonell.

Olsen kikker diskre på klokken. En halvtime er gått, men han klager ikke.

I VINTER FIKK Olsen et nytt merke. I pannen.

– Skal vi snakke om arret ditt?

– Ja!

Det viser seg at han har tre. To i pannen, ett på overleppen. Han er mest stolt av det siste. Det var nydelig skare og Olsen kappkjørte med en gjeng nordmenn nedover en slalåmbakke på langrennsski. Han nødbremset og skrapte fjeset i skaren. Men han vant.

Det ene arret i pannen fikk han da han løp ut av et bilvrak.

«Når det er tøffe tider, har mennesker evne til å ta ansvar.»

– Ojsan?

– Det sto i ro. Helt udramatisk. Jeg var fem år og lekte i vraket.

Det siste pannearret skyldes en utvekst som vokste fra ingenting til bønnestørrelse i løpet av en flytur til Malawi, der generalsekretæren i vinter skulle besøke NSF's bistandsprosjekt. Han visste ikke hva det kunne være.

– Det var en gammelmannsvorte. Så jeg må erkjenne at jeg er kommet der i livet, sier 53-åringen, en anelse lettet. Han vet jo godt at det kunne vært langt verre.

OLSEN FORVALTER ET BUDSJETT på nesten 400 millioner. Men går det ikke egentlig som med bankene? Medlemmene må gjøre stadig mer selv. På nettet.

Olsen ser sånn på det:

– De får enklere tilgang til tjenestene. Der mener jeg vi er godt på vei.

– *Er det som med myten om Sisufos, så snart et nytt it-system er rullet på plass, er det på'n igjen, fordi det er utdatert?*

– Alle de tekniske tilpasningene gagnar én ting: Våre medlemmer. At det kommer ny teknologi hele tiden, skaper forventninger. Folk krever kjappe, lettvinne svar.

– *Hva er det viktigste sykepleierne får for sitt medlemskap?*

– Adecco-saken illustrerer hvorfor det er viktig å ha en organisasjon bak seg, som vokter og utvikler. Noen som gjør oppmerksom både på rettigheter og faglig ansvar.

Det er stille i etasjen. Døren står åpen. Rollefordelingen mellom forbundsleder og generalsekretær var en del av konflikten hans forgjenger var oppi.

– Vi er i veldig tett dialog. Det er vi nødt til. Min rolle er først og fremst å sikre at prinsipper og midler forvaltes på en god måte, så politikerne kan jobbe politisk.

– *Server du politikerne?*

– Absolutt. Hele organisasjonen gjør det.

– *Holder du Normann i ørene?*

– Dette er et samarbeid.

– *Irettesetter du?*

– Vi har titt og ofte diskusjoner. Det er ikke ett menneske som har oppskriften.

Olsen kan våkne klokken fire om natten og fundere. Jobben har sin pris.

– Ledelse er prosess. Det er hele tiden noe å ordne opp i. Ledelse er å håndtere dilemma. Det er sjelden en fasit på hva som er riktig. Jeg kan ofte tenke: «Kunne jeg gjort dette på en annen måte?»

– *Endrer du?*

– Jeg har ofte endret standpunkt. Ikke fordi jeg er vinglete. Men når jeg endrer, må jeg kommunisere hvorfor. En leder som ikke endrer mening er en skummel fyr. Eller fyrinne.

Det er gjerne i saker som gjelder enkeltansatte at han korrigerer sitt syn. Saken er ikke alltid så sort hvitt som det virket som. Arbeidstakerorganisasjonen kan fort møte seg selv i døren som arbeidsgiver. Omorganisering og sparing er tema også her.

– At jeg er sykepleier, er mitt aller viktigste fundament. Det gjør meg til en bedre generalsekretær.

– *Hva er det beste med jobben?*

– All kunnskapen hos dedikerte ansatte.

– *Og det aller kjedeligste?*

– Å stå opp halv seks som morgenen midt på vinteren.

Han tar toget fra Drammen. Ikke fordi det er best for klimaet. Det er kjappest.

DET MEKTIGSTE AV ALT I NSF er landsmøtet. Hvert fjerde år flokkes delegatene sammen for å bestemme hva NSF skal jobbe med. Landsmøtet står over både forbundsledelse og generalsekretær. I november skal det skje igjen. Olsen har ansvaret for gjennomføringen. Skulle tro han ikke tenkte på annet.

– Jeg er veldig glad for at vi har folk i organisasjonen som har vært her noen år. Gudskjelov er det mange kloke mennesker som planlegger. Min oppgave er å sørge for framdrift og nok ressurser.

– *Du liker å ha kontroll?*

– Mine barn sier ja.

I bilen hjem fra lørdagshandlingen tenker han ut hvem som skal bære inn handleposene, hvem som skal låse opp døren, og hvem som skal sette melken i kjøleskapet.

– *Fnyser de av deg?*

– De ler.

– *Og gjør som du sier?*

– Ikke bestandig.

Han trekker parallellen til jobben: «Har du tenkt på det? Har du husket det?» spør han stadig. «Senk skuldrene litt», får han høre. Dansker har rykte for å være formelle i arbeidslivet.

– De er opptatt av høflighetsfraser, men de er rett på. Nordmenn er mer reserverte.

Nordmannen svarer: Nææi, vet ikke, kanskje. Dansken sier: Ja, jo, det stemmer.

– Når det går greit, sier nordmenn at det går ikke så verst. Mens en dansk fotballskårer sier rett ut: «Fordi jeg er så lekker».

Selv er Olsen en utvannet danske som slapper best av når han seiler. I ferier og helger kommer han seg fort ut i vinden.

– *Noe leserne bør vite om deg?*

– En mørk hemmelighet? Det har jeg ikke.

Han føyer til:

– Jeg drikker lite. Til min fars stor bekymring.

En time er gått og høflige Olsen kommer for sent til møtet sitt.

Noen timer senere passerer han i trappen. Han har funnet ut hva som er hans mørke hemmelighet: Han elsker rockebandet ZZ Top. ■■■





Forventer mer til grupper som systematisk henger etter i lønnsutviklingen.

Anders Folkestad, leder i Unio

Noe å hente i me

Vårens tariffoppgjør er et mellomoppgjør, altså et tariffoppgjør mellom to hovedoppgjør. Her forhandles det i hovedsak om lønnsregulering for annet avtaleår. Forhandlingene føres vanligvis med bakgrunn i både pris- og lønnsutvikling i første avtaleår og utsiktene for annet avtaleår.

Forhandlingene i offentlig sektor starter 27. april og skal være avsluttet innen midnatt 31. april.

– Hva er det rimelig å forvente i sentrale tillegg ved årets mellomoppgjør?

Per Kristian Sundnes: Jeg er i utgangspunktet ikke tilhenger av å starte forhandlingene i presen. Jeg mener saken egner seg best i en diskusjon mellom forhandlingslederne i kommunal sektor. Fjoråret var et eksempel på at det ble skapt en situasjon med helt urealistiske forventninger og som det måtte en streik til å komme seg ut av. I år har kommunene fått bevilget penger etter en forventet lønnsvekst på 3,25 prosent. Det er allerede utdelt en del i form av overheng fra i fjor og lokale forhandlinger per 01.01. 2011. Sammen med en forventet glidning utgjør dette om lag 3 prosent. Du trenger ikke være tallknuser for å skjønne at dette blir et magert oppgjør i nye kroner og øre.

Anders Folkestad: De konkrete kravene overlater jeg til de forskjellige forhandlingsutvalgene i Unio. Men sett på bakgrunn av tariffoppgjøret i 2010 må offentlige arbeidsgivere snart kjenne sin besøkelsestid.

Under lønnsforhandlingene i fjor ble offentlig sektor foreskrevet en lønnsvekst for frontfaget på om lag 3 prosent. I ettertid viser det seg at industrien samlet har en lønnsvekst på

4 prosent, og for industrifunksjonærene 4,25 prosent. I offentlig sektor er lønnsveksten i snitt noe over 3,5 prosent.

Fjorårets oppgjør gjorde at lønnsgapet mellom utdanningsgruppene i offentlig sektor og tilsvarende grupper i privat sektor økte ytterligere. Om vi skal holde tritt med funksjonærene i industrien må ambisjonen vår være et resultat på fire prosent.

Lønnsramma som kommunene fikk i statsbudsjettet for 2011 er på 3,25 prosent. Et anslag som gir kommunene lite handlingsrom. Og med det såkalte overhenget er ramma nesten spist opp før forhandlingene har startet. Men dette er altså et budsjettanslag, ikke et forhandlingsresultat. Det går ikke an å abdisere fra forhandlingene slik blant annet KS har gjort ved å snakke om nulloppgjør.

– Utgjør frontfaget en endelig ramme for kommunesektoren eller er det aktuelt å gi enkeltgrupper i offentlig sektor tillegg utover denne rammen?

Per Kristian Sundnes: KS støtter frontfagsmodellen som system. Innenfor «frontfagsrammen» kan vi gi enkeltgrupper forskjellig tillegg, men modelltenkningen tuftes jo på at dette skal skje innenfor rammen.

Anders Folkestad: Et minstekrav til et troverdig frontfag er at det er den samlede lønnsveksten – både sentralt og lokalt – som er normgivende når det forhandles om rammer i de øvrige oppgjørene.

Flere av Unios medlemsgrupper har lenge hatt en lavere livslønnsutvikling enn arbeidstakere med videregående opplæring. Nå må det være rom for endringer i lønninger for grupper som systematisk henger etter i lønnsutviklingen. Unio

Trenger ikke være tallknuser
for å skjønne at dette blir et
magert oppgjør.

Per Kristian Sundnes, KS-direktør Arbeidsliv

llomoppgjøret?

forventer at utdanning, kompetanse, ansvar og risiko blir verdsatt høyere.

– Hva med et utvidet frontfag som også sammenligner utdanningsgruppene med funksjonærene i industrien?

Per Kristian Sundnes: KS mener frontfagsmodellen innebærer at frontfaget (hele) skal danne rammen for hva Norge (= konkurranseutsatt industri) tåler av lønnsvekst, for ikke å miste konkurranseevne overfor landene vi konkurrerer med. I KSs modellbilde omfatter konkurranseutsatt industri arbeidere og funksjonærer, og vi sammenligner ikke lønnsveksten for deler av konkurranseutsatt sektor (funksjonærene) med lønnsveksten for deler av kommunesektoren (for eksempel høyskolegruppene).

Anders Folkestad: Unio aksepterer ikke den snevre definisjonen av frontfaget. Frontfaget må omfatte både de sentrale og de lokale forhandlingene. Men heller ikke dette er tilstrekkelig.

Gjennomsnittlig årslønn for industrifunksjonærer var 560 000 kroner i 2009. Det betyr 130 000 til 160 000 kroner høyere årslønn enn for statsansatte, kommuneansatte og ansatte i helseforetakene. Lønnsnivået for universitets- og høyskoleutdannede må ses i sammenheng med nivået for tilsvarende grupper i privat sektor.

– Hva med rekrutterings- og likelønnsutfordringene i kommunesektoren?

Per Kristian Sundnes: Kommunene er veldig opptatt av rekruttering. De er det i dag, og de ser kanskje enda større utfordringer – i alle fall innen noen sektorer – i årene fremover. KS er i

denne forbindelse klar over at lønnsutviklingen er ett viktig element i å møte denne utfordringen. Derfor kan ikke KS slå seg til ro med at lønnsutviklingen i konkurrerende tariffområder er høyere enn i kommunesektoren over tid. I praksis betyr det at om frontfagsmodellen skal bestå som modell, må alle følge den.

Når det gjelder likelønnsutfordringene, diskuteres den på forskjellige premisser i Unio enn hos de kommunale arbeidsgiverne. I kommunesektoren har vi gjennomført likelønn. Det Anders Folkestad med flere diskuterer er hvorfor ikke lønnsnivået i privat sektor og lønnsnivået i kommunesektoren kan være likt, og det er en helt annen diskusjon.

Anders Folkestad: Offentlig sektor har store utfordringer med å rekruttere og beholde kvalifisert arbeidskraft for å kunne utføre kvalitativt gode velferdstjenester. Og dette vil øke hvis ikke arbeidsgiver er villig til å verdsette de som skal utføre disse oppgavene. Det burde være unødvendig å minne om at det er arbeidsgiver som har ansvar for tilstrekkelig rekruttering, ikke Unio.

Å bli møtte med at vi er for mange og at det blir for dyrt å heve lønnen er useriøst. Vi er nettopp mange fordi det er behov for oss, og behovet vil øke. Mener arbeidsgiver virkelig at vi skal straffes fordi det er stort behov for oss?

Resultatet fra tariffoppgjøret i 2010 innfridde verken de mål, krav eller forventninger Unio hadde til likelønn og verdsetting av kvinne- og minerte grupper med høyere utdanning i offentlig sektor. Her må myndighetene ta et større ansvar for likelønn og legge press på arbeidsgiverne i stat, sykehus og kommuner. ■■■

Tekst Bjørn Arild Østby Foto Erik M. Sundt





REFLEKS

Gjesteskribent Martine Aurdal

Navn: **Martine Aurdal**

Yrke: **Leder av samfunnsavdelingen i Dagbladet**

E-post: **martineaurdal@gmail.com**

Min kropp, mitt valg

Unge, fattige kvinner må bære ansvaret for at vi ikke skal ha et sorteringssamfunn.

Som nybakt mor opplever jeg hver dag en uendelig glede over å ha født et velskapt barn. Da jeg fant ut at jeg var gravid ble jeg livredd. Jeg var redd for alt som kom til å skje med kroppen min, jeg var redd for å bli en dårlig mor og jeg var redd for at hodet mitt ikke ville bli til å kjenne igjen. Mest av alt hadde jeg panisk angst for å miste barnet.

Jeg vet nemlig godt at et svangerskap ikke alltid går slik en ønsker. Som liten jente og enebarn opplevde jeg flere ganger å glede meg til å bli storesøster. Jeg kan ennå føle forventningene og hemmeligholdet, og jeg husker hvor stolt jeg var over å fortelle det til min nærmeste venninne. Neste dag gikk det galt, mamma ble sendt til sykehus og håpet var borte. Etter hvert sluttet foreldrene mine å fortelle meg det, når mamma ble gravid. Det gikk som oftest galt før det var gått tre måneder. Men på tolvårsdagen min kom endelig lillesøster. Et etterlengtet barn.

Da jeg selv ble gravid, var jeg lykkelig. Barnet var planlagt, jeg var nygift og jeg fant ikke ut at jeg var gravid før jeg var nesten

hva vi egentlig ville gjort. Noen situasjoner er det ikke mulig å forberede seg på.

De fleste som kan, gjør som meg. Alle gravide over 38 år har rett på tidlig ultralyd, men mange får det tidligere. I Trondheim tar 55 prosent av alle gravide tidlig ultralyd. Det er grunn til å tro at tallet er omtrent likt i de store byene, men mindre der de private helsetjenestene er færre. Ikke alle har råd til å betale 1000 kroner privat for å gjøre det. I et egalitært samfunn der helsetjenester for gravide skal være gratis, er det nærliggende å støtte forslagene som kommer fra Arbeiderpartiet og Fremskrittspartiet, som foreslår å gi alle gravide rett til tidlig ultralyd.

Likevel dreier debatten seg i svært liten grad om lik rett til helsetjenester. Det er også få som forteller om frykten i magen. Debatten dreier seg først og fremst om abort av barn med Downs syndrom. Tidlig ultralyd kan jo sannsynliggjøre dette. Frykten for det såkalte sorteringssamfunnet, der vi konsekvent velger bort barn som dem, er så stor at mange mener dette er et for stort valg til å overlate til kvinner. Tilhengerne av allmenn rett til tidlig ultralyd sier at dette ikke dreier seg om abort. Vi bør være ærlige nok til å si at det gjør også det.

Kritikerne vil nekte å gi kvinner retten til å vite, fordi de ikke stoler på hvordan kvinnene vil bruke informasjonen. At tidlig ultralyd også kan gi barn med hjertefeil og tvillinger med felles morkake bedre oppfølging og mulighet til å overleve, underordnes frykten for at norske kvinner vil velge å ta abort. Men hvem er bedre til å ta den vanskelige avgjørelsen om å velge eller velge bort sitt eget barn, enn kvinnen som bærer barnet i sin egen mage?

Vi kan alle frykte en dansk utvikling der nesten ingen lenger blir født med Downs syndrom. Men som alle diskusjoner rundt abort, handler også denne om hvem som skal bestemme over kvinners kropp. Kvinner som meg bestemmer selv. Vi får eller kjøper ultralyd og må selv ta stilling til hva vi ønsker å gjøre hvis vi får beskjed om at barnet i magen ikke er så friskt som vi helst skulle ønske. Nå er det fattige, unge kvinner i distriktene som må klare seg uten.

Noen situasjoner er det ikke mulig å forberede seg på.

to måneder på vei. Jeg var heldig og møtte en forståelsesfull lege. Siden jeg ikke ante når jeg var blitt gravid, fikk jeg henvisning til tidlig ultralyd. Bildene på skjermen var vanskelige å tyde, men vi fikk se og høre det viktigste av alt: Et lite, jevnt bankende hjerte. Legen forklarte at sannsynligheten for at graviditeten da gikk bra, var like høy som om jeg ventet til det var gått tre måneder. Jeg gikk rett ut og ringte til mamma.

Noen uker senere tok jeg en ny ultralyd. Jeg var i tvil da jeg bestilte timen, for jeg visste at denne ultralyden kunne sannsynliggjøre om mitt barn hadde en kromosomfeil eller ikke. Mannen min og jeg hadde på forhånd diskutert oss fram til at vi var forberedt også på muligheten av å få et funksjonshemmet barn, men at vi uansett gjerne ville vite. Om bildet hos legen den dagen hadde vist noe annet enn det gjorde, er det likevel umulig å vite

Øvrige gjesteskribenter 2011:



Ingvar T. Skjerve
Sykepleier og forfatter



Kristin Heggen
Professor i helsefag,
Universitetet i Oslo



Anders Folkestad
Leder i Unio



Cathrine Sandnes
er redaktør av tidsskriftet
Samtiden