



Varslere hedres

Ønsket om å gjøre det riktige drev Oline Hesselberg og Gjertrud Hannasvik. Side 84



Bedre liv

Diabetespasienter kan få en lettere hverdag med ny insulintype. Side 60

Cherrys kall

Bøkene spekket av romantikk og drama lokket unge jenter til sykepleieryrket. Side 50



Sykepleien

LISBETH NORMANN: Da jeg sto på Ammerudlunden i februar, fikk jeg en følelse av «dèja vu».

6 2011
5. mai
2011
99. årgang



RETUR

Til
~~GERIATRISK AVD.~~

skrøpelige eldre blir snart til pakkepost mellom sykehusene og kommunene, frykter fagfolk.

LOETTE 28 ANTIKONSEPSJONSMIDDEL ATC-NR: G03A A07

TABLETTER, filmdrasjerte: Hver aktiv tablett inneh.: Levonorgestrel 100 µg, etinyløstradiol 20 µg, laktosemonohydrat, hjelpestoffer. Fargestoff: Rødt jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). Hver inaktiv tablett inneh.: Laktosemonohydrat, hjelpestoffer. Fargestoff: Titandioksid (E 171).

INDIKASJONER: Antikonsepsjon.

DOSERING: Tablettene må tas som angitt på pakningen, hver dag til omtrent samme tid. 1 tablett tas daglig i 28 etterfølgende dager. Etter at den siste inaktive tablett er tatt, starter en med nytt brett dagen etter. I løpet av de 7 dagene med inaktive tabletter inntrener en bortfallsblødning. Oppstart: Ingen tidligere hormonell prevensjonsbruk (i løpet av den siste måneden): Medisineringen skal starte på dag 1 i kvinnens normale syklus. Det er tillatt å starte på dag 2-7, men da anbefales i tillegg en annen prevensjonsmetode (f.eks. kondomer og sæddrepende middel) i løpet av de 7 første dagene en tar tablettene.

SKIFTE FRA ET ANNET KOMBINASJONSPREPARAT: Medisineringen bør starte dagen etter den vanlige tablettfrie perioden eller perioden med inaktive tabletter til foregående kombinasjonspreparat. Skifte fra et rent progestogenpreparat (minipille, progestogeninjeksjon/implantat): Kvinnen kan når som helst skifte fra minipille og begynne med preparatet neste dag. En bør starte dagen etter fjerning av et implantat eller, dersom en bruker injeksjon, dagen etter neste injeksjon skal foretas. I alle disse situasjonene, anbefales å bruke en tilleggsprevensjon de 7 første dagene en tar tablettene. Etter abort i 1. trimester: Medisineringen kan starte umiddelbart. Andre prevensjonsmetoder er ikke nødvendig. Etter fødsel eller abort i 2. trimester: Siden den umiddelbare postpartumperioden er assosiert med en økt risiko for tromboemboli, skal p-piller ikke anvendes tidligere enn 28 dager etter fødsel, hos ikke ammende eller etter abort i 2. trimester. Tilleggsprevensjon anbefales de 7 første dagene. Dersom samleie har funnet sted, må graviditet utelukkes før en starter med et kombinasjonspreparat, ellers må kvinnen vente på sin første menstruasjonsperiode. Effekten av p-pillene reduseres når tabletter glemmes eller ved oppkast. Se pakningsvedlegg.

KONTRAINDIKASJONER: Skal ikke brukes av kvinner med noe av følgende: Tromboflebitt eller tromboemboliske lidelser, dyp venetrombose, en tidligere historie med dyp venetrombose eller tromboemboliske lidelser, cerebrovaskulære eller kardiovaskulære lidelser, trombogene valvulopati, arvelig eller ervervet trombofili, migrene/hodepine med fokale neurologiske symptomer, slik som aura, trombogene rytmeforstyrrelser, alvorlig diabetes med vaskulære forandringer, alvorlig ubehandlet hypertensjon, kjent eller mistenkt cancer mammae, cancer i endometriet eller andre verifiserte eller mistenkte østrogenavhengige neoplasier, kolestatisk gulsott under graviditet eller gulsott ved tidligere bruk av p-piller av kombinasjonstype, leveradenomer eller leverkreft, udiagnostiserte unormale vaginalblødninger, verifisert eller mistenkt graviditet, hypersensitivitet overfor noen av preparatets innholdsstoffer.

FORSIKTIGHETSREGLER: Før behandling initieres, foretas grundig undersøkelse inkl. mammaeundersøkelse, blodtrykksmåling, samt en grundig familieanamnese. Hypoglykemi og typen av etterfølgende undersøkelse bør være basert på etablerte retningslinjer og tilpasses individuelt. Forstyrrelser i koagulasjonssystemet skal utelukkes hvis det i nærmeste familie allerede i yngre år har forekommet tromboemboliske sykdommer (først og fremst dyp venetrombose, hjerteinfarkt, slaganfall). Ved unormale vaginalblødninger skal undersøkelser gjennomføres for å utelukke kreft. Kvinner fra familier med økt forekomst av brystkreft eller som har benigne brystkner, må følges opp spesielt nøye. Sigarettøyking øker risikoen for alvorlige kardiovaskulære bivirkninger ved bruk av p-piller. Denne risikoen øker med alder og mye røyking og er ganske markert hos kvinner over 35 år. Kvinner som bruker p-piller må på det sterkeste anbefales ikke å røyke. Bruk av kombinasjons-piller er assosiert med økt risiko for arterietrombose og tromboemboli. Rapporterte hendelser inkl. hjerteinfarkt og cerebrovaskulære hendelser (iskemi og blødningsslag, transitorisk iskemisk attack). Eksposering for østrogen og progestagener bør minimeres. Forskriving av kombinasjons-piller med minst mulig østrogen- og progestagenninnhold anbefales. Risikoen for arterietrombose og tromboemboli øker ytterligere hos kvinner med underliggende risikofaktorer. Må brukes med forsiktighet hos kvinner med risikofaktorer for kardiovaskulære lidelser. Eksempler på risikofaktorer for arterietrombose og tromboemboli er: Røyking, hypertensjon, hyperlipidemi, overvekt og økt alder. Kvinner som bruker perorale kombinasjons-piller og som har migrene (spesielt migrene med aura), kan ha økt risiko for slag. Opptrer tegn på emboli (f.eks. akutte brystsmarter, tungpustethet, syns- eller hørselsforstyrrelser, smerter og hevelse i en eller begge underekstremitetene) under behandlingen skal preparatet seponeres og pasienten undersøkes nøye. Bruk av kombinasjons-piller er assosiert med økt risiko for venetrombose og tromboemboli. Den økte risikoen er størst blant førstegangsbrukere det første året. Risikoen er imidlertid mindre enn under graviditet. Venøs tromboembolisme er dødelig i 1-2% av tilfellene. Risikoen øker ytterligere hos kvinner med tilstander som predisponerer for venetrombose og tromboembolier.

EKSEMPEL PÅ RISIKOFAKTORER FOR VENETROMBOSE OG TROMBOEMBOLIER ER:

Overvekt, kirurgisk inngrep eller skader som øker risikoen for trombose, nylig gjennomgått fødsel eller abort i 2. trimester, forlenget immobilisering og økt alder. Om mulig, bør behandlingen med kombinasjons-piller avbrytes 4 uker før og 2 uker etter elektiv kirurgi hvor det er økt risiko for trombose og ved forlenget immobilisering. Bruk av p-piller er assosiert med godartede adenomer i lever, selv om insidensen av disse er sjeldne. Risikoen synes å øke med varigheten av behandlingen. Disse ytrer seg som akutte buksmerter eller akutt intraabdominal blødning. Preparatet skal da seponeres og pasienten undersøkes nøye. Ruptur kan forårsake død gjennom intraabdominal blødning. Kvinner som tidligere har hatt kolestase forårsaket av perorale kombinasjons-piller, eller har hatt kolestase under graviditet, har større risiko for å få denne tilstanden ved bruk av perorale kombinasjons-piller. Pasienter som bruker perorale kombinasjons-piller bør derfor overvåkes nøye, og dersom tilstanden vender tilbake, bør behandlingen avbrytes. Det er rapportert tilfeller av retinalvaskulær trombose. P-piller må seponeres dersom det forekommer uforklarlige delvis eller fullstendige synsforstyrrelser, proptose eller dobbeltsyn, papillødem, eller skader i retinavaskulaturen. Glukoseintoleranse er rapportert og kvinner med diabetes eller nedsatt glukosetoleranse skal følges nøye opp. Dersom kvinner med hypertensjon velger å bruke p-piller, må de overvåkes nøye og dersom signifikant økning av blodtrykk oppstår, må preparatet seponeres. Bruk av perorale kombinasjons-piller kan være assosiert med økt risiko for cervical intraepitelial neoplasie eller invasiv livmorhalskreft hos enkelte kvinnepopulasjoner. Imidlertid er det fremdeles kontroversielt hvorvidt omfanget av slike funn kan skyldes forskjeller i seksuell atferd eller andre faktorer. Adekvate diagnostiske tiltak er indisert ved udiagnostisert abnormal underlivsblødning. Utvikling eller akutt forverring av migrene eller utvikling av hodepine med annet forløp som er tilbakevendende, vedvarende eller alvorlig, krever at p-piller seponeres og at årsaken vurderes. Kvinner med migrene (spesielt migrene med aura) som bruker kombinasjons-piller kan ha økt risiko for slag. Gjennombruddsblødninger og sporblødninger sees spesielt de 3 første månedene.

Adekvate diagnostiske tiltak må iverksettes for å utelukke kreft eller graviditet ved gjennombruddsblødninger på samme måte som ved annen unormal vaginalblødning. Dersom patologi er blitt utelukket, kan fortsatt bruk av de perorale kombinasjons-pillene eller bytte til annen formulering løse problemet. Noen kvinner kan oppleve postpille amenoré muligens med anovulasjon, eller oligomenoré, spesielt når slike forhold har eksistert tidligere. Kvinner som behandles for hyperlipidemi skal følges tett. En liten andel kvinner vil få ugunstige lipidforandringer når de bruker p-piller. Ikke-hormonell prevensjon bør vurderes ved ukontrollert dyslipidemi. Vedvarende hypertriglyseridemi kan forekomme. Økninger i plasmatrighylerider kan føre til pankreatitt og andre komplikasjoner. Akutt eller kronisk leverdysfunksjon kan nødvendigvis seponering inntil leverfunksjonen normaliseres. Pasienter som blir klart deprimeret når de bruker p-piller, må forsøke å klarlegge om symptomene er relatert til medikamentet. Kvinner med en sykehistorie med depresjon skal observeres nøye og preparatet skal seponeres dersom det utvikles alvorlig depresjon. Pasienter bør informeres om at preparatet ikke beskytter mot hiv-infeksjon (AIDS) eller andre seksuelt overførbare sykdommer. Preparatet bør ikke brukes ved sjeldne arvelige problemer med galaktoseintoleranse, en spesiell form for hereditær laktasemangel (Lapp lactase deficiency) eller glukose-galaktosemalabsorpsjon. Uttsettelse av menstruasjonen: Menstruasjonen kan utsettes ved først å ta de rosa tablettene og så kaste brettet uten å ta de 7 hvite tablettene. Start deretter direkte på et nytt brett.

INTERAKSJONER: Nedsatt serumkonsentrasjon av etinyløstradiol kan føre til økt insidens av gjennombruddsblødninger og uregelmessig menstruasjon, og kan muligens redusere effekten av kombinasjons-pillen. Ved samtidig bruk av preparater som inneholder etinyløstradiol og forbindelser som kan redusere plasmakonsentrasjonen av etinyløstradiol, anbefales en ikke-hormonell prevensjonsmetode (kondom og spermdrepende middel) i tillegg. Ikke-hormonell prevensjonsmetode anbefales brukt i tillegg i minst 7 dager etter seponering av substansen som kan føre til redusert plasmakonsentrasjon av etinyløstradiol. Ved langvarig bruk av slike substanser bør ikke kombinasjons-pillen anvendes som primær prevensjon. Det anbefales å bruke tilleggsprevensjon over en enda lengre periode etter seponering av forbindelser som inducerer hepatiske mikrosomale enzymer og før til redusert plasmakonsentrasjon av etinyløstradiol. Det kan enkelte ganger ta flere uker inntil enzyminduksjonen er fullstendig normalisert, avhengig av dosen, behandlingsvarigheten og eliminasjonshastigheten til den induserende forbindelsen. Diaré kan øke tarmmotiliteten og derved redusere hormonabsorpsjonen. På samme måte kan medikamenter som reduserer tarmoverføringstiden redusere hormonkonsentrasjonene i blodet. Interaksjoner kan oppstå med medikamenter som inducerer mikrosomale enzymer som kan minske etinyløstradiolkonsentrasjonen (f.eks. karbamazepin, oksykarmazepin, rifampicin, barbiturater, fenylbutazon, fenytoin, griseofulvin, topiramet, enkelte proteasehemmere, ritonavir). Atorvastatin kan øke serumkonsentrasjonen av etinyløstradiol. Medikamenter som opptrer som kompetitive inhibitorer for sulfonering i gastrointestinalveggen kan øke biotilgjengeligheten av etinyløstradiol (f.eks. askorbinsyre, paracetamol). Substanser som hemmer CYP 3A4 isoenzymer, f.eks. indinavir og flukonazol, kan også øke biotilgjengeligheten av etinyløstradiol. Konsentrasjonen av etinyløstradiol vil kunne minske etter inntak av visse antibiotika (f.eks. ampicillin, tetracyklin) pga. redusert entero-hepatisk resirkulering av østrogen. Etinyløstradiol kan interferere med metabolismen av andre medikamenter ved å inhibere hepatiske mikrosomale enzymer, eller ved å inducere hepatisk medikamentkonjugering, spesielt glukuronidering. Plasma- og vevskonsentrasjonene vil følgelig enten kunne minske (f.eks. lamotrigin) eller øke (f.eks. ciklosporin, teofyllin, kortikosteroider). Toleandomycin kan øke risikoen for intrahepatisk kolestase ved koadministrering med perorale kombinasjons-piller. Det er rapportert at bruk av perorale kombinasjons-piller øker risikoen for galaktoré hos pasienter som behandles med flunarizin. Gjennombruddsblødninger er rapportert ved samtidig bruk av johannesurt (Hypericum perforatum). Effekten av preparatet kan reduseres, og ikke-hormonell tilleggsprevensjon anbefales ved samtidig bruk med johannesurt.

GRVIDITET/AMMING: Studier antyder ingen teratogen effekt ved utilsiktet inntak i tidlig graviditet. Overgang i placenta: Se Kontraindikasjoner. Overgang i morsmelk: Både østrogen og gestagener går over i morsmelk. Østrogen kan redusere melkeproduksjonen samt endre morsmelkens sammensetning. Bør ikke benyttes under amming.

BIVIRKNINGER: Bruken av kombinasjonspreparat er assosiert med en økt risiko for arterielle og venøse tromboser og tromboemboliske tilstander, inkl. hjerteinfarkt, slag, transitorisk iskemisk attack, venøs tromboemboli og pulmonær emboli. En økt risiko for cervixneoplasier og cervixkreft og en økt risiko for brystkreft. Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Kvalme, oppkast, magekramper, oppblåst mage, smerter. Hud: Akne. Metabolske: Vektforandring (økning eller reduksjon). Nevrologiske: Humørforandring inkl. depresjon, angst, svimmelhet, endret libido. Urogenitale: Gjennombruddsblødninger, og/eller sporblødning, dysmenoré, endret menstruasjonsmengde, cervixerosjon og -seksjon, vaginit inkl. candidiasis, amenoré. Øvrige: Hodepine, inkl. migrene, vaskeretensjon, ødemer, brystsmarter, ømme bryster, forstørrede bryster, seksjon fra brystene. Mindre hyppige: Gastrointestinale: Endret appetitt. Hud: Kløe, vedvarende melasmer, hirsutisme, hårtap. Metabolske: Endring i serumlipidnivå, inkl. hypertriglyseridemi. Sirkulatoriske: Hypertensjon. Syn: Intoleranse for kontaktlinser. Sjeldne (<1/1000): Gastrointestinale: Kolestatisk gulsott, gallesten, galblærelidelse (forverrer eksisterende lidelser og påskynder utvikling hos symptomfrie), pankreatitt, leveradenomer, leverkarsinomer. Hud: Erythema nodosum, erythema multiforme, angioødem, urticaria. Metabolske: Nedsatt glukosetoleranse, forverring av porfyri, senkning av serumfolatnivået. Nevrologiske: Forverring av chorea. Sirkulatoriske: Forverring av varikøse vener. Syn: Opticusneuritt, retinal vaskulær trombose. Urogenitale: Postpille amenoré, spesielt når slike forhold har eksistert tidligere. Øvrige: Hemolytisk uremisk syndrom, anafylaktiske reaksjoner inkl. urticaria og angioødemer, forverring av systemisk lupus erythematosus.

OVERDOSERING/FORGIFTNING: Symptomer: Kvalme, oppkast, brystømhet, svimmelhet, buksmerter, tretthet/utmattelse, blødninger ved seponering hos kvinner. Behandling: Intet spesifikt antidot. Dersom videre behandling av overdose er nødvendig, rettes denne mot symptomene. Se Giftinformasjonens anbefalinger G03A.

ANDRE OPPLYSNINGER: Bruk av p-piller kan påvirke resultatene av enkelte laboratorietester, inkl. biokjemiske parametre knyttet til lever-, thyreoidea-, binyre- og nyrefunksjoner, plasmanivå av proteiner (f.eks. kortikosteroidbindingsglobuliner og lipid/lipoprotein-fraksjoner), parametre i karbohydratmetabolismen og koagulasjons- og fibrinolyseparametre. Vanligvis holder endringene seg innen normale laboratorieverdier.

PAKNINGER OG PRISER: 3 × 28 stk. (kalenderpakn.) kr 242,70.

Sist endret: 19.08.2009

(priser oppdateres hver 14. dag, ev. refusjon hver måned)

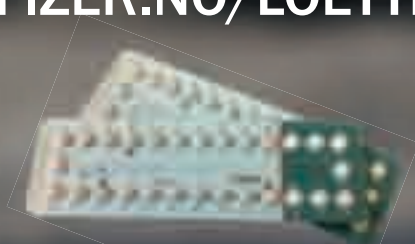
LOETTE®

LEVONORGESTREL 100µg / ETINYLØSTRADIOL 20µg

"Anbefalt **førstevalg** er p-piller som inneholder enten **levonorgestrel** eller norethisterone, med lavest mulig dose av østrogen."¹

Loette inneholder levonorgestrel og den **laveste tilgjengelige dose** etinyløstradiol (20 µg).²

Les mer på
WWW.PFIZER.NO/LOETTE



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

Sykepleien

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

E-post:

redaksjonen@sykepleien.no
interaktivt@sykepleien.no

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

Medarbeidere:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Repro og trykk
Stibo Graphic AS

Gjesteskrivere:



Berit S. Brinchmann skriver om surrogati og om Kari Ann Voldens vanskelige situasjon da hun ble sittende i India med to tvillinggutter. Barna er født av indiske foreldre og fikk ikke komme til Norge siden Volden ikke er deres biologisk mor. Saken reiser mange etiske spørsmål. Side 82.



Stein Stugu skriver i sin kronikk om behovet for nye regler for innleid arbeidskraft. De til-litsvalgte oppgave er ikke lett på en arbeidsplass med mange innleide vikarer, da man blant annet må forholde seg til en arbeidsgiver ekstra. Side 80.



Lisbeth Normann mener at det fortsatt er aktuelt å feire kampdagen 1. mai. I hvert fall så lenge det er uetisk import av arbeidskraft, og likelønn fortsatt er en saga blott. Side 74.



Ingvar T. Skjerve synes det er tragisk at alle er så negative til en mer direkte form for demokrati, der folk oftere blir spurt til råds før store beslutninger tas. Side 90.



Innhold

Sykepleien

AKSJONISTEN: «Hvorfor slo man ikke

Hva skjer

- 7 Aksjonisten
- 8 Hva skjer – småstoff
- 11 Akseptabelt, men ingen lønnsfest
- 13 Lokket hit på falske premisser
- 16 Døv student satser på sykepleie
- 21 Sparer seg til fant
- 24 – Nå trengs det penger
- 26 Vant mot Stange Kommune
- 27 Vi bare spør Anne-Kari Bratten

Der ute

- 40 Klovneri – for et øyeblikk
- 44 – Politikere fortjener også ros
- 46 – Det skal være som å bo hjemme
- 48 Paragrafrytterne
- 49 Min jobb: Frode Kristensen
- 50 Cherry og kallet



46



60



16



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 sykepleiemens 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 mener seg rammet av urettmessig omtale oppfordres til å ta kontakt med redaksjonen. Brudd på pressens etiske retningslinjer, ifølge Vær Varsom-plakaten, kan klages inn for Pressens Faglige Utvalg. Sykepleien betinger seg retten til å lagre og utgi alt stoff som publiseres i elektronisk form.

Tema: Eldre på sykehus

- 30 – Samhandlingsreformen kan ta liv
- 32 Ekspertutvalg ble ikke hørt
- 33 Geriatri på sparebluss
- 36 Får medhold etter feilbehandling
- 38 Ny sykepleierrolle først i geriatrien
- 39 5 på gangen

28



alarm om Adecco lenge før?»

6 • 2011

5. mai 2011 • 99. årgang

Fag og bøker

- 58 Hiv-pasienter trenger oppfølging
- 60 Ny insulintype kan gi økt stabilitet
- 64 Følger opp premature
- 66 Sykepleiere i videreutdanning trenger praksisveiledere
- 67 Gratis nettkurs for faglig oppdatering
- 68 Forfatterintervju: Kristin Oudmayer
- 70 Bokanmeldelser
- 71 Jeg elsker min ... maxibutterfly
- 72 Quiz
- 72 Pris til master

Mennesker og meninger

- 74 Lisbeth Normann om presset fra arbeidsgiverne
- 75 Meninger
- 79 Minneord
- 80 Stein Stugu om vikarbyråene
- 82 Dilemma: Berit S. Brinchmann
- 84 Tett på to varslere: Oline Hesselberg og Gjertrud Hannasvik
- 88 Hør her: Torunn Janbu vs. Tore Tennøe
- 90 Refleks: Ingvar T. Skjerve

- 91 Stillingsannonser
- 96 Kunngjøringer

GJESTESKRIBENTEN:

«Veldig sinte
ministre er
commedy gold.»

Ingvar T. Skjerve

90



«De eldre fortjener å ha
fine øyeblikk, selv om de
glemmer dem igjen.»

40

82





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

Barth Tholens om rett og galt

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

Nesten dødt?

Å diskutere etiske spørsmål i Norge burde være som å sette opp en vindmøllepark ved Stadt. Dessverre er det ofte vindstille.

Jeg kjenner få land som er så grunnleggende u-religiøse som Norge. Folk går ikke i kirken, og det eneste vi håper på i forbindelse med Kristi himmelfart er muligheten for en langhelg. Verre er det kanskje at det går lenge mellom hver gang vi diskuterer eksistensielle spørsmål med hverandre. Det er som om livet selv er funnet opp av Ikea og døden organisert av Nav. Kanskje er det slik at vi rett og slett lider for lite her i landet til at vi trenger å tro på noe annet enn materielle ting? Gud er danket ut av Byggmaker og Maxbo.

Selv tror jeg heller ikke voldsomt, selv om den årlige vårløsningsen kan fylle meg med ærbødighet. Men det har forundret meg at marken for betraktninger om rett og galt er så karrig i et land som nettopp burde ha råd til å ta en liten tenkepause i ny og ne. Er du sulten, er etisk refleksjon kanskje ikke det første du tyr til. At kvinner i India kan tenke seg å være fødefabrikk for barnesyke par i Norge, overrasker ikke. Mer overraskende er det at vi i Norge ikke bruker en del av vår oljefinansierte hjernevirksomhet til å reflektere over hva vår nye rikdom IKKE bør brukes til.

Norges økonomiske situasjon gjør at alt i prinsippet er mulig: Vi kan screene hele befolkningen for sykdommer som vi kanskje kan dø av. Vi kan proppe et menneske fullt med reservedeler

Ja, ja, tenkte nok de fleste.

I morgen drar vi på hytta.

slik at vi kan leve til vi blir hundre. Teoretisk sett kan vi utstyre hver pasient med juridiske rettigheter slik at de kan klage når de likevel dør. Men jo mer som er mulig, desto større er fallhøyden og dilemmaene når vi lar være. Vi kan bli født uten både far og mor, få sydd inn en agent som passer på hjertet og få justert på hjernen ved hjelp av en klonet tvilling – men vil vi at alt dette skal **gjøres** mulig? På den andre enden av skalaen kunne vi hatt råd til å gi alle over 75 år en personlig assistent – men ønsker vi da å gi avkall på petroleumsformuen? Da helsedirektør Bjørn-Inge Larsen, prisverdig nok, for første gang nevnte en konkret prislapp for hva et pasientliv er verdt for Staten (425 000 kroner), høstet uttalelsen ikke mer enn flau bris. Ja, ja, tenkte nok de fleste. I morgen drar vi på hytta. Eller shopping.

En som har forsøkt å blåse liv i etisk refleksjon er Marie Aakre, avtroppende leder av Rådet for sykepleietikk. Hun har både i



dette bladet og ellers forsøkt å gjøre etikken til en grunnmargsrefleks. I redaksjonen hører vi ofte at etikkspalten «Dilemma» blir lest og brukt flittig på arbeidsplassen. Men Aakre og Rådet har ikke direkte hatt vind i seilene de siste årene. Rådet har ikke fått den framtrekkende plassen i opinionen som mange hadde håpet på for fire år siden.

I denne utgaven av Sykepleien kan du lese om to prisbelønte varslere. Den ene nektet å gi seg da hun oppdaget juks med ventelister ved sykehuset Asker og Bærum. Den andre tipset Sykepleierforbundet og NRK om at Adecco brøt arbeidstidsbestemmelsene og at utenlandsk helsepersonell sov i kjelleren på Ammerudlundens sykehjem. Begge saker hadde et klart etisk aspekt: Juks med pasientenrettigheter og utnyttelse av utenlandsk arbeidskraft.

At to sykepleiere tok mot til seg og sto frem med sakene sine, har betydd mye for sykepleiere flest. Veldig modig, jublet de fleste på Facebook. Men man skal ikke glemme at mange tillitsvalgte lenge må ha visst om forholdene ved Ammerudlund og andre Adecco-drevne sykehjem – uten at noen slo alarm tidligere!

Hvorfor gjorde de ikke det? Var det fordi de stilltiende hadde godtatt lovbrudd, i forståelse med ledelsen? Eller fordi slike lovbrudd egentlig er så vanlige i helsetjenesten at de færreste reagerer?

Spør du meg, sitter mange sykepleiertillitsvalgte i Norge med mye kunnskap om betenkelige forhold rundt omkring – bare de får tenkt seg skikkelig om. En slik bevisstgjøring krever opplæring og trening. Vi får håpe og tro at vinden snur.



Foto: Colourbox

Blodproppen bør suges ut

Tone Svilaas har funnet at utsugning av blodpropp hos pasienter med akutt ST-elevasjonsmyokardinfarkt gir langt bedre gjennomblødning i hjertemuskelen og bedre klinisk tilstand enn konvensjonell ballongdilatasjon.

Hun mener at effekten blant annet kan skyldes at når blodproppen suges ut først, er det mindre av den som kan løsne og forsvinne videre i åren.

Legetidsskriftet

Sykepleier blir autorisasjonsdirektør

Sykepleier Anne Herseth blir ny direktør i Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (Safh). Hun tiltrer 18. mai.

Herseth overtar et Safh som har vært i hardt vær etter avsløringer om helsearbeidere som fikk autorisasjon på falske premisser. Den tidligere lederen Per Haugum sa opp etter flere måneder med sykemelding.

Herseth kommer fra stillingen som administrerende direktør i Oslo Taxibuss. Hun har tidligere vært helsebyråd i Oslo for Høyre og fylkesleder i Norske Sykepleierforbund Oslo.



NY JOBB: Anne Herseth har blant annet vært fylkesleder i NSF.

Hygienekampanje kan ha gitt bedre hygiene

Svineinfluensaen fikk myndighetene til å gå ut med fire enkle hygieniske råd til befolkningen. Hensikten var å hindre influensasmitte. Men det kan være at rådene også førte til mindre smitte av andre infeksjonssykdommer.

Høsten 2009, da svineinfluensaen var et stort tema i Norge, var det færre enn vanlig som kom til legevakst med andre luftveisinfeksjoner og tarminfeksjoner. Dette kommer fram i en artikkel i Tidsskrift for Den norske legeforening.

Foto: Colourbox



Hva skjer

Les mer om:

- 11** Mellomoppgjøret ingen lønnsfest ›
- 13** Lokkes hit på falske premisser ›
- 16** Døvt vil bli sykepleier ›
- 21** OUS sparer seg til fant ›
- 24** Tenger penger til ikt ›
- 26** Vant mot Stange kommune ›

sykepleien.no

Følg mellomoppgjøret på sykepleien.no



Utrygghet = Stress

Utrygghet, usikkerhet og manglende kontroll trigger stress hos mennesker. Naja Hulvej Rod er stressforsker ved Københavns universitet. Hun sier at stadig mer forskning bekrefter at vi blir stresser når verden rundt oss blir uforutsigbar.

Videnskab.dk



Foto: Colourbox

Frykter abortbråk

Ingen gynekologer ved sykehuset i Flekkefjord vil utføre abort. Grunnen skal være at en av gynekologene frykter represalier.

Det mener statssekretær Tord Dale i Helse- og omsorgsdepartementet ikke holder.

– Abortloven gir ikke helsepersonell rett til å reservere seg av noen andre grunner enn samvittighetsgrunner, sier han til Aftenposten.no.

– Frykt for represalier er ikke en akseptabel grunn til å reservere seg. Jeg forutsetter at tilbudet organiseres slik at det ikke innebærer et dårligere helsetilbud for innbyggerne i denne regionen enn i andre deler av landet.

Ifølge avisen sier assisterende fylkeslege i Vest-Agder, Toril Hagerup Jenssen, at det aldri har vært noe problem at ikke abort utføres i Flekkefjord.

Ridder Kari

Kari Martinsen (68) er utnevnt til Ridder av 1. klasse av Den Norske St. Olavs Orden, for sin innsats innen sykepleierfaget.

Martinsen er professor ved Høgskolen i Harstad og Haraldsplass diakonale høgskole i Bergen. I over 30 år har hun preget nordisk sykepleie med sin tenkning rundt omsorg og sykepleie. De siste årene har hun også blitt internasjonalt kjent, og er foreløpig den eneste norske sykepleier som omtales i internasjonale oversikter over sentrale sykepleierteoretikere.

Tildelingen skjer den 13. mai i Bergen.



ANDEL MELDINGER OM UØNSKEDE HENDELSER fordelt på sykehusavdelinger i 2010 (prosent).

Medisinsk avdeling (inkl. geriatri)	21
Psykisk helsevern og rus	18
Kirurgisk avdeling (inkl. ortopedi)	27
Gynekologiske og fødeavdelinger	11
Andre avdelinger	22
Totalt antall meldinger	2264

Kilde: Helsetilsynet
«Meldesentralen - årsrapport 2011». April 2011.

Vil ha forsvarlig omskjæring

Helseministeren ønsker å regulere rituell omskjæring av gutter. Både Sverige og Danmark har regulert denne praksisen ved lov.

Et lovforslag er sendt på høring, og hensikten er at guttene skal smertelindres under inngrepet og ha tilsyn av helsepersonell.

Høringsfristen er til høsten.

Foto: Colourbox

Sykt dyrt

Ifølge Sintef er det på 10 år blitt dobbelt så dyrt med syke ansatte. I 2000 kostet en ukes sykefravær 8500 kroner. I dag er prislappen steget til 13 000 kroner. Det er en prisstigning på 53 prosent. Undersøkelsen er gjort blant 150 NHO bedrifter.

absentia.no



Foto: Erik M. Sundt

SYKEPLEIEN LOKKER: Fra Høgskolen i Buskerud, som har 5 prosent økning i førstevalgsøkere siden i fjor.

Flere vil bli sykepleier

Nesten 40 000 søkere konkurrerer om 4167 studieplasser for sykepleierstudenter til høsten, viser ferske tall fra Samordna opptak. Det er 3 prosent mer enn i fjor.

Den mest populære skolen er Høgskolen i Oslo, med 891 førstevalgsøkere. På plassene etter kommer Sør-Trøndelag (773) og Bergen (553).

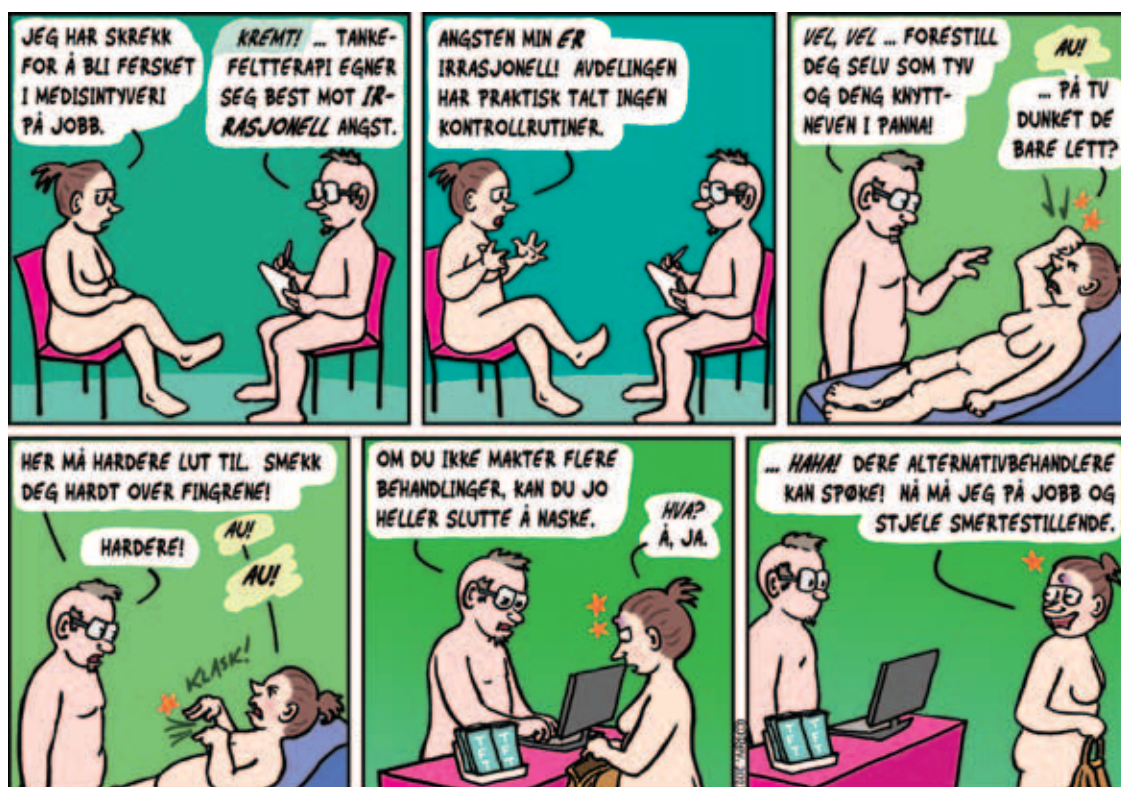
– I fjor hadde vi en nedgang på 3,5 prosent. Årets tall tyder på en utjevning. Grunnen til at det kan være noe variasjon i søkertallet fra år

til år, kan skyldes oppstart av deltidsstudier. De har ikke nødvendigvis opptak hvert år, sier leder av NSF Student, Kristine Katrud.

Statistikken viser at det er hardest kamp om plassene ved Diakonhjemmets høgskole i Oslo. Her er det nesten 23 søkere for hver ledige plass.

Ved Høgskolen Diakonova og Høgskolen i Bergen er det også tøft å komme inn. Ved Diakonova er det i overkant av 20 søkere per plass, mens det er litt over 17 søkere for hver plass i Bergen.

TERAPI av Bodil Rønhaug



Meninger fra www.sykepleien.no

Blogg- Yrkesstolthet

(fra Facebooksiden «Tidsskriftet Sykepleien»)

God beskrivelse av en ung sykepleiers opplevelse og utvikling ifht identitet som sykepleier! Identitetsfølelsen som du så riktig var i ferd med å utvikle som helt ny, er så utrolig viktig for å ha de rette holdningene og kunne gjøre en god jobb, en forskjell for pasienten! Håper du finner tilbake til iveren og gnisten! Så kan vi jo håpe at vår arbeidsgiver en gang også kan gjøre en forskjell for oss, så vi kan videreføre det til beste for de mange tusen pasienter som fortsatt trenger vår positive og profesjonelle holdning og empatiske utførelse av jobben vår. Ordet dugnad gir bare en flau smak i munnen!

Kari Morset

Det er veldig lenge siden jeg har lest noe jeg har kjent meg så godt igjen i!

Tone Moan

De fleste banker tenker at økonomi handler mer om penger enn mennesker, **men;** heldigvis ikke alle.

Økonomi er, enten vi liker det eller ikke, en stor og viktig del av hverdagen. De aller fleste av oss har det bedre hvis vi har en trygg og oversiktlig økonomi. KLP Banken er til for våre medlemmer og vi har fokus på å tilby det du trenger på en kostnadseffektiv måte. Derfor tilbyr vi en bank med god vilkår på lån og sparing.

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

klp
for dagene som kommer

Akseptabelt – men ingen lønnsfest

Alle ansatte i kommunesektoren får et generelt tillegg på 1,72 prosent, minimum 7 000 kroner per år. Lønnstillegget gjøres gjeldende med virkning fra 1. mai 2011. Tekst Bjørn Arild Østby

Resultatet er akseptabelt. Vi har hentet inn deler av det lønsmessige etterslepet. Med en totalramme på 4,3 prosent har vi oppnådd et viktig mål, sier Unni Hembre, nestleder i Unios forhandlingsutvalg i kommunal sektor og nestleder i Norsk Sykepleierforbund.

Rammen for oppgjøret i kommunesektoren er noe høyere enn det som er avtalt så langt i andre avtaleområder.

– Det var helt nødvendig for å ta igjen noe av det lønsmessige etterslepet kommuneansatte har hatt, sier Unni Hembre.

Rekruttere og beholde

Kommunene har store utfordringer med å rekruttere og beholde dyktige og kompetente medarbeidere med universitets- og høyskoleutdanning. Selv om rammen i årets oppgjør er akseptabel, konstaterer Unio at løsningen i oppgjøret ikke i tilstrekkelig grad verdsetter denne kompetansen.

– Resultatet er ikke et godt nok grunnlag for å øke rekrutteringen av den nødvendige kompetansen innbyggerne er avhengige av. Skal kommunene opprettholde god kvalitet i tjenestene, må vi ha nye og bedre løsninger for kommende oppgjør. Dette er en felles utfordring for KS og organisasjonene, mener NSFs nestleder, Unni Hembre.

Delvis fornøyd arbeidsgiver

Arbeidsgiverorganisasjonen KS er fornøyd med å kunne tilby de ansatte i kommunal sektor lønnstillegg som er på høyde med andre sektorer i samfunnet. Men mener en ramme på 4,3 prosent er på grensen av det kommuneøkonomien tåler.

– Det er ingen tvil om at resultatet er godt i overkant av hva norsk kommuneøkonomi gir rom for. I statsbudsjettet ble det forutsatt en lønnsvekst på 3,25 prosent, sier forhandlingsleder i KS, Per Kristian Sundnes.

– Med dette resultatet har kommunesektoren fått en lønnsutvikling de siste to årene som er

om lag den samme som i staten. Det er viktig, ikke minst i konkurransen om kompetent arbeidskraft, sier Sundnes.

Løsning i staten

Partene i det statlige tariffoppgjøret ble enige vel ett døgn før fristen utløp.

– Alle får reallønnsvekst. Det generelle tillegg er på minimum 7000 kroner, og 1,72 prosent fra lønnstrinn 53, sier forhandlingsleder for Unio i staten, Arne Johannessen.

«Vi har hentet inn deler av det lønsmessige etterslepet.»

Unni Hembre

I tillegg til et generelt tillegg, skal det være lokale forhandlinger. Der skal det forhandles om 0,25 prosent av den samlede lønnsutbetalingen på hvert forhandlingssted. De lokale forhandlingene skal foregå til høsten.

Det er imidlertid et stykke igjen før lønnsutviklingen i staten tilsvarer sammenlignbare grupper i industrien. De offisielle tallene viser at forskjellen fortsatt var på over 114 000 kroner i 2010.

– Dette er utfordringer vi tar med videre til hovedoppgjøret i 2012, sier Johannessen.

Brudd i Oslo kommune

I Oslo kommune ble det brudd i forhandlingene og oppgjøret går nå til meklings. Når meklingsprosessen starter, avgjøres i samråd med Riksmeklingsmannen.

klingsmannen. Blir det ikke enighet, vil Unio Oslo ta ut medlemmer i streik.

– Vi har hatt en god dialog med kommunen og trodde det var mulig å komme til en løsning. Men Oslo kommunes tilbud på 3,7 prosent ligger langt under det som ble gitt i alle andre norske kommuner, sier forhandlingsleder for Unio Oslo, Terje Vilno.

De andre kommunene fikk en ramme på 4,3 prosent – 0,6 prosent høyere enn tilbudet fra Oslo kommune.

Vilno mener Oslo kommune ikke har forstått at man er nødt til å være en attraktiv arbeidsgiver med gode lønns- og arbeidsvilkår – ellers er man ikke i stand til å rekruttere og beholde høyt utdannet fagpersonell.

Fakta om oppgjøret

Lønnsoppgjøret 2011 er et mellomoppgjør, altså en justering av lønnen mellom to hovedoppgjør. Her forhandles det i hovedsak om lønnsregulering for annet avtaleår og utsiktene for annet avtaleår.

Unio forhandler på seks ulike tariffområder for sine medlemmer. Det er staten, KS-området og Oslo kommune. Forhandlingene i Spekter (helseforetakene), HSH og KA vil finne sted i løpet av mai og juni. ■■■

Stillingsgrupper	0 år	4 år	8 år	10 år
Krav om høyskoleutdanning	328 000	332 000	342 900	381 500
Krav om spesialutdanning	347 400	351 300	354 700	405 000
Krav om mastergrad	372 000	382 000	407 000	447 600

KOMMUNEANSATTE: Endringer i minstelønn per 1. mai 2011 (årslønn). Generelt tillegg er inkludert i endret minstelønn.



NEW
THINKING.
NEW
POSSIBILITIES.



For prøvekjøring send i10 til 2012 (SMS)

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,-.**



Ubegrenset kjørelengde

Kvalitet fra verdens 5. største bilprodusent

www.i10.no

*4,75% nom. rente. (Gjelder tom 31. mai). 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.

Lokket hit på falske premisser

FÅR ROS: NSF's hovedtillitsvalgt Siri Sørli og lokalavisa får ros for å ha fått realitetene rundt Korea-prosjektet fram i lyset.



Siden 2009 har rundt tjue sykepleiere fra Sør-Korea blitt tilbudt mulighet for autorisasjon og jobb av voksenopplæringa i Porsgrunn. I dag sitter de igjen med deltidsvikariat på hjelpepleierlønn. Nå legger kommunen seg flat. Tekst Bjørn Arild Østby Foto Erik M. Sundt

Det var Norsk Sykepleierforbunds (NSF) hovedtillitsvalgt i Porsgrunn, Siri Sørli, som gjennom lokalavisa Telemark Arbeiderblad i mars begynte å stille kritiske spørsmål til voksenopplæringa i Porsgrunn sitt prosjekt for å kvalifisere koreanske sykepleiere til arbeid i Norge.

Rent tilfeldig oppdaget Siri Sørli prosjektet omtalt i et møtereferat fra rådmannens ledergruppe i fjor høst. I referatet ble det vist til en undervisningspakke voksenopplæringa hadde inngått med et universitet i Sør-Korea. Den besto av et halvt år med norskopplæring i Sør-Korea, videre norskkurs pluss undervisning i helsefag i Porsgrunn og minimum 12 ukers praksis innen geriatri.

For hver enkelt koreansk sykepleier kostet dette 155 000 kroner. Før ankomst til Norge måtte de sette 85 000 kroner på en konto for å dokumentere at de kan dekke utgifter til livsopphold. De resterende 70 000 kroner omtales som undervisningsutgifter.

Falske forhåpninger

NSF's hovedtillitsvalgt tok opp saken med lederen i Porsgrunn kommune. Hun påpekte at det var uansvarlig av kommunen å hente inn sykepleiere på denne måten. Koreanerne håpet på sykepleierjobb i Norge, men ble sittende uten jobb i et fremmed land.

Rådmannen gav uttrykk for at han forstod at det ble stilt spørsmål, men så ingen grunn til å

avvikle prosjektet. Men Sørli og journalisten i lokalavisa gav seg ikke.

Saken havnet til slutt hos Telemark kommunerevisjon. Brutte løfter og falske forhåpninger, var den knusende kritikken av Korea-prosjektet som kommunerevisjonen la fram i rapporten «Kvalifisering av koreanske sykepleiere» i forrige måned. Revisjonen viser i den sammen-

heng til innholdet i en såkalt «grønn brosjyre» som de koreanske sykepleierne har forholdt seg til når de takket ja til å delta i prosjektet. Her heter det blant annet at Porsgrunn og mange andre norske byer har mangel på sykepleiere. I brosjyren heter det også at det vil være enkelt for familiemedlemmer å få jobb.

– Informasjonen gir inntrykk av at den



Kommunetorget.no
– for planlegging av rusarbeid i kommunene

Nettstedet Kommunetorget.no skal bidra til at ansatte i kommunene, lokalpolitikere og brukere får mer kompetanse om planlegging og iverksetting av rusforebyggende og behandlingsrelatert arbeid

Kommunetorget.no gir innblikk i:

- kommunale plan typer generelt og rusrelaterte planer spesielt
- brukermedvirkning
- prosesshjelpemidler og planverktøy
- praksis eksempler til hjelp i planarbeidet
- spørsmål og svar omkring planlegging av rusarbeid

KoRus-Nord
Komplementærtilt rus, Nord-Norge
Rus og spesialpsykiatrisk klinikk, UNN

Helsedirektoratet

Korea-prosjektet

Voksenopplæringa i Porsgrunn kommune har siden mars 2009 deltatt i et samarbeidsprosjekt med et universitet i Sør-Korea. Målet har vært å kvalifisere koreanske sykepleiere til arbeid i Norge. Kommunen har bidratt med norskundervisning, dels gjennomført i Sør-Korea og dels i Porsgrunn, og nødvendige praksisplasser etter godkjent norskundervisning. Tilsvarende undervisning ble startet for en ny gruppe deltakere i januar 2011, men er nå avviklet.

enkelte skal få tett oppfølging til deltakeren har fått jobb. Den er også skrevet på en sånn måte at man tror det skal være lett å få jobb i Porsgrunn, påpeker Kirsti Torbjørnson fra Telemark kommunerevisjon overfor Telemark Arbeiderblad.

Situasjonen for sykepleierne som kom til Porsgrunn i vinter er blitt en helt annen. Etter å ha snakket med åtte av deltakerne konkluderer kommunerevisjonen:

«En deltaker har fått et årsvikariat som sykepleier på natt i 59,15 prosent stilling. To har fått mindre vikarstillinger som hjelpepleiere, tre jobber som innkallingsvikar med hjelpepleierlønn, og en har fått tilbud om et sju måneders vikariat som hjelpepleier på natt i en 71,36 prosent stilling. En jobber gratis på et dagsenter for å opprettholde kompetansen.»

Ufullstendig opplæring

Kommunerevisjonen retter også flengende kritikk til undervisningen de koreanske sykepleiere har fått.

Det viser seg at det var lagt opp til norskkurs på trinn 2, mens krav for å bestå den nødvendige prøven i nasjonale fag er norsk trinn 3. Situasjonen for de koreanske sykepleierne er at alle har betalt ekstra for norskkurs utover det som var inkludert i kurspakka. Dette beløpet varierer fra 2 500 kroner til over 13 000 kroner.

For å få godkjent praksisperioden har også alle sykepleierne måttet utvide denne fra 12 til mel-

«Brutte løfter og falske forhåpninger, er kommunerevisjonens knusende kritikk.»

lom 16 og 30 uker. Hovedårsaken til dette har vært språkproblemer. Praksisperioden har vært ulønnet, og deltakerne har gått på toppen av ordinær bemanning.

Vil rydde opp

Leder av kontrollutvalget i kommunen roser NSF's hovedtillitsvalgt Siri Sørlø og lokalavisen for å ha fått saken fram i lyset.

Ordføreren er klar på at de koreanske sykepleierne har kommet til Porsgrunn på falske premisser.

– Derfor har vi nå overlatt til rådmannen å vurdere hvilke tiltak som kan gjøres for at de skal bli minst mulig skadelidende.

Hovedtillitsvalgt Siri Sørlø er glad for vedtaket som er gjort, og håper på å få være med på utformingen av de kompenserende tiltakene.

– Det er beskjedne ønsker de har. Hovedutfordringen for de som er her er først og fremst at de må ha minst en 50 prosent stilling innen november. Ellers blir de sendt ut av landet, påpeker Siri Sørlø.

Norskkurset som startet i Sør-Korea i januar er vedtatt avvirket, og de involverte deltakerne skal ikke holdes økonomisk skadelidende. ■■■

A TARGINIQ «mundipharma»

Analgetikum ved sterke smerter.

ATC-nr.: N02AA55

DEPOTTABLETTER 5 mg/2,5 mg, 10 mg/5 mg, 20 mg/10 mg og 40 mg/20 mg: Hver tablett inneholder: Oksykodonhydroklorid tilsv. oksykodon 4,5 mg, resp. 9 mg, 18 mg og 36 mg, naloksonhydroklorid tilsv. nalokson 2,25 mg, resp. 4,5 mg, 9 mg og 18 mg, laktosemonohydrat 71,8 mg, resp. 64,3 mg, 54,5 mg og 109 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: 5 mg/2,5 mg: Brilljantblått FCF (E 133), titandioksid (E 171). 10 mg/5 mg: Titandioksid (E 171). 20 mg/10 mg og 40 mg/20 mg: Jernoksid (E 172), titandioksid (E 171).

Indikasjoner: Sterke smerter som kun kan behandles tilfredsstillende med opioide analgetika. Opioidantagonisten nalokson er tilsatt for å forhindre opioidindusert obstruksjon ved å blokkere oksykodons virkning på opioidreseptorer lokalt i tarmen.

Dosering: Tilpasses smerteintensitet og pasientens følsomhet. Voksne: Den analgetiske effekten er ekvivalent med depotformuleringer av oksykodon. Vanlig startdose ved første gangs bruk av opioider er 10 mg/5 mg hver 12. time. Pasienter som allerede får opioider kan starte med en høyere dose, avhengig av tidligere erfaring med opioider. 5 mg/2,5 mg er tiltenkt dosetitrering ved oppstart av opioidbehandling og individuelt dosejustering. Maks. døgndose er 80 mg/40 mg oksykodonhydroklorid/naloksonhydroklorid. Ved behov for høyere doser bør det i tillegg gis oksykodondepot til samme tidspunkt. Maks. døgndose er 400 mg oksykodondepot. Naloksons gunstige effekt på tarmfunksjonen kan da reduseres. Preparatet er ikke tiltenkt behandling av gjennombruddssmerter. Behov for analgetika med umiddelbar frisetting som akuttmedisin mot gjennombruddssmerter, kan derfor oppstå. En enkelt dose akuttmedisin bør tilsvare en sjettedel av den ekvivalente døgndosen av oksykodonhydroklorid. Behov for akuttmedisin >2 ganger daglig er vanligvis en indikasjon på at dosen bør økes. Doseøkning bør foretas hver eller annen dag, med 5 mg/2,5 mg, eller ved behov 10 mg/5 mg oksykodonhydroklorid/naloksonhydroklorid 2 ganger daglig, til en stabil dose nås. Målet er dosering hver 12. time som kan opprettholde adekvat analgesi, med bruk av så lite akuttmedisin som mulig. Hos enkelte pasienter kan asymmetrisk dosering tilpasset smertemønsteret være gunstig. Skal ikke brukes lengre enn absolutt nødvendig. Behov for langtids smertebehandling krever grundig og regelmessig revurdering. Når pasienten ikke lenger har behov for opioidbehandling anbefales det at dosen nedtrappes gradvis. Tabletten skal svelges hele og ikke deles, tygges eller knuses, da dette medfører raskere frisetting av virkestoffene og absorpsjon av en potensielt dødelig oksykondose. Etter seponering, med påfølgende bytte til et annet opioid, kan forverring av tarmfunksjon forventes.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdsstoffene, enhver situasjon hvor opioider er kontraindisert, alvorlig respirasjonsdepresjon med hypoksi og/eller hyperkapni, alvorlig kronisk obstruktiv lungesykdom, cor pulmonale, akutt alvorlig bronkialastma, ikke-opioidindusert paralytisk ileus, moderat til alvorlig nedsatt leverfunksjon.

Δ Forsiktighetsregler: Ikke egnet til behandling av abstinenssymptomer. Ved parentalt, intranasalt eller oralt misbruk hos individer som er avhengige av opioidagonister, som heroin, morfin eller metadon, forventes uttalte abstinenssymptomer, pga. av naloksons opioidreseptorantagonistegenskaper. Ethvert misbruk hos stoffmisbrukere frarådes på det sterkeste. Anbefales ikke til barn <18 år pga. manglende sikkerhets- og effektdata. Det foreligger ingen klinisk erfaring hos pasienter med kreft relatert til peritoneal karsinomatose eller med subokklusivt syndrom ved fremskredne stadier av gastrointestinal kreft og bekkenkreft. Bruk i denne pasientgruppen er derfor ikke anbefalt. Største risiko ved opioider er respirasjonsdepresjon. Det bør utvises forsiktighet hos eldre eller svake pasienter, ved opioidindusert paralytisk ileus, alvorlig nedsatt leverfunksjon, myokardem, hypotyreose, Addison's sykdom (binyrebarkinsuffisiens), toksisk psykose, gallestein, prostatahypertrofi, alkoholisme, delirium tremens, pankreatitt, hypotensjon, hypertensjon, underliggende hjerte- eller karsykdom, hodeskader (pga. fare for økt intrakraniell trykk), epileptisk sykdom/disposisjon for krampet, ved bruk av MAO-hemmere og ved lett nedsatt lever- eller nyrefunksjon. Grundig medisinsk overvåking er spesielt nødvendig ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon. Diaré kan anses som en mulig bivirkning av nalokson. Etter langtidsbehandling med høye opiodoser kan overgang til Targiniq innledningsvis utløse abstinenssymptomer som kan kreve spesiell oppfølging. Ved langtidsbruk kan det utvikles toleranse som krever høyere doser for å opprettholde ønsket analgetisk effekt. Kronisk bruk kan medføre fysisk avhengighet. Det er fare for utvikling av psykologisk avhengighet overfor opioidanalgetika. Bør brukes med spesiell forsiktighet hos pasienter med alkohol- og legemiddelmisbruk i anamnesen. Oksykodon har en misbruksprofil tilsvarende andre sterke opioidagonister. Abstinenssymptomer kan oppstå ved brå seponering. Anbefales ikke til preoperativ bruk eller de første 12-24 timer postoperativt. Avhengig av kirurgitype og -omfang, anestesioprosedyre, annen samtidig medisinering og pasientens tilstand, er nødvendig tid for oppstart av postoperativ behandling avhengig av en grundig individuell nytte-risikovurdering. Den tomme tablettmatrisen kan sees i avføringen. Kan påvirke evnen til å kjøre bil eller bruke maskiner, spesielt ved behandlingsstart, etter doseøkning eller bytte av legemiddel og i kombinasjon med andre CNS-hemmende midler.

Interaksjoner: Substanter med CNS-hemmende effekt (f.eks. alkohol, andre opioider, sedativa, hypnotika, antidepressiver, sovemedisiner, fentiaziner, antipsykotika, antihistaminer og antiemetika) kan gi økt CNS-hemmende effekt (f.eks. respirasjonsdepresjon). Klinisk relevante endringer i INR kan forekomme ved samtidig bruk av kumarinantikoagulantia. (I: N02A opioider)

Graviditet/Amning: Overgang i placenta: Oksykodon og nalokson passerer placenta. Langtidsbruk av oksykodon under graviditet kan gi abstinenssymptomer hos nyfødte. Gitt under fødsel kan oksykodon utløse respirasjonshemming hos nyfødte. Skal kun brukes under graviditet hvis nytte oppveier mulig risiko for barnet. **Overgang i morsmelk:** Oksykodon går over, nalokson ukjent. Amning bør avbrytes under behandling.

Bivirkninger: Vanlige (≥1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Magesmerter, diaré, munntørhet, flatulens, oppkast, kvalme. Hjerte/kar: Blodtrykksfall. Hud: Kløe, hudreaksjoner, svette. Luftveier: Rhinoré, gjesping. Muskel-skjelettsystemet: Muskelspasmer, muskelrykninger, myalgi. Nevrologiske: Hodepine, sedasjon, tremor. Psykiske: Angst, rastløshet. Stoffskifte/ernæring: Nedsatt/tap av appetitt. Øre: Vertigo. Øvrige: Abstinenssyndrom, kulde- og varmeløsele, frysninger, astenitilstander. **Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):** Hjerte/kar: Angina pectoris ved koronarsykdom i anamnesen, palpitasjoner, blodtrykksøkning. Immunsystemet: Overfølsomhet. Kjønnsganer/bryst: Erekttil dysfunksjon. Luftveier: Dyspné. Nevrologiske: Oppmerksomhetsforstyrrelser, parestesi, taleforstyrrelser. Psykiske: Unormal tankegang, forvirring, depresjon, hallusinasjoner. Øye: Synsforstyrrelser. Øvrige: Brystmerter, søvnløshet, sykdomsfølelse, perifer ødem, ulykkeskader. **Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000):** Nevrologiske: Krampet (spesielt ved epileptisk sykdom eller disposisjon for krampet). **Svært sjeldne (<1/10 000), ukjent:** Gastrointestinale: Forstoppelse. Lever/galle: Galleveiskolikk. Nevrologiske: Synkope. Bivirkninger av oksykodon alene: **Svært vanlige (≥1/10):** Gastrointestinale: Forstoppelse, oppkast, kvalme. Hud: Kløe. Nevrologiske: Sedasjon (fra søvnighet til nedsatt bevissthetsnivå), svimmelhet, hodepine. **Vanlige (≥1/100 til <1/10):** Gastrointestinale: Hikke, dyspepsi. Luftveier: Dyspné. Nevrologiske: Synkope, parestesi. Nyrer/urinveier: Urinretensjon, dysuri, akutt vannlatingsbehov. Psykiske: Endret stemningsleie og personlighetsforandring (f.eks. depresjon, eufori), nedsatt aktivitet, psykomotorisk hyperaktivitet, uro, nervøsitet, søvnløshet, tankeforstyrrelser, forvirring. **Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):** Gastrointestinale: Munnår, stomatitt. Hjerte/kar: Takykardi, vasodilatasjon. Lever/galle: Galleveiskolikk. Luftveier: Dysfoni, hoste. Nevrologiske: Migræne, dysgeusi, hypertoni, ufrivillige muskelsammentrekninger, hypoestesi, koordinasjonsforstyrrelser. Psykiske: Personepsjonsforstyrrelser (f.eks. hallusinasjon, derealisasjon), nedsatt libido. Øre: Nedsatt hørsel. Øvrige: Smerter, ødem. **Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000):** Gastrointestinale: Melena, tannsykdom, tannkjøttblødning, dysfagi. Hud: Tørr hud. Infeksjoner: Herpes simplex. Kjønnsganer/bryst: Amenoré. Psykiske: Psykologisk avhengighet. Stoffskifte/ernæring: Dehydrering, økt appetitt. Øvrige: Vektøkning, vekttap, tørste. **Svært sjeldne (<1/10 000), ukjent:** Gastrointestinale: Ileus. Hud: Urticaria. Immunsystemet: Anafylaktisk reaksjon. Lever/galle: Økte leverenzym. Luftveier: Respirasjonsdepresjon, bronkialspasmer, undertrykket hosterefleks. Øye: Miose. Øvrige: Legemiddeltoleranse, spasmer i glatt muskulatur.

Overdosering/Forgiftning: Symptomer: Oksykodon kan gi miose, respirasjonsdepresjon, søvnighet til apati, slapphet i skjelettmuskulatur, bradykardi, hypotensjon, i alvorligere tilfeller koma, ikke-kardiogent lungeødem og sirkulasjonssvikt, ev. med et fatalt utfall. **Behandling:** Opioidantagonister (f.eks. nalokson 0,4-2 mg i.v.) med 2-3 minutters mellomrom, etter behov, ev. infusjon med 2 mg nalokson i 500 ml 0,9% natriumklorid eller 5% dekstrose (0,004 mg/ml nalokson) med en hastighet tilpasset tidligere bolusdoser og pasientens respons. Venetrikeltømming kan vurderes. Støttetiltak (kunstig åndedrett, oksygen, karkontrollerende midler og infusjoner) ved behov, for å håndtere sirkulatorisk sjokk. Hjertestans eller arytmiar kan kreve hjertemassasje eller defibrillering. Se Giftinformasjonens anbefalinger for oksykodon N02A A05 side d.

Egenskaper: Klassifisering: Naturlig opiumsalkaloid kombinert med opioidreseptorantagonist. **Virkningsmekanisme:** Oksykodon og nalokson har affinitet til opioide kappa-, mu- og delta reseptorer i hjernen, ryggmarg og perifere organer (f.eks. tarm). Opioidreseptorantagonisten oksykodon gir smertelindring ved binding til endogene opioidreseptorer i CNS. Nalokson er en ren antagonist som virker på alle typer opioidreseptorer. Grunnet uttalt «first pass»-metabolisme etter oral administrering er en klinisk relevant systemisk effekt av nalokson lite sannsynlig. Ved lokal kompetitiv antagonisme av den opioidreseptormediert oksykodoneffekten i tarm reduserer nalokson opioidindusert tarmfunksjonsforstyrrelse. **Absorpsjon:** Biotilgjengelighet 87%, nalokson <3%. **Proteinbinding:** Ca. 45%. **Fordeling:** Distribueres i hele kroppen. **Metabolisme:** I lever. **Utskillelse:** I urin og feces.

Pakninger og priser:

5 mg/2,5 mg:	28 stk. (endose) 130,90.	98 stk. (endose) 341,80.
10 mg/5 mg:	28 stk. (endose) 221,80.	98 stk. (endose) 636,10.
20 mg/10 mg:	28 stk. (endose) 401,00.	98 stk. (endose) 1.224,70.
40 mg/20 mg:	28 stk. (endose) 754,50.	98 stk. (endose) 2.401,90.

Refusjonsberettiget bruk: Palliativ behandling i livets sluttfase.

Refusjonskode: 90 (ICPC og ICD)

Vilkår 136: Refusjon ytes selv om legemiddel skal brukes i mindre enn tre måneder.

Vilkår 194: Refusjon ytes kun til pasienter som først har benyttet langtidsvirkende opioid med tilstrekkelige mengder av forebyggende laksantia, og som fortsatt har opioidindusert forstoppelse.

Referanse 1: Preparatomtale TARGINIQ®



Mundipharma AS • Vollsveien 13c • 1366 Lysaker
Telefon: 67 51 89 00 • Telefaks: 67 51 89 01
www.targiniq.no



NYHET

NÅ PÅ BLÅ RESEPT!

Refusjonsberettiget bruk:

Palliativ behandling i livets slutfase.

Refusjonskode: 90 (ICPC og ICD)

Vilkår 136: Refusjon ytes selv om legemidlet skal brukes i mindre enn tre måneder.

Vilkår 194: Refusjon ytes kun til pasienter som først har benyttet langtidsvirkende opioid med tilstrekkelige mengder av forebyggende laksantia, og som fortsatt har opioidindusert forstoppelse.

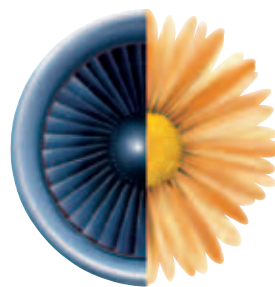


28-63% LAVERE PRISER

Dette er TARGINIQ®

- Et opioid mot sterke smerter som kun kan behandles tilfredsstillende med opioide analgetika¹
- Nalokson er tilsatt for å forhindre opioidindusert obstipasjon ved å blokkere oksykodons virkning lokalt i tarmen¹

EFFEKTIV MOT STERKE SMERTER



forhindrer opioidindusert
obstipasjon

www.targiniq.no



Mundipharma AS • Vollsveien 13c • 1366 Lysaker • Telefon: 67 51 89 00 • Telefaks: 67 51 89 01 • www.mundipharma.no

– Jeg velger å se mulighetene

Bør døve få jobbe som sykepleiere? Ja, sier Norges Døveforbund og sykepleiestudent Anine Sigurdssøn Johannessen, som selv er döv. Andre er mer skeptiske.

Tekst **Johan Alvik** Foto **Erik M. Sundt**

Anine Sigurdssøn Johannessen (24) er andreårsstudent ved Høgskolen i Akershus. Hun er eneste døve i sitt kull.

– Er det mye på skolen som må tilrettelegges spesielt for deg?

– Jeg har med tegnspråktolk både på skolen og når jeg har praksis. Tolkene er mine ører og min stemme. Utgiftene dekkes av Nav. Ut over det får jeg ikke spesialbehandling, og det forventer jeg heller ikke, sier hun.

«Jeg kan for eksempel ikke bli anestesisykepleier»

Anine S. Johannessen

Johannessen ser ikke på døvheten som et problem. Hun er født slik, og også faren er döv. Med unntak av hørselshemmingen er utfordringene hun møter de samme som folk flest opplever. For en som både er småbarnsmor til

to og heltidsstudent, er den største utfordringen å få tiden til å strekke til.

Møtt med skepsis

Selv om Johannessen ser mange muligheter for en döv sykepleier, har studievalget blitt møtt med skepsis. Noen forstår ikke hvordan en som ikke hører skal kunne utøve god sykepleie. Kritikerne har hun truffet på både på skolen og privat.

– Det har mange ganger vært fristende å hoppe av studiet, men jeg er ikke den som gir meg på grunn av litt motstand. Takket være gode støtte av venner og familie, og noen flotte kontaktsykepleiere jeg har møtt på veien,

har jeg fått motivasjon til å fortsette.

Det å være den eneste døve studenten kan også by på utfordringer på det sosiale plan.

– Jeg blir ikke så godt kjent med de andre elevene, og er litt ensom på skolen. Når vi skal ha gruppearbeid, kan det være utfordrende å finne en gruppe å samarbeide med når jeg ikke kjenner så mange, sier hun.

Praksis med tolk

At Johannessen er döv har vært en viktig tilleggskompetanse i flere av praksisperiodene hun har hatt, mener hun selv.

– To av fire praksisperioder har jeg hatt på sykehjem hvor det har vært en egen avdeling med hørselshemmete pasienter. I psykiatrien var jeg i praksis på en omsorgsbolig med døve pasienter. Så har jeg hatt to praksisperioder hvor jeg har brukt tolk – en på Ahus og en på helsestasjon og skolehelsetjeneste, sier Johannessen.

Anine Johannessen kan lese på leppene hva

Norges Døveforbund:

Trenger flere som kan tegnspråk

– **DET ER STORT BEHOV** for helsepersonell som kan tegnspråk, sier konstituert generalsekretær i Norges Døveforbund Sissel Gjøn.

– Helsesektoren er det området vi får flest tilbakemeldinger på at retten til tolk ikke oppfylles. Det er sykehusene som plikter å bestille og betale tolk ved innleggelse, men dette blir ikke alltid gjort. Betydningen av direkte kommunikasjon mellom pasient og pleier er undervurdert, sier Sissel Gjøn.

Gjøn mener det er positivt at hør-

selshemmete som behersker tegnspråk utdanner seg til jobb i helsesektoren, og skulle ønske at flere gjorde det. Døveforbundet har ingen oversikt over hvor mange døve som studerer helsefag på landsbasis, men vet at det er åtte i Oslo, hvorav to studerer vernepleie.

– Er det like enkelt for døve å ta høyere utdanning, som for andre?

– Så lenge døve studenter får tilgang på tolk er det ikke noe som tilsier at de ikke kan ta høyere utdanning. Ofte er det

problemer med å skaffe tolk til utdanningen og får du tolk til forelesninger, mangler det ofte tolk til kollokviegrupper og mer uformell omgang med studentene. Det krever tid og krefter å administrere tolkebestillinger også. Og det er klart det er en utfordring å være alene döv student med bare hørende som ikke kan tegnspråk, sier Sissel Gjøn.

Hun mener det må utdannes flere tegnspråktolker og etableres flere faste stillinger for tolker.

HELSEVESENET SVIKTER: Døve får ikke den hjelpen de trenger når de er pasienter, sier generalsekretær i Norges Døveforbund Sissel Gjøn, som etterlyser flere pleiere som kan tegnspråk. Foto: Døveforbundet.





VIL JOBBE MED DØVE: - Det eneste som feiler meg er at jeg ikke kan høre, sier Anine Sigurdssøn Johannessen, som synes sykepleierstudiet er spennende. Hun ser for seg en fremtid hvor hennes kompetanse i tegnspråk vil være en ressurs for pasientene.

folk sier, hvis de snakker tydelig, men hun er likevel helt avhengig av tolk for å kommunisere med hørende. Å ha praksis med tolk så hun ikke frem til.

– Jeg gruet meg på forhånd, mest på grunn av hvordan pasientene ville reagere. Men det gikk over all forventning. Hver gang jeg traff en ny pasient, opplyste jeg om at jeg var døv og

derfor hadde med tolk. Etterpå spurte jeg om det var greit for dem, og jeg fikk aldri en negativ tilbakemelding, sier Johannessen.

Johannessen sier at hun er bevisst på at han-



Rådet for sykepleieetikk:

Ikke alle kan bli sykepleiere

– **I ET ETISK PERSPEKTIV** er det pasientens beste som må være den viktigste målesnor for hvem som er egnet til å være sykepleiere, sier Marie Aakre.

Marie Aakre er leder av Rådet for sykepleieetikk. Hun mener det er positivt at Anine Sigurdssøn Johannessen studerer sykepleie, og tror at hun som døv kan bli en ressursperson.

– Det er flott at hun velger en yrkeskarriere som kan komme mennesker med denne typen handikap til gode. Hun

har jo en særlig kompetanse og kommunikasjonsevner til denne målgruppen, og hun har tydelig innsikt i egne muligheter og begrensinger, sier Aakre.

Aakre mener imidlertid at folk med funksjonshemming ikke bør få utøve sykepleieryrket på bekostning av pasienters ve og vel, og at det må vurderes individuelt om personer passer til å jobbe som sykepleiere.

– Det bør absolutt finnes begrensninger for hvem som egner seg som

sykepleiere. Selv om sykepleiefaget og funksjonen utøves overfor både friske og syke mennesker, kreves det i de fleste funksjoner både god fysisk funksjon, gode kommunikasjons- og observasjonsevner, og stabil psykisk helse. Av ulike grunner er det mange som ikke egner seg til sykepleiefunksjoner, og det er ingen menneskerettighet å bli sykepleier. Kartlegging av egnethet i studietiden og i praksisperioder burde medført at flere veiledes ut av yrket, sier Marie Aakre.



TENKER PÅ PASIENTEN: Pleierne må kunne ivareta pasientene på en god måte, sier Marie Aakre. Foto: Erik Sundt.



TO PLUSS EN TOLK: Når Anine Sigurdsson Johannessen og medstudent Samin Aliassi skal samarbeide, må tolken Gine Antonsen oversette det som blir sagt. Kostnadene til tolk blir dekt av Nav.

dikuppet hennes ikke skal være til sjenanse for pasienten.

– Målet mitt er at tolken skal være minst mulig synlig. Jeg er bevisst på hvordan jeg bruker kroppen min og blikket mitt. Jeg ser på pasienten og har blikket vendt mot ham når jeg prater med tegn. Så ser jeg bort på tolken innimellom for å forsikre meg om at hun oversetter riktig, forklarer hun.

Johannessen forteller at hun møter mer skep-

sis blant helsepersonell enn pasienter når hun har praksis.

– Mitt inntrykk er at det er lite kunnskap om hørselshemmete blant sykepleiere. Jeg har blant annet blitt kalt døvstum, og har måttet forklare at det er et ord som ikke brukes lenger. Jeg er ikke stum. Jeg har stemme og bruker den til barna mine, men da jeg ikke hører min egen stemme, har jeg valgt ikke å bruke den i yrket mitt.

Vil jobbe med døve

Anine Johannessen har allerede klart for seg at hun ønsker å utdanne seg videre etter endt sykepleierutdanning. Men først vil hun ha noen års yrkespraksis. Hun vet ikke om det vil bli vanskelig for henne å få jobb, men satser på at det dukker opp en mulighet til å jobbe med døve pasienter.

– Det finnes flere omsorgsboliger for hørselshemmete pasienter, og det er vel der jeg ser mine jobbmuligheter. I Oslo har de et sykehjem med egen avdeling for døve pasienter. Jeg kunne tenkt meg en slik ordning utenfor Oslo-området. Jeg synes det er trist når døve pasienter bor spredd alene i forskjellige sykehjem, og jeg har lyst til å se om det er mulig å få samlet dem på ett sted.

Johannessen sier selv at det er jobber som er uaktuelle for henne.

– Jeg kan for eksempel ikke bli anestesisykepleier eller operasjonssykepleier. Jeg kjenner mine yrkesbegrensninger, og det har jeg hatt i bakhodet når jeg søkte på denne utdanningen. Men jeg tenker ikke så mye på hva jeg ikke kan gjøre. Det er så mange forskjellige områder man kan jobbe innenfor som sykepleier. Jeg ser mulighetene, ikke begrensningene.

Johannessen mener at hun har krav på autorisasjon på lik linje med alle andre. Et gradert autorisasjonssystem for å gi begrenset sykepleierautorisasjon til handikappede studenter, synes hun er en dårlig idé.

– Når jeg er ferdig med skolen, så har jeg lik utdanning som de andre, og har gjennomgått lik praksis. Det gjør meg kvalifisert til å bli autorisert sykepleier. Jeg søker meg ikke på jobbsteder som jeg vet er uaktuelle for meg. ■■■

Høgskolen i Akershus:

Krever ekstra innsats

– UTFORDRINGEN VI STO OVERFOR da Anine fikk studieplass hos oss var hvordan vi skulle tilrettelegge praksisstudiene, sier Kjersti Sortland.

Kjersti Sortland er konstituert studieleder og høyskolelektor ved Høgskolen i Akershus, der Anine Sigurdsson Johannessen er student. Hun forteller at det å ha en døv student krever ekstra tilrettelegging under praksisperioder, men ikke så mye i det daglige.

– I teoriundervisningen har Anine tolk, og det ble vi fort vant med. I øvingspostundervisningen har hun deltatt på lik linje med de andre, men i mindre grupper enn det som er vanlig.

Å tilrettelegge for praksisstudiene er derimot mer krevende. Spesielt når Johannessen skal ha praksis på institusjoner hvor det er akutt og kritisk syke pasienter. Det krever ekstra planlegging og oppfølging både fra skolens og institusjonens side.

– Da Anine hadde praksis i medisinsk avdeling fikk hun ekstra oppfølging av sykepleier. I og med at praksisstedet ikke hadde erfaring med å følge opp en døv student, hadde Anine to kontaktsykepleiere. En lærer fra høyskolen fulgte opp kontaktsykepleierne mer enn lærerne vanligvis gjør, og hadde blant annet ukentlige møter med dem, sier Sortland.

Sortland forteller at høyskolen har hatt flere møter med Nav, og det er blitt bevilget økonomisk kompensasjon til praksisstedet i spesialisthelsetjenesten. Kirurgisk praksis planlegges til høsten. Høgskolen har hatt flere møter med praksisstedet for å tilrettelegge for denne praksisperioden.

– Det er viktig at erfaringen vi gjorde i den medisinske praksisperioden videreføres i kirurgisk praksis. Lærer som fulgte opp Anine i medisinsk praksis og lærer som skal ha ansvar for henne i kirurgisk praksis er i dialog med den aktuelle kirurgiske avdelingen, sier Sortland.

MER ARBEID FOR SKOLEN: Studieleder Kjersti Sortland sier at det medfører ekstraarbeid å ha en døv student. Foto: Stig Weston.

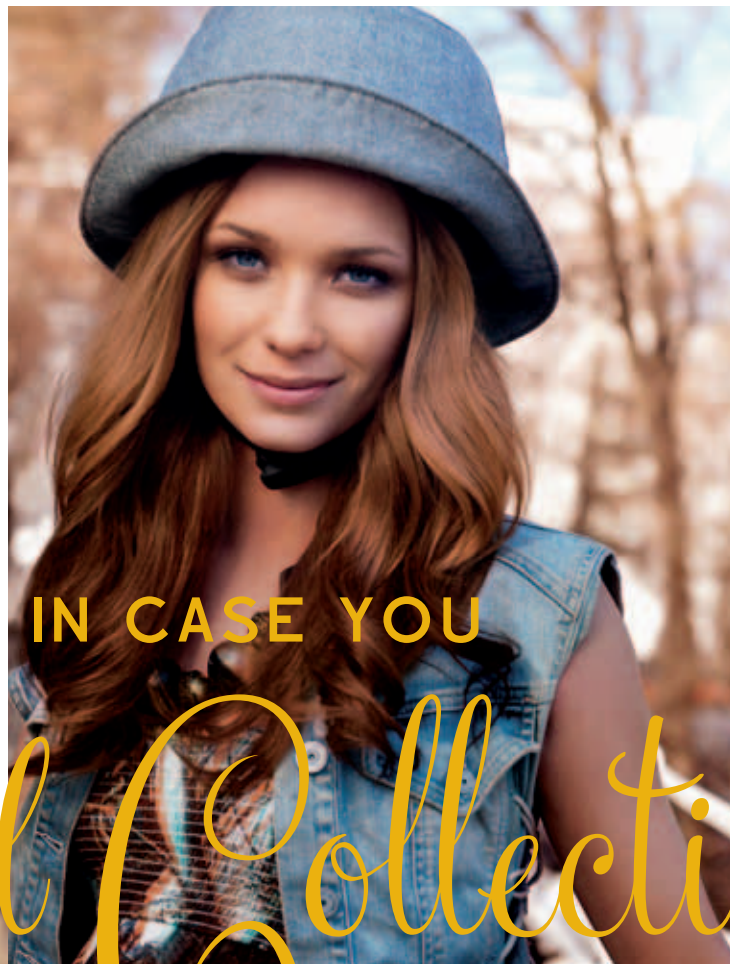


– Vil hun som døv få autorisasjon som sykepleier?

– Ja, Anine blir autorisert på lik linje med andre dersom hun tilfredsstiller kravene. Det stilles de samme kravene til døve sykepleiere som til enhver annen.

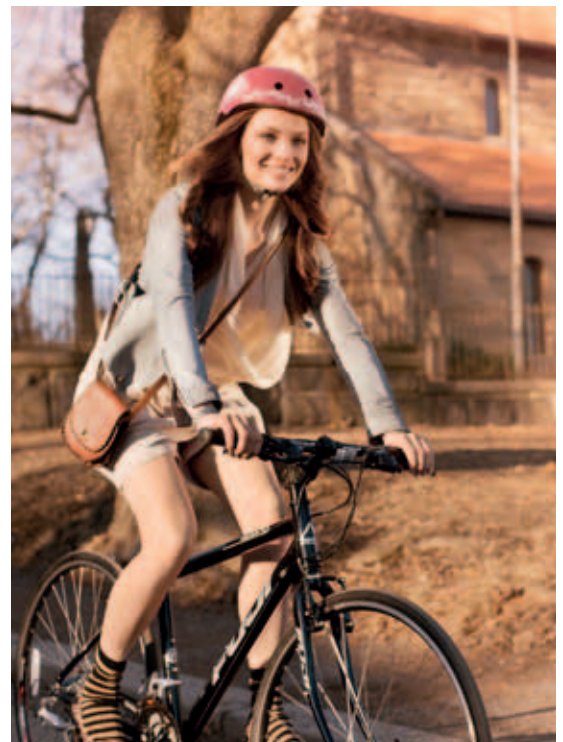
Uten parfyme. Uten farve. Uten
smak. Uten konserveringsmidler.
Uten tørre lepper.





IN CASE YOU

Fall Collection



Å bruke sykkelhjelm reduserer risikoen
for hodeskader med 60 - 80 %.
Finn din hjelm på dinhjelm.no



TRYGG TRAFIKK

– Sparer seg til fant

Disse ukene letes det med lys og lykte i alle avdelinger ved Oslo universitetssykehus for å finne sparemuligheter. En halv milliard er det tøffe kuttkravet.

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

Eierne ser ikke hvilke konsekvenser dette får, sier hovedtillitsvalgt sykepleier Rune Gehrken.

Det strammer seg til ved Oslo universitetssykehus (OUS), i det som er kalt Norges største omorganiseringsprosess.

1000 årsverk er allerede forsvunnet fra sykehuset, og flere må vekk. De ansatte nekter å bli med på ytterligere kortsiktige sparetiltak.

– Eierne ser ikke hvilke konsekvenser dette får, sier hovedtillitsvalgt sykepleier Rune Gehrken.

Usikkerhet rundt Aker

Rune Gehrken er hovedtillitsvalgt for Norsk Sykepleierforbund ved Akuttklinikken ved OUS. Han har tidligere sagt at køyesenger må bli alternativet dersom innsparingene ved

OUS krever at akutmottaket på Aker blir flyttet til Ullevål før nye lokaler er på plass.

Under OUS-styremøtet i slutten av april, var det et svært presset og delt styre som besluttet å utsette den endelige beslutningen om å kutte den halve milliard som må bort for å få godkjente årsbudsjettet.

Dermed er det ennå noen uker usikkert hva som skjer med akutmottaket på Aker. Køyesenger blir det ikke foreløpig, men styret godtar innsparingene som krever at 650 årsverk må bort innen nyttår, for at storsykehuset skal komme i mål.

Gehrken mener sparegrensen nå er nådd.

– Uforsvarlig

– Vi har spart så lenge vi kan huske. På ett eller annet tidspunkt går det en grense for når man ikke kan spare eller effektivisere mer. Vi er i ferd med å spare oss til fant. Så lenge det ikke kan investeres i gode produksjonslinjer, blir det vanskelig å ta ut gevinstrealisering, sier Gehrken.

– Per i dag må vi velge mellom å vedlikeholde bygningsmasse og kjøpe inn nødvendig medisinsk utstyr. Utfordringen her ligger i at det blir tatt midler fra investeringsbudsjettene, som ofte går fra år til år.

– Hva er konsekvensene av dette?

«Alle store fusjoner koster penger.»

Merete N. Morken, foretakstillitsvalgt OUS

Vedtakene

Styret konstaterer at det er utfordringer relatert til pasientsikkerhet og arbeidsmiljø. I det videre arbeid må tiltakene kvalitetssikres ytterligere. Det bes spesielt vurdert konsekvensene for trygghet for pasientene og ansattes motivasjon og arbeidsmiljø. Likeledes bes ledelsen vurdere ytterligere tiltak for å nå budsjett 2011.

Ledelsen bes videre vurdere muligheter for å forsere arbeidet med ytterligere inntekter fra salg av eiendommer.

I det langsiktige perspektiv er tiltak som gjelder Aker en sentral faktor. Styret mener det trengs ytterligere konkretisering av hva slags aktivitet, både innhold og organisering, som skal gjennomføres på Aker i videre framtid knyttet til samhandlingsreformen.

BEKYMRET: Foretakstillitsvalgt ved OUS, Merete N. Morken mener man må tenke mer langsiktig i omstillingsprosessen.



Alle vedtak og kuttlisten finnes på www.oslo_universitetssykehus.no

– Hovedkonsekvensen er at ytterligere sparing vil gå på pasientsikkerheten løs. Det blir nå gjennomført en risikoanalyse av kuttforslagene. Jeg forventer at styret da vil se at storparten av de foreslåtte tiltakene vil være uforsvarlige å gjennomføre på nåværende tidspunkt.

– Vi kan ikke spare 500 millioner, men et vesentlig mindre beløp vil være realistisk, sier Gehrken.

Må være lojale

Han understreker at de ansatte ikke har noe annet valg enn å være lojale til beslutningene som tas. De blir nødt til å bruke sikkerhetsventilen for pasienten som ligger i systemet, hvor man har for eksempel Arbeidstilsynet og Helsetilsynet.

– Får OUS en ordre om å kjøre igjennom en 500 millioners besparelse, må vi utføre den. Når konsekvensene kommer, må vi beskrive disse, sier Gehrken.

– Så forventer vi at tilsynsmyndighetene tar ansvar der deler av styret svikter, avslutter Gehrken.

Stemte imot

Alle de fem ansatterepresentantene i styret stemte imot kuttplanene, og fikk protokollført sin store bekymring for den økonomiske situasjonen.

– De ansatte har over lang tid meldt fra at fusjonen ikke er tilstrekkelig finansiert. Det har vært jobbet iherdig med å finne sparetiltak. Nå er det vanskelig for oss å være med på flere kortsiktige tiltak, sier foretakstilsvagt og sykepleier Merete Norheim Morken.

Ansatterepresentantene krever nå at styreleder Stiernestedt må be om møte med eierne i Helse Sør-Øst RHF for å finne en forsvarlig løsning på den alvorlige økonomiske situasjonen for Oslo universitetssykehus.

14 milliarder til København

– Alle store fusjoner koster penger i en overgangsperiode. På lengre sikt kan man ta ut de økonomiske gevinstene. Sykehuset i København fikk 14 milliarder kroner ved sin omstilling. Vi har i realiteten fått 225 millioner kroner, pluss et rentebærende lån på en milliard kroner, noe som langt fra er nok, sier hun.

Hun mener det ikke er realistisk å gjennomføre en flytting av akuttmottaket på Aker i løpet av et par måneder.

– Vi har hatt et prosjekt som har jobbet grundig med å planlegge og kvalitetssikre utflytting fra Aker, og det er avklart at det verken er plass på mottak eller sengeposter på Ullevål i dag til å ta imot Aker-pasientene. Det krever nybygg på Ullevål for å få gjort denne flyttingen, og det er viktig at vi nå ikke tar noen snarveier som gjør at pasientene får et dårligere tilbud, sier Morken.

– Hvordan er det å være sykepleier ved OUS nå?

– Det er mye usikkerhet. De ansatte ble forespeilet at sammenslåingen skulle føre til både økonomisk og faglig styrking. Men vi opplever nå det motsatte, det skaper både usikkerhet og uro, sier hun.

Morken understreker at ansatterepresentantene har full tillit til administrerende direktør Siri Hatlen.

– Det er tøft av Hatlen å gå ut med sin bekymring. Hun har sett hvor vanskelig dette er, sier Morken.

Spareforslagene skal opp i neste styremøte, som er i slutten av mai. ■■■

Dalacin Pfizer

Antiinfektivum til gynekologisk bruk. ATC-nr.: G01A A10

VAGINALKREM 2%: 1 g inneholdt: Clindamycin. phosph. aeqv. clindamycin. 20 mg, sorb. monostear., polysorb. 60, propylenglycol. 50 mg, acid. stearic., alcohol cetostearyl., cetylal., paraffin. liquid., alcohol benzylic. 10 mg, aqua steril. q.s. ad 1 g.

VAGITORIER 100 mg: Hver vagitorie inneholdt: Clindamycin. phosph. aeqv. clindamycin. 100 mg, adeps solid. q.s. ad 2,5 g.

Indikasjoner: Bakteriell vaginose.

Dosering: Vaginalkrem: En fylt applikator (5 g) intravaginalt hver kveld i 7 dager. Vagitorier: 1 vagitorie intravaginalt hver kveld i 3 dager.

Kontraindikasjoner: Hypersensitivitet for preparater som inneholder klindamycin, linkomycin eller hardfett (vagitorier).

Forsiktighetsregler: Før eller etter at behandlingen påbegynnes bør det tas laboratorieprøver for å teste på mulige andre infeksjoner som Trichomonas vaginalis, Candida albicans, Chlamydia trachomatis og gonokokkinfeksjoner. Bruk av klindamycin intravaginalt kan gi økt vekst av ikke-følsomme organismer, spesielt sopp. Hvis betydelig eller langvarig diaré inntreffer, må legemidlet seponeres og nødvendig behandling gis. Betydelig diaré som kan opptre mange uker etter avsluttet behandling, skal behandles som om den er antibiotikarelatert. Moderat diaré avtar ved seponering av behandlingen. Samleie frarådes under behandlingen. Latekskondomer og latekspressar kan svekkes i kontakt med innholdsstoffene i preparatene. Tamponger eller intimspray bør ikke anvendes under behandlingen. Sikkerhet og effekt er ikke undersøkt hos kvinner <16 år eller >65 år, gravide, ammende, kvinner med nedsatt nyre- eller leverfunksjon, kvinner med immunsvikt eller kolitt.

Graviditet/Amming: Overgang i placenta: Preparatet anbefales ikke brukt i 1. trimester. Det er vist at bruk av klindamycin vaginalkrem hos gravide i 2. trimester og systemisk tilført klindamycinfosfat i 2. og 3. trimester ikke er assosiert med fosterskader. Vagitoriene kan derfor brukes under 2. og 3. trimester dersom det er et klart behov for det. Overgang i morsmelk: Ukjent. Preparatet bør ikke brukes under amming.

Bivirkninger: Hyppige (>1/100): Urogenitale: Vaginit, lokal irritasjon, vaginal Candidainfeksjon. Mindre hyppige: Gastrointestinale: Diaré, kvalme, forstoppelse, mavesmerter. Hud: Urticaria, pruritus, utslett. Urogenitale: Vaginal utflod, menstruasjonsforstyrrelser, smerter på applikasjonsstedet. Øvrige: Svimmelhet, hodepine, soppinfeksjoner.

Overdosering/Forgiftning: Se Giftnormasjonens anbefalinger for klindamycin J01F F01.

Egenskaper: Klassifisering: Klindamycinfosfat er en vannløselig ester av det semisyntetiske antibiotikum klindamycin. Virkningsmekanisme: Bakteristatisk eller baktericid effekt ved å hindre bakterienes proteinsyntese. Klindamycin er vist å ha in vitro aktivitet mot følgende bakterier som er assosiert med bakteriell vaginit: Gardnerella vaginalis, Mobiluncus spp., Bacteroides spp., Mycoplasma hominis, Peptostreptococcus spp.

Absorpsjon:

Vaginalkrem: Ca. 4% (varierer mellom 0,6-10%) absorberes

systemisk. Vagitorier: Ca. 30% (varierer mellom 6,5-70%).

Oppbevaring og holdbarhet: Skal oppbevares <25°C.

Pakninger og priser: Vaginalkrem: 40 g (tube m/7 engangsapplikatorer) kr 167,20. Vagitorier: 3 stk. kr 191,40.

Sist endret: 27.01.2004

E2010-1542

Pfizer AS - Postboks 3 - 1324 Lysaker

Telefon 67526100 - Telefax 67526192 - www.pfizer.no

Sopp eller bakteriell vaginose?



Kjennetegn²:

Soppinfeksjon

- Hvit, grynede utflod som ligner "cottage cheese"
- Sterk kløe, noe sårhet

Bakteriell vaginose

- Tyntflytende, **fiskeluktende utflod**
- Svie og kløe er mindre vanlig



Effektiv lokalbehandling av

bakteriell vaginose på

kun 3 dager¹

med Dalacin Vagitorier



Ref. 1) Paavonen J. et al. "Vaginal Clindamycin and Oral Metronidazole for Bacterial Vaginosis: A Randomized Trial", Obstetrics and Gynecology 2000;96: 256-260.
Ref. 2) Hunskaar, Steinar. "Allmenntmedisin", Ad Notam Gyldendal AS 1997: s. 533-534.

– Nå trengs det penger

Elin-k er avsluttet. – Nå må det finansiering til så kommunene kan samhandle elektronisk, sier prosjektleder Sissel Skarsgaard.

Tekst og foto Marit Fonn

Helseminister Anne-Grete Strøm-Erichsen fikk nylig overlevert rapporten etter Elin-k-prosjektet av leder i Norsk Sykepleierforbund (NSF), Lisbeth Normann.

I samarbeid med KS, Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon, har NSF utarbeidet standardiserte løsninger for utveksling av elektronisk pasientinformasjon mellom fastleger, pleie- og omsorgstjenesten i kommunene og sykehus. Ni kommuner og 16 legekontorer har prøvd ut løsningene.

– Bruk løsningene våre!

– Hva innebærer overleveringen av denne slutt-rapporten?

– For NSF og KS er det viktig at disse standardiserte løsningene nå tas i bruk, sier sykepleier Sissel Skarsgaard, som har vært prosjektleder i fire år.

Hun påpeker at fem sykehus spredt over hele landet også prøver ut informasjonssystemene.

Skedsmo kommune utveksler nå pasientinformasjon med sykehuset Ahus. Og det var nettopp på Skedsmotun bo- og behandlingssenter i

Akershus resultatet av NSF's arbeid med elektronisk informasjons flyt ble overrakt ministeren. Poenget er å få rett informasjon til rett tid på rett sted.

– Nødvendig for samhandling

– Sluttrapporten synliggjør at en etappe er over. Nå begynner den store jobben. Utfordringen er finansiering, slik at kommunene får hjelp til å komme i gang. Dette er et konkret tiltak som gjør det mulig å samhandle.

– Nå er det opp til de ulike aktørene å ta i bruk løsningene, sier Sissel Skarsgaard.

Under overrekkelsen lovet helseministeren at rapporten ikke skal legges i stabilt sideleie.

Strøm-Erichsen sa seg enig med Skarsgaard:

– Elektronisk informasjonsutveksling er viktig for å få til samhandling, sa hun. ■■■

LEDER: Prosjektleder for elin-k, Sissel Skarsgaard i Sykepleierforbundet.



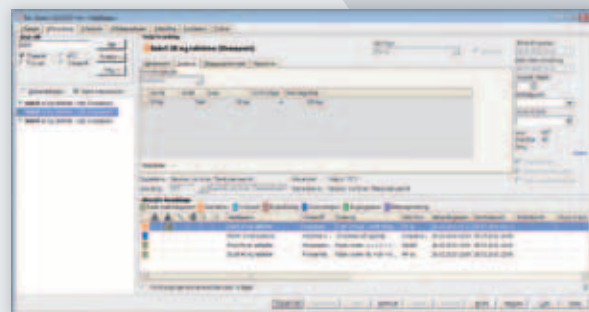
DIPS Medikasjon

DIPS Medikasjon er et resultat av flere års arbeid for å lage en sikker og fleksibel løsning for håndtering av medikasjon. Med DIPS Medikasjon kan pasientens medikasjon håndteres fullstendig elektronisk, og medikasjonskurven - et av de viktigste dokumentene i papirjournalen kan fases ut.

DIPS Medikasjon har støtte for alle vanlige former for medisiner. Brukeren får automatisk varsel dersom det finnes potensielle interaksjoner mellom foreskrevne medikamenter og dersom Cave er registrert på et medikament som man forsøker å forordne til en pasient. Med utgangspunkt i en forordning kan det enkelt genereres nødvendige resepter til pasienter.

Administrering i DIPS Medikasjon dekker både klargjøring og utdeling av medisiner. Det er også støtte for bruk av strekkodeleser. Ved utdeling kvitteres det for at pasienten har mottatt hvert enkelt medikament og tidspunkt for utlevering registreres automatisk.

DIPS Medikasjon støtter full integrasjon mot automatisk medisinforsyningssystem.



Dersom du ønsker mer informasjon om DIPS Medikasjon kan du kontakte oss på marked@dips.no

www.dips.no





*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

Vant mot Stange kommune

Stange kommune ville ikke ansette helsesøsteren fordi hun var gravid.

Lovbrudd, mener en enstemmig Likestillingsnemnd. Tekst Bjørn Arild Østby Foto Trond Lillebo

Hanne Sørli Krøtøy opplevde i desember 2008 ikke å bli ansatt i et vikariat som helsesøster i Stange kommune fordi hun var gravid.

Etter at Sørli Krøtøy tok kontakt med Likestillingsombudet konkluderte den med at det var fordi hun var gravid, at hun ikke fikk stillingen. Stange kommune klaget på kjennelsen, og ombudet tok en ny runde med ny saksbehandler. Konklusjonen ble den samme.

Når kommunen nok en gang klaget på vedtaket, endte saken hos Likestillings- og diskrimineringsnemnda. Den er det siste leddet, før saken eventuelt må føres for retten.

Nemnda kom enstemmig til at kommunen hadde brutt likestillingslovens paragraf 4 da de unnlot å ansette Sørli Krøtøy fordi hun var gravid.

Tøff prosess

– Det har vært en lang og tøff prosess, forteller helsesøsteren. Sørli Krøtøy får ikke lovprist nok støtten hun har fått fra kolleger, venner, mann og utallige ukjente mennesker som har stoppet henne på gata.

– Hvorfor tok du saken videre?

– Jeg liker ikke urettferdighet. Dette går på prinsipper, og at denne saken kanskje kan få en preventiv virkning. Det hadde vært mye verre ikke å ha reagert når slike ting skjer. Min anbefaling er at dersom du føler deg diskriminert, ta kontakt med Likestillingsombudet.



SEIRET: Hanne Sørli Krøtøy (t.h.) vant kampen mot Stange kommune. Likestillingsnemnda fastslår at hun ikke fikk jobb fordi hun var gravid. I dag jobber hun som helsesøster i Hamar kommune.

tjenesten innstilt til jobben, siden hun allerede dekker opp vikariater i tjenesten.»

Vikaren kommunen viser til, og som jobbet i et vikariat som var på vei ut, var Hanne Sørli Krøtøy.

– I et seinere møte med kommunen ble det

rådet fra Sørli Krøtøy. – Her kunne det fort blitt snakk om påstand mot påstand.

Helsesøsteren er også glad for den støtte og veiledning hun har fått fra NSF's forhandlingsavdeling i denne saken.

Slag for likestilling

– Hva vil du gjøre nå?

– Jeg har ikke tanker om å kreve jobb i Stange kommune, ei heller å kreve økonomisk erstatning, sier Sørli Krøtøy. I dag jobber hun som helsesøster på helsestasjon i Hamar kommune. Der stortrives hun.

Helsesøsteren har i ettertid fått en skriftlig unnskyldning fra kommunen. Det setter hun pris på. Men holdningen til kommuneledelsen under hele denne saken setter hun absolutt ikke pris på. Den har vært svært lite imøtekommende

– Det viktigste for meg er at jeg forhåpentligvis har slått et slag for likestilling og fått stoltheten tilbake. Det er godt å vite at likestillingsnemnda tror på meg. Så er det å håpe at kommunen også lærer noe av denne saken, sier helsesøster Hanne Sørli Krøtøy. ■■■

«Det er å håpe at kommunen lærer noe av denne saken.»

Hanne Sørli Krøtøy

Sørli Krøtøy sitter igjen med inntrykk av at Stange kommune har et kulturproblem når det gjelder diskriminering og ansettelser.

– Jeg har fått flere henvendelser fra andre som har opplevd tilsvarende, men som ikke har orket å forfølge saken.

Av driftshensyn

I saksutredningen i ansettelsessaken i 2008 begrunner kommunen innstillingen med følgende: «Alle tre er kvalifiserte til stillingen. Av driftshensyn ble ikke hun som i dag er vikar i

rett fram sagt at «Man måtte tenke på den daglige driften, og derfor velge bort søkere som var gravide», sier Sørli Krøtøy.

Uttalelsen er bekreftet av NSF's tillitsvalgt som deltok på møtet. I en e-post skriver den tillitsvalgte:

«Virksomhetslederen ga klart uttrykk for at det var normal praksis å tenke på den daglige driften og derfor velge bort søkere som var gravide fordi disse kunne bli sykmeldte under svangerskapet.»

– Husk å ta med tillitsvalgt i slike møter, er

Anne-Kari Bratten

Alder: 47 år

Aktuell som: Viseadministrerende direktør i arbeidsgiverforeningen Spekter

BAKGRUNN:

Bratten har hisset på seg sykepleierne. I Dagsrevyen 6. april sa hun at sykepleierne må jobbe mer, i stedet for å sitte på kafé eller gå på Sats. En arbeidsdugnad må til. «Sjikanerende», var den kontante reaksjonen fra Lisbeth Normann, leder i Norsk Sykepleierforbund (NSF). Aldri før har hun fått så mange sinte henvendelser fra medlemmer som følte seg anklaget for latskap og unnasluntring. Bratten selv har fått hundrevis av meldinger fra sykepleiere som ikke er blide. De ønsker seg en unnskyldning

– Jeg sa ikke at de er late

På tide å si unnskyld for det der med kafé og Sats?

– Det jeg har adressert er at de fleste i Norge må jobbe mer. Sykepleierne er blant dem som jobber mest deltid.

Men angrer du på utsagnet likevel?

– Jeg er veldig glad for å ha fått fart i debatten om behovet for arbeidskraft framover

Du har fått mye pepper?

– En del, ja, og mange støtteklæringer fra mange hold om at dette er en viktig debatt. Jeg har ikke klart å svare på alle sms-ene, men på alle mailene. De som har fått svar, har satt pris på det og mange har sagt at de forstår meg bedre.

Men forstår du sykepleiernes sinne?

– Jeg forstår de blir sinte hvis de tror jeg har sagt at de har lav arbeidsmoral og er late og bare drikker kaffe. Men jeg har aldri sagt det. Jeg har tvert imot sagt at de har svært høy arbeidsmoral.

Men skjønner du at utsagnet kan tolkes som at du synes at moralen er lav?

– Jeg synes de skal lese det jeg har sagt: Alle må jobbe mer, særlig sykepleierne fordi så mange av dem jobber deltid.

Og de som jobber deltid har for mye fritid?

– Har de små barn, er syke eller har en liknende grunn, er det helt greit at de jobber deltid. Men når ikke barna lenger er så små, bør de vurdere å jobbe mer. Jeg synes kvinner generelt bør øke inntekten så de er økonomisk selvstendige. Det er trist at bare kvinner skal jobbe mindre når de får barn. Jo flere barn menn har, jo mer jobber de.

Hvordan tolker du sykepleiernes sinne?

– Jeg avstår fra å tolke. Men når de sier at de ikke ønsker at jeg skal få helsehjelp hvis jeg blir syk, er det en alvorlig

melding fra en helsearbeider. Jeg har ikke tenkt å gjøre noe med det. Og jeg anerkjenner folks rett til å bli sint.

Går meldingene inn på deg?

– Det er en tankevekker at et sånt utsagn kan føre til sms-er om at jeg skal brenne i helvete. Jeg har aldri kommentert enkeltpersoner, men sagt at flere må jobbe mer for at vi skal takle velferdssamfunnets enorme behov for arbeidskraft.

Du vil at sykepleierne skal jobbe mer enn hver tredje helg?

– Hvis de jobber to ekstra helger i året, mot tilsvarende fri resten av uken, unngår vi problemet med ufrivillig deltid. Det er et tiltak som vil virke. Derfor synes jeg det er rart at NSF ikke vil diskutere det.

Men det er krevende å jobbe helger?

– Det skjønner jeg veldig godt. Jeg tror at hvis vi i fellesskap diskuterer arbeidstidsordninger som vaktlengder og ønsketurnus, vil vi løse problemet med ufrivillig deltid uten at sykepleierne må jobbe mer helg.

Tar du med deg de sterke følelsene i lønnsforhandlingene som står for døren?

– Langt ifra. Det er jeg ferdig med. Nå ser jeg framover. NSF sier det samme.

Går du selv på kafé og Sats?

– Nei. Å være mor til en jente på 14 og gutt på åtte med mange fritidsaktiviteter, samt å løpe fra møte til møte i en utfordrende jobb, er trening nok for meg. Men jeg syns godt folk kan gå på kafé og Sats.

Å?

– Ja, i tillegg til at de jobber mer.

Tekst Marit Fonn Foto Erik M. Sundt

Tema **Eldre på sykehus**

- 30 Samhandlingsreformen kan ta liv, mener eldreeksperter ›
- 32 Ekspertutvalg ble ikke hørt ›
- 33 Geriatri prioriteres ikke ›
- 36 Får erstatning etter feilbehandling ›
- 38 Ny sykepleierrolle først til geriatrien ›

AKUT

0301003

Trenger mer – får

T- GERIATRI



mindre

De neste 13 årene må spesialisthelsetjenesten ta i mot 200 000 flere eldre over 70 år. Men sykehusene er ikke forberedt og det vil gi skrøpelige eldre et dårligere tilbud, tror eldreeksperter. ➔



PENGEFLYTTING: I 2012 skal fem milliarder kroner flyttes fra staten til kommunene for å dekke kommunenes utgifter til sykehusbehandling og til å bygge opp tilbud for utskrivingsklare pasienter.

« Samhandlingsreformen kan ta liv.

Eldreeksperter synes samhandlingsreformen er aldersdiskriminerende. Geriatriprofessor Torgeir Bruun Wyller frykter at de skrøpeligste eldre kan dø for tidlig.

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

Den 8. april presenterte Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) samhandlingsreformen med tilhørende lovendringer og en overordnet helse- og omsorgsplan. Da hadde HOD gått bort fra forslaget om at kommunene skulle ha et finansielt medansvar for alle pasienter over 80 år, et forslag som har fått flere til å kalle reformen aldersdiskriminerende.

Nå er det moderert til at kommunene skal betale 20 prosent for innleggelse av alle indremedisinske pasienter. En annen het potet er at kommunene etter reformen må betale for de utskrivingsklare pasientene etter bare ett døgn. I dag er grensen etter ti døgn (sju i Oslo).

– Fremdeles aldersdiskriminerende

– Jeg synes fremdeles det er en aldersdiskriminerende reform. Over halvparten av indremedisinske pasienter er over 75 år. Det er fortsatt de gamle de skal ha vekk fra sykehus, det står svart på hvitt at de vil flytte penger og pasienter til kommunene, sier Torgeir Bruun Wyller, overlege og professor ved geriatrik avdeling ved Oslo universitetssykehus, Ullevål.

Han har vært med i et ekspertutvalg nedsatt av HOD (se side 32), som i klartekst har advart mot kommunal medfinansiering av sykehusinnleggelser, samt mot å lage ordninger som skal forhindre innleggelser av eldre. Utvalget anbefaler også å oppheve betalingsforskriften for ferdigbehandlede pasienter.

– Denne ordningen fører til at kommunene blir opptatte av å slippe å betale mens sykehusene bare vil ha pasienten ut. Da blir pasienten bare en slags pakkepost som sendes frem og tilbake, sier han.

– *Det er vel du som overlege som bestemmer når en pasient er utskrivingsklar?*

– Vi sliter også med å få kommunen til å overta når vi mener tiden er inne for det, så fra mitt ståsted kunne en slik regel vært behagelig. Det er to grunner til at jeg er kritisk, sier Bruun Wyller og forklarer:

Han ser hva dagens ordning med kommunal betaling for utskrivingsklare pasienter fører med seg av byråkratisk krancling mellom sykehus og pasienter, der de i stedet burde ha spilt på lag for å finne et optimalt tilbud til pasienten. En skjerping av ordningen tror han vil føre til mer av det.

Den andre grunnen er at han synes sykehusene har en varierende, og slett ikke alltid betryggende, praksis for når de definerer en pasient som «ferdigbehandlet», noe som er dokumentert i ekspertutvalgets rapport.

– Hvis en pasient feilbedømmes som ferdigbehandlet uten å være det, vil det få mer negative konsekvenser når det kommunale ansvaret inntreffer fra dag én, sier han.

Geriatrisk som førstelinje?

Helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen har forsikret at det ikke er rådmannen som skal bestemme om en pasient skal på sykehus eller ikke. Det skal fortsatt legen gjøre ut fra medisinske kriterier. Samhandlingsreformen sier heller ikke at spesialistkapasiteten skal bygges ned på sykehusene.

– *Hvorfor er dere ikke fornøyd med det? Det virker nesten som du vil at geriatrisk avdeling skal være en førstelinjetjeneste for denne pasientgruppen?*

– Når ansvar og penger skal overføres fra sykehus til kommuner, må noen pasientgrupper i mindre grad legges inn. Jeg mener det skinner tydelig igjennom at det er de eldre man har i tankene. Jeg tror ikke at rådmann eller ordfører vil overprøve legenes beslutninger på enkeltpasient-nivå, derimot tror jeg fastlegene vil få tilbakemelding på overordnet nivå, og vil føle at de ikke må få en for dårlig statistikk når det gjelder innleggelsespraksis. Det ser vi jo allerede på sykehusene: legene får tilbakemelding på hvor «gode» de er i kort liggetid og «DRG-produksjon». Slike insentiver benyttes fordi de faktisk virker, sier Bruun Wyller.

Ulne intermediære avdelinger

Ekspertutvalget advarer mot å bruke intermediære avdelinger (lokalmedisinske sentre) **før** eller **i stedet for** sykehusinnleggelse. De viser til at det kun finnes data som underbygger at slike avdelinger fungerer **etter** sykehusinnleggelser. Som alternativ til innleggelse mener utvalget at de først og fremst er aktuelle for dem som har lang reisevei til sykehus, og da bare for pasienter som er diagnostisk helt avklart. Det er kun 10 prosent av Norges befolkning som bor mer enn en times reisevei til nærmeste sykehus.

– HOD er opptatte av disse intermediære avdelingene. Men de er uklare på hva de skal brukes til. Jeg savner en mer nyansert drøfting her, sier Bruun Wyller.

Aud Olsen, avdelingssykepleier ved avdeling for geriatri ved St. Olavs Hospital, har også vært med i ekspertutvalget. Hennes bekymring nummer én er at de sykeste gamle ikke innlegges i sykehus for utredning, men blir forsøkt utredet i et lokalmedisinsk senter eller i sykehjemmet der de bor i stedet, der de har mindre kompetanse og utstyr.

Økt pleiebehov = akutt syk

– Den multisyke gamle som blir akutt syk har behov for å innlegges

i sykehus for utredning, så kan heller etterbehandlingen gjøres i kommunen, sier hun.

Utredning av skrøpelige eldre som har blitt akutt syke er ikke gjort på én dag, forklarer Olsen:

– De har ofte en del kroniske sykdommer som gjør at det akutte blir forverret. Symptomene på sykdom har gjerne en endret presentasjon, som for eksempel lungebetennelse uten feber og hjerteinfarkt uten smerte.

– Symptomene er uspesifikke og kan for de nærmeste fremstå som økt pleiebehov fordi vedkommende plutselig mister evnen til å gjøre daglige gjøremål. En geriatrisk avdeling vil både kunne behandle den akutte tilstanden og samtidig ivareta helheten i det komplekse sykdomsbildet, sier Bruun Wyller.

– Ved å styrke den medisinske kompetansen inn mot omsorgssektoren, slik reformen legger opp til, vil vi oppnå at flere får et riktig tilbud. De som trenger utredning ved sykehus vil få det tidligere og de som kan behandles i kommunen vil også få hjelp tidligere, påpeker statssekretær i HOD, Ragnhild Mathisen.

– Fordi de skrøpelige eldre ofte mangler de typiske funn ved akutt sykdom, har de spesielt nytte av undersøkelsesutstyr som vi ikke har råd til å ha på hvert nes, slik som gastroskopi, CT og MR. Hele argumentasjonen til HOD gjennomsyres av at man ikke har skjønt dette, sukker Bruun Wyller.

– En oppgavefordelingsreform

Tor Inge Romøren er lege, sosiolog, aldersforsker og professor ved Høgskolen i Gjøvik. Han mener også at samhandlingsreformen fort kan bli aldersdiskriminerende, av de samme grunner som ekspertutvalget har påpekt. Dessuten er han uenig i to av påstandene i Stortingsmeldingen fra 2009, som var grunnen til at kommunene nå skulle pålegges et ansvar:

– At det skjer mange unødvendige innleggelser av eldre er svakt dokumentert, og er ikke noe omfattende problem. At det er mange utskrivingsklare pasienter blant de eldre er også et marginalt fenomen i norsk helsevesen. Det er kun mellom 2–4 prosent av pasientbelegget på sykehusene som er utskrivingsklare, sier han.

Romøren synes det er viktig å drøfte hva man skal gjøre med en så stor demografisk endring vi står overfor når vi får så mange flere eldre pasienter, men han har sine tvil om virkemidlene i samhandlingsreformen er riktige.

– Samhandlingsreformen seiler under falskt flagg, den er egentlig en oppgavefordelingsreform som vil motvirke samarbeid når det blandes inn økonomi mellom nivåene. Både sykehus og kommuner kan bli fristet til å ta økonomiske hensyn og utnytte dem til egen etats eller institusjons fordel.

« Samhandlingsreformen motvirker samarbeid når den bringer inn finansiering mellom nivåene.

Professor Tor Inge Romøren

Professoren foreslår for øvrig, i likhet med ekspertutvalget oppnevnt av HOD, at de lokalmedisinske sentrene skal være sykehusenes ansvar, ikke kommunenes.

– Det er for stort ansvar for kommunene; det er helseforetakene som har erfaring med å drive akuttinstitusjoner. Da hadde man sluppet hele debatten om nye kommunestrukturer og finansierungsordninger for kommunene, sier han.

Eldre i tall

› I dag er det cirka 500 000 eldre over 70 år i Norge. I 2024 er det øket til 700 000.

› Hver femte eldre indremedisinske pasient på 75 år og over trenger geriatrisk service, og mer enn en tredel av disse pasientene var i 1998 innlagt i sykehus uten geriatrisk spesialisthelsetjeneste

› 9 000 rammes av aldersdemens hvert år

› 14 – 15 000 rammes av hjerneslag hvert år, de fleste eldre

› Norge er på verdenstoppen i osteoporose, og det rammer særlig gamle kvinner, ofte med bruddskader til følge

› Nær halvparten av pasienter i landets indremedisinske avdelinger er 75 år og over

› Lindrende enheter er utbygget bare ved 18 av våre helseforetak, slik at tilbudet bare når hver femte døende, enten i sykehus eller i kommunen.

Kilde: Helsedirektoratet



« De skrøpelige eldre har spesielt nytte av undersøkelsesutstyr som vi ikke har råd til å ha på hvert nes.

Professor Torgeir Bruun Wyller

Delte sykepleiere

Anne Marie Flovik, spesialrådgiver hos Norsk Sykepleierforbund (NSF), mener også at samhandlingsreformen har aldersdiskriminerende element i seg:

– Man ville aldri snakket om å unngå å legge inn syke barn på sykehus, kommenterer hun.

Karen Bjørø i NSF's faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens, ser heller mulighetene enn problemene med samhandlingsreformen.

– Noe av hensikten med reformen er å få mer kompetanse dit den eldre bor, og de fleste vil bo hjemme.

Bjørø synes derfor at det å sikre den kompetansen er hensiktsmessig:

– Min stefar i USA har en nurse practitioner som er spesialisert på lungesykdommer. Han får ofte lungebetennelse og kjenner igjen symptomene. Derfor har han et lager med antibiotika liggende hjemme som han kan bruke etter å ha ringt sykepleieren og hun godkjenner behandlingen. På den måten slipper han å bli lagt inn på sykehus.

Frykter tap av liv

Torgeir Bruun Wyllers største frykt er at samhandlingsreformen vil kreve unødvendige liv.

– Vi har gode data på at innleggelse av akutt syke, skrøpelige gamle i geriatriiske avdelinger bedrer både overlevelse og funksjon. Derfor frykter jeg at eldre vil dø tidligere enn de hadde behovd fordi de ikke får kommet til utredning på slike avdelinger, sier han.

Når HOD blir bedt om å kommentere dette, svarer Ragnhild Mathisen blant annet:

– Det er en faglig utfordring å sikre at eldre som trenger utredning og behandling på sykehus får det. Men det er ikke et mål i seg selv at alle eldre skal legges inn på sykehus. Noen eldre får ikke avdekket et sykehusbehov i dag samtidig som det finnes eldre som kunne profittert på et annet tilbud enn sykehus. Den medisinske utviklingen legger til rette for at mer komplekse utredninger kan skje på et lavere nivå. Reformen er således en måte å berede grunnen for fremtidige løsninger.

Bruun Wyller understreker at et sømløst helsevesen er en fin tanke.

– Men da skulle samhandlingsreformen bestått av reelle forpliktende samarbeidsavtaler. Man får ikke et konstruktivt samarbeid med trussel om økonomiske sanksjoner. Jeg skulle ønske at man samlet all helsetjeneste i ett forvaltningsnivå, sier han.



MINDRE VERDT: - Vi lever i en ungdomsdyrkende kultur. Bak samhandlingsreformen ligger den aldersdiskriminerende holdningen at gamle er mindre verdt fordi de ikke tjener penger lenger, sier Torgeir Bruun Wyller.

Ekspertutvalg ble ikke hørt

Et departementsoppnevnt ekspertutvalg har advart mot flere uheldige sider ved samhandlingsreformen for de sykeste eldre. – Vi ble ikke hørt, sier sju av ni medlemmer. Tekst **Eivor Hofstad** Foto **Erik M. Sundt**

Seinhøstes 2010 ble geriatriprofessor og overlege ved geriatriisk avdeling på Oslo Universitetssykehus, Ullevål, Torgeir Bruun Wyller, invitert til en uformell samtale i Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). Det ble ikke protokollført eller skrevet noe referat. Temaet var alle de negative skriviene om hva samhandlingsreformen kunne føre til for de skrøpeligste eldre pasientene, som geriater fra nord til sør hadde publisert i form av leserinlegg i aviser og tidsskrifter den siste tiden.

HOD ønsket at disse stemmene kunne bli hørt i den videre arbeidsprosessen med samhandlingsreformen. Men tiden var knapp. Det ble foreslått å sette ned et ekspert-

utvalg som skulle gi departementet råd om problemstillinger knyttet til behandling av syke eldre mennesker. Fristen ble satt til 18. januar, som var høringsfristen for de to nye helselovene og den nye Helse- og omsorgsplanen som skal understøtte samhandlingsreformen.

To av ni fra geriatrien

– Jeg ble bedt om å lage en liste med navn over fagfolk som kunne egne seg i et slikt utvalg, sier Torgeir Bruun Wyller.

I november startet utvalget arbeidet. Da var ett av de navnene Wyller hadde foreslått (høyskolelektor Pia

Cecilie Bing-Jonsson) med. Totalt var det ni representanter og utvalget ble ledet av professor Ivar J. Aaraas ved Nasjonalt senter for distriktsmedisin i Tromsø.

– Kun to representerte geriatrien. Blant de øvrige var det en overvekt av eksperter på sykestuer og distriktsmedisinske sentre. Det syntes jeg var påfallende når man etterspør effekten på eldre, kommenterer Wyller, men understreker at ekspertgruppen fikk et svært godt og konstruktivt samarbeid.

Han mistenker HOD for å ha satt sammen et utvalg mest for å kunne si at de hadde spurt geriaterne til råds, men med eksperter de trodde ville være enige i det som var foreslått i samhandlingsreformen.

– Det morsomme var at gruppen ble veldig mye mer enig enn jeg hadde trodd på forhånd. Det hadde nok ikke HOD trodd heller. De fikk et svar de ikke hadde ventet og har lagt rapporten i en skuff. De tier den i hjel. Det er mitt inntrykk, sier Wyller.

Han legger til at rapporten er svært vanskelig å finne

Geriatri på sparebluss

Norge har en av verdens mest kjente studier på hvor viktig det er med geriatriiske avdelinger i spesialisthelsetjenesten. Likevel lever vi ikke som vi lærer. Tekst **Eivor Hofstad** Foto **Erik M. Sundt**

Da Kunnskapssenteret i 2006 gikk gjennom 13 systematiske internasjonale oversikter med haugevis av studier, var konklusjonen entydig: Det ga en klar positiv effekt å utrede og behandle eldre pasienter i geriatriiske avdelinger. Det bedret både overlevelse og funksjon.

I 2002 publiserte geriater Ingvild Saltvedt fra Trondheim en studie som skulle komme til å bli mye sitert og brukt verden over. Hun undersøkte om det ga noen forskjell å bli innlagt på geriatriisk avdeling versus en indremedisinsk avdeling, på daværende regionsykehus i Trondheim. 127 pasienter i hver gruppe ble fulgt opp etter tre, seks og tolv måneder.

Mer enn halvert dødelighet

Innleggelse på geriatriisk avdeling mer enn halverte dødeligheten etter tre måneder, og var også betydelig redusert etter seks og litt mindre redusert etter tolv måneder. Forklaringen antas å være at på geriatriisk avdeling er kompetansen på de skropeligste eldre høy. Man ser på hele spekteret av kroniske lidelser og tilstander som følger pasienten, ikke bare diagnosen personen er innlagt for.

Vi ringer til avdeling for geriatri på St. Olavs Hospital for å høre om de gode resultatene har ført til en oppjustering av geriatriisk avdeling. Der treffer vi avdelingssykepleier Aud Olsen.

– Nei, dessverre, selv om det er få avdelinger som har så god

dokumentert effekt som vi har med Saltvedts studie. Vi hadde 15 sengeplasser og det ble planlagt 44 ved byggingen av det nye sykehuset. Nå står vi igjen med bare ti og den nybygde avdelingen er lånt ut til alderspsykiatrisk avdeling. Kapasiteten skulle absolutt vært bedre, forteller Olsen.

UNN sliter

Ved Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN), står det også dårligere til enn før. I 2008 ble lege- og sykepleierstillinger ved geriatriisk avdeling redusert med ni, mens sengene ble redusert fra 26 til 21, ifølge sykehusets internavis Pingvinen. I 2009 ble geriatriisk avdeling slått sammen med to andre avdelinger, gastro og nyre, til en felles sengepost.

– Da gikk sju senger til en nyoppretta slagenhet mens sju er akutte og sju er for rehabilitering. Det er for lite, sier Frank Fredriksen, seksjonssykepleier ved geriatriisk sengepost.

I tillegg sliter geriatrien på sykehuset fordi de ikke får besatt overlegestillingene. Vi ringer sykehusdirektør Tor Ingebrigtsen og spør hvorfor de valgte en nedprioritering når forskningen skulle tale for det motsatte.

– Punkt én: Sengetallet er ikke redusert. Det er omorganisert for å øke kvaliteten i hjerneslagbehandlingen. Vi har en studie som viser god effekt ved å gjøre som vi gjør på den nyoppretta slagenheten.

Den geriatriiske pasient har:

- › Flere og sammensatte lidelser
- › Flere kroniske grunn-sykdommer
- › Akutt funksjonstap på grunn av liten reservekapasitet
- › Høy risiko for akutt forvirring og demens
- › Diffuse symptomer, uklare og atypiske sykdomstegn
- › Samtidig bruk av mange medikamenter (polyfarmasi)
- › Endret respons på legemidler
- › Sviktende støtteapparat

Kilde: Helsedirektoratet



på HODs nettsider og at den ikke er nevnt i noe av det skriftlige materialet som er presentert fra HOD 8. april.

Sju av ni er skuffet

Seks av de andre i utvalget er enige med Wyller i at utvalget ikke har blitt hørt og at rapporten ser ut til å ha blitt lagt i en skuff. Men kommunelegen fra Nordkapp kommune synes det er vanskelig å uttale seg kort om saken, og virksomhetslederen fra pleie- og omsorgstjenesten i Lørenskog kommune er usikker på hva hun skal mene.

– Det har ikke blitt tatt hensyn til det vi advarer mot, at sykehus ikke må stimuleres til å skrive pasienter for tidlig ut og at vi fraråder kommunal medfinansiering av sykehusinnleggelser. Men vi har blitt hørt på det som har med inklusjons- og eksklusjonskriterier på lokalmedisinske sentre å gjøre, sier utvalgsleder Ivar J. Aaraas.

Utvalget uttalte seg om finansiering, selv om det ikke lå til mandatet de hadde fått.

– Vi følte vi måtte det, fordi det ble diskutert så mye. Men siden dette ikke var innenfor mandatet, falt nok disse rådene på steingrunn, sier Aaraas.

Han forteller at det pågår en diskusjon om rapporten på nettstedet Eyr, allmennlegenes diskusjonsforum.

– Allmenn- og samfunnsmedisinerne landet over har i all hovedsak gitt positiv støtte til rapporten. I større grad enn jeg hadde trodd, sier professor Aaraas.

HOD svarer

Magne Nylenna som var med på å sette ned utvalget, ønsker ikke å kommentere kritikken, men henviser til HOD. Der minner statssekretær Ragnhild Mathisen om at utvalget faktisk har blitt hørt på noen områder, og at rapporten vil bli lagt til grunn i det videre arbeidet med å sikre at kommunale tilbud blir gitt til den riktige pasientgruppen og at det blir bedre eller like bra som tilsvarende tilbud på sykehus.

– Planen vektlegger faglige retningslinjer i større grad.

Vi følger opp med rettslige virkemidler: Hjemmel til forskrift om faglige kriterier knyttet til grupper som kan utredes og behandles på et kommunalt nivå og hjemmel til faglige krav til hva et døgntilbud om øyeblikkelig hjelp i kommunen skal inneholde. Dessuten har vi gått bort fra 80+-modellen for kommunal medfinansiering, sier hun.

Det er særlig to argument fra departementet som ekspertutvalget har tilbakevist som udokumentert. At det er så mange unødvendige innleggelser i sykehus, og at lokalmedisinske sentra kan brukes i stedet for sykehus. Det finnes bare dokumentasjon på at de fungerer bra etter sykehusopphold.

– Hvorfor skriver dere det da?

– Helsedirektoratet anslår at på kort sikt kan cirka 10 prosent av behandlingene i spesialisthelsetjenestene utføres i kommunene. På lang sikt anslås 20–30 prosent. Forutsetningen er selvsagt en vesentlig styrking av kommunal helsetjeneste. Veksten i den totale helsetjenesten skal i størst grad skje i kommunene, sier Mathisen.



Der får de eldre like god slagbehandling som de yngre. Punkt to: Vi sliter med mange utskrivingssklare pasienter på geriatrik avdeling.

UNN har akkurat vedtatt en ny plan for geriatrien de neste fem årene. Der står det at UNN skal ha tilstrekkelig kapasitet for å ta imot de skrøpeligste eldre med behov for utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten.

– Hvor mange nye senger blir det?

– På kort sikt ingen. Men på lang sikt vil det bli flere når vi i 2018 vil ha en ny A-fløy klar. Det vil falle bra sammen med den store økningen i antall eldre som kommer fra 2020.

Ahus vil ha

Nye Akershus universitetssykehus (Ahus) er et stort fremtidens universitetssykehus. Men det mangler geriatrik avdeling. Vi spør konstituert direktør for medisinsk divisjon, Ivar Thor Jonsson, hvor

for. Han forsikrer at sykehuset ser på det som veldig viktig å ha en slik avdeling, spesielt med tanke på det økte behovet som kommer.

– Sykehuset har i mange år ønsket å etablere en geriatrik avdeling, men har hatt vanskelig med å rekruttere overleger. Nå har vi lyst ut fire overlegestillinger og en professor II-stilling som både er en klinisk- og en forskerstilling. Foreløpig er vi i forhandlinger med en om professorstillingen, så vi håper at avdelingen skal være oppe i løpet av året.

– Dere har ikke lyktes før. Hvorfor tror du dere klarer det denne gangen?

– Jeg er ganske ny og kjenner ikke historien, men det at vi er i konkrete forhandlinger med en person gjør at vi er optimistiske. Det er alltid vanskelig å rekruttere de første nye til en nyopprettet avdeling. Siden går det lettere. Ellers har vi mer å by på nå enn før. Vi har ansvaret for en større populasjon og gir mer forskermuligheter.



POPULÆR: Det er for stor forskjell på hvor lett de geriatrike avdelingene får rekruttert. – Det er ikke fristende å komme til en uriaspost helt alene i et miljø som ikke anerkjenner geriatrien, mener professor Torgeir Bruun Wyller på Ullevål.

« Geriatri er kanskje ikke «high tech» nok? Ingvild Saltvedt, forsker

beid. For det er ikke fristende å komme til en uriaspost helt alene i et miljø som ikke anerkjenner geriatrien.

Ikke tatt på alvor

– Jeg er ganske uforstående til at man i alle politiske taler sier at geriatri er viktig samtidig som man ikke evner å prioritere. Geriatrike pasienter får ikke den behandlingen de trenger i dag, og det er veldig betenkelig, rett og slett, sier Ingvild Saltvedt, som står bak undersøkelsen i Trondheim.

– *Hvs synes du om at et nytt sykehus som Ahus ikke har en geriatrik avdeling?*

– Helt uforståelig! Det sier også fagfolk som ikke er geriater. Et universitetssykehus har ansvar for å gi effektiv behandling, bygge kunnskap og drive undervisning, samt å forske. Hvordan kan man undervise i geriatri uten geriater? Det er også ekstra viktig å bygge opp spesialisthelsetjenesten i geriatri når samhandlingsreformen kommer.

– *Føler du at resultatene fra studien din er tatt på alvor i norsk sykehusledelse?*

– Nei, ikke i det hele tatt. Vi er det sykehuset i Europa med best dokumentasjon på dette, likevel følges det ikke opp. Det har kanskje noe med synet på faget og de eldre å gjøre. Det er kanskje ikke «high tech» nok, spekulerer Saltvedt.

Nederst på prestisjeskala

Det stemmer med spørreundersøkelsene til sosiolog Dag Album som viser at både medisinske studenter og praktiserende leger bedømmer geriatri på bunnen av et prestisjehierarki, vurdert ut fra hvordan de tror deres kolleger eller medstudenter rangerer ulike medisinske spesialiteter. Sist han gjorde en slik undersøkelse var i 2002.

– Jeg tror ikke geriatri er særlig høyt ranka blant sykepleiere heller. Det er uforståelig for meg fordi det må jo være det mest spennende faget man kan jobbe i, kommenterer avdelingssykepleier Aud Olsen.

– Men hadde Album spurt hvordan de selv faktisk rangerer geriatri, tror jeg skåren hadde vært høyere. Vi merker at det har skjedd en holdningsendring både blant sykepleiere og leger, i sykehusmiljøet og blant studentene, sier Torgeir Bruun Wyller.

Han viser til at før var geriatribygget på Ullevål plassert lengst bort i et hjørne, men i 2007 flyttet de inn sammen med de andre akuttpostene mer sentralt på sykehusområdet.

– Fra å være et annenrangs fag ser man nå behovet for å ha viktige, flinke folk der, sier Wyller.

Østfold satser

Over 30 arkitekter sitter og tegner det nye Sykehuset Østfold i år. Byggestart er til høsten og i 2016 skal det stå ferdig.

– Da skal vi ha en akuttgeriatrik avdeling som vi startet opp med i fjor. Det skal vi fortsette med, men om avdelingen blir på Kalnes eller Moss, vet vi ikke, lover kommunikasjonsdirektør Anne Grethe Erlandsen.

– *Blir det ikke vanskelig å bygge når man ikke vet hva som skal være hvor?*

– Nei, klinikkene vil bli standardiserte. Det vil ikke bli egne lokaler designet for hver spesialitet, siden alt er i endring hele tiden, med unntak for enkelte spesialiteter.



- *Hvor mange sykepleiere skal dere ha?*
- Det er avhengig av hvor mange sengeplasser det blir. Men vi har allerede ansatt fire geriatrike sykepleiere.
- *Har dere en avdeling som står klar?*
- Nei, det ville ikke vært forsvarlig når vi har så stort sengeplassbehov. Ved etablering av geriatrik sengepost vil vi omdisponere senger fra både nevroklinikken og medisinske avdelinger, sier Jonsson.

– Må vise at de vil

– Ahus og Haukeland har et dårlig rykte i geriatermiljøet. På Ullevål strømmet søknadene inn når vi lyser ut legestillinger, sier professor Torgeir Bruun Wyller ved geriatrik avdeling på Oslo Universitetssykehus, Ullevål, og fortsetter:

– Ahus er ikke kjent for å holde geriatrien høyt. De må virkelig vise at de denne gangen mener å satse med å gjøre noe stort grunderar-

Får medhold etter feilbe

En 84 år gammel kvinne ble innlagt på sykehus med mistanke om septisk artritt i et kne, men døde av blødninger i magen. I ettertid er det konkludert med svikt i behandlingen.

Tekst **Ann-Kristin Bloch Helmers**

Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) har på forespørsel fra Sykepleien hentet ut statistikk som viser hvordan de eldste eldre er representert i klagesaker etter feilbehandling. NPE har også utarbeidet resymeer av saker hvor erstatningssøkeren er 80 år og eldre, og har fått medhold etter skader påført i spesialisthelsetjenesten.

Tallene viser at eldre pasienter søker sjeldnere om erstatning

på grunn av feilbehandling. Men når de først søker, får de oftere medhold enn yngre pasienter.

– Høyere terskel

– Fordelingen på aldersgrupper viser at flertallet av dem som søker om erstatning er mellom 30 og 69 år. Disse står for til sammen 67 prosent av erstatningssøkerne. Gruppen 50–59 år er den største enkeltgruppen med en andel på 20 prosent, sier Øydis Ulrikke Castberg, kommunikasjonssjef i NPE.

Tallene viser imidlertid at medholdsandelen er høyest i de eldste aldersgruppene. Erstatningssøkerne fra 60 år og oppover har en medholdsandel som er over gjennomsnittet på 33 prosent.

Bare tre prosent av klagen kommer fra personer over 80 år. Dette til tross: I denne gruppen får hele 46 prosent av klagerne medhold.

– Hva er grunnen til dette?

– Det kan være flere årsaker, men det kan tenkes at de eldste erstatningssøkerne i utgangspunktet har en høyere terskel enn de yngre for å sette i gang prosessen med å søke om erstatning. Når de først går til det skrittet har de saker som står sterkt, sier Castberg.

Døde etter feilmedisinering

Her er noen av sakene hvor de eldste pasientene har fått medhold:

Kvinne, 84 år: Pasienten hadde kjent hjertesykdom med mekanisk ventil. Hun ble behandlet med Marevan, og lagt inn på sykehus med mistanke om septisk artritt i høyre kne. INR-verdier var forhøyet, og det var derfor økt risiko for blødninger. Hun ble medisinert med Voltaren som smertebehandling. Blødningsfaren holdt seg høy til tross for medisinering med Konakion. Kvinnen hadde blodig oppkast, og det ble påvist blødning fra tolvfingertarmen. Blødningen vedvarte til tross for behandling. Hun forble ustabil med lav blodprosent og vedvarende blødning. Pasienten ble operert med fjerning av deler av magesekken og omstikking av blødende kar. Kvinnen døde få dager senere. NPEs konklusjon er at det var svikt i behandling å medisinere henne med Voltaren, da hun hadde økt risiko for blødninger, og at smertene kunne vært behandlet på annen måte. Medisineringen med Voltaren har i vesentlig grad bidratt til mageblødningen og påfølgende dødsfall. **Medhold – Svikt i behandling**

Pinne grodd fast i håndledd

Kvinne, 80 år – pådro seg brudd i håndledd etter fall, og ble operert med innsetting av pinner som ble fjernet etter en måned – en pinne ble sittende igjen. Denne var grodd fast til beinet. Pasienten fikk smerter og nedsatt funksjon i håndleddet. Sannsynlig årsakssammenheng mellom deler av plagene med smerter og nedsatt funksjon og behandlingen ved sykehuset – det er ikke i samsvar med alminnelige prinsipper og retningslinjer å

Flest ortopediskader:

Erstatningssøkere 80 år og eldre på skadetidspunktet – medisinsk område og årsak til medhold 2006–2010

MEDHOLD/AVSLAG FORDELT PÅ DE FEM STØRSTE MEDISINSKE OMRÅDER

MEDISINSK OMRÅDE	Medhold	Avslag	Totalt	Andel
Ortopedi	97	87	184	40 %
Øyesykdommer	12	33	45	10 %
Svulster og kreftsykdommer	17	25	42	9 %
Hjertesykdommer	12	17	29	6 %
Gastroenterologisk kirurgi	8	10	18	4 %
Annet	62	77	139	30 %
Totalt	208	249	457	100 %



VEDTAK FORDELT PÅ ÅRSAKER TIL MEDHOLD

ÅRSAK TIL MEDHOLD	Antall	Prosent
Svikt i behandling	108	52 %
Smitte/infeksjon	47	23 %
Svikt i diagnostikk	26	13 %
Svikt i pleie	11	5 %
Annet	16	8 %
Totalt	208	100 %

handling

la pinnen bli værende igjen når man operativt forsøkte å fjerne denne. **Medhold – Svikt i behandling**

Brakk benet under operasjon

Kvinne, 81 år – ble operert med innsetting av kneprotese på grunn av slitasjegikt. Røntgenbilder to dager etter inngrepet viste at det hadde oppstått brudd i lårbeinet, og det ble foretatt ny operasjon for å feste bruddet med skruer. Under denne prosedyren oppsto det nytt brudd i lårbeinet. Dette bruddet ble stabilisert med ståltråd. Hun ble utskrevet til rehabilitering – men hadde vedvarende smerter og nedsatt funksjonsevne. NPE konkluderer med at hun ble påført lårbeinsbrudd på sykehuset. **Medhold – Svikt i behandling**

Ble blind etter blødning

Kvinne, 81 år – kjent operert for grå og grønn stær begge øyne.

Hun hadde kun gangsyn venstre øye. Pasienten ble reoperert på høyre øye på grunn av høyt trykk. Det tilkom en stor blødning, men sykehuset avventet en spontan bedring. Det skjedde ikke, og først ti måneder seinere kunne man se inn til øyebunnen. Kvinnen mistet synet på øyet, og kan ikke

« Når de først går til det skrittet har de saker som står sterkt. Øydis Ulrikke Castberg

lenger lese eller se på TV. Sykehuset burde ha henvist til netthinnespesialist etter noen få uker for vurdering av en eventuell operasjon med fjerning av blodet. **Medhold – Svikt i behandling.**



FART NÅR DU VIL HA MER PÅ MAGEN



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

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

Duphalac® er et reseptfritt legemiddel som fås på apotek.

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

TREG MAGE KAN RAMME ALLE



duphalac
laktulose
– når magen sier nei

Den brukervennlige flasken

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

Abbott
A Promise for Life
054-Dup-Mar-11

Ny sykepleierrolle først til geriatrien

Marthe Alvilde Ødegaard er storfornøyd med utfordringene hun får i praksis på geriatrisk avdeling. Kanskje blir det master i avansert geriatrisk sykepleie etter hvert. Tekst **Eivor Hofstad** Foto **Erik M. Sundt**

Marthe Alvilde Ødegaard er tredje års sykepleierstudent i praksis på geriatrisk avdeling på Oslo universitetssykehus, Ullevål. Når vi treffer henne har hun og tre andre studenter vært der i snart to uker, og har åtte igjen.

– Jeg er kjempefornøyd med at jeg kom hit. Når mange av mine studiekamerater hører geriatri, tenker de gjerne eldre, tunge, kjedelige og slappe pasienter. I stedet er de spennende og utfordrende med mange forskjellige diagnoser som krever mye kunnskap hos dem som

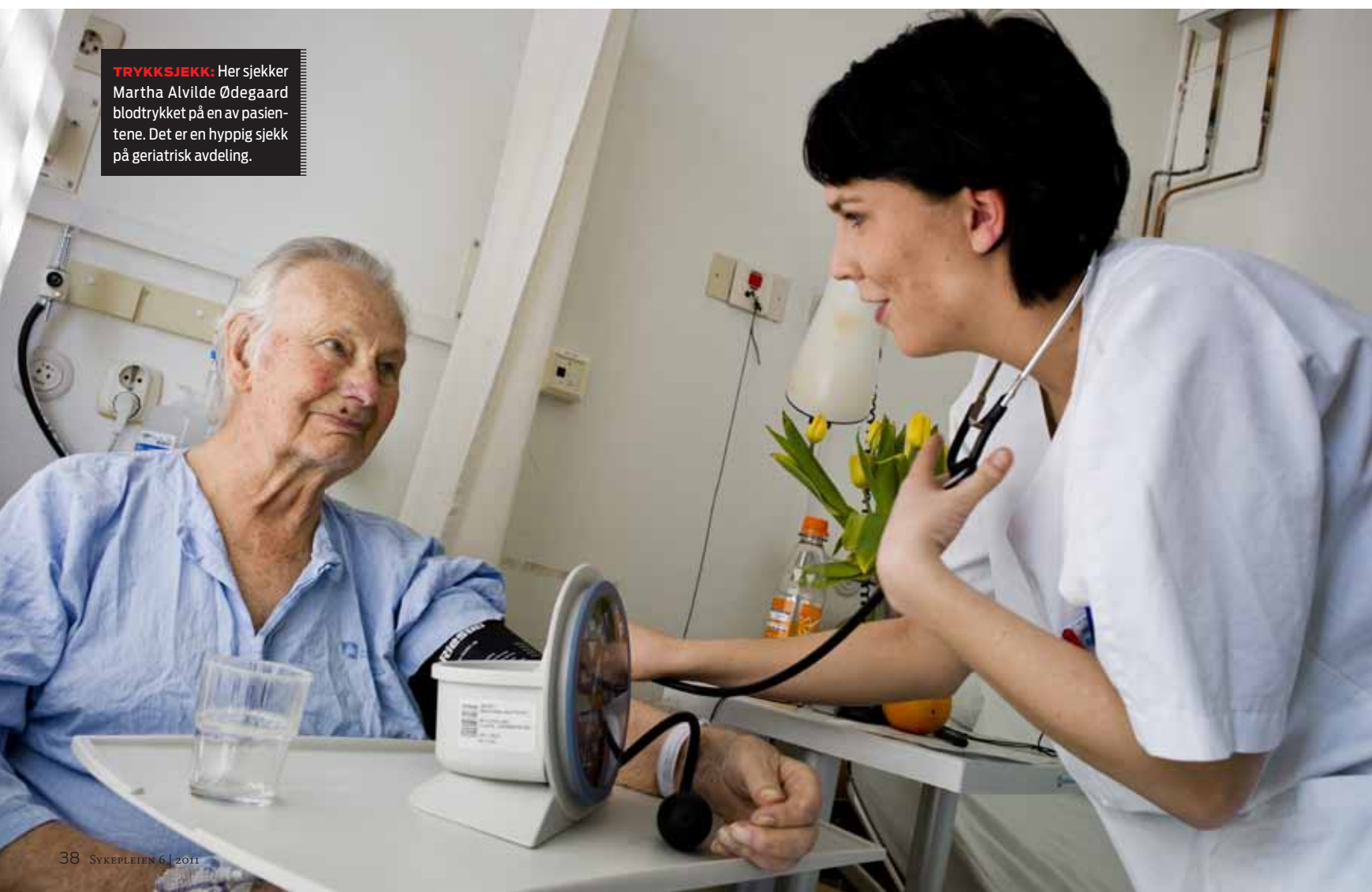
skal utrede og behandle. Dessuten har de levd lenge og har masse å lære oss, hvis de klarer å samtale, sier Ødegaard.

Hun kunne gjerne tenke seg å ta den nye masteren i avansert geriatrisk sykepleie, da må hun bare ha tre års praksis først.

AGS

Nylig ble det klart at finansieringen var i orden og at Norges første master i avansert geriatrisk sykepleie (AGS) kan starte opp fra høsten

TRYKKSJEKK: Her sjekker Martha Alvilde Ødegaard blodtrykket på en av pasientene. Det er en hyppig sjekk på geriatrisk avdeling.



ved Universitetet i Oslo. Det er både Norges første «nurse practitioner»-utdanning og landets første geriatriiske akademiske videreutdanning kun for sykepleiere. Dessuten passer den som hånd i hanske med samhandlingsreformens kommende krav til økt spesialisering i kommunehelsetjenesten.

– Dette har vi absolutt savnet! Norge ligger mange år tilbake fra resten av verden på dette området. Det er 40 år siden det første nurse practitioner-programmet ble etablert i USA, sier Karen Bjørø i Norsk Sykepleierforbunds faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens.

Møter samhandlingsreformen

En AGS skal kunne gjennomføre systematiske kartlegginger av eldre menneskers helsetilstand, funksjon og egenomsorgsevne, samt ha kunnskap og ferdigheter i å utrede og iverksette behandling for vanlige helseplager hos eldre. Tanken er å bedre kvaliteten og tilgjengeligheten på helsetjenestetilbudet til de sykeste gamle, spesielt i kommunehelsetjenesten. Men studiet vil også kunne passe for sykepleiere på sykehus.

– Vi har lagt oss tett opp til de internasjonale kravene for å få tittelen «nurse practitioner», sier ansvarlig for studiet, professor Marit Kirkevold, ved avdeling for sykepleievitenskap ved Universitetet i Oslo.

Ikke henvise og forskrive

Nurse practitioner har på norsk blitt kalt både klinisk ekspertsykepleier og avansert sykepleier. I USA, Australia og Storbritannia hvor sykepleierne lenge har hatt denne spesialiseringsmuligheten, finnes ulike varianter. Det som ofte skiller dem fra andre spesialiserte sykepleiere er at de kan

kunnskap som er mer klinisk rettet og som har mer fokus på sykdom og funksjonsendringer, inklusive betydelig kunnskap om patologi, sykdomsbehandling og farmakologi. Eldreomsorgsbegrepet har mer i seg av gerontologi, læren om de sosiale aspektene ved aldring og pleie- og omsorgstjenester for eldre. Men det er snakk om tyngdepunkter, det er ikke vesensforskjeller, sier Kirkevold.

– Eldreomsorg har et sterkt preg av det sosiale, at de eldre skal trives, mens geriatri handler mer om sykdommene hos de eldre. Noen høyskoler tar utgangspunkt i rammeplanen som har handlet om gerontologi, når de nå utvikler mastere i eldreomsorg, sier Karen Bjørø.

Kritiske røster synes sykepleierne med dette nærmer seg legenes område.

– Poenget er å få sykepleiere med tilstrekkelig kompetanse til å yte sykepleie av god kvalitet. Den medisinske delen er viktig fordi det gir en bedre sykepleie. Ikke fordi disse sykepleierne skal bli en slags «B-leger», sier Kirkevold.

Mindre praksis enn i USA

Studiet er lagt opp som deltid over tre år, og gir 120 studiepoeng. Første og siste semester blir fulltid. Masteroppgaven skal gjøres på ett semester.

I løpet av studiet skal studentene ha praksis. Det vil bli i aktuelle settinger i kommunehelsetjenesten som sykehjem og hjemmesykepleie.

– Vi har ikke lagt de planene helt ferdige ennå, men jeg regner med at noe av praksisen også vil være på sykehus, sier Kirkevold.

– I USA har en nurse practitioner 500 timer praksis. Hva vil en AGS få?

– Ikke så mye, cirka 360 timer. Men vi forutsetter at våre studenter har tre års relevant praksis før de starter studiet.

Veiledning av leger

– Hvem skal veilede dem?

– Det blir en kombinasjon av leger og nurse practitioner fra USA og/eller Storbritannia. De skal være erfarne og kunnskapsrike, og det er viktig at studentene får veiledet praksis som er relevant for den norske virkeligheten. Tror også vi vil finne noen norske sykepleiere med realkompetanse innenfor temaene vi underviser i. Dette er et nybrottsarbeid, men vi skal finne gode løsninger, lover Kirkevold.

Karen Bjørø legger til at det er viktig at legene blir veiledere og at AGS-studentene får praksis hos nurse practitioners i andre land dersom disse sykepleierne skal få en ny rolle.

– Sykepleierne må bli bedre til å vurdere pasientenes fysiske og psykiske tilstand. Vi trenger å ta nye verktøy i bruk. Blant annet kan smertevurderingen bli mye bedre, sier hun. ■■■

5 på gangen

Tekst Nina Hernæs

Har du opplevd at eldre og yngre pasienter blir fulgt opp forskjellig?



Liv Wergeland Sørbye, førsteamanuensis og ph.d.

– Forskning vi har gjort på Diakonhjemmet høyskole viser at eldre ikke får den oppfølgingen de trenger. For eksempel får eldre som brykker lårhalsen ikke tilbud om opp trening. Vår erfaring er at eldre med slag ikke blir prioritert til logopedbehandling.



Roar Aaserud, avdelings- sykepleier, Slagenheten, Akershus universitetssykehus

– Nei, ut fra min erfaring kan jeg ikke si det. Vi tar imot alle pasienter fra vårt nedslagsfelt, både eldre og yngre. Ahus har ikke geriatrik avdeling, så alle slagpasientene er her hele sykehusoppholdet. Etterpå reiser noen hjem, noen til sykehjem og noen til rehabilitering.



Edel Bruun Bastøe, leder i NSF's faggruppe for sykepleiere i ortopedi

– Jeg har ikke det inntrykket. Min erfaring er at eldre og yngre får lik behandling ut fra diagnose. Eldre får kanskje mer oppfølging fordi mange har flere tilleggsdiagnoser. En annen ting er at yngre er mer oppdatert på egne rettigheter og derfor får mer oppfølging.



Eli Fossan Rasmussen, slagsykepleier, nevrologisk avdeling, Drammen sykehus

– Det var et vanskelig spørsmål. Jeg ser ikke nevneverdig forskjell i forhold til alder. Men har pasienter mange diagnoser fra før, som eldre oftere har, er det mye mer å ta hensyn til. Vi har en klar holdning om at alle, uansett alder, skal få muligheten til rehabilitering. Vi har ingen øvre aldersgrense på vår avdeling.



Ada Valle Huse, spesialsykepleier i ambulerende rehabiliteringsteam, Sykehuset Innlandet

– Uten konkrete eksempler, så mener jeg å erfare at alder spiller inn for rehabiliteringstilbud etter sykdom/skade. Spesialisthelsetjenesten har begrenset antall plasser og søknad/inntak vurderes etter helhet med pasientens forutsetninger, ønsker og behov - alder er en av faktorene. Jeg tenker at gode rehabiliteringstilbud i kommunene må være satsningsområde framover for å gi et godt tilbud til alle.

« Dette har vi absolutt savnet! » Karen Bjørø, NSF

henvise pasientene og har en begrenset forskrivningsrett for legemidler.

– Vi legger ikke opp til at AGS-ene skal få disse oppgavene foreløpig. Det vil i så fall kreve en lovendring. Det er ikke et mål i seg selv for oss å få det, men jeg ser ikke bort ifra at arbeidet vil kunne lettes dersom de avanserte geriatriiske sykepleierne får forskrivningsrett. Det kan også være fornuftig å prøve ut en ordning der disse sykepleierne kan henvise videre i systemet, sier Kirkevold.

Forskjell mellom eldreomsorg og geriatri

Flere høyskoler har mastere i samme sjanger av ulik varighet og omfang. For eksempel helsetjenester til eldre, og aldring og eldreomsorg. Forskjellen er blant annet at disse er tverrfaglige, de har ikke klinisk undervisning og det er ikke nødvendigvis et eksplisitt mål at disse skal gå tilbake til klinisk stilling. De har heller ikke rett til tittelen nurse practitioner.

– Hva er forskjellen mellom eldreomsorg og geriatri?

– Geriatribegrepet refererer til en fordypet

Der ute

Les mer om:

- 40 Aktive demente i Drøbak ›
- 42 – Politikerne fortjener ros ›
- 47 Cherry og sykepleier-yrket ›



sykepleien.no

› Flere reportasjer på
sykepleien.no



DER UTE BÆRUM

En skuespiller, en magedanser og en sykepleier. Sammen klovner de for 28 beboere på Berger bo-

Klovneri – for

Fakta:

Klokkeklovnene ble dannet i 2010 av Patric van der Boom. Gruppen består av 10 klovner med forskjellig yrkesbakgrunn.

De har opptrådt på sykehjem i Oslo-området. Boom har 2 års klovneskole fra Holland.

Røde neser, selvlagde mammalukker, hatter, blomstrete kjoler og fargerike skjorter. Et knallgrønt trekkspill og en rød ukulele. Klovnene danser seg inn i stua på avdelingen til glade rytmer og synger «You are my sunshine, my only sunshine. You make me happy when skies are grey».

Liv Pedersen våkner fra middagshvilen, setter seg opp, strekker armene mot klovnene og smiler. En av klovnene er straks borte, tar tak i de utstrakte hendene, og synger til henne «You'll never know dear, how much I love you. Please don't take my sunshine away». Snart synger hun med, og med stor forsiktighet lirker klovnen henne opp av sofaen og ut på dansegulvet. Sammen skåler de i tomme champagneglass.

– Smaker det, spør klovnene.

– Nei og nei, forsikrer den eldre damen leende.

Øyeblikkskunst

Publikummerne sitter ikke på rad og rekke i kantina. Beboerne på Berger bo- og behandlingssenter i Bærum vet ikke at klovnene kommer før de danser inn i stua, eller står syngende utenfor døra til rommet deres og spør om de ønsker besøk.

Patrick van den Boom, initiativtakeren til Klokkeklovnene, er opptatt av å begynne med blanke ark, og at møtet mellom klovnene og beboerne skal være spontant. Det eneste klovnene vil vite er om noen har bursdag, snakker andre språk, er blinde eller døve.

– Vi kjenner ikke beboerne og vil ikke ha for mye informasjon om dem på forhånd. Hvis en person er aggressiv, så vil jeg ikke vite det. Bare slik kan vi møte personen i øyeblikket, sier Patrick.

Han synes dansen med Liv Pedersen var et vakkert øyeblikk.

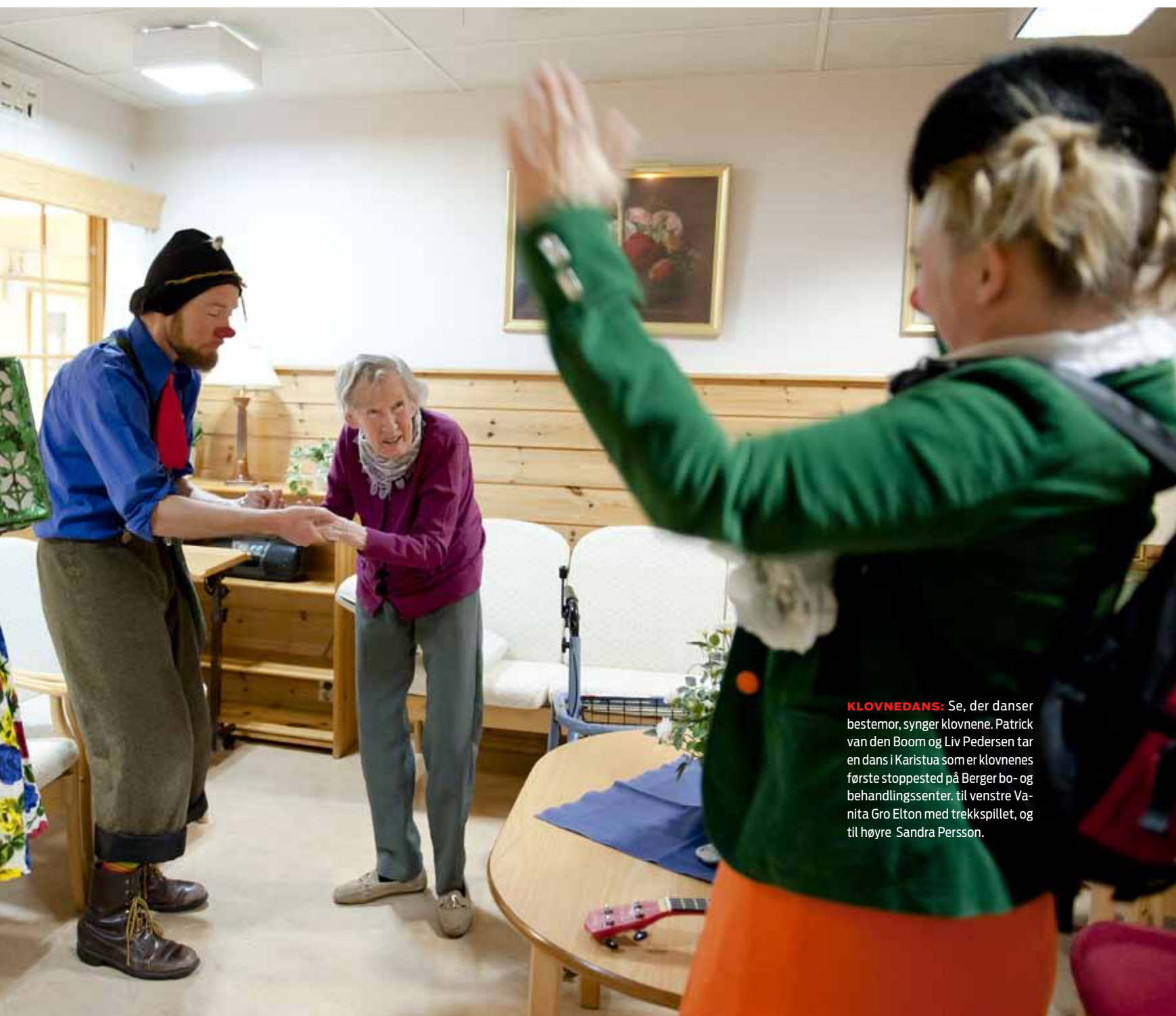
– Når hun våknet til, smilte og begynte å synte og danse, da er det den beste applausen vi kan få.

Når klovnene forsvinner til



og behandlingssenter.

et øyeblikk



KLOVNEDANS: Se, der danser bestemor, synger klovnene. Patrick van den Boom og Liv Pedersen tar en dans i Karistua som er klovnenes første stoppested på Berger bo- og behandlingssenter. til venstre Varnita Gro Elton med trekkspillet, og til høyre Sandra Persson.

neste rom, går det ikke lenge før de er glemte. Rundt 75 prosent av beboerne på avdelingen har aldersdemens.

– De fortjener å ha fine øyeblikk og møter selv om de glemmer dem igjen, sier Patrick.

Sykepleier og klovner, Sandra Persson, er enig. Hun sammenlikner det med en smaksopplevelse.

– Vi spiser jo ting som smaker godt selv om smaken forsvinner igjen.

Hun mener at følelsene klovnene skaper sitter igjen i personen utover de to timene med underholdning.

– De ansatte sier at de ser en bedring i humøret, og at urolige personer blir roligere også etter vi har gått, forteller Sandra.

Ti års klovneri

Ute i gangen samles flere av beboerne for å høre på den glade sangen.

– Liv lå og sov, så våknet hun til når klovnene kom.

Aktivitør Gerd Enli forklarer situasjonen for en av de nysgjerrige tilskuerne.

– Gjorde hun det? Det er helt utrolig. Hvor kommer de fra? De er flinke, høres det fra gangen.

Patrick van den Boom kommer fra Holland. Han har bakgrunn som skuespiller og har gått to år på klovneskole. Sammen med seks andre fra skolen, begynte han i 2001 å klovne på sykehjem. I januar i fjor flyttet han til Norge, og ville gjerne være klovner også på norske sykehjem. Dermed dannet han Klokkeklovnene som nå består av hele ti klovner.

I dag klovner Patrick sammen med Sandra Persson og Vanita Gro Elton.



«Det er en komplisert jobb å være klovner, men det gir noen fantastiske møter.» Patrick van den Boom, klovner

Anne-Marthe Lund Engnes er med som observatør. De er en sammensatt gruppe. Sandra er utdannet skuespiller og sykepleier. Hun har en halv stilling på barneavdelingen på Rikshospitalet i tillegg til klovnejobben. Vanita er kropps- og kunstterapeut og danselærer, og Anne-Marthe er utdannet skuespiller.

Klokkeklovnene hadde sitt første oppdrag 26. september i fjor. Til nå har de vært på fem ulike sykehjem i Oslo-området. På Berger bo- og behandlingssenter og Solbakken bo- og

behandlingssenter har de såkalte pilotprosjekt. Under prosjektet får sykehjemmet besøk av klovnene fire ganger, der de klovner i en og en halv time hver gang. På Mariehaven bo- og behandlingssenter er pilotprosjektet avsluttet, og de er blitt bedt om å fortsette i et år. Den største utfordringen nå er finansieringen. Sykehjemmene har stramme budsjetter, og Klokkeklovnene jobber med å finne sponsorer som er villige til å bidra med penger.

Smak og behag

Klovnene fortsetter runddansen. På én og én halv time skal de gjennom gangene, innom to stuer og flere enerom. Ute på gangen tar de først en hjertelig hilserunde. Så synger de igjen. En beboer slår forsiktig rytmen med hånda på låret, og en sprek dame på 92 sitter på rullatoren og lar rockefoten svinge. «Se der danser bestemor, og for en stil hun har» synger klovnene og danser med. Reidun Olsen nynn timer. Hun synes det er moro med klovnene.

– De gjør ikke meg noe. Jeg sitter her alene og synes det er morsomt når de kommer. Det er klart jeg synes det er morsomt, slår Reidun fast.

Gerd Enli går bort til en dame uten språk. Aktivitøren har med seg svarkort og spør om hun vil være sammen med klovnene. Hun svarer nei. Ikke alle liker klovnekunster.

Gerd Enli får forskjellige tilbakemeldinger fra beboerne.

– Noen synes det er fint, noen liker det ikke og noen er tvilende.

Hun forteller at de av beboerne som husker, har snakket med de ansatte på avdelingen om at de synes det er gøy.

Patrick van den Boom er klar på at det er beboerne som er hovedpersonene.

– Vi kommer inn i stua deres. Noen tar imot oss med åpne armer, mens andre er litt skeptiske. Slik vi ser det, er det deres rom, og vi tar det ikke for gitt at de vil ha oss der.

Klovnene respekterer at ikke alle beboerne er like åpne for klovnerier.

– Det viktige er at vi forblir åpne og takker dem for at de er ærlige mot oss, mener Patrick.

Han forteller om en dame som lukket klovnene ute i en halvtime, men som rett før de gikk, åpnet seg, spurte om når de kom tilbake og sa: «koselig, koselig».

Å være klovner

Turen går videre, og klovnene stikker

innom rommet til Ragna Engebretsen. 94-åringen får oransje og grønne fjær i håret og lar seg lett underholde.

– Dere kan lage sirkus dere, sier Ragna der hun sitter omringet av klovner på alle kanter.

Hun kikker seg i speilet som klovnen holder opp og kommenterer mangelen på krøller. Klovnen sier hun er fin, og hun takker for det.

Klokkeklovnene knytter ikke ballonger og forteller ikke vitser. Det er ingenting regissert og instruert over dem. De spiller ikke klovner. De er klovner. Sykehjemsklovnene bruker mest improvisasjon. De synger, danser, spiller, tryller litt, tuller mye og dunker av og til borti ting med vilje. De hilser hjertelig på alle, gir hver enkelt den dosen oppmerksomhet de ønsker, før de går videre til neste. Klovnene henvender seg ofte til beboerne, men de prater alltid om det som skjer her og nå, ikke hva som har skjedd før klovnene kom, eller hva som skal skje når de går.

– Det er en komplisert jobb å være klovner, men det gir noen fantastiske møter, smiler Patrick.

Sandra Persson som er både sykepleier og klovner, synes det er en bra kombinasjon.

– Det er fint å kunne ta litt fri fra selve sykepleierfaget og bare leke og være i nuet. Når jeg er klovner får jeg gjøre det jeg vil gjøre som sykepleier, men ikke får tid til. Jeg får sitte ned, synge og vise at jeg bryr meg. Det handler om farger, kjærlighet og hjerterom.

I gangen utenfor rommet har to av beboerne stilt seg opp og får med seg showet på litt avstand. De to har allerede sunget med klovnene, men fulgte etter musikken når klovnene beveget seg videre gjennom avdelingen for å se mer. En mann kommer bort til Gerd Enli. Han lurte på hva som skjer. Gerd forklarer at det er klovnene som er på besøk.

– De kommer til deg også, sier hun.

– Når, lurte han.

– Om cirka en halvtime, kan Gerd fortelle.

– Hva skjer da?

Det vet hun ikke. Alt kan skje når klovnene er på besøk.

Litt senere treffer Gerd ham i gangen. Han venter på noe, men husker ikke helt hva det er. Gerd minner ham om klovnene, og han er med igjen. ■■■

Tekst Marte Skaara Foto Stig Weston



JOBBER MED KLOVNER: Litt unntakstilstand på avdelingen når klovnene herjer.



KLOVNEKONTAKT: Liv Pedersen og Patrick van den Boom.

«Det er fint å kunne ta litt fri fra selve sykepleierfaget og bare leke.»

Sandra Persson, sykepleier og klovn



KLOVNEHILSEN: Klovnene danser og skråler seg inn i hverdagen til Reidun Olsen, som også får en hjertelig hilsen av klovn og sykepleier Sandra Persson.

Når tillitsvalgte entrer banen, ligger det konflikt i lufta. Men ikke i Bø i Telemark. Denne gangen.

– Politikere fortjener også ros

Rekruttering

I august 2008 vedtok Bø kommunestyre en ny lønnsstige for sykepleiere. Alle sykepleierne i kommunen i Telemark begynner på lønnsnivå tilsvarende full ansiennitet.



De har en gladmelding å komme med, de fire tillitsvalgte i Norsk Sykepleierforbund (NSF) i Bø i Telemark.

– Når politikerne gjør vedtak som gagnar brukerne, den enkelte sykepleier og andre ansatte, så skal de også ha tilbakemelding om det, sier Frøydis Haukeland, på vegne av de fire tillitsvalgte.

Selv er hun tillitsvalgt i hjemmesykepleien og korttidsavdelingen på Bø sjukeheim. I dag tilbyr Bø kommune de beste lønnsvilkårene for sykepleiere i Telemark.

Høyere lønn virker

Bø kommune slet lenge med å rekruttere sykepleiere til ledige stillinger. Det til stor frustrasjon for både politikere, administrasjonen og

få et lønnsnivå tilsvarende full ansiennitet. Det innebar fra 50 000 til 70 000 kroner mer i lønningsposten, avhengig av ansiennitet. Og tiltaket har virket.

– Vi får i dag mange gode søkere på sykepleierstillinger som blir lyst ut, sier Frøydis Haukeland. Hun kan vise til åtte til ti søkere på hver ledig stilling. Og blant søkerne finner man stadig flere fra spesialisthelsetjenesten. Det skjedde sjelden tidligere.

Sykepleiere har tradisjonelt ønsket seg til sykehusene, der det er store fagmiljøer, mer fokus på fagutvikling og bedre lagt til rette for å bruke sykepleierkompetansen.

– Det er interessant at det er flere søkere som ønsker seg fra sykehusene til kommunen. Vi må imidlertid presisere at det er stillinger som lyses ut

«Vi får i dag mange gode søkere på sykepleierstillinger som blir lyst ut.» Frøydis Haukeland

ansatte i kommunens helse- og omsorgstjeneste. I et forsøk på å bedre situasjonen vedtok kommunestyret i 2008 en ny og bedre lønnsstige for sykepleierne. Alle sykepleiere skulle

som faste og hele stillinger som får flest søkere. I vikariat og deltidsstillinger kan det fortsatt være vanskelig å få ansatt kvalifisert personell, ifølge de tillitsvalgte.



Tjener på det

De tillitsvalgte er ikke i tvil om at rekrutteringstiltaket i Bø er et lønnsomt vedtak på sikt. Alternativet er økt bruk av overtid og et fordyrende vikarsystem.

– Det er veldig viktig for en kommune som Bø med vel 5 500 innbyggere å få bemannet ledige stillinger med godt kvalifiserte og stabile sykepleiere, understreker de tillitsvalgte. De legger til at kommunene i åra framover vil få et økt ansvar for helsetjenestene til innbyggerne som resultat av samhandlingsreformen som skal fases inn fra 2012.



– Det betyr økt behov for flere sykepleiere og mer kompetanse. At kommunen kan tilby sykepleiere høyere lønn, anser vi som svært sentralt i denne prosessen, sier Haukeland. Hun tror også det vil gjøre at ansatte sykepleiere tenker seg om en og to ganger før de velger å søke jobb et annet sted.

– Er de andre ansatte i kommunen misunnelige?

– Nei, vi opplever ikke det, sier Haukeland.

Ikke bare lønn

Høyre lønn har gitt flere sykepleiere, bedre kvalitet på tjenestene og brukerne

rundt om i hjemmene opplever at de får mer kvalifiserte svar når de spør. Dette gjør det lettere å bli boende i eget hjem.

De tillitsvalgte peker imidlertid på at det ikke bare er lønnsvilkårene som er viktige når man snakker om å sikre kvalifiserte og stabile ansatte.

– Vi må også se på turnusordningene, deltidsstillingene, arbeidsmiljøet og mulighetene til faglig utvikling.

Ønsker å utvide ordningen

For en måned siden fikk vernepleiere den samme ordningen. Flott, mener de tillitsvalgte. Men det bør ikke stoppe med dette.

– I framtida vil det være økt behov for flere stillinger for spesialsykepleiere. I dag ligger disse etter i det kommunale lønnsystemet, sier Frøydis Haukeland, som håper lønnsordningen også kan utvides til å gjelde spesialsykepleiere.

Det må lønne seg å ta videreutdanning, mener de tillitsvalgte. Selv om de NSF-tillitsvalgte ikke har fått gehør hos politikere og administrasjon om en egen lønnsstige for spesialsykepleiere, registrerer de at tillegg er blitt gitt i de lokale lønnsforhandlingene. ■■■

Tekst **Bjørn Arild Østby**

Foto **Øystein Akselberg**

FORNØYDE: De fire tillitsvalgte er tilfreds med at sykepleierne i kommunen ligger på lønnstoppen i fylket. Fra venstre Annema Heldal på avdeling for psykisk helse, Parasto Gholami på skjermet enhet, Frøydis Haukeland i hjemmesykepleien/korttidsavdelingen og Birthe Slåtta Riis på Bø sjukeheim.

De lager mat og skurrer sammen hagemøblene, men klarer seg ikke hjemme. Et nyåpnet tilbud fanger opp de moderat demente.

– Det skal være som å bo hjemme

Fakta:

- › Ullerud Bofellesskap har 24 leiligheter og blir betjent av 21,27 årsverk. Det har flere store stillingshjemler enn vanlig da det er lagt opp til lengre vakter i helgene
- › Hele byggeprosjektet er kostnadsberegnet til 74,7 millioner kroner, inkludert et statlig tilskudd på 9,6 millioner kroner
- › Frogn kommune har lagt stor vekt på at det skal jobbes med miljøet rundt beboerne. Blant annet er det ansatt en miljøkokk, som må være innstilt på å jobbe i små miljøer, stimulere til trivsel for beboerne, tilberede maten på huset og la beboerne få delta i matlagingen



«Vi er opptatt av at de får være med på enkle hverdagsaktiviteter.»

Unni Hansen

Vil du hjelpe meg å bake boller, Finn?

Stemningen på kjøkkenet i Ullerud Bofellesskap er lystig, og miljøarbeider Anne Getz smiler idet hun elter deigen utover benken. Regnet som hamrer ned utenfor, forsterker den lune atmosfæren inne.

– Åhh, jeg vet ikke jeg ...

Finn Granum (74) humrer mens han går bort til vasken for å vaske hendene. Han har jo allerede skrelt poteter tidligere i dag. Nå ler han og legger armen rundt Anne, som er i full gang med å trille boller.

– De blir fine de her, Finn?

Målfrid Wiik (82) er også på kjøkkenet, og kommer for å inspisere brettet. Bollene er godtatt, de ser fine ut, synes hun. Men nei, være med å bake vil hun ikke, det har hun fått nok av.

I april åpnet Ullerud Bofellesskap, med 24 leiligheter, for fysisk bevegelige personer, med lett til moderat demens. Unni Hansen er aktivitetsleder.

– Vi er opptatt av at beboerne får være med på enkle hverdagsaktivi-

de for eksempel får være med på kjøkkenet og skrelle grønnsaker, steke vaffer og liknende aktiviteter.

Viktig aktivitet

I Ullerud Bofellesskap lages og tilberedes all maten på huset, og beboerne er i stor grad involvert i matlagingen. Fire kjøkken fordelt på hver sin fløy gjør det mulig å jobbe med beboerne i små grupper. Ut fra hvert kjøkken er det direkte utgang til flotte utearealer. I løpet av våren skal det etableres en sansehage med oppvarmete stier som kan brukes hele året.

Prosjektet på Ullerud har fått mye oppmerksomhet lokalt, som et godt eksempel på satsingen på eldre med demens i Frogn kommune. Tilbudet er ment for demente som er fysisk friske nok til å klare seg uten sykehjemsplass, men likevel ikke kan bo hjemme på grunn av demenssykdommen.

Helen Foster, leder ved Ullerud Bofellesskap og dagsenter, viser vei gjennom lyse korridorer. Bofellesskapet ligger like ved Ullerud Sykehjem.

– Det er kjempefint å ha sykehjemmet så nært. Vi har for eksempel valgt å ikke ha sykepleiere på nattevakt, men vi kan kontakte sykehjemmet, som har vakttelefon, ved behov.

Bofellesskapet har ikke tilsynslege, men alle beboere har fått samme fastlege, som kommer innom med jevne mellomrom.

Myk overgang

Hver leilighet er innredet med personlige møbler og gjenstander som beboerne har tatt med seg hjemmefra. Også i fellesrommene er det lagt

vekt på å gjøre det hjemmekoselig med pene, men funksjonelle møbler. Gardiner og møbler har fått ulike fargekoder, slik at det skal være lettere for beboerne å kjenne seg igjen og orientere seg fra rom til rom.

I underetasjen åpner et dagsenter i begynnelsen av mai. Det blir et tilbud til de som fortsatt kan bo hjemme. Her er store, lyse fellesrom og et eget sanseområde utstyrt med møbler tilpasset brukerne.

– Vi har forsøkt å skape et miljø hvor det skal føles naturlig å sette seg ned og snakke sammen, og kanskje mimre litt om gamle dager.

Foster tror tilbudet ved dagsenteret vil være med på å lette en eventuell overgang fra eget hjem til bofellesskapet når den tid kommer.

Tanken er at beboerne skal få være her livet ut. Det å bo i Ullerud Bofellesskap skal være det nærmeste du kommer å bo hjemme, uten å gjøre det.

– Alle som bor her regnes som hjemmeboende, og betaler husleie selv mens kommunen finansierer bemanningen.

Tverrfaglig

Personalgruppa er tverrfaglig sammensatt og består av sykepleiere, helsefagarbeidere, aktivitetører og egen miljøkokk.

– Alle er først og fremst ansatt som miljøarbeidere. Vi er veldig opptatt av at alle skal kunne gjøre «alt». Fire sykepleiere er ansatt, for å ivareta den faglige kompetansen. Så har vi selv-sagt primærkontakter, som følger opp sine beboere, forklarer Foster.



GODKJENT: Finn Granum (74) er med-ansvarlig for bollene. Målfrid Wiik (82) sier seg fornøyd med resultatet, men orker ikke selv drive med bollebaking mer. Til høyre miljøarbeider Anne Getz.

Ønsker å bidra

I en annen kjøkkendel av bofellesskapet står vafler og kanelboller på menyen, og Reidulv Eiken (76) eller «Basse» som han helst kalles, gir tydelig uttrykk for at dette falt i smak.

Basse er bofellesskapets selvutnevnte altnuligmann, og den tidli-

gere flygeren trives best når han kan gjøre litt nytte for seg.

– Ja, her har vi det fint. I går var jeg ute og skrudde sammen utemøbler, og i dag har jeg vært og flyttet dem under tak så de står i ly for regnet. Jeg må ha noe å gjøre og må ordne litt, jeg blir gal av å sitte i ro. Det er

utrolig hva man kan utføre hvis man bare tør å prøve.

– Vi opplever at aktivisering av personer med demens er viktig for å forebygge uro, kjedsomhet og rastløshet, sier Helen Foster.

– Ved å bruke seg litt fysisk, vil man også bli mer fysisk sliten når

kvelden kommer. Og hvis disse personene blir urolige og vil til et hjem som kanskje ikke eksisterer lenger, for eksempel barndomshjemmet, er det fint å kunne avlede med aktivisering. ■■■

Tekst Geir Arne Johansen Foto Erik M. Sundt

Har du spørsmål om lønn, rettigheter eller forsikring?

Send en epost til interaktivt@sykepleien.no.

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

Arbeidsgiver skaffer tøy



Foto: Stig M. Weston

Hvordan er egentlig reglene om arbeidstøy? Hvordan unngå å falle ut av lønnsforhandlingene på grunn av rot med kontingenten? Disse to spørsmålene svarer spesialrådgiver **Lars Petter Eriksen** i NSF's forhandlingsavdeling på.

En leser forteller hvordan praksisen med kompensasjon for arbeidstøy fungerte på hennes nye arbeidsplass, et kommunalt drevet sykehjem:

 Jeg spurte før oppstart hvordan ordningen var rundt arbeidstøy, og fikk fra nærmeste overordnede svar om at hver og en arbeidstaker kjøper og rengjør tøyet selv mot en kompensasjon på ca. 60,- kr (!) per måned. Nå har jeg fått vite at dette ifølge arbeidsmiljøloven kan være ulovlig praksis. Kan dere bekrefte dette?

 Dette spørsmålet er regulert i en sentral særavtale i kommunal sektor, SGS 1002. Man skal få tøy fra arbeidsgiver om det er nødvendig i arbeidet. Dersom partene ikke blir enige om det er et behov, vises det til tvistebestemmelsene i Hovedavtalen. Er det enighet lokalt om at det er mest hensiktsmessig at man selv skaffer tøyet, skal altså utgiftene til anskaffelse refunderes i sin helhet. En økonomisk kompensasjon på 60,- kr i måneden dekker vel neppe anskaffelseskostnad til nødvendig mengde arbeidstøy. Sånn sett kan ikke dette være lovlig, selv om det er lokal enighet.

Det er et annet moment som kan være relevant i forhold til lovligheten av praksisen. Lov om vern mot smittsomme sykdommer har en forskrift om smittevern i helsetjenesten. Alle institusjoner som omfattes av forskriften, skal ha et infeksjonskontrollprogram som er tilpasset institusjonen.

Som en del av smitteforebyggingen skal det være utarbeidet skriftlige retningslinjer for generelle smitteverntiltak, herunder for bruk av arbeidstøy. Det kan være tvil om «egenvask» av arbeidstøy vil tilfredsstille disse retningslinjene. Adgangen til vask av eget arbeidstøy vil da bero på en konkret vurdering av den aktuelle situasjon. Det kan uansett se ut som man i mange kommuner har innført avtaler der sykepleiere vasker eget tøy mot en godtgjørelse. I så fall må det forutsettes at dette både kompenserer for reelle kostnader og at det i høy nok grad ivaretar smittehensyn.

Fikk tillegg som uorganisert

En annen leser som har skrevet inn til Sykepleien, har blitt utsatt for det hun kaller en litt merkelig praksis under lønnsforhandlingene høsten 2010:

 Jeg har vært medlem i NSF i flere år, og betaler kontingenten via blanketter som blir sendt hjem til meg, ikke faste trekk fra lønnen hver måned. Dette ser ut til å ha blitt min bane under lønnsforhandlingene i fjor høst

Jeg ansatt ved Oslo universitetssykehus, der jeg visstnok skulle ha levert min sjef et bevis på at jeg er medlem for å ha fått lønnstillegget. Dette var noe som ikke ble praktisert i fjor (jobbet da på samme sted). Jeg fikk dermed nå et lønnstillegg basert på at jeg er uorganisert. Når jeg tar kontakt med lønns- og personalavdelingen får jeg

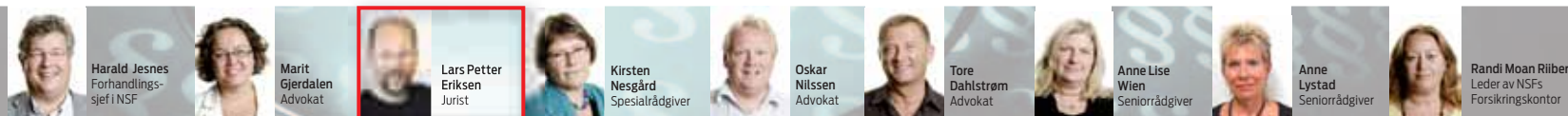
beskjed om at forhandlingene er over for i år og at dette ikke er mulig å gjøre noe med nå.

Skal ikke dette gå litt mer automatisk? Er ikke dette en av de tingene medlemskontingenten er ment å betale for?

 Problemet er at når lønnstilleggene som ble sentralt fastsatt skulle iverksettes ved din virksomhet, så ble det ganske enkelt ikke fanget opp at du var medlem i NSF. Hvilke medlemslister som har blitt lagt til grunn ved implementeringen av tilleggene for 2010 vet vi ikke. Det er ofte slik at de som ikke står på trekklistene til arbeidsgiver (trekk av kontingent) ikke fanges opp. I og med at all lønn ble gitt som sentrale tillegg for NSF's medlemmer i 2010, ser vi for oss at det kanskje ikke var den store gjennomgangen av medlemslister lokalt heller. Derfor har du blitt behandlet som uorganisert. Det er opp til arbeidsgiver om NSF's overenskomst skal gjøres gjeldende for uorganiserte.

Din lønn ligger til grunn for beregningen av oppgjøret, og dersom du reagerte innen rimelig tid etter at andre NSF-medlemmer fikk utbetalt sin nye lønn, kan vi ikke se annet enn at arbeidsgiver lett kunne ha ordnet dette så lenge du kan dokumentere at du var medlem på tidspunktet for lønnsoppgjøret. Dette er sånn sett et praktisk spørsmål som kan ryddes opp i. Rettslig sett kan det ikke være tvil om at du var omfattet av Overenskomsten og også skal ha lønnstillegget som ble bestemt.

Passer på paragrafene:



Harald Jesnes
Forhandlings-
sjef i NSF

Marit
Gjerdalen
Advokat

Lars Petter
Eriksen
Jurist

Kirsten
Nesgård
Spesialrådgiver

Oskar
Nilssen
Advokat

Tore
Dahlstrøm
Advokat

Anne Lise
Wien
Seniorrådgiver

Anne
Lystad
Seniorrådgiver

Randi Moan Riber
Leder av NSF's
Forsikringskontor

Frode Kristensen

Alder: 57 år

Yrke: Førstelektor

Arbeidssted: Avdeling for helsefag, Høgskolen i Buskerud

I grenseland

– I skjæringspunktet mellom teori og praksis oppstår det mange spennende diskusjoner.

Jobben min ved Høgskolen i Buskerud er variert. Arbeidsoppgavene mine avhenger av om studentene er ute i praksis eller inne på høyskolen. Når de er på skolen består jobben min av undervisning og veiledning. Som praksislærer har jeg primært ansvar for studenter ved en medisinsk sengepost og barneavdelingen på sykehuset i Drammen.

Det er spennende å følge bachelorstudentene fra undervisning til praksis. Fra å undervise den usikre studenten på vår øvingsavdeling til å møte den samme studenten i praksis, stolt over å ha lagt inn kateter eller lagd ned ernæringssonde for første gang. Best liker jeg å møte studentene i praksisfeltet. Her møtes kontaktsykepleiere med sine erfaringer, studenten med sine forventninger og jeg som lærer med skolens læreplaner. I dette grenselandet mellom teori og praksis oppstår det mange spennende diskusjoner.

Mitt spesialfelt er diabetes, men jeg har også undervisning knyttet til behovet for aktivitet og hvile. Vi har en spennende videreutdanning i sår, som nå blir utvidet til 30 studiepoeng. Her deltar jeg både i undervisning og veiledning av studenter. Jeg har også veiledningsansvar på masterutdanningen.

En annen, og stadig mer viktig del av jobben, er forskning. Våre studenter skal lære å jobbe kunnskapsbasert. Evidensen rir oss i alle retninger, for å si det litt spøkefullt. Det stilles stadig økende krav til de faglige ansatte ved høyskolene om å publisere. Det har faktisk vist seg at avdeling for helsefag er den mest produktive avdelingen på Høgskolen i Buskerud i så måte. Det er vi stolte av.

Jeg har, som flere av mine kollegaer, fått innvilget 20 prosent av stillingen til FOU- arbeid. Det vil si at jeg kan bruke en dag i uka på forskning og egen kompetanseutvikling. Dette innebærer en tøff prioritering. Det kreves at du leverer, noe som innebærer at jeg må rydde tid. Det er ikke alltid like lett å sette andre ting til side. Det skjer alltid noe i tillegg til det som er planlagt, en student med faglige eller personlige problemer som banker på døra eller en kontaktsykepleier som ringer fra praksisfeltet.

Noe jeg ikke liker ved jobben, er at det litt for ofte blir til at jeg tar den med hjem. Pc'en durer og går både kvelder og i helgene. Jeg har som mål å bli bedre på dette.

Et sterkt jobbminne er fra en studietur til Bulgaria for noen år siden. Der så vi barn som led og psykiatriske pasienter som ble behandlet med spyling og stuert bort. Dette gjorde et dypt inntrykk på studentene. Det gikk opp for dem hvor godt vi har det i Norge, og at vi har et helsevesen som fungerer. Jeg synes det var en fin opplevelse å dele slike erfaringer med studentene. ■■■

Fortalt til **Susanne Dietrichson** Foto **Erik M. Sundt**

«Sykepleierskens yrke, med alt det innebærer av romantikk, spenning og eventyr, står for de fleste unge piker i en særlig glans. Og på et eller annet tidspunkt i sitt liv har enhver ung pike ønsket å bære sykepleierskens kledelige uniform.»

Cherry og kallet

Slik blir bokserien om den vakre og mørke sykepleieren Cherry Ames lansert på det norske markedet. Det første bindet får den treffende tittel «Cherry følger kallet». Året er 1951 og behovet for sykepleiere begynner å øke i Norge. Timingen kunne ikke vært bedre. Snart kommer bøker som «Cherry i privatpleie» og «Cherry finner drømmeprinsen» og etter det en hel serie der Cherry både blir helsesøster og nattsøster, stadig forelsker seg og drar både til sjøs og til fjells.

For noen år siden kjøpte jeg nesten hele serien på Fretex. Bøkene om Cherry fascinerte meg, og ble svært populære. Serien kan ha bidratt til at mang en ung kvinne valgte et yrke forleggeren mente var preget av spenning og romantikk.

Som mange andre serier retter Cherry-bøkene seg mot en voksende skare av lesende ungdommer i etterkrigstiden. Hvem husker ikke Nancy Drew, heltinnen i Frøken Detektiv-bøkene og Vicki Barr, den handlingsorienterte flyvertinnen i Vicki-bøkene? Mang en ung

pike drømmer seg bort i deres eventyr. Guttene sverger til serier som Hardy-guttene.

Uniformen viktig symbol

I Cherry-bøkene knyttes drømmen om sykepleieryrket mer til det ytre enn det som har med yrkets innhold og faglige kvaliteter å gjøre. Markedsføringen av bøkene er med på å skape en myte om sykepleieryrket. At det å bære den særpregete uniformen i seg selv var tiltrekende, er det imidlertid neppe tvil om.

På bøkens forside har uniformen en sentral plass i alle bøkene som er kommet ut på norsk. Det er den samme uniformen i blått og hvitt og med tørkle på hodet som går igjen. Den er et kjennemerke som også bærer i seg en stor grad av stolthet. Cherry bærer alltid sin uniform uansett hvor praktisk det måtte være i den situasjonen hun står i. Det eneste unntaket er bind 5, «Cherry på vingene». I den norske utgaven er Cherrys sykepleieuniform erstattet med det amerikanske flyvåpenets uniform. Ikke overraskende er hun avbildet sammen med piloten på flyet.

Tidligere var det vanlig at nyutdannede sykepleiere stod frem i nyinnkjøpt uniform på bildet fra avgangsklassen etter å ha fått sin offentlige godkjenning. Sykepleieuniform handler om tradisjon og kjønn. Den setter sykepleieren inn i en større sammenheng som medlem av en gruppe og profesjon som bærer av kvalitet og stolthet. Når Cherry-bøkene leses i norsk sammenheng 60 år etter at de kom ut første gang, fremstår bruken av sykepleieuniformen

Sykepleierdagen

- » 12 mai er den internasjonale sykepleierdagen. Da blir sykepleie som yrke markert.
- » I takt med utviklingen i samfunnet er både yrket og rollen i stadig endring.
- » I denne kronikken ser Karl-Henrik Nygaard seg tilbake til bøkene om Cherry Ames, en serie letteste romaner som skildret sykepleiere, utdanningen og yrket. Nygaards analyse viser at mye har skjedd siden bøkene fascinerte norske kvinner på 1950-tallet.

på bildene som både iøynefallende og tankevekkende. Respekten de nyutdannede sykepleierne møtes med handler også om hvordan sykepleiefaget visualiseres blant annet gjennom uniformen. I seriens andre bind «Cherry finner drømmeprinsen» utroper den nyslåtte sykepleieren Gwen:

«Jeg vet i hvert fall en ting, og det er at å komme med aspiranttrinnet over i blått



Cherry-serien

- » Den første boken i serien kom ut i USA i 1943. I tillegg til fortellingene om Cherry ble det gitt ut håndbøker i førstehjelp og annet materiell som for eksempel brettspill, knyttet til Cherrys virke som sykepleier.
- » Den første boka i norsk oversettelse kom ut i 1951. Bøkene ble utgitt av Forlagshuset. Totalt kom det ut 21 bøker om Cherry på norsk på 50- og 60-tallet.



Cherry's SISTER LÆREÅR

HELEN WELLS





og hvitt og med kappe på toppen, har gjort atskillig godt for min selvtillit.»

Hun senket boken og dro fingrene gjennom det røde håret. «Dessuten vet jeg en ting til, i tilfelle noen er interessert i å høre den: Har dere ikke lagt merke til at det er noe annet med de eldre søstrene og doktorene nå som vi har kappene? De stoler på oss! Vi er ikke lenger uvitende skapninger.»

De seks første bøkene – krigsbøkene

Krigstjeneste står sentralt i nyere amerikansk historie og kultur. På en rundtur i amerikanske stater har jeg overalt funnet minnesmerker knyttet til innsatsen amerikanske kvinner og menn har gjort for sitt land og amerikanske interesser. Stoltheten over å ha gitt sitt bidrag til landet kommer også godt frem i Cherry-serien.

Forfatteren Helen Wells startet skriveingen da USA for alvor ble trukket med inn i den andre verdenskrig. I de første bøkene legger Wells vekt på hvor viktig det er at både menn og kvinner står sammen mot en ytre fiende. Den ytre fienden er i hovedsak Japan og i mindre grad Tyskland. Da bøkene kom ut i USA var det viktig å skape en opposisjon som var villig til å stille opp og ofre sitt liv for landet.

Cherry får Kallet

Det er i dette landskapet at Cherry Ames starter sin sykepleierkarriere med trening på Spencer Hospital, atten år gammel.

Cherry er usikker i sitt valg av yrke. Hun har hørt så mye negativ omtale. «Hun følte seg ikke som hun var atten år og ferdig med gymnaset og nesten

sykepleieelev. Til tross for at det hun drømte om og håpet på, var hun ennå ikke helt sikker på at sykepleien var det rette for henne. Alt hun hadde blitt fortalt, før gjennom holdet hennes – en får se så meget lidelse, en må skrubbe gulver, en kan komme til å gi en pasient feil medisiner, og alle de andre marerittene.

Kanskje bare tull alt sammen. Cherry ville lære seg et ordentlig yrke. Ikke bare det, men hun ville gjøre nyttig arbeid, arbeid som det virkelig var bruk for. Hun interesserte seg for andre mennesker og hadde lyst til å gjøre noe for dem, på en nyttig og ordentlig måte. Men hadde hun alle de egenskapene som er nødvendig for å bli sykepleierske? Ville drømmene hennes kunne overleve de tre harde læreårene? Nå – det ville ikke vare lenge før hun fikk svar på det.»

Foreldrene støtter imidlertid valget hennes. «Fru Ames smilte. Far og jeg synes du har valgt nesten det fineste yrke som finnes. Og det mest nødvendige når det er krig. Vi er forferdelig stolte av deg. Og vi er begge sikre på at du kommer til å gjøre det fint, og greie eksamenene.»

Jeg finner oppofrelsen for land og folk mange steder i bøkene om Cherry. Behovet for sykepleiere og soldater blir etter hvert stort i USA. Det gjelder å motivere og appellere til grunnleggende amerikanske verdier. Når det gjelder behovet for sykepleiere i hæren fremheves det i «Cherry finner drømmeprinsen» at det å tjenestegjøre som sykepleier i hæren er det største noen kvinne kan gjøre. Andre steder knyttes det å være sykepleier i det mannsdominerte miljøet til rollen som søster og mor. Sykepleieren er soldatenes mor- og søstersubstitutt. Hun representerer det gode og varme, det omsorgsfulle, i en verden og hverdag der det handler om å drepe og å unngå å bli drept.

Plikten

Bøkene om Cherry har sterke moralske appeller til sykepleierne. Allerede i første bind får leseren med seg hvordan plikten i yrket internaliseres hos Cherry.

Det er bestyrerinnen på sykepleierskolen som formulerer ordene som

Forfatteren Helle Wells

- » Hellen Wells (1910 – 1986) har med unntak av bøkene i 1953–55, skrevet alle Cherry bøkene. Hun var utdannet sosialarbeider, men ble etter hvert heltids forfatter. Hun hadde reist mye og arbeidet andre verdenskrig arbeidet som frivillig ved utenriksdepartementets kontor.
- » Under eget navn skrev hun også bøkene om flyvertinnen Vicki Barr.
- » Julie Tatham skrev Cherry-bøkene i perioden 1953–55.

blir så viktige for Cherry:

«Søster Reamer begynte med å fortelle dem at fra nå av var yrkeskvinner, og at de i sin opptreden måtte gjenspeile den verdigheten som lå i deres yrke. En sykepleiers første plikt, sa hun langsomt og veloverveid, er alltid å ofre seg for pasienten. Ordene sank inn i Cherry, og hun visste at hun aldri ville glemme dem. Likevel studerte hun på om det var mulig helt å kunne glemme seg selv og ofre seg for en pasient, og om drømmen hennes om å være en god sykepleierske kunne realiseres i det virkelige sykehuslivet»

Elevtiden

Atten år gamle Cherry Ames blir tidlig konfrontert med et system der disiplin råder på Spencer Hospital. Her er det ikke tvil om hvem som er sjefen. Pleierskene får ikke lov til å gå omkring på sykehuset som de vil, men bare på de anviste avdelingene. Det er kun senior-elevene som får ha radio på rommet.

Forventningene til det ytre slår sprekker.

«Søster Reamer anbefaler en tykk hvit genser når de skal ha nattjeneste. Ingen smykker, ikke høye hæler. Adskillige føtter blir i en fart stukket under stolene. Hvor ble det av romantikken når kjønnet ble nøytralisert på denne måten?»

Bestyrerinnen legger lista høyt: «Og hva kappene angår, », sa bestyrerinnen med et smil, «så vil dere få kappene dersom dere kan greie dere gjennom den tre måneders aspiranttiden. Da er dere flyverferdige sykepleierskeelever. La meg bare til slutt minne dere om at dere kommer til å

trengte god helse, intelligens, uselviskhet, tålmodighet, takt, godt humør, medfølelse, dyktighet og ordenssans, pluss nok av energi til hardt arbeid.»

Nurse Corps

Cherrys deltakelse i krigen starter i Mellom-Amerika før hun sendes til Asia der kampene er intense. Cherry Ames og alle hennes Spencer-klassekameratene stiller opp som frivillige til hærens Nurse Corps. De gjennomgår anstrengende grunnleggende opplæring, og blir sendt for å arbeide på et base-sykehus i Panama. Her kommer Cherry på kant med hærens regelverk. Det provoserer, men hun er viljestærk og oppnår stort sett det hun ønsker.

Før hun og de andre Spencer-sykepleierne blir sent ut til krigsinnsats har de fått med seg klare budskap om sin rolle.

«Akkurat nå er det det viktigste arbeidet av alle. Det er sannsynlig at det vil bringe dere langt ut i verden, og dere vil være med å skrive historie. Og det er ikke bare en midlertidig krigsjobb. Etter krigen vil det være bruk for pleie av veteraner. Og i de krigsherjede landene vil det bli gjenreisningsarbeid og bruk for sykesøstre for å hjelpe alle de utsultete menneskene til å bli friske igjen.»

Rollen som sykepleier settes her inn i et større perspektiv – ikke religiøst, men sekulært i forhold til de utfordringer verden står overfor i kampen mot nazismen og fascismen.

Begrepene fascisme og nazisme nevnes for øvrig sjelden i bøkene. Det er heller ikke mulig å finne klare religiøse

føringer hos Cherry og hennes medsøstre. Deres idealisme bæres oppe av en genuin humanistisk holdning i beste Røde Kors- tradisjon.

Sykepleier og soldat

Bøkene som omhandler krigen legger vekt på sykepleiernes oppofrelse og krav. Begrepene sykepleier og soldat kobles sammen. En sykepleier er en sol-

«Cherry er imidlertid ikke så nøye når det gjelder betalingen. Hun drives frem av oppofrelse og idealer.»

dat i fredstid, heter det. Alle sykepleiere skal ta mødrenes plass der ute i krigen, og sykepleierne skal bruke sitt liv slik at andre kan få leve. Det er det største noen kvinne kan gjøre, heter det.

Det er særlig seriens bind 3 til 6 som direkte omhandler krigen og krigshandlinger, med bøker som **«Cherry – de såredes venn»**. Selv om leseren får beskrevet alvorlige skader og død, fremstår krigen likevel mindre grusom enn det vi i dag vet om krigshandlingene i Asia og Europa. Det er jo særlig krigen i Asia som er i fokus.

Cherrys praktiske sykepleierorientering gjør henne i stand til å takle selv de vanskeligste situasjoner. Hun møter ulike type krigsskader. De er både av fysisk og psykisk karakter. I **«Cherry blir oversøster»** gis det for eksempel en god beskrivelse av atferden til og tausheten som preger en soldat som har opplevd såkalt granatsjokk. Skadene og lemlestelsene fremstår imidlertid aldri helt realistiske.

Flygende engler

Cherry blir forfremmet til oversøster, hun får blant annet ansvar for evakuering av et sykehus på en jungeløy i Stillehavet og blir testet under ild og bombardement. Hun forflytter seg imidlertid allerede i neste bind, **«Cherry på vingene»**, til England. Der er hun løytnant i flyvåpenet. Flygende

engler, blir de luftbårne sykepleierne beskrevet som.

Oppdraget i England er å evakuere sårede soldater fra kampområder på kontinentet. Hun er i krigssonen der kamper foregår og blir beskyttet. Krigens grusomheter er imidlertid nedtonet. Vi leser heller ingen steder om utryddingen av jøder, sigøynere og kommunister. De verste utslagene av krig og

et totalitært styresett blir leseren skånet for. Slik var det også når det gjaldt krigen i Asia. Var det fordi forfatteren ikke ville skremme fremtidige frivillige og soldater? Eller fordi dette ikke var aktuell tema for bøkens potensielle lesere – unge kvinner fra middelklassen i USA?

Kunsten å glemme

Når krigen er over, må Cherry tilpasse seg fredstid. Hun vender hjem og blir sykepleier på et rehabiliteringssykehus. Her møter hun soldater som er blitt skadet i krigshandlinger.

I historien trekkes sivilsamfunnet inn i større grad. Her går forelskelser hånd i hånd med ubearbejdede hendelser fra krigssonene. Hendelser fra krigsmarkene skulle det ikke snakkes om. Her var det bare å glemme. *«Aldri skulle de snakke om det fryktelige de hadde opplevd under krigen»* står det et sted.

Menneskets mørke sider og kriminalitet dukker opp når det blir oppdaget at medisin på sykehuset er blitt stjålet. Jakten på gjerningsmannen er det bærende element i historien. De gode og oppofrende sidene formidles både gjennom evnen til å forelske seg og hjelpe syke som ikke er en del av militæret. Cherry skjønner betydningen av nærhet og dialog. Som terapi for en ung gutt med fordøyelsesproblemer





forteller hun historier.

Etterkrigstiden

De øvrige bøkene i serien henter handlingene fra ulike sider av det amerikanske samfunnet i etterkrigstiden. Sosiale ulikheter kommer frem, men analyseres ikke. I bøkene fremstår sosiale ulikheter som naturlige og skapt av individet selv.

Etter anstrengende år i hæren velger Cherry å ta del i privat pleie. Det amerikanske samfunnet har en høykonjunktur. Mange har råd til å betale for privat helsetjeneste. Cherry er imidlertid ikke så nøye når det gjelder betalingen. Hun drives frem av oppofrelse og idealer slik hun også ble motivert til å tjene nasjon og folk i krigsårene.

Cherry er godheten selv. Det er det imidlertid ikke alle som her. Menneskers griskhet er til stede som en ondskapens dimensjon i de fleste av bøkene. Det er ikke lenger gode og dårlige nasjoner, men gode og dårlige enkeltindivider.

Helsesøsteren

1950-årene er en periode i amerikansk helsepolitikk preget av forebyggende helsearbeid. Den rollen går Cherry også inn i: «**Cherry blir helsesøster**». Hun drar til New York sammen med medsøstre fra Spencer-sykehuset. Mysterier oppstår og igjen tar Cherry saken. Deler av de fattiges virkelighet kommer til uttrykk, men overfladisk. Det er Cherry som får det vanskeligste distriktet. Hun ser hva det betyr for mennesker å miste arbeidskraften og arbeidsgleden.

Cherry beveger seg uproblematisk mellom samfunnets ulike sosiale lag. Etter å ha blitt konfrontert med den sosiale virkeligheten i New York, møter hun i «**Cherry til sjøs**» rikfolk med problemer på et glamorøst cruiseskip. Hovedtema er jakten på en sjelden ambra. Innenfor rammen av jakten på det forsvunne smykket dukker sykepleie-faglige forhold opp.

Cherry veileder en av passasjerene

som har en syk ektemann. «*Jeg skal lære Dem hvordan De skal bade ham mens han ligger i sengen og hvordan De skifter lakene uten å flytte ham. Han vil sikkert like det.*»

Utfordringene som helsevesenet er mange. Det trengs folk. Veldedighetens USA tilbyr løsninger. Cherry utbryter at «*Hundrevis av de såkalte sosietetskvinner arbeider i sykehusene og gjør en utmerket innsats. Vi ville ikke klart oss uten dem.*»

Det gode i mennesket

Cherry tror godt om menneskene. Hun tror godt selv om de kriminelle. «*Fengsel ville ødelegge noe i en mann som ham.*», hevder Cherry om tyven på cruiseskipet der hun arbeider. «*Forbrytere skal sannelig komme på den grønne gren om dere kvinner skal overta loven*», får hun til svar fra skipets mannlige skipslege.

I de kommende bøkene følger vi Cherry som barnesykepleier, nattsykepleier og distriktssykepleier i et fattig område i Kentucky-fjellene. Cherry er igjen helten og bæreren av det gode.

I boken «**Cherry som klinikkpsykepleier**» (bind 13) står hun overfor en av sine mest dramatiske utfordringer. Hun kidnappes på vei ut fra sykehuset der hun arbeider. Hun får bind for øynene og føres til et hemmelig sted der hun tvinges til å bistå under operasjon med revolver pekende mot sitt hode. Det er en kriminell som er skutt i beinet og må opereres. Sentralt i hennes bevissthet står budskapet om at intet liv er så dårlig at det ikke er verdt å redde det. Hennes hjelpsomhet og opptatthet av pasienten redder henne også denne gang. Hun løser det kriminelle mysteriet der hennes egenskaper som medmenneske og sykepleier har vært viktige.

I bind 15 arbeider Cherry i eldreomsorgen. Scenen er et privat hvilehjem for eldre. Her handler konfliktene om arv, rikdom og rettferdighet. I «**Cherry som detektiv**» er hun kontorsøster og involveres i et valg på ordfører og krangel.

I de øvrige bøkene er hun henholdsvis skolesøster, sykepleier i et

departement som har ansvar for eldre antikviteter, sykepleier i en sommerleir i Pennsylvania, sykepleier ved en revmatologisk avdeling og en kanadisk øy der smugling er en utfordring.

De uverdige ungpikene som «alle» leste.

Cherry-bøkene ble ikke kjøpt inn på bibliotekenes innkjøpsordning. De var ikke «verdige litteratur» for et kulturelt orientert publikum. Men det er viktig å merke seg at forfatteren Helen Wells var opptatt av at kvinner skaffet seg en selvstendig karriere. På den måten kan bøkene også leses som uttrykk for et progressivt syn på kvinner og kvinners kamp for anerkjennelse. Perioden hun skrev i er jo ellers kjent som «husmødrenes periode». Å være hjemme hadde status og var normalt for de fleste kvinner. ■■■

Tekst **Karl-Henrik Nygaard**

Cherry-serien

- 1951: Cherry følger kallet.
- 1951 Cherrys siste læreår
- 1951 Søster Cherrys hemmelige reise.
- 1952: Cherry blir oversøster
- 1952 Cherry på vingene
- 1952 Cherry–de såredes venn.
- 1952 Cherry i privatpleie.
- 1952 Cherry blir helsesøster.
- 1952 Cherry til sjøs.
- 1953: Cherry og drømmepinsen (Julie Tatham)
- 1953 Cherry som nattsøster (Julie Tatham)
- 1953 Cherry til fjells (Julie Tatham)
- 1953 Cherry som klinikk søster (Julie Tatham)
- 1954: Cherry og den skjulte skatten (Julie Tatham)
- 1955: Cherry og bankendene (Julie Tatham)
- 1955 Cherry som detektiv (Julie Tatham)
- 1956: Cherry blir skolesøster
- 1957: Cherry finner melodien
- 1958: Cherry og mannen uten ansikt
- 1959: Cherry og mannen uten fortid
- 1969 Cherry Ames håndbok i førstehjelp og hjemmesykepleie
- 1960: Cherry Ames og sølvsmuglerne



Verv og vinn!

Nå har du muligheten til å styrke NSF, samtidig som du kan vinne flotte vervepremier. NSF er en slagkraftig fagorganisasjon som arbeider nasjonalt og lokalt for sykepleiere, spesialsykepleiere, jordmødre og helsesøstre. Vi kjenner ditt yrke og jobber for deg!

Hva koster medlemskap i NSF?

Kontingent for medlem i arbeid er 1,45% av brutto lønn. Maks kr 383,- per mnd. + ev. obligatorisk Livsforsikringspakke Kr. 128,- per mnd. Nyutdannede har halv kontingent i de to første år etter endt utdanning. Les om fordelene nedenfor.

Dine medlemsfordeler er:

- Et stort og slagkraftig **fellesskap**
- Tilbud om medlemskap i 33 **faggrupper**
- 3000 **tillitsvalgte** bistår deg på de fleste arbeidsplasser
- **Sykepleien** (18 utgaver)
- Bilaget **Sykepleierforskning** (4 ganger per år)
- **Juridisk bistand**
- **Godkjenning** av sykepleiefaglige veiledere og kliniske spesialister i sykepleie
- **Stipender og legater** til reise, utdanning og forskning
- **Kurs og kongresser**
- **Eget forsikringskontor** med forsikringsordninger til medlemspris
- Gunstige tilbud på **banktjenester** i DnB NOR
- **Sparing og kreditt** med NSF's Unique konto
- **Bensinrabatt** hos Esso
- **Eurocard Gold** hos Europay
- Tilgang til NSF's **nettbutikk** med medlemsprodukter
- Tilbud om **gratis medlemskap** i Landslaget for offentlige pensjonister (LOP)
- Fordelaktig mobilavtale med Telenor



Verv 3

3 vervinger: Leatherman verktøy



Verv 1

1 vervinger:
Brødpote pistasje

Verv 1

1 vervinger:
Brødpote sort



Verv 2

2 vervinger:
Bok: Sår



Verv 2

2 vervinger:
Bok: Godt Rett Rettferdig



Verv 4

4 vervinger:
iPod Nano 8 gb (siste modell).



Verv 1

1 vervinger:
Termos



Verv 2

2 vervinger:
Grand Cru 3 skåler

VENNLIGST BRUK BLOKKBOKSTAVER

Ververs navn:

Ververens medlemsnr.:

Navn på nytt medlem:

Har du vært medlem tidligere?

Tidsrom:

Fødselsnummer (11 siffer)

Adresse:

Postnr:

Poststed:

E-post:

Telefon privat:

Mobil:

Eksamensdato:

Sykepleierhøgskole/sted:

Arbeidsgiver:

Arbeidssted:

Ansatt dato:

Avdeling:

Stillingsbenevnelse:

Medlemmer i lønnet arbeid innbetaler kontingenten ved månedlige trekk i lønn

Kryss av:

- ☐ Brødpote Sort
☐ Brødpote Pistasje
☐ Brødpote Sort/Sand
☐ Termos

☐ Jeg sparer vervingen

Vervepremiene gjelder ikke for verving av studentmedlemmer.

Vervepremie sendes i posten etter at innmeldingen er godkjent.

LEDDSMERTER?

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.

Verv og vinn!



Adressaten betaler
for sending i Norge

Distribusjon av
Norsk Sykepleierforbund

Norsk Sykepleierforbund
Svarsending 1016
0090 Oslo

Fag & bøker



BEDRE BEHANDLING: Mange insulinbrukere kan få en bedre og mer forutsigbar hverdag med nye insulintyper. Les fagartikkelen om behandling av diabetes.

Side
60

3 nye bøker

ANTHONY P. MORRISON, RICHARD P. BENTALL, PAUL FRENCH OG JULIA C. RENTON

Hvis du tror du er gal, tro om igjen!

Kognitiv terapi ved psykoser

Denne boken er rettet mot mennesker som sliter med symptomer på psykose, men skal også være nyttig for fagfolk.



PER-ERIK STRIBOLT HALVORSEN

Medisinsk spørrebok

I denne boken er det 2 000 medisinske spørsmål. Å bruke denne kan være et supplement til pensumbøkene.



ATLE SØNSTELI JOHANSEN, EINAR STUELAND

Arbeidsmiljøloven
Kommentarer og praksis

Denne boken er oppdatert på regler og rettspraksis knyttet til Arbeidsmiljøloven.





Hilde Aasen,
teamleder og sykepleier,
Infeksjonsposten, avdeling 7c,
Sykehuset i Vestfold.



Betty-Ann Solvoll,
førsteamanuensis, Høgskolen
i Vestfold.

Hiv-pasienter trenger oppfølging

God støtte fra sykepleier hjelper hiv-pasienten til å mestre sin utfordrende livssituasjon.

Aleve med den kroniske sykdommen hiv, kan være ekstremt utfordrende. Moderne hiv-behandling forutsetter jevnlig kontakt med behandlingsapparatet. «Adherence» er blitt et sentralt begrep og vesentlig for behandlingsopplegget. Det finnes ikke noe godt norsk ord for det engelske begrepet adherence. I denne artikkelen vil vi bruke ordet i betydningen «å følge opp behandlingen». I mange tilfelle har samtaleterapi vist seg å være betydningsfullt for å oppnå adherence. Temaet for denne artikkelen er hvordan helsepersonell kan oppmuntre til adherence.

Barrierer for adherence

Personer med hiv er kronisk syke. Å ta foreskrevne medisiner er nødvendig, men ofte et kritisk punkt for pasienter (1). Hvorfor er adherence et problem? Man skulle tro viljen til å følge opp behandlingen sin er i pasientens egen interesse, og at det skulle være lett å få pasienter til å samarbeide om medisiner. Så enkelt er det imidlertid ikke.

Et antiviralt medikamentregime medfører ofte store og alvorlige bivirkninger. Disse kan oppleves langt mer plagsomme enn selve hiv-viruset. Adherence i forhold til hiv-behandling er viktig og avgjørende for optimal antiretroviral behandling. For å unngå resistensutvikling må personer med hiv ta 95 prosent av de foreskrevne dosene for å få tilstrekkelig medikamenteffekt (2). Til sammenligning er det ved de fleste andre kroniske sykdommer tilstrekkelig å ta 50 prosent av de ordinerte dosene. Det viser seg at personer med hiv ofte har adherence under 95 prosent. Av ulike grunner tar enkelte pasienter kun 53–93 prosent av sine foreskrevne doser (3). Et strengt bivirkningspreget medikamentregime bidrar ofte til at personer med hiv unnlatte å ta medisinerne sine.

En viktig hensikt med medikamentell behandling er å holde CD4-cellene i kroppen på et tilfredsstillende nivå. CD4-celler har en overordnet koordineringsfunksjon for immunapparatet. I tilfelle med svært lave CD4-tall, bryter immunforsvaret sammen, og pasienten får alvorlige infeksjoner (4). I Norge setter man nå i gang antiretroviral behandling med høyere CD4-tall enn tidligere. For noen pasienter innebærer det at de er asymptomatiske ved oppstart. Enkelte pasienter hevder dermed at medikamentell behandling er unødvendig. Forståelig nok bør pasienten da være motivert av andre grunner enn sykdomsfølelse, for å ha god adherence.

Redd for stigmatisering

Frykt for å møte fordommer fra personer i helsevesenet kan bidra til at enkelte dropper ut av behandlingen. Sykepleiere som opptrer med respekt kan bidra til at pasienter i større grad makter å håndtere lidelsen sin. Av redsel for å oppleve stigmatisering ønsker mange hiv-

pasienter å leve i skjul. Medisinering kan gjøre sykdommen synlig for omverden, for eksempel i forbindelse med apotekbesøk. Derfor viser det seg å være utfordrende og vanskelig å oppnå det vi kaller god adherence hos personer med hiv. Barrierer for adherence kan for eksempel være belastningen med å måtte planlegge livet ekstra, at pasienter fornektet sykdommen, sosial stigmatisering og pasienters egen opplevelse av skam (5). Det er bekymringsfullt når det rapporteres om krenkende holdninger til personer med hiv.

Sosial status

Mange hiv-positive møter krenkende holdninger. Flere har for eksempel mistet arbeidet sitt, og mange opplever tap av sosiale roller og støtte fra familie og venner (6). Også i media fremstilles ofte hiv som noe voldsomt og sensasjonelt. Dette mener vi bidrar til å opprettholde mange av de holdningene i samfunnet som gjør livet vanskelig for hiv-positive. Vi mener media bør fremstille hiv som en ordinær kronisk sykdom. Det ville gitt sykdommen et annet ansikt. Også måten enkelte hiv-positive ser på seg selv på, kan medføre stigmatisering. Dette kan igjen påvirke opplevelsen av hvordan samfunnet ser på den hiv-positive. Hiv-positive personer som føler seg krenket vil få redusert livskvalitet. Erfaringen tilsier at mange hiv-positive ser på seg selv som bærer av en sær og spesiell sykdom. Undersøkelser viser at hiv-positive ofte dømmer seg selv hardt og at de ser på diagnosen som en straff og et resultat av umoralsk oppførsel (7). Slike forhold medvirker til at pasienter lett dropper ut av den medikamentelle behandlingen. Hvordan kan adherence styrkes?

Hjelp til adherence

Hensiktsmessig informasjon, blant annet om helsegevinsten ved å ta medikamentene og om mulige bivirkninger er ett av flere tiltak som kan bedre adherence. Pasienten kan få hjelp til å bli ekspert på sine egne problemer og sin egen livssituasjon. Det kan vise seg at et tverrfaglig samarbeid mellom blant annet psykologer, sykepleiere og farmasøyter er en mulig strategi for å påvirke pasientens adherence (2). Et slikt samarbeid bør blant annet ha som mål at pasientene får økt kunnskap om hva CD4-celler er og om deres funksjon i kroppen. CD4-tall bør ikke være noe kun helsepersonell er opptatt av, men også et redskap hiv-positive benytter for å tolke egne symptomer og sykdomsprogresjon (1). Fagpersoner innen pasientundervisning bekrefter at et viktig ansvarsområde for kronisk syke er å forstå sykdommen sin (8). Dersom pasienten forstår symptomene sine bedre, vil dette kunne gi bedre adherence og dermed innvirke på evnen til å mestre sykdom (9).

Man må ikke betrakte adherence som en isolert hendelse, men

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturreferanser på våre nettsider.

Søkeord:

- ▶ Hiv/aids
- ▶ Legemidler
- ▶ Medisinbehandling
- ▶ Mestring
- ▶ Kommunikasjon





som en støttende prosess som må integreres i klinisk oppfølging av pasienter som trenger medikamentell behandling. Det viser seg at særlig telefonoppfølging av pasienter, der det å samtale om livsstil og «skreddersy» individuelle strategier for gode måter å leve livet på, rapporteres fra pasientene selv som viktig for adherence (10).

Mange hiv-positive er unge og engasjerte mennesker med stort informasjonsbehov. Sykepleiere har lovpålagt plikt til å gi pasienter informasjon om deres helsetilstand (11). Mange har glede og støtte av den elektroniske informasjonen som er tilgjengelig. Å hjelpe hiv-positive til å finne nettsteder med seriøs og pålitelig informasjon kan være en viktig del av informasjonsarbeidet. Et eksempel er: <http://www.hivnorge.no>.

Livsstil

En sunn livsstil kan føre til økt fysisk og psykisk velvære. Dette kan igjen øke pasientens mulighet til å takle et strengt medikamentregime. God livsstil er sykdomsforebyggende (12). Å motivere til en sunn livsstil er en tidkrevende prosess. Det kan være verdifullt å gjenta viktig pasientinformasjon og gi pasienten flere muligheter til å samtale om sin egen helse. Dette kan bidra til at pasientene bedre forstår konsekvensene av ikke å ta medisinen, og at de dermed ikke avslår medisinsk behandling. Hiv-positive bør av den grunn ha tilgang til samtale med sykepleier i tillegg til legen. Det er lettere å takle bivirkninger dersom pasienten på forhånd vet at de sannsynligvis kommer.

I samtale med pasienten kan spørsmål og svar bidra til større forståelse. Forskning viser at en av grunnene til dårlig adherence var at pasientene opplevde for dårlig tilgang til helsevesenet (2). Det fremgår videre at pasienter med god adherence gjennomgående hadde god kunnskap om hiv-behandlingen og et tillitsfullt forhold til sykepleieren. Dette kan tyde på at

kunnskap og forståelse er viktig for å oppnå god adherence.

Lavterskeltilbud

Tilbud om primærsykepleier kan øke sjansen for at pasienten våger å åpne seg og fortelle om kroppslige og psykososiale utfordringer. Få personer å forholde seg til, gir ofte et bedre grunnlag for å skape trygghet. I arbeidet med hiv-positive bør sykepleiere også stå i nært samarbeid med primærlegen, særlig med tanke på å finne en medikamentkombinasjon som er optimalt skånsom i forhold til bivirkninger.

Tilgang til helsepersonell bør være et lavterskeltilbud for personer med hiv. Det er svært uheldig dersom pasienter får tildelt samtaler timer først lenge etter at de har tatt kontakt. En canadisk studie

GIR BIVIRKNINGER: Alvorlige bivirkninger og frykt for stigmatisering er noen av grunnene til at hiv-pasienter unnlater å ta forskrevne medisiner. Foto: Scanpix

Pasienten kan få hjelp til å bli ekspert på sine egne problemer og sin egen livssituasjon.

(13) viser at sykepleiere er bedre i stand til å hjelpe når hiv-positive får muligheter til å uttrykke motløshet og bekymring. Det kommer tydelig frem at sykepleierens støtte virker inn på pasientens mulighet til å mestre situasjonen. Svensk forskning fastslår at hiv-positive med et godt støtteapparat, i stor grad har god adherence (14).

Oppsummering

Livssituasjonen til personer med hiv utfordrer sykepleiefaget og -yrket. I moderne hiv-behandling er adherence svært viktig. Pasientene kan støttes og oppmuntres gjennom samtaleterapi. Det gir sykepleiere en unik mulighet. Fagkunnskap, behandlingsopplegg og sykepleiere som viser respekt, er gode potensialer i et moderne helsevesen. ■■■

LITTERATUR

1. Scudder IJ, Melbye LV, Hamilton G, Bjørk IT. Undervisning motiverer hiv-positive. *Sykepleien* 2005; 7: 68–69.
2. Södergård B, Halvarsson M, Tully MP, Mindouri S, Nordström ML, Lindbäck S, Sonnerborg A, Lindblad ÅK. Adherence to treatment in Swedish HIV-infected patients. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*. 2006; 6: 605–616.
3. Södergård B, Halvarsson M, Lindbäck S, Sonnerborg A, Tully MP, Lindblad ÅK. Differences in adherence and motivation to HIV therapy—two independent assessments in 1998 and 2002 *Pharmacy World & Science* 2006; 4: 248–256.
4. Jacobsen D, Kjeldsen SE, Ingvaldsen B, Lund K, Solheim K, Bruun JN. Spesielle infeksjonssykdommer. I: Jacobsen D, Kjeldsen SE, Ingvaldsen B, Lund K, Solheim K. *Sykdomslære, indremedisin, kirurgi og anestesi*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2004: 382–404.
5. Konkole-Parker DJ, Erlen JA, Dubbert PM. Barriers and Facilitators to Medication Adherence in a Southern Minority Population with HIV Disease. *The Journal of the Association of Nurses in AIDS Care* 2008; 2: 98.
6. Fangen K, Grønningseter A, Lorentzen T, Øverås S. Levekår og livskvalitet blant hivpositive. *Fafo-rapport* 402. Oslo: Centraltrykkeriet AS, 2002.
7. Mandal R, Nuland BR, Grønningseter AB. Fortsatt farlig å kysse? Kunnskap om og holdninger til hiv. Oslo: Allkopi AS, 2008.
8. Lorig K. Å leve et friskere liv. Valdræ: Valdres Trykkeri, 2002.
9. Henderson M, Safa F, Easterbrook P, Hotopf M. Fatigue among HIV-infected patients in the era of highly active antiretroviral therapy. *British HIV Association, HIV Medicine* 2005; 6: 347–352.
10. Griffiths C, Miles K, Aldam D, Comforth D. A nurse- and pharmacist-led treatment advice clinic for patients attending an HIV outpatient clinic. *Journal of Advanced Nursing* 2007; 4: 320.
11. Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven), 2001 nr 63, §1–5.
12. Uphold CR, Holmes W, Reid K, Findley K, Parada JP. Healthy Lifestyles and Health-Related Quality of Life Among Men Living with HIV infection. *Journal of the association of nurses in AIDS Care* 2007; 6: 54–66.
13. Côté JK, Pepler C. A Randomized Trial of a Cognitive Coping Intervention for Acutely ill HIV-Positive Men. *Nursing Research* 2002; 51: 237–244.
14. Södergård B. Adherence and Readiness to Antiretroviral Treatment. Sverige: Uppsala Universitet, 2006.



Elisabeth Holm Berg,
diabetessykepleier ved klinikk
for forebyggende medisin,
Ullevål Universitetssykehus.

Ny insulintype kan gi økt stabilitet

Langtidsvirkende insulin-analoger kan gi personer med diabetes bedre livskvalitet.

Er det fordeler ved de nye insulintypene som betyr at de er egnet for alle personer med diabetes? Skal man kun vektlegge statistisk signifikant reduksjon av HbA1c, det vil si blodprøve som gjenspeiler gjennomsnittlig blodsukkernivå siste 6–12 uker, eller teller livskvalitet like mye?

Bedre medisinsk behandling

Etter at insulinet ble oppdaget i 1921 har det opp gjennom årene blitt raffinert og utviklet i mange varianter og typer for medisinsk behandling av diabetes. Dette har ført til at personer med diabetes med behov for insulinbehandling har fått bedre mulighet til å regulere blodsukkeret, og derved kunnet redusere risiko for senkomplikasjoner. Økt tilgjengelighet av blodsukkerapparater, og refusjon for utstyr til blodsuktermåling har også gitt bedre muligheter for å kontrollere effekten av behandlingen regelmessig.

Tidligere var det vanlig å skille mellom insulinkrevende (IDDM) og ikke-insulinkrevende diabetes (NIDDM). Nå er det vanligst å bruke betegnelsen type 1- og type 2-diabetes, ettersom insulinbehandling også er vanlig for personer med type 2-diabetes når man ikke oppnår behandlingsmålene med tablettbehandling alene. Diabetes som oppstår i svangerskapet behandles også med insulin, dersom behandlingsmålene ikke oppnås ved kostbehandling.

Er det slik at det finnes en type insulinbehandling som passer for alle? Og er det slik at de nyeste insulintypene alltid er de beste? I denne artikkelen vil jeg i hovedsak gå inn på hva forskningen sier om bruk av de nye langtidsvirkende insulinanalogene sammenlignet med NPH-insulin, og hurtigvirkende insulinanaloger sammenlignet med humaninsulin. Jeg vil i tillegg bruke egen erfaring som diabetessykepleier når det gjelder veiledning og opplæring til personer med diabetes som bruker insulin, for å belyse utfordringer knyttet til valg av insulintype og vurderinger av om behandlingsmål blir nådd.

Jeg går ikke inn på behandling med forskjellige typer blandinger av hurtig- og langsomtvirkende insulin som finnes på markedet, kombinasjonsbehandling med insulin og tabletter, og insulinpumpebehandling.

Type 1-diabetes

Type 1-diabetes er en genetisk kompleks sykdom. Dette betyr at sykdommen skyldes en kombinasjon av arvelige faktorer og

miljøfaktorer som fører til en autoimmune ødeleggelse av de insulinproduserende betacellene i pancreas. Insulinproduksjonen i kroppen avtar for til sist å opphøre helt. Type 1-diabetes kan debutere i alle aldre, selv om insidensen er høyest i tidlig barnealder og i puberteten (1,2). Ved insulinbehandling tilstreber man å erstatte kroppens kontinuerlige fysiologiske insulinproduksjon. I normalfysiologien produseres insulin kontinuerlig slik at energiomsetning kan foregå, og ved måltider øker insulinutskillelsen for at kroppen skal kunne metabolisere karbohydratinntaket ved måltidet.

Type 2-diabetes

Type 2-diabetes skyldes en kombinasjon av insulinresistens og manglende kompensatorisk insulinproduksjon. Dette er ofte ledd i et insulinresistenssyndrom med abdominal fedme, høyt blodtrykk, høye triglyserider, lavt HDL kolesterol og økt tendens til arteriosklerose. Type 2-diabetes er arvelig. Genetiske studier har vist at sykdommen er særdeles heterogen, og at det ikke er ett enkelt gen som forklarer sykdommen. Det ser ut til at det er større arvelighet når det gjelder insulinsekresjon enn insulinresistens (3). Sunt og riktig kosthold og økt aktivitetsnivå kan bedre insulinresistensen, men insulinproduksjonen vil gradvis reduseres. Type 2-diabetes er en progredierende sykdom, og tablettbehandling må ofte erstattes eller utvides med insulinbehandling etter som årene går.

Insulintyper

Middels langtidsvirkende insulin, Neutral Protamine Hagedorn (NPH), er fortsatt vanligst i bruk. Det har en klokkeformet virkningskurve, betydelig dag til dag-variasjon i virkningen etter injeksjonen og foreligger som en suspensjon som må blandes svært godt før injeksjon (4). Av hurtigvirkende- eller måltidsinsulin er det mest vanlig å bruke de ekstra hurtigvirkende insulinanalogene. Disse insulinene har en forholdsvis raskt innsettende effekt, høyere serumkonsentrasjon og raskere avtakende

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

Søkeord:

- ▶ Diabetes
- ▶ Kronisk sykdom
- ▶ Medisin-
håndtering
- ▶ Livskvalitet





FEIL MEDISINBRUK? Personer med diabetes som er plaget av føling kan være overdosert med insulin. Foto: Scanpix

effekt enn tidligere brukt human insulin. Det er dokumentert at bruk av de hurtigvirkende insulinanalogene gir færre tilfeller av hypoglykemi og lavere blodsukker etter måltider, men har en moderat effekt på forbedring av HbA1c-nivå (5).

De langtidsvirkende insulinanalogene er utviklet for å absorberes langsomt, og å gi en relativt flat virkningskurve. Slik ønsker man å gjenskape det normalfysiologiske lave, konstante plasmavnivået av insulin gjennom natten, eller mellom måltider (5). Ved injeksjon en gang daglig oppnår likevel ikke alle brukerne et stabilt nivå av basalinsulin, og derfor må mange fortsatt sette injeksjon både morgen og kveld, i tillegg til injeksjoner av hurtigvirkende insulin til måltidene.

Studier viser økt tolerabilitet og forbedret glykemisk kontroll ved bruk av de langtidsvirkende insulinanalogene i forhold til NPH-insulin, selv om HbA1c-endringen ikke alltid er signifikant (6). Det innebærer at brukerne opplever økt forutsigbarhet og trygghet i hverdagen, sammenlignet med brukere av insulin som har betydelig dag til dag-variasjon i effekt, og som kan gi større risiko for føling (4). Selv om ikke reduksjon i HbA1c er vist å være signifikant i studiene, vil enhver liten forbedring være av betydning for å redusere senkomplikasjoner.

Bruk av hurtigvirkende analoger har vist å gi lavere blodsukker

Det er viktig at sykepleier utforsker årsakssammenhengen sammen med personen med diabetes.

etter mat (5). Disse insulinene har en raskt innsettende effekt og kan settes umiddelbart før måltidet, eventuelt etter måltidet, i motsetning til humaninsulin som bør settes cirka 30 minutter før måltid. Hurtigvirkende analoger har maksimal effekt cirka en til to timer etter injeksjonen, og avtakende effekt i løpet av tre til fire timer (7). Slik er de godt egnet til å dekke behov for insulin ved inntaket av et måltid med langsomme karbohydrater.

Føling

Fra januar 2010 kan personer med type 1-diabetes som har hatt alvorlige hypoglykemier, har et vanskelig regulerbart blodsukker og ikke oppnår behandlingsmål med NPH-insulin (1) få langsomt-virkende insulinanalog på blå resept. For personer med type 2-diabetes må det fortsatt søkes fra spesialisthelsetjenesten for hver bruker, basert på de samme kriteriene.

«Skal man forstå diabetes, må man forstå føling» hevder Yngvar Christophersen i sin bok Diabetes for livet (8). Føling oppleves alltid som fysisk ubehagelig og er assosiert med mange negative effekter. Også psykologiske effekter ved tap av kontroll som kan føre til avhengighet av andre personer, sosialt stigma og negativt selvbilde. En historie med alvorlig hypoglykemi og generell frykt for føling er også en barriere for å oppnå god glykemisk kontroll, fordi en løsningsstrategi vil være å legge blodsukkeret høyt for å unngå denne ubehagelige konsekvensen av insulinbehandlingen. Frykt for føling kan overdøve bekymringen for langsiktige konsekvenser av hyperglykemi (9).

Det er et paradoks at det som har størst betydning for mennesker med diabetes, nemlig føling eller frykt for føling, ikke alltid har så stor oppmerksomhet når det gjelder oppfølging av sykdommen i helsevesenet. Det legges nesten ensidig vekt på hvordan målet for HbA1c er i forhold til de til enhver tid gjeldende retningslinjer. Studier viser at det er betydelig underrapportering av føling, blant annet på grunn av frykt for å miste førerkortet (9).

Mål for behandlingen

Behandlingsmålet for HbA1c er under eller lik 7, ifølge Nasjonale faglige retningslinjer, Diabetes, 2009. Det anbefales likevel at man foretar en avveining mellom den reelle medisinske gevinsten og den individuelle belastningen det medfører å nå et bestemt behandlingsmål, og at det settes individuelle mål.

For unge personer bør behandlingsmålet settes med tanke på lavest mulig risiko for senkomplikasjoner, men også være realistisk med hensyn til en god livskvalitet som for mange er forbundet med få følingsepisoder. For eldre mennesker på sykehjem, som har færre år til å utvikle senkomplikasjoner bør behandlingsmålet være å unngå symptomer på hyper- og hypoglykemi, og at de kan spise det de har lyst på. Redusert appetitt er som kjent et problem for mange i denne situasjonen.

Insulinbehandlingen skal etterligne normalfysiologiens utskillelse av insulin gjennom døgnet. Den basale insulindosen (NPH-insulin eller langtidsvirkende insulinanalog) skal dekke kroppens behov for insulin utenom måltider, og måltidsinsulin (ofte hurtigvirkende insulinanalog) skal dekke behovet for insulin i forhold til karbohydratinntak ved måltidene. Basalinsulin titreres inntil blodsukkeret kan holdes stabilt på mellom 5 og 8 mmol/L gjennom natten, (under 12 mmol/L hos eldre) og måltidsinsulin titreres til tilsvarende blodsukkernivå cirka to timer etter måltid (7).

Dette kan høres enkelt ut, men det er flere faktorer som påvirker kroppens insulinbehov og insulinopptak. Faktorene man stort sett har kontroll over er insulindosene, matinntaket og aktivitetsnivået, men behovet for riktig ernæring er ikke alltid det som veier tyngst når det gjelder valg av mat. For ungdommer er kanskje behovet for ikke å skille seg ut det viktigste.

Blodsukkersvingninger

NPH-insulin, med tidligere nevnte dag til dag-variasjon og klokkeformete virkningskurve, medfører ofte svingninger i blodsukkeret. Har man i tillegg har lipohypertrofi eller infiltrat i injeksjonsområdet, kan dette også medføre varierende insulinopptak. Det er viktig å bruke rett injeksjonsteknikk og variere injeksjonssted for å unngå infiltrater. Settes injeksjonen i et infiltrat, vil oppsugingen av insulinet bli hindret og virkningen blir uberegnelig (10).

Sykdom med feber, sorg og glede, hormonsyklus hos kvinner, været (for eksempel snø som må flyttes på) og høy temperatur eller hetebølge kan medføre behov for betydelige endringer i

TABELL 1.

Type insulin	Generisk insulin navn	Handelsnavn
Hurtigvirkende insulinanaloger	Insulin lispro Insulin aspart Insulin glulisin	Humalog NovoRapid Apidra
Hurtigvirkende insulin	humaninsulin	Actrapid
Middels langtidsvirkende insulin	Neutral Protamin Hagedorn humaninsulin (begge)	Insulatard Humulin
Blanding av hurtigvirkende og middels langtidsvirkende insulinanalog	- oppløselig insulin aspart 30%, protamin-krySTALLISERT insulin aspart 70% - oppløselig insulin lispro 25 %, protamin-krySTALLISERT insulin lispro 75 %	NovoMix30 Humalog Mix25
Langtidsvirkende insulinanaloger	glargine detemir	Lantus Levemir

insulindosen, og virker også i høy grad forskjellig fra person til person. Dager som varierer mye med hensyn til aktivitet fører også til problemer med insulindoseringen. Ved muskelaktivitet økes insulinfølsomheten, og enten må den som har diabetes redusere dosen både av basal og måltidsinsulin, eller spise mer enn han eller hun egentlig ønsker, for å unngå føling.

Tiltak ved føling

Dersom føling oppstår er det heller ikke lett å beregne hvor stort inntak av karbohydrater som er nødvendig for å normalisere blodsukkeret. Et inntak av cirka 10 g glukose vil medføre at blodsukkeret stiger cirka 2–4 mmol/L. Alt som inntas må imidlertid først tas opp i blodet før hypoglykemien er overvunnet, og dette tar tid. Ofte har inntaket av karbohydrater mer enn oversteget behovet før det oppleves subjektiv bedring, med etterfølgende hyperglykemi som resultat. I tillegg kommer kroppens egen feedbackmekanisme med frigjøring av glukose i kroppen. Denne feedbackmekanismen er ikke mulig å beregne, fordi hormonene som utløser dem kan finnes i varierende mengde i kroppen, opptil ett til to døgn etter en føling. Glukose kan frigjøres når som helst i denne perioden, avhengig av hvor stort glukagonlageret er (11).

Opplæring og kunnskap

Mange mennesker som bruker insulin er plaget med hypoglykemi og har et svingende blodsukker. De kan være overdosert på insulin. Når tilførselen av insulin er større enn kroppens behov for insulin oppstår hypoglykemi. Det er ikke alltid lett å finne frem til årsakssammenhengen og den mest optimale insulindosen. Dette forutsetter stor innsats fra den som har diabetes i å kartlegge eget blodsukker, matinntak og insulindosene over tid. Den enkelte trenger opplæring og undervisning for å få økt forståelse av diabetes, insulinbehandling og insulinvirkning. Det er viktig at sykepleier utforsker årsakssammenhengen sammen med personen med diabetes, og unngår en belærende tone som kan ødelegge tilliten og kommunikasjonen.

Hyppige følinger kan føre til at følingssymptomene forsvinner. Kroppens signaler på føling blir svakere og kroppen venner seg til dem. «Hypoglycemia unawareness» kan medføre fall og skader fordi personen ikke reagerer i tide på følingen. Ved å unngå lave blodsukkerverdier (3,5 – 4 mmol/l) i en så kort periode som to uker kan symptomene komme tilbake (11). Følingssymptomene er viktige for å kunne merke en føling tidnok til at inntak av raske karbohydrater kan forhindre en alvorlig hypoglykemi fordi personen mister bevisstheten.

Karbohydratvurdering

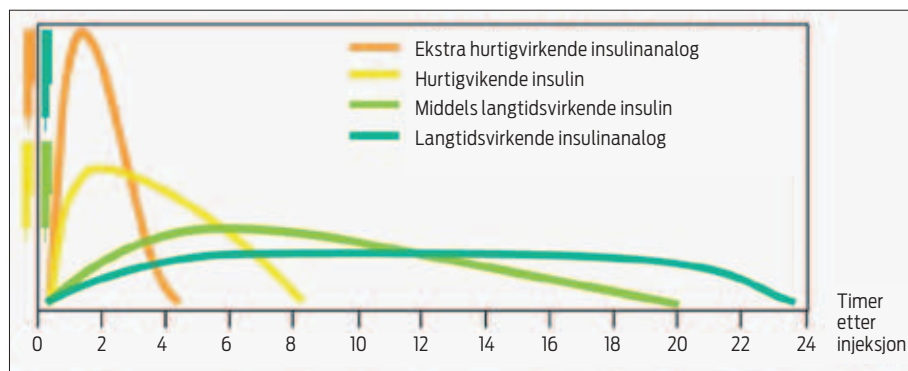
For å kunne beregne insulindoser til måltidene er det nødvendig med kunnskap. Man må ha kunnskap om kosten for å kunne vurdere karbohydratmengden man spiser. Det er karbohydratinholdet i maten som påvirker blodsukkeret mest, mens fettinnhold og kostfiber samt porsjonens størrelse, påvirker hvor raskt maten fordøyes og derfor også hvor raskt blodsukkeret stiger (12).

Insulinfølsomheten er individuell og vil også påvirke insulinbehovet. En individuell tilnærming og grundig opplæring er nødvendig på dette området.

Kostanbefalingen til personer med diabetes er de samme som for normalbefolkningen: et sunt og hjertevennlig kosthold som også medfører en stabil og normal vekt. Det anbefales også regelmessig fysisk aktivitet, minimum 30 minutter daglig, som til befolkningen for øvrig. Røykeslutt er også sterkt anbefalt.

Som vist er det mange prosesser som påvirker hvilke beslutningen en person med diabetes tar mange ganger daglig. Den

FIGUR 1: insulinprofiler



NovoNordisk

som har sykdommen har diabetes 24 timer i døgnet, i alle livets situasjoner. Kunnskap om behandlingsalternativer er viktig. Bruk av riktig injeksjonsteknikk bør være grunnleggende kunnskap for sykepleiere og brukere, og likeledes de gjeldende kostanbefalinger. Sykepleiere bør kunne gjenkjenne infiltrater i injeksjonsområder, og sette i verk tiltak ved føling. Det er viktig å ha kunnskap om insulinets virkningskurve for å kunne evaluere effekten på riktig tidspunkt slik at man kan gjøre nødvendige justeringer.

Konklusjon

Det er selvfølgelig ingen grunn til å endre et insulinregime med NPH-insulin og humaninsulin som fungerer godt, dersom man når behandlingsmålene, brukeren er lite plaget av føling og har en god livskvalitet. Dersom dette ikke er tilfelle, og personen med diabetes har dårlig livskvalitet som skyldes svingende blodsukker, nattlige følinger eller alvorlige hypoglykemier, må alternativene vurderes.

De nye langtidsvirkende insulinanalogene kan for mange brukere gi økt stabilitet og forutsigbarhet i hverdagen, og hurtigvirkende insulinanaloger har vist å føre til forbedret blodsukkernivå etter måltider. Studier viser ikke alltid en signifikant reduksjon i HbA1c, men reduksjon i antall følinger med langsomtvirkende insulinanaloger.

Brukernes tilfredshet og uttrykk for større forutsigbarhet med hensyn til insulinvirkningen bør også tas med i vurderingen av hvilken insulinbehandling som er den beste i hvert enkelt tilfelle (4). ■■■

LITTERATUR

1. Undlien DE, Felling. Arv, miljø og mekanismer ved utvikling av type 1 diabetes. I: Vaaler S, Møinichen T, Ingvald Grendstad I, red. Diabeteshåndboken. Oslo: Gyldendal, 2004: 26–35.
2. Vaaler S. Klassifikasjon av diabetes. I: Vaaler S, Møinichen T, Ingvald Grendstad I, red. Diabeteshåndboken. Oslo: Gyldendal, 2004: 12–13.
3. Hanssen KF. Type 2 diabetes er flere sykdommer. I: Vaaler S, Møinichen T, Ingvald Grendstad I, red. Diabeteshåndboken. Oslo: Gyldendal, 2004: 36–41.
4. Johansen OE, et al. Changing basal insulin from NPH to detemir or glargine in patients with type 1 diabetes and history of severe hypoglycemia. Journal Article in Vascular Health & Risk Management 2009; 5(1): 121–8.
5. Gough SCL. A review of human and analogue insulin trials. Journal Article. Diabetes, Research & Clinical Practice 2007; 77 (1): 1–15.
6. DeVries Jh, et al. Refining basal insulin therapy: what have we learned in the age of analogues? Journal Article. Diabetes/Metabolism Research Reviews 2007; 23 (6): 441–54.
7. Birkeland KI. Moderne prinsipper for insulinbehandling. I: Vaaler S, Møinichen T, Ingvald Grendstad I, red. Diabetes-håndboken. Oslo: Gyldendal, 2004: 136–142.
8. Christophersen Y. Diabetes for livet. Oslo: Aschehoug, 2004.
9. Wild D, et al: A critical review of the literature on fear of hypoglycemia in diabetes: Implications for diabetes management and patient education. Patient education and counselling. 2007
10. Selnes T. Læring og mestring av praktiske ferdigheter. Diabetes. Oslo: Akribes, 2002.
11. Hanås R. Type 1 diabetes hos barn, ungdom og unge voksne. Oslo: NKS-forlaget, 2002.
12. Anne-Marie Aas AM. Kostens betydning ved diabetes. Skafjeld; Diabetes. Oslo: Akribes, 2002.
13. Skafjeld A, Graue M. Diabetes, forebygging, oppfølging, behandling. Oslo: Akribes, 2011.



Mariann Abrahamsen, prosjektleder/barnesykepleier, Barne- og ungdomsklinikken Sykehuset Telemark HF, Seksjon for habilitering av barn og unge.

Følger opp premature

Prosjektarbeid som metode bedrer pasienttilbudet for premature barn.

Et treårig prosjekt om tidlig intervensjon ved Barne- og ungdomsklinikken ved Sykehuset Telemark, har resultert i et fast tilbud og tverrfaglig oppfølging av alle premature under 1500 gram i Telemark. Tilbudet er realisert ved hjelp av internt samarbeid mellom seksjonene i klinikken og opptrappingsmidler fra psykiatrien til to nye stillinger og etablering av et sped- og småbarnsteam. Vi benyttet prosjektarbeid som metode for å nå målet og vil anbefale dette for andre som har behov for å forbedre praksis.

Risikobarn

Hensikten med prosjektet var å bygge opp et bedre helsetilbud til barn som har risiko for skjev utvikling. En prosjektgruppe, satt sammen av motiverte og faglig engasjerte fagfolk fra alle seksjoner ved barne- og ungdomsklinikken, samt en helsesøster fra første-linjetjenesten, fikk i oppdrag fra klinikkledelsen å bygge opp et tidlig intervensjonstilbud til en gruppe risikobarn fra null til tre år. Valget falt på premature barn. Erfaring fra feltet og forskning viser at premature barn er en gruppe som har risiko for å utvikle vansker i oppveksten, eksempelvis angst og utrygghet, konsentrasjonsproblemer, lese- og skrivevansker med mer (1). Det ble tatt utgangspunkt i forskningsprosjektet i Tromsø: «Prosjekt tidlig intervensjon 2000» (2).

Sammensatt team

Vi tilpasset prosjektet til vår organisasjon og våre ressurser. Vi fikk opplæring i samspillveiledning basert på Vermontprogrammet (3) og etablerte et lite team som veiledet foreldrene inne på nyfødtavdelingen et par uker før utskriving. Målet var å gjøre foreldrene trygge, sensitive for barnets signaler og fremme et godt samspill og en god utvikling for barnet. Veilederne fulgte også opp familiene etter hjemreise med to hjemmebesøk, hvorav det ene var sammen med helsesøster. I fellesskap med barneleger fra barne- og ungdomsklinikken ved Sykehuset Telemark utviklet vi en tverrfaglig kontrollrekke for de premature barna fra fødsel til tre års alder. Kontrollene er lagt opp i forhold til korrigert alder, det vil si barnets alder fra beregnet termin dato.

Faste kontroller

Det som er nytt i oppfølgingen av de premature er at de innkalles etter en fastsatt kontrollrekke og at kontrollene er mer tverrfaglige. I dag er både lege, fysioterapeut, sykepleier og spesialpedagog involvert, tidligere var det kun lege og fysioterapeut. Det er også utarbeidet veiledere og foreldreinformasjonsskjema i forhold til hver kontroll.

Vi har innført en ny poliklinisk kontroll utført av fysioterapeut og sykepleier når barnet er cirka to måneder i henhold til korrigert alder, mens første legekonsultasjon er ved fire måneder korrigert alder.

Kontrollen uten lege har fokus på motorisk utvikling og ernæring. Fra og med åtte- til månederskontrollen får alle tilbud om en utviklingsvurdering av spesialpedagog. Disse vurderingene tilbys ved hver kontroll til og med fylte tre år. Ved treårs-kontrollen vurderer spesialpedagog og fysioterapeut barna sammen. Det blir sendt notater til helsesøster fra alle kontrollene og vi har en tettere kontakt der det er nødvendig. De barna som trenger tiltak blir enten henvist til PP-tjenesten i kommunen eller internt i klinikken, avhengig av problemstilling.

Utvidet tilbud

I 2010 utvidet vi oppfølgingstilbudet, i tråd med Helsedirektoratets anbefaling, til også å gjelde femåringer. Denne kontrollen er mer omfattende enn kontrollene barna får når de er yngre. Her er vi opptatt av å vurdere om barnet er skolemodent. Kontrollen omfatter WPPSI III evnetest (1) ved psykolog, ABC-test (1) ved fysioterapeut, nevrologisk undersøkelse ved barnelege og observasjon i barnehagen ved spesialpedagog med særlig fokus på hvordan barnet fungerer sosialt. I tillegg besvarer både foreldre og barnehagen skjemaer for modenhetsvurderinger av barnet på ulike områder (ASQ og ASQ-SE) (1).

Resultatet av vårt prosjekt er en strukturert tverrfaglig oppfølging av en gruppe premature barn som er i risiko for skjevutvikling. Vi har opprettet et sped- og småbarnsteam og har intensjon om også å hjelpe andre barn fra null til fem år med risiko for utviklingsvansker. Dette forutsetter at teamet får tilgang på nok fagressurser. Organisatorisk er teamet underlagt Habilitering for barn og unge, en seksjon med lang erfaring i tverrfaglig samarbeid.

50 familier

Et av målene våre var å gjøre foreldrene trygge og sensitive for barnets signaler og ulike behov, slik at de ikke nøler med å kontakte hjelpeapparatet ved bekymring. Å oppdage vansker tidlig vil igjen bidra til tidlig hjelp, og forhåpentligvis føre til en bedre hverdag for disse familiene. I prosjektperioden fra 2005–2008 takket cirka 50 familier med premature barn med vekt under 2000 gram i Grenlandskommunene ja til å delta. En brukerundersøkelse som ble utført midtveis i prosjektet viser at prosjektet var viktig for foreldrene. De tilegnet seg ny kunnskap og viste til stor grad av trygghet på spesifikke områder. Alle som deltok i undersøkelsen sa de ville anbefale oppfølgingen for andre.

Godt samarbeid

Samarbeidet med helsesøstrene ble også vurdert gjennom spørreundersøkelse. Helsesøstrene opplevde prosjektet som en god støtte og de ønsket å fortsette å samarbeide tett om de premature barna. I oppfølgingen foregikk et av hjemmebesøkene sammen med helsesøster. Alle helsesøstrene opplevde felles hjemmebesøk som nyttig og uttrykte at de ønsker å prioritere dette videre.

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

Søkeord:

- ▶ Prematur
- ▶ Barn
- ▶ Poliklinikk
- ▶ Prosjektarbeid



Hensikten med prosjektet var å bygge opp et bedre helsetilbud til barn som har risiko for skjev utvikling.

Samhandlingen med kommunene og de nasjonale retningslinjene for oppfølging av premature barn har bidratt til at vi har endret fokus på de for tidlig fødte barnas behov for videre oppfølging i både første- og andrelinjetjenesten. Flere kommuner i Grenland har dannet tverrfaglige grupper som arbeider for å bedre nettopp tilbudet til de for tidlig fødte.

Prosjektarbeid som metode

Vår erfaring med prosjektarbeid er at det kan gi bedre samarbeid over grensene, større forståelse for andres fagfelt og viktigst; et bedre tilbud til pasientene. Vi erfarte også hindringer som for eksempel revirtenkning og ulike kulturer og holdninger ved enhetene. Ikke minst opplevde vi ulike organisatoriske forhold eksempelvis forskjellige økonomi- og takstsystemer som utfordrende. Fleksibilitet, både fra ledere og ansatte som arbeider på tvers av grensene, er en forutsetning. Det er også viktig at fagfolk får tid til arbeidet. Prosjektarbeid krever også noe ekstra ressurser til koordinering.

Fagutvikling

I en travelt sykehus-hverdag er det en utfordring for lederne å ta alt ansvar for fagutvikling og bedret praksis i tillegg til alle administrative oppgaver. Vi ser derfor på prosjektarbeid som en god metode for forbedring av praksis. Lederne kan levere en bestilling og fagfolk med interesse for feltet kan samarbeide om å utvikle, eventuelt forbedre, tilbud til pasientgrupper. Lederne må på sin side bidra til å spre informasjon om prosjektet i sin enhet og skape fleksible løsninger for ansatte som skal bidra på tvers av enheter med sine fagtjenester. Når målet er å bedre pasienttilbudet, vil en bedriftsøkonomisk inntjeningsmodell som delvis preger sykehusene være en utfordring. Inntjeningen vil i prosjektperioden synke noe, både på grunn av mindre tid til pasientarbeid og fordi man arbeider på tvers av seksjoner. Kanskje er det nødvendig å tenke nytt når pasienter mottar tjenester fra flere enheter under samme behandlingsopplegg og la den enheten som bruker mest ressurser kode behandlingen. Man må også kunne endre på tungrodd og rigide inntakssystemer ved enhetene for å oppnå en bedre flyt og raskere behandling.

Hva er mulig?

Mye handler om hva slags holdninger man har til endring. Det er viktig å motivere og tilrettelegge for sine ansatte for å få dem til å yte tjenester utover det definerte området personen

arbeider med til vanlig. Tiltak på tvers av enheter krever at noen koordinerer og tenker praktisk på hvordan man kan løse oppgaver, til beste for både pasienten og den ansatte som leverer tjenester utover sin enhet. Ressursbruk må vurderes fortløpende i prosjektperioden og for at implementeringen av nye tiltak skal lykkes er det viktig ikke å ha for ambisiøse mål. «Hva kan vi få gjennomført innenfor eksisterende virksomhet?», var et sentralt spørsmål i vårt prosjektarbeid. Man kan oppnå mye ved å lage skriftlige prosedyrer, informere de berørte og se på organiseringen av virksomheten. Det er en klar fordel at prosjektleder kjenner organisasjonen godt med tanke på å se muligheter og få til et samarbeid.

Vi har erfart vinn-vinn-situasjoner i vårt prosjekt, men også sett frustrerte ansatte som følte arbeidet de utførte i prosjektet ikke hadde legitimitet. I perioder har vi hatt vanskeligheter med å få frigjort fagressurser. Den viktigste erfaringen er imidlertid at ansatte synes det er spennende å jobbe på tvers av enheter fordi det er lærerikt og utfordrende. I tillegg gir det hverdagen et positivt løft.

Prosjektarbeidet har vært spennende og lærerikt og det har resultert i et strukturert og tverrfaglig tidlig intervensjonsprogram for premature barn, samt etablering av et sped- og småbarnsteam. ■■■

BLIR TRYGGERE: Et av målene med tverrfaglig oppfølging av premature barn, er å gjøre foreldrene tryggle og bedre på å lese barnas signaler. Foto: Sacanpix

LITTERATUR

1. Faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn. 08/2007. www.shdir.no.
2. Prematurprosjektet. «Prosjekt tidlig intervensjon 2000». <http://uit.no/prematur/5714/>
3. Achenbach TM, et al: Nine-Year Outcome of the Vermont Intervention Program for Low Birth Weight Infants. Pediatrics 1993; 1: 45-55. <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/abstract/91/1/45>

Kari Raaum Hovde,
spesialsykepleier til barn.

Vigdis Skaug,
intensivsykepleier

Helle Madsen Holm,
intensivsykepleier.

Liv Skinnes,
anestesisykepleier.

Inger Anette Finrud,
spesialsykepleier til barn.

Christine Lorentzen-Styr,
operasjonssykepleier.

Björg Farup,
anestesisykepleier.

Annette Hansen,
operasjonssykepleier.

Åse-Helen Myklebust,
intensivsykepleier.

Lasse Schmidt,
avdelingsjef,
Utdanningscenteret.

Sykepleiere i videreutdanning trenger praksisveiledere

Praksisveiledning i videreutdanningene minsker gapet mellom teori og praksis for studentene.

Arlig utdannes cirka 500 spesialsykepleiere innen anestesibarn-intensiv- og operasjonssykepleie (ABIO) på høyskoler og universiteter i Norge. Formålet er å utdanne velkvalifiserte yrkesutøvere som kan utøve spesialsykepleie til pasienter og pårørende i et høyteknologisk miljø. Endringer i helsetjenestene og den medisinske-teknologiske utviklingen har ført til at pasienter som ligger i sykehus er sikrere enn tidligere, og kravene til kompetanse øker i takt med denne utviklingen.

Frem til 1998 var videreutdanningene sykehusinterne. Etter at

Tett, individuell oppfølging er et middel for å nå målet om å utdanne flinke, reflekterte sykepleiere og spesialsykepleiere.

høyskoler og universitet tok over utdanningene er studietiden redusert med ti uker (6). Minimumskravet utdanningsinstitusjonene har for å komme inn på videreutdanning er kun to års praksis som sykepleier. Gapet mellom den kompetansen enkelte studenter har ved studiestart og hva man forventer av en spesialsykepleier 18 måneder senere er stort.

Praksisstudiene utgjør 50–60 prosent av den tiden studentene er under utdanning. Hensikten med praksisstudiene er at studenten utvikler nødvendig handlingskompetanse. Et krav i rammeplanene fra Kunnskapsdepartementet er at hver student skal ha en hovedansvarlig praksisveileder. Studenten har krav på individuell, kvalifisert veiledning og evaluering i praksistiden.

Egne praksisveiledere

For å imøtekomme dette kravet har OUS, Ullevål, ansatt egne praksisveiledere innen fagområdene anesthesi, barn, intensiv og operasjon. Praksisveilederne er ansatt i et sentralt plassert utdanningssenter. Alle er erfarne spesialsykepleiere innen fagområdet de veileder i, og har ansvar for cirka åtte studenter per 100 prosent stilling. Praksisveilederne har også veilederutdanning og mengdetrening i veiledning.

De skiller seg dermed fra kontaktsykepleiere hvor veiledningen går på omgang. Et annet viktig skille er at kontaktsykepleiere er ansatt i klinikken og må ha pasientbehandling som sitt primære fokus, mens praksisveilederne har veiledning av studenter som sin viktigste oppgave. Det innebærer at studentens behov for veiledning alltid er styrende for hvordan praksis legges opp. I hovedsak foregår veiledningen «bedside» hvor praksisveileder og student sammen har totalansvaret for komplekse pasientsituasjoner. Andre ganger er det aktuelt å trekke studentene ut av praksis for å reflektere over aktuelle, opplevde situasjoner. Hvis studenten eksempelvis har behov for å fordype seg innen et viktig område de ikke kommer borti i praksis, kan det å løse case sammen med andre studenter og praksisveileder være et viktig supplement til direkte pasientveiledning. Praksisveilederne er godt kjent med studentenes pensum og kan knytte teori til aktuell pasientsituasjon. Gapet mellom teoretisk kunnskap og praktisk handling minskes ved denne type veiledning, fordi studentene bevisstgjøres på hvordan teori kan brukes i direkte pasientarbeid.

Et viktig bindeledd

Praksisveilederne har et tett samarbeid med høyskolene, ledelsen ved den enkelte avdeling og kontaktsykepleier. De bidrar eksempelvis med viktig erfaringskunnskap overfor skolene og gir veiledning og råd til kontaktsykepleiere dersom behovet er til stede. Den tette studentoppfølgingen disse aktørene til sammen danner, legger et svært godt grunnlag for å vurdere den enkelte students progresjon i forhold til kunnskaper, ferdigheter og holdninger over tid. Det sikres at de spesialsykepleierne som fullfører utdanningen har nådd utdanningens mål og oppnådd funksjonsdyktighet. De studentene som ikke gjør det, veiledes ut av studiet.

Evalueringene og tilbakemeldingene studentene gir på praksisveilederordningen er svært gode. Vi tenker at dette er en ordning som bør utvides også til å gjelde andre videreutdanninger hvor praksis er en viktig del av studiet, men også i bachelorutdanningen. Det er tross alt i møte med pasienter og pårørende at kompetanse skal synliggjøres. Å gi studentene så tett, individuell oppfølging som vi har vist her er et middel for å nå målet om å utdanne flinke, reflekterte sykepleiere og spesialsykepleiere. ■■■

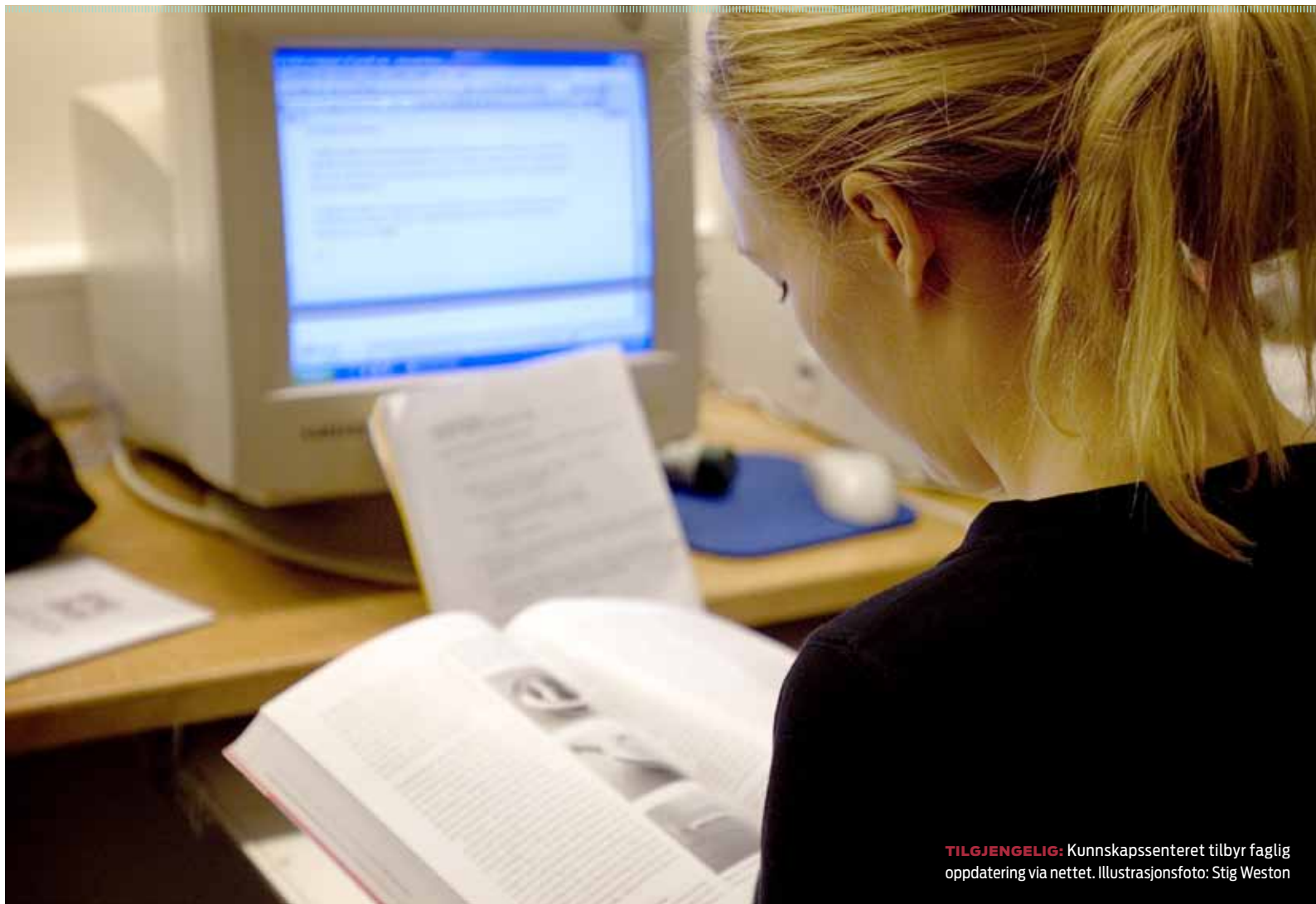
www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

Søkeord:

- ▶ Videre- og etterutdanning
- ▶ Praksisstudie
- ▶ Veiledning





TILGJENGELIG: Kunnskapssenteret tilbyr faglig oppdatering via nettet. Illustrasjonsfoto: Stig Weston

Gratis nettkurs for faglig oppdatering

Du kan lære å finne forskningsbasert kunnskap og omsette den til praktisk arbeid. Her forteller Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten hvordan. Av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjeneste

Kurset er utviklet av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og senter for kunnskapsbasert praksis ved Høgskolen i Bergen.

Kurset lærer deg kunnskapsbasert praksis, det vil si å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i den gitte situasjonen.

Du lærer hvordan du søker i databaser, hvordan du kritisk vurderer artikler du finner og hvordan du kan omsette kunnskapen til praktisk arbeid, enten det er for å ta individuelle beslutninger i konkrete arbeidssituasjoner eller i utvikling av prosedyrer.

Helsepersonell må hver dag ta

faglige avgjørelser, men den dokumenterte kunnskapen om hva som er god praksis er i stadig utvikling. Det man lærte på et tidspunkt kan være endret. Man kan ikke basere seg på hva man har lært eller hva man tror.

Praktiske eksempler

Nettkurset er pedagogisk tilrettelagt og lærer deg trinn for trinn hvordan du kan nytte deg forskning i arbeidshverdagen, fra å formulere hvilke spørsmål du ønsker svar på, til søking etter relevant litteratur, kritisk vurdering av litteraturen og hvordan den kan omsettes til praktisk arbeid.

Alle trinnene er spekket med praktiske, kliniske eksempler, videoer og øvingsoppgaver.

Statistikk på en forståelig måte

Kurset har også en statistikkdel for folk som ikke jobber med forskning til daglig, men som likevel må forholde seg til tall i jobben, for eksempel fra fagartikler.

Statistikkdelen gir deg en enkel innføring i grunnstammen i statistikk, det vil si hvordan du beskriver tall, analyserer tall og formidler tall, og lærer deg hvordan du kan forstå statistikk.

Internopplæring av ansatte

Helsepersonelloven krever at helsepersonell holder seg faglig oppdatert. Nettkurset er velegnet til internopplæring av ansatte. Man trenger ikke å sende ansatte på kostbare kurs.

Kunnskapsbasertpraksis.no er et godt pedagogisk tilrettelagt læringsverktøy som kan brukes til faglig utvikling og til å kvalitetssikre at ansatte har minimumskunnskap. ■■■

Kurset dekker de seks trinnene i kunnskapsbasert praksis:

- » Refleksjon
- » Spørsmålsformulering
- » Litteratursøk
- » Kritisk vurdere
- » Anvende
- » Evaluere

www.kunnskapsbasert.no



Kristin Oudmayer

Aktuell med: Fordi jeg fortjener det?

og som blogger og foredragsholder om mobbing

Yrke: Prosjektleder i UNICEF
Bosted: Asker

Mobbeplogg

Kristin Oudmayer fikk ideen til å skrive bok da datteren ble mobbet.

Tekst **Susanne Dietrichson** Foto **Stig M. Weston**

Datterens erfaringer fikk Oudmayer til å minnes sin egen historie; hun ble selv mobbet som barn. Da hun fortalte mobbehistorien sin på bloggen fikk hun enorm respons. Alle tilbakemeldingene åpnet øynene hennes for dem som sitter på historier de kanskje aldri har fortalt til noen. Mange av dem som responderte beskrev en enorm lettelse; både etter å ha lest Oudmayers historie og fordi de omsider fikk fortalt sin egen.

– Jeg bestemte meg for å skrive en bok om mobbing basert på historiene folk fortalte meg. Mobbing er et tema som politikere og forskere synes å ha monopol på. Jeg ønsket en annen nærhet til temaet og ville samtidig gi mobbeofrene en stemme. Derfor opprettet jeg en blogg hvor jeg inviterte folk til å skrive mobbehistoriene sine.

Oudmayer er utdannet miljøterapeut og har i mange år jobbet på Blakstad sykehus med barn av pårørende til inneliggende pasienter. Men hun hadde ikke anelse om hva hun satte i gang med mobbeploggen.

– Det kom inn utrolig mange historier. Det var tydelig at temaet traff. Det var veldig krevende å ta imot disse historiene. Mange var rå og gjorde et dypt inntrykk. Jeg ante ikke at dette skulle bety så mye for

så mange; jeg blir fremdeles kontaktet og nå er det ett år siden boka ble utgitt.

– Du kan si, jeg er vant til å jobbe med mennesker i krise, men dette var likevel noe veldig annet.

– Er det noen som skriver om mobbing på arbeidsplassen?

– Ja, et par stykker. Men det var faktisk vanskelig å få inn historier om voksne som ble mobbet. Det tror jeg handler om skam. Det virker som det er enda mer skambelagt å bli mobbet som voksen enn det er å bli mobbet som barn. Når det gjelder mobbing i arbeidslivet sitter mobberne gjerne i maktposisjoner, og da blir det vanskeligere å si ifra

– Hvordan valgte du ut hvilke tekster som skulle med i boka?

– Jeg ønsket å dekke mobbing så bredt som mulig, vise at det er mange former for mobbing. Det er ikke bare en type mennesker som mobber eller som blir mobbet. Jeg ville også unngå å publisere historier der målet med publisering var å hevne seg på mobberen. Det ville bidra til å opprettholde en ond sirkel, i stedet for å bryte den. Jeg ønsket å skape dialog og ikke konfrontasjon. Det er mange voksne mennesker som bærer på mobbehistorier de aldri har fortalt. Mennesker som er livredde for å fremstå som ofre.

– Jeg har også lært at det koster å

ble bok

stikke frem nesa si. På godt og vondt. Jeg opplevde at enkelte ventet på en anledning til å ta meg. Jeg skulle ikke tro jeg var bedre enn andre fordi jeg satte søkelys på mobbing. Det har gjort meg mer forsiktig, mer engstelig for å såre andre og litt reddere for å være kritisk. På en måte er det litt synd, men det har også skjerpet meg.

Oudmayer mener mobbingen ofte starter hjemme og at vi som voksne har et stort ansvar for hvordan vi snakker om andre mennesker mens barna hører på. Hun jobber nå med en oppfølger til boka, som kommer ut i oktober, der hun prøver seg på en dypere analyse av mobbephenomenet.

– Mange mennesker fikk livene sine forandret etter å ha skrevet til

– *Har du funnet noe middel mot mobbing?*

– Jeg har ikke funnet noe enkelt svar. Men jeg tror likevel mye av løsningen ligger i forebyggende arbeid. Vi må tenke og snakke annerledes om mobbing. Og vi må se på ansvarsfordelingen før mobbingen inntreffer og ikke etterpå diskutere hvem som har skylda. Jeg har også forstått at mobbing ikke bare er et skoleproblem. Mobbingen starter lenge før det. Og mobbing har langvarige og dyptgripende konsekvenser. De som har blitt mobbet som barn bærer med seg konsekvensene i mange år; inn i voksenlivet og arbeidslivet.

I oppfølgeren tar hun også for seg medias rolle.

– Jeg mener media har et stort

Det er i hvert fall en myte at mobbere ikke har empati.

meg om mobbingen. I neste bok forteller noen av disse på hvilken måte det å skrive om mobbingen forandret livene deres. Her får også mobberne selv komme til orde.

– *Ser du noen fellestrekk hos mobberne?*

– Gruppepresset er en faktor som går igjen, og det at man er i en kultur der mobbing gir status. Mobbingen blir en ond sirkel, og fallhøyden ved å trekke seg blir bare større og større. Mange av mobberne er selv skadet for livet. De lever med skammen og er lei seg for at ingen stoppet dem. Det er i hvert fall en myte at mobbere ikke har empati; de jeg har snakket med lever med dyp anger den dag i dag.

ansvar. Journalister bør fokusere på sak og ikke på person. Det er viktig å stille spørsmål, men hvor går grensen mellom kritisk journalistikk og personhets?

I dag reiser Oudmayer rundt og holder foredrag om mobbing ved skoler og på arbeidsplasser. Hun har sittet i VGs ekspertpanel i «Bry deg – stopp mobbingen»-kampanjen og vært med på å sette mobbing på den politiske agendaen.

– Jeg er opptatt av hvordan vi kan være mer bevisste i samspillet med andre mennesker, være mer inkluderende mot hverandre. Små ting vi gjør for hverandre kan få store, positive konsekvenser! ■■■



Virkelighetsflukt

NOEN GANGER får jeg spørsmålet om hva som er den beste boka jeg har lest. Det er nesten umulig å svare på, siden det er så mange gode bøker som fortjener å bli nevnt. Det kommer dessuten an på hvor man er i livet. Er man ung og mangler livserfaring, har man helt andre referanserammer enn hvis man har noen år på baken og har smakt litt på noen av livets små og store utfordringer.

Jeg har alltid likt historiske romaner godt. Ingenting er etter min mening mer fornøylig og underholdende enn å lese om historien når du får den servert gjennom øynene på karakterer som bare har eksistert i forfatterens egen fantasi. Forfattere kan på denne måten ikke bare gi meg store opplevelser, men også ny kunnskap om tema jeg kanskje ikke visste noe om. Ett eksempel er Ildefonso Falcones' storslagne bok «Havets katedral». Den er fra middelalderens Barcelona og full av historiske hendelser og beskrivelser av datidens skikker og tradisjoner. Mange av dem uforståelig brutale, samtidig som forfatterens hovedpersoner er av en slik karakter at leseren lærer dem å kjenne.

En annen stor historisk roman er danske Carsten Jensens bok «Vi, de druknede». Gjennom fire generasjoner, fra seilskutenes tid til den andre verdenskrig, blir en kjent med en rekke hovedpersoner, alle født og oppvokst i den lille danske byen Marstal på øya Ærø.

Dramatikken i de store sjøslagene, fortellingene om utfordringen og livsnødvendigheten av å våge livet ute på havet, beskrivelsene av enkenes liv etter at mennene aldri kom tilbake, den store utviklingen fra seilskute til dampskip til motorbåt – alt og mye mer til klarer Carsten Jensen å flette inn i denne store, leseverdige romanen.

Kanskje er disse to bøkene blant de beste jeg har lest, men listen kunne ha blitt mye lenger.

Målet er ikke å lese flest mulig bøker, men å velge seg ut dem man vil bruke tid på og virkelig kose seg med. Det å nyte en velskrevet historie som tar meg med til fremmede steder, fremmede kulturer og til menneskeskjebner jeg tror på, er rett og slett en fascinerende, deilig virkelighetsflukt.



Vestil Slott



Medisinerer av psyken

Av Joel Paris

250 sider

Abstrakt forlag, 2010

ISBN 978-82-7935-301-0

Anmelder: Thore K. Aalberg, cand.polit.,
fagbokforfatter og homøopat

Kritiserer moderne psykiatri

ANMELDELSE: Den kanadiske professoren Joel Paris stiller spørsmål om psykiatere bør arbeide mer som nevrologene: Undersøke pasienter, stille diagnoser og skrive ut resepter? Eller bør de arbeide mer som psykologene: Utforske sinnets irrganger og tilby høykvalifisert psykoterapi? Han ønsker begge deler, men mener at dagens psykiatere, i likhet med andre leger, har reseptblokken som sitt fremste arbeidsredskap.

Paris mener en del psykiatere har glemt hvordan de skal snakke med folk og at medisinerstudiet ikke er noe ideelt sted for å lære å tenke.

Den voldsomme økningen av psyko-farmaka mener Paris kan føres tilbake til legemiddelindustriens store innflytelse på psykiatrien. Ved stadig vekk å utvide antall diagnoser, blir det enda lettere å ty til reseptblokken. Paris skri-

ver at det mangler kliniske forsøk som viser effekten av legemiddelkombinasjoner. Han hevder at leger er så naive at de ikke tror at de lar seg påvirke av legemiddelindustrien. Ekstra ille er det at barnpsykiatrien er knyttet til farmakologiske midler. Han peker på at psykiatrien ikke vet hvordan de fleste aktuelle legemidler virker.

Hans harselas med psykoanalysen er fornøylig. Utdanningen til analytiker minnet mer om å gå i prestelære. Kognitiv terapi lovprises.

Felles for de psykoterapiformene som viker, er terapeutens evne til å lytte og vise empati. Psykoterapi er ikke en bestemt teknikk, men en helbredende relasjon. De som drev med folkemedisin og helbredelse ved tro, kunne vise til gode resultater fra behandling av psykiske symptomer.

Dette er en gjennomarbeidet bok og velspekket med kunnskaper som avdekker mange myter. Paris er kritisk til både grunnlaget for og de ulike behandlingsmåtene som brukes på psykiske lidelser. Han ser også svakheter ved evidensbaserte kliniske forsøk, men likevel skinner det tydelig gjennom at det er ved naturvitenskapelig forskningsmåte at løsningene finnes.

Selv om Joel Paris problematiserer det meste, savner jeg en ydmykhet og aksept for at behandlingsmåter kan virke selv om det ikke er mulig å kartlegge virkningsmekanismene.

Boken er til tider fornøylig å lese da forfatterens ironi skinner gjennom. Siden målgruppen også er lekfolk, kunne flere norske begrep vært brukt sammen med de medisinske faguttrykkene.

Den som ikke har lært seg begrensningens kunst, har ikke lært å skrive. Nicolas Boileau



Mat og måltider

– i hjemmebaserte tjenester og i eldreomsorg

Av Gunhild Aakervik

115 sider

Pensumtjeneste AS, 2010

ISBN 978-82-13028-70-7

Dhal eller lapskaus?

– Matkulturer fra mange land i Norge

101 sider

Av Gunhild Aakervik

Pensumtjeneste AS, 2010

ISBN 978-82-13028-71-4

Anmelder: Liv Wergeland Sørbye,
førsteamanuensis, ph.d

Lett om andre matkulturer

ANMELDELSE: Gunhild Aakervik har mange års praksis med arbeid blant fremmedspråklige i Norge. Gjennom samtaler og intervju har hun innhentet informasjon om ulike kulturer, mat og helse.

Boken «Mat og måltider» er spesielt tilrettelagt for hjemmebaserte tjenester og omsorg for eldre. Boken tar utgangspunkt i behov for bistand, yrkesrolle og vedtak samt hygiene og ernæringslære. Mattradisjoner og religioner blir kort omtalt. Forfatteren nevner utvalgte sykdommer som diabetes, hjertekarlidelser, demens, kreft, obstipasjon og diaré. Hun relaterer disse sykdommene til ulike typer kost som kan gi den eldre en positiv eller negativ gevinst. Hun omtaler de fem største verdensreligionene og mat knyttet til høytidene. Litt stusslig å lese at i påsken spiser de kristne mye egg. Det burde vært

nevnt at påskelammet har en sterk symbolsk verdi og benyttes i mange kristne hjem.

Boken inneholder også oppskriften på enkle norske retter variert med typiske retter fra andre kulturer.

I «Dahl eller lapskaus?» har Aakervik valgt å omtale de 15 største innvandrergруппene i Norge representert ved 28 land. I tillegg kommer nordmenn og samisk urbefolkning. Hvert land blir presentert med dato for nasjonaldag, språk og hovedreligion. Det gis en innføring i mattradisjoner i ulike religioner spesielt knyttet til høytidene.

Disse to bøkene av Gunhild Aakervik utfyller hverandre, men overlapper også både i tema og tekster. Referanselistene og linkene er identiske for begge bøkene. For lesere som bare ønsker en generell

informasjon om ulike kulturer kan «Mat og måltider» være å foretrekke. For lesere som har behov for mer konkret kunnskap om matkulturer fra mange land kan «Dhal eller lapskaus?» være en første innføring.

Som sykepleiere har vi et undervisningsansvar for annet pleiepersonale. Disse bøkene er letteste, men kan derimot ikke anbefales som pensum på bachelornivå. Til det er bøkene for lite forskningsbasert og har en noe fragmentert tilnærming til deler av stoffet.

Leseren bør ha i mente at for mange er livssituasjonen i Norge svært annerledes enn i «gamlelandet». Den muntlige overleveringen som har funnet sted gjennom generasjoner blir ikke alltid holdt like godt i hevd. Kanskje vil lapskaus bli foretrukket, selv om vi har gjort oss flid med å koke dhal.



Gaute Birkeland Kjellsen

Alder: 27 år

Stilling: Sykepleier, akuttmottaket på Diakonhjemmet sykehus

Favoritt: En engangsarteriekran, egen oppfinnelse

I denne spalten intervjuer vi sykepleiere om deres favorittting på jobben.

Hvilket hjelpemiddel er din favoritt?

Skriv til interaktivt@sykepleien.no

– Helmaks «maxibutterfly»

Sykepleieren Gaute Birkeland Kjellsen er av den oppfinnsomme typen. I fjor deltok han i to innovasjonskonkurranser med prosjektet Sykepleiervakta. Han vant gründerprisen Pangstart og har vært nasjonal finalist i VentureCup.

Tekst og foto **Laila Berg**

Hans favoritt er en enhet for arteriell blodprøvetaking, en «engangsarteriekran», som han selv har vært med å utvikle. Gaute demonstrerer hvordan den sammensatte enheten «skrus» fra hverandre.

Hvordan fungerer den?

– Vi bruker den til å ta en arteriell prøve fra lysken til pasienter som har vanskelig tilgjengelige årer. Sykepleier eller lege stikker med kanylen og holder den i ro, mens en bioingeniør kobler til blodprøveglassene.

Hva er fordelene?

– Vi får tatt vanlige blodprøver, blodkultur og arteriell blodgass bare ved å skru om krana. I en akuttsituasjon får vi tatt alle blodprøvene med det samme. Vi reduserer antall stikk pasienten utsettes for, noe som igjen reduserer infeksjonsrisikoen.

Krever den godkjenning?

– Den er godkjent av seksjonsoverlegen for

akuttmottaket, og de anestesilegene jeg har vist enheten til er svært positiv. Ingen har sett den blitt brukt før.

Hvorfor elsker du nettopp dette apparatet?

– At en så enkel dings kan forbedre arbeidssituasjonen i hverdagen vår så mye. Det gir en god følelse å få tatt alle prøvene man skal ha, på et stikk. Min erfaring tilsier at det forbedrer mottaket av «den akutte pasienten».

Hva er spesielt med designet?

– Det er hvor enkel denne enheten er. Instrumentet er satt sammen av fire løse deler som vi til daglig bruker på sykehuset: en treveiskran tilkoblet en kanylen og vacutainer med luer-adapter. Det nye er forlengelsesslangen som tilfører fleksibilitet når prøvene tas. Slangen reduserer bevegelse og gjør at vi kan ta flere blodprøver fra samme stikk, slik unngår vi å perforere blodåren flere ganger.

Hvilke ulemper har enheten?

– Før blodprøvetaking må man benytte et «startglass» for å fylle enheten med blod, før selve blodprøvene kan tas. Det første glasset kasseres.

Hva har inspirert deg?

– Jeg må vel si arbeidet i hverdagen. De tingene vi omgir oss med og det utstyret vi bruker på sykehuset har potensielt flere bruksområder. Jeg har kanskje litt lett for å irritere meg over systemer som ikke fungerer optimalt, og forsøker å se etter nye løsninger for å forbedre arbeidsdagen.

Har oppfinnelsen et navn?

– En vanlig blodprøve tas med en butterfly. Denne likner litt, men den er mye større. Vi har ikke gitt den noe navn ennå, men vi kan godt kalle den en «maxi-butterfly».



Quiz

Er du en kompetent sykepleier?

Test kunnskapene med vår aktuelle og nådeløse quiz!

1 Når er den internasjonale sykepleierdagen?

- A 1. mai
- B 17. mai
- C 12. mai

2 Hvorfor er denne datoen valgt?

- A Det er fødselsdagen til Florence Nightingale
- B Det er dødsdagen til Florence Nightingale
- C Det er Lisbeth Normanns dåpsdag

3 Hvilken pris deles ut denne dagen?

- A Nobels fredspris
- B Nordisk råds litteraturpris
- C Årets sykepleierpris

4 Hvor gammelt er Norsk Sykepleierforbund?

- A 10 år
- B 99 år
- C 470 år

5 Når kom Jordmorreglementet – også kalt vår første helseprofesjonslov?

- A 1754
- B 1810
- C 1866

6 Hva er fantomsmerter?

- A Smerte som kommer brått og uventet
- B Smerte som vandrer fra lemsdel til lemsdel
- C Smerte i en lemsdel som er blitt amputert

7 Gjennomsnittsvekten for et menneskes hjerne er størst

- A Hos menn
- B Hos kvinner
- C Det kommer an på formen

8 Hvem har sagt «Djevelen bekjempes best med tålmodighet. For han har ingen»?

- A Prinsesse Märtha Louise
- B Carl Gustav Jung
- C Sigmund Freud

9 Hva er awareness?

- A Utlisiktet våken under narkose
- B Våkner ikke av narkose
- C Glemskhet etter narkose

10 Hva er Glasgow coma scale?

- A Et hjelpemiddel for å klassifisere hodeskader
- B Et hjelpemiddel for å klassifisere IQ
- C Et hjelpemiddel for å klassifisere størrelsen på hjernen



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.)



KJEMPEHJERNE? Er det menn eller kvinner som har tyngst hjerne? Foto: Colourbox.

SVAR: 1C 12. mai, 2A Det er fødselsdagen til Florence Nightingale, 3C Årets sykepleierpris, 4B 99 år, 5B 1810, 6C Smerte i en lemsdel som er blitt amputert, 7A Hos menn, 8B Carl Gustav Jung, 9A Utlisiktet våken under narkose, 10A Et hjelpemiddel for å klassifisere hodeskader.

FAG NYHETER

Pris til master

Universitetet i Oslo fikk prestisjepris for master i helsefag. Tekst **Nina Hernæs**

Penger og ære gikk til det medisinske fakultetet ved Universitetet i Oslo (UiO) da Kunnskapsdepartementet delte ut utdanningskvalitetsprisen for 2011. UiO vant med prosjektet «Transformasjon av vitenskapelig tenke-, arbeids- og vurderingsformer i masterutdanning».

– En anerkjennelse for mange år med hardt arbeid, sier en fornøyd Kristin Heggen, studiedekan ved det medisinske fakultet.

– Dette betyr at sykepleiere har et mastertilbud med et skikkelig kvalitetsstempel.

God undervisning

– Hvorfor vant dere?

– Fordi vi jobber forskningsbasert. All høyere utdanning skal være basert på forskning. Men vi har spurt: Hva betyr det? Det må være noe mer enn bare å snakke om forskning, sier Heggen.

I arbeidet med studiet, har lærerne blant annet utviklet en egen pedagogikk for å formidle hva det vil si å jobbe forskningsbasert.

– Men det trenger ikke å bety et teoretisk og abstrakt studium, sier hun.

– Vi er opptatt av å gjøre forskningen erfaringsnær og vi prioriterer

undervisningen. Blant annet bruker vi mye to lærere sammen både til å undervise og veilede.

I begrunnelsen for hvorfor UiO vant, trekkes det fram at studiet preges av en forskningspreget læringskultur og at lærerne er aktive forskere som er fortrolig med vitenskapelig arbeid.

Gir anseelse

Det er ellefte gang prisen deles ut. Det var 15 søkere, og UiO deler prisen med Høgskolen i Sør-Trøndelag, som vant for prosjektet «Rom for læring» ved informatikkutdanningen. Prisen på en million deles mellom de to.

For UiO var det ekstra stas å vinne i år, når det feirer 200 år og har nettopp studiekvalitet som tema.

– Hva betyr prisen for dere?

– Anseelse, sier Heggen, og understreker at prisen går til et miljø, der lærerne har investert mye tid i å bygge opp masterstudiet.

– Dette gir inspirasjon til å fortsette.

– Hva går pengene til?

– Vi utvikler studiet videre. Vi vil ha enda mer kvalitet i utdanningen, sier hun.

– Men litt av pengene gikk til champagne. ■■■



Foto: Colourbox

Store forskjeller

Det er store forskjeller i bruk av hjertestimulerende medisin blant narkoseleger. En dansk undersøkelse gjort på 3585 hjertekirurgiske pasienter, viser at noen narkoseleger bruker inotropi syv ganger hyppigere enn andre.

Videnskap.dk

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 **OLINE HESSELBERG OG GJERTRUD HANNASVIK**

Begge følte seg upopulære, men
måtte gjøre det de mente var rett.

84

DILEMMA **BERIT S. BRINCHMANN**

«Jeg forundres over at utenriks-
politiske argumenter settes høyere
enn hensynet til barna.»

82



NSF HAR ORDET

Forbundsleder Lisbeth Normann

Stilling: Forbundsleder i NSF

E-post: lisbeth.normann@sykepleierforbundet.no

Våre rettigheter under press

Vi har nylig feiret arbeidernes internasjonale kampdag, 1. mai, en dag som fortsatt er aktuell å markere.

Det siste året har på mange måter vært en vekker. Vi har fått bevis på at vi i vårt «sosialdemokratiske lykkeland» er truet på flere fronter. Det finnes krefter både utenfor og innad egne landegrenser som ønsker seg tilbake til den tiden enkeltpersoner eller selskap med sterk økonomi kunne skalte og valte med arbeidskraften slik det passet dem. Dette er krefter som kan tenke seg tilbake til en tid før arbeidstilsyn og tariffavtaler kontrollerte og ivaretok de ansattes rettigheter, da arbeidsfolk sto med lua i hånda og solgte seg til dem som trengte deres arbeidskraft fra en dag til en annen, og til den timelønna som «markedet» var villig til å betale.

Da jeg sto på Ammerudludden i februar, fikk jeg en følelse av «dèja vu» – at denne tiden var tilbake. Med egne ører hørte jeg ansatte fortelle om overtid uten betaling, om doble og triple vakter, om å sove i kjelleren mellom vaktene og om kolleger på andre Adecco-drevne sykehjem som får timebetalt og dermed må kjempe om vaktene for å få en lønn å leve av. Jeg ble sjokkert, opprørt og fortvilet.

Fleksible turnuser har blitt løftet frem som Fata morgana.

I kjølvannet av Adecco-saken fikk vi flere eksempler på vikarbyråer som tjener store penger på rovdrift av sykepleiere og annet helsepersonell. Det hentes sykepleiere fra Russland, Polen, Korea og andre land der ansattes rettigheter og lønnsnivå ikke kan sammenliknes med norske forhold. Vi driver altså en uetisk import av arbeidskraft vi har manko på, og utnytter deres manglende kunnskap om rettigheter som ansatt i Norge og deres fortvilte behov for en jobb. I kjølvannet av dette får vi et umenneskelig press



UTEN PLAN: Det virker som noen arbeidsgivere ønsker seg tilbake til tiden da folk sto med lua i hånda og tilbød sin arbeidskraft der det tregtes, når arbeidsgiver hadde behov og til betaling som passet arbeidsgiver, skriver Normann. Foto: Stig Weston

på andre ansatte som må innordne seg kravet fra arbeidsgiver.

Dette året har vi også vært vitne til at ansatte har fått et stadig tøffe press på å være såkalt fleksibel. Fleksible turnuser som innebærer store avvik fra arbeidsmiljølovens hovedregler om arbeidstid, har blitt løftet frem som Fata morgana. Sykepleierforbundet er opptatt av at arbeidstidsordninger skal ivareta ansattes helse og velferd, på kort og lang sikt, og gjøre det mulig å utøve jobben forsvarlig. Vi er opptatt av at ansatte skal kunne stå i jobb i mange år, ikke at de sliter seg ut i ung alder og deretter må leve på uføretrygd resten av livet. Dette er et press vi ser komme på alle fronter og i flere bransjer. Vi vet hvem som vil sitte igjen med regningen i form av ødelagt helse dersom vi ikke klarer å beholde et arbeidsliv som tilrettelegges for at ansatte kan stå lenge i arbeid.

Av positive tiltak dette året, bør imidlertid nevnes regjeringens krav til sykehusene om i løpet av året å redusere deltid med 20 prosent. For kvinnene fører dette til usikker økonomisk situasjon. Sykepleier May-Britt Sudmann ved Haukeland sykehus er en av de altfor mange som merker deltiden på kroppen. Hun har 75 prosents stilling, og uttalt følgende til Bergens Tidende nylig: – Vi blir ringt opp på kort varsel, tar ekstravakter og jobber overtid, godtar ubekvem arbeidstid og har et enormt arbeidspress – og vi stiller opp.

Hun beskriver at både hun og kolleger ønsker full stilling, men blir ikke tilbudt det. På andre sykehus får vi høre at det ansattes nye medarbeidere i kun 80 prosents stilling for å beholde fleksibiliteten og muligheten ved å på den måten unngå å betale overtid når behovet for ekstraresurser melder seg. Våre medlemmer karakteriserer dette som spekulativt, og et godt eksempel på dårlig likestilling.

Og likestilling i arbeidslivet er fortsatt en kamp vi ikke har vunnet. Kvinner i Norge er flinkest i verden i yrkesdeltakelse, og bærer sin sentrale del av verdiskapingen i landet. Nettopp derfor reagerer jeg også så sterkt på at vi i 2011 ennå ikke har klart å løse likelønnsflokken. I vår kamp for likelønn har vi hele tiden hevdet at ulikelønn er et resultat av verdsettingsdiskriminering. Vi kan ikke i et likestilt Norge akseptere at en kvinne tjener 20 prosent mindre enn menn med tilsvarende lang utdanning. Jo høyere utdanning kvinnen har, jo mer øker ulikelønnen. Det er på tide at regjeringen tar Likelønnskomisjonen på alvor, og at arbeidsgiverorganisasjonene ser på mulighetene og innser at «partene i arbeidslivet» ikke kan løse dette alene – det har vi bevist de siste 20 årene.

Lisbeth Normann

Klossete av Bratten

Anne-Kari Bratten satte sinnene i kok hos mange sykepleiere, med sine uttalelser i Dagsrevyen 6. april. Selv sier hun i etterkant at hun ikke forstår hvorfor vi ble så provoserte.

Bratten uttrykker seg både klossete og upresist når hun forteller oss at det arbeidet vi gjør til daglig er en dugnadsinnsats. En dugnad som sykepleierne trenger minimum tre år på høyskole og en offentlig autorisasjon for å være med på. En dugnad er for meg noe man gjør på fritiden, i velforeningen, i idrettslaget eller i korpset. Dugnad er noe jeg assosierer med arbeid som utføres gratis. Det ansvaret vi sykepleiere har for pasientene som ofte får høyspesialisert behandling på sykehus, det kan ikke kalles dugnad.

For de av oss som jobber ufrivillig deltid, så er det slitsomt å alltid måtte skyve til side fritiden sin til fordel for ekstravakter. Vakter man er tvunget til å takke ja til, for å få økonomien til å gå rundt. Ekstravakter som ofte blir på såkalt ubekvem arbeidstid. Anledningen til å planlegge fritiden sin faller bort. Anledningen til å bruke fritiden sin slik at man er best rustet til å klare belastningen som turnusarbeid fører med seg, forsvinner.

Rekrutteringen burde i aller høyeste grad være på vei oppover, og Spekter peker på viktige problemstillinger når det gjelder helsevesenets utfordringer. Men Brattens uttalelser hjelper ikke rekrutteringen til verken sykepleieryrket eller andre helseprofesjoner som jobber i turnus.

Det er derimot uklokt å møte en så stor gruppe med så lite respekt som du gjør, Bratten. Du sier at du ikke forstår hvorfor vi blir så provosert av det du sier, og det forteller meg alt. Bratten sier at 85 prosent av de som jobber deltid, gjør det frivillig. Hva er årsaken til det? Kan det være at hverdagen med turnusbelastning blir for tøff? Kan det være at disse sykepleierne velger å gjøre en forsvarlig jobb den tiden de klarer å være på jobb, i stedet for å bli sykemeldt etter stort arbeidspress i hel stilling? Kan det være at mange ikke har anledning til å være på jobb den tiden av døgnet barnehagene er

stengte? Mental helse sin arbeidslivstelefons har innringere som forteller at opp til 60 prosent av inntekten deres består av ekstravakter. Sender dette signaler til dagens ungdom om at det er klokt å satse på en treårig høyskoleutdanning som sykepleier?

Det er unyansert å si at krisen som eldrebølgen forventer å skape, enkelt kan løses med at hver sykepleier jobber to til tre helger ekstra i året. De aller fleste sykepleierne synes at turnusarbeid er en løsning de trives med. Vi velger det faktisk selv. Og vi vet meget godt at pasienten trenger vår beste omsorg og pleie også etter klokken 16 om ettermiddagen. Men vi vet også at turnusarbeid innebærer en helserisiko. Og vi vet at dagens sykepleiere i økende grad takker nei til deltidstillinger og til korte vikariater. Vi trenger sikkerhet, og vi trenger forutsigbarhet. Og ikke minst; pasienter og pårørende trenger sikkerhet og forutsigbarhet.

Er Bratten klar over at på de aller fleste institusjoner, så er vi dårligere bemannet når fredag ettermiddag kommer? Dessverre blir pasientene syke likevel, og trenger ikke mindre hjelp. Sykdom skiller ikke mellom hverdag og helg. Men det gjør vi i vaktboka. Dette gjør at noen arbeidshelger består av tøffe vakter. Kanskje rekker vi ikke nødvendig toalettbesøk eller matpause.

På Bergan sykehjem i Kristiansund, har de gjort et grep som jeg tror er mye viktigere enn å øke andelen ubekvem arbeidstid for en hel yrkesgruppe. De fikk prosjektmidler, og økte grunnbemanningen med 3,2 årsverk. De opplevde at de sparte over en million ved at det ble mindre sykefravær, vikarbruk og overtidsjobbing. Men gevinsten var ikke bare økonomisk. Også arbeidsmiljøet og den sykepleiefaglige kvaliteten er blitt bedre. Rekrutteringen ble lettere, og i tillegg har prosjektet hatt en bonusside for dem med uønsket deltid: De med små stillingsbrøker har fått økt stillingene sine til rundt 60 prosent.

Det er altså mange aspekter ved arbeidstidsordningene man kan se på for å få til bedre løsninger, som er tilpasset dagens arbeidsliv bedre. Men som

sykepleierforbundets leder Lisbeth Normann påpeker: det er stor forskjell på å ha sedvane på å jobbe hver tredje helg, og ha avtaler for å sikre faglig forsvarlig bemanning under ferieavviklingen, enn å legge inn mer helgearbeid fast i turnusene våre. Det handler om valgfrihet, og livskvalitet.

Jeg brenner for jobben min. Men jeg ønsker også å ha fritiden min på tidspunkt hvor familien min har fri samtidig som meg. Med arbeid hver tredje helg, går ikke kabalen alltid opp.

Norsk overlegeforening oppfordrer Bratten til å se på måten hun kommuniserer på. Generalsekretæren i norsk juristforbund karakteriserer Brattens utspill som både unødvendig og uklokt. Han sier videre at han forventer mer kunnskap om basale mekanismer innenfor motivasjon og ledelse, og ikke minst forhandlingsteknikk. NSF signaliserte tidlig at de ønsket et møte med spekters ledelse for å opprettholde et helt nødvendig forhandlingsklima, nå som partene til våren skal sitte sammen rundt forhandlingsbordet. På sykepleiernes oppfordring har partene møttes, og blitt enig om at de ønsker videre dialog.

350 tekstmeldinger av ulik karakter har blitt sendt til Anne-Karin Brattens telefon. Ikke alle er like hyggelig. Jeg tar avstand fra en slik måte å kommunisere på, og er glad for at 3000 underskrifter er hittil samlet inn via en kampanje på www.underskrift.no. Jeg håper at enda flere kan støtte oss på at vi ikke ønsker slike holdninger som Bratten viser, inn i arbeidslivet.

Vi sykepleiere må oppprioritere verdien av arbeid, sier Bratten. Jeg spiller ballen tilbake, og sier at Bratten må oppprioritere verdien av sykepleierne, og det vi faktisk betyr for våre pasienter. Vi ønsker så gjerne å gjøre en god jobb. Vi ønsker oss arbeidstidsordninger som lar oss få muligheten til det, og vi ønsker å bli møtt med respekt for den innsatsen vi gjør!

Med vennlig hilsen Silje Marita Strand,
sykepleier ved Haukeland universitetssykehus.

LANGE ARBEIDSDAGER OG TRETTE BEN?

– Vi har strømpene som gjør dagen lettere for deg



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

Varer og faktura sendes med posten.

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



Respekt og verdighet

Kveld etter kveld er jeg i samtale med Eva. Et «gammelt» menneske på ca. 70 år, plassert på et aldershjem i mangel på annet tilbud. Helsen, ja den er dårlig, men hodet klinkende klart.

Hun hadde levd et rikt liv, det bar rommet preg av. Der var gjenstander fra hele verden. Staffelier, hun malte, bøker i alle hyller. Hun var en grubler, tok teologieksamen under oppholdet på dette hjemmet. Prøvde etter beste evne å overleve. Hadde vært og var fortsatt glad i et glass rødvin eller to. Røyk var en viktig bestanddel i hennes liv og hadde alltid vært det. Så kommer hun på et hjem med regler som andre har bestemt.

«Du har ikke godt av å drikke, leveren din er dårlig!» «Røyke med de lungene, hvordan kan du gjøre sånn?» Hver dag nye mennesker, nye regler, hver dag ekstravakter, ukjente som skal bestemme ut fra sitt ståsted, sine holdninger og sin historie.

Eva sa til meg en uke før hun døde: Jeg er «opp-

gitt» av de rundt meg. Jeg står med to bein i grava, og de fratar meg de to «vingene» som er igjen. Et glass vin og en røyk. Med hvilken rett kan de gjøre slik mot et «gammelt» menneske? Det er et overgrep, det er mangel på respekt.

Jeg er ikke redd for å dø, sa Eva. Jeg har bare angst, en grusom angst fordi jeg ikke har medbestemmelse i mitt eget liv lenger. Noe handler om å være frarøvet sitt eget liv, regi over eget liv, kall det hva du vil. Det er ikke noe igjen av helsa, det vet jeg. Kols, pari-apparat/hjertesvikt og hovne bein, men jeg lever fortsatt og da må jeg leve det livet jeg kan med de «restene» som er igjen. Da er det viktigste for meg å møte noen som kan forstå uten å dømme.

Som ansatt er dette en viktig tankevekker. Hva driver vi med? Med hvilken rett? Hvilke maktmisbruk utøves? Vi må tenke oss godt om, om noen år vil det være vår tur!

Hilsen Anne-Britt Goksøy

Vil ikke ha reklame

Vi lever i et samfunn hvor alt handler om kjøp og salg, og hvor vi druknes i reklame på de fleste arenaer. Alle vil ha litt av pengene våre, enten produktene de selger er nødvendige og ønskelige, eller nyttige, eller helt uten både nytte og effekt.

Uønsket reklame i postkassen kan vi beskytte oss mot, det er så enkelt som at vi klistrer en liten lapp på postkassen. Det blir stort sett respektet. Uønsket reklame for produkter via telefon, dvs. telefonsalg, kan vi også beskytte oss mot via Brønnøysundregistrene. Det blir også stort sett respektet.

Men når vi mottar tidsskriftet for sykepleiere, som jeg jo egentlig setter stor pris på, kan vi ikke beskytte oss mot uønsket reklame for alt mulig som vi ikke har bedt om, eller ikke ønsker. Nå sist var det nok en gang et kosttilskudd. Krillolje.

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

Etterspør NSF's ansvar

I en artikkel i Sykepleien 24. mars 2011 står det: «Foreslår (sikkerhetsventil) ved lovbrudd. NSF bør kunne reise straffesak ved arbeidsmiljøkriminalitet. Det mener professor Henning Jahkelln.»

I forbindelse med denne artikkelen uttaler NSF-leder Lisbeth Normann at NSF forventer at kommunene rydder opp! NSF skal også ha bedt arbeidsminister Bjørnstrøm sørge for at Arbeidstilsynet utfører tilsyn i alle helseforetak for å kontrollere om arbeidsmiljølovens bestemmelser følges ved innleie av helsepersonellvikarer.

I artikkelen står det at NSF er skeptiske til forslaget. «Dersom grov utnyttelse av ansatte skulle ha konsekvenser, må det være å stille til ansvar den som faktisk betaler for elendigheten.»

Videre i artikkelen henvises det til Even Korkvoll, advokat i NSF. Han legger til at grunnen til at Adecco-saker kan skje, er fordi kommunene og helseforetakene ikke tar kontrollansvaret på alvor.

Jeg undres på om og eventuelt i hvilken

grad medlemmer av NSF med NSF-leder Lisbeth Normann som frontfigur har ansvar for tilstandene i norsk helsevesen. Det har over år vært godt kjent blant sykepleiere både i kommunalhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten om bruk av ulovlig overtid i tillegg til andre lovbrudd. Hvilke rapporteringssystemer har NSF rundt disse forhold? Hvordan har NSF forholdt seg til og tatt ansvar for innrapporterte lovbrudd? Hvordan har NSF ivarettatt sykepleiere som har blitt belastet med konsekvensene av lovbruddene? Hva er NSF's holdning til og håndtering av situasjoner der sykepleiere og tillitsvalgte har begått lovbrudd og/eller har kjennskap til lovbrudd som har blitt begått og/eller lovbrudd som fremdeles pågår? Hva mener NSF bør være konsekvensene for sykepleiere som har vært delaktig og medansvarlig i brudd på lovgivning som omfatter alt av en sykepleiers yrkesutøvelse, enten ved å selv begå lovbrudd, ved å ikke forhindre gjentakelse av andres lovbrudd eller tie om og/eller forsøke å skjule kjennskap til kritikkverdige forhold? Når det er

en overordnede sykepleier og/eller tillitsvalgte som har begått overgrep/lovbrudd, hvordan ivaretar NSF andre sykepleiere på dette arbeidsstedet?

Alle sykepleiere skal ha kjennskap til varslerparagrafen. Senest 07.01.2011 gjentok Det Kongelige Arbeidsdepartement: «Departementet opplyser imidlertid på generelt grunnlag at arbeidsmiljøloven stadfester arbeidstakers rett til å varsle om kritikkverdige forhold. Det skal derfor ikke være farlig å varsle. Dersom varslene er forsvarlig gir arbeidsmiljøloven et vern mot gjengjeldelser som innebærer at arbeidsgiver ikke kan besvare varslene med oppsigelse, suspensjon eller avskjed. Utstøting, fratakelse av – eller endring i – arbeidsoppgaver eller andre reaksjoner som har karakter av gjengjeldelse eller sanksjon er heller ikke lovlig. Arbeidsmiljøloven sier også helt klart at arbeidstakere ikke skal utsettes for trakassering eller annen utilbørlig opptreden. Dersom arbeidstakere blir utsatt for mobbing og trakassering i strid med loven er dette svært alvorlig.»

Varslere er yrkesutøvere som har kjenn-



Hva vet vi i grunnen om dette produktet? Hvor er den forskningen som «beviser» effekten de påstår er der?

Det er dobbelt tvilsomt at vårt tidsskrift bidrar til å reklamere for kosttilskudd som er mer eller mindre tvilsomme, i hvert fall unødvendige for friske mennesker. De som ønsker å bruke pengene sine på den slags kan bare gå i helsekostbutikken, eller åpne et ukeblad, så velter reklamen og lovordene fram.

Videre reklameres det for kjøkkenmaskiner, knivsett, bestikk, gryter. Lurer på om samme type reklame hadde blitt pådyttet menn i forsikringsbransjen eller finansmeglere. Tidsskriftet vårt leses vel i all hovedsak av kvinner, og reklamen er tilpasset dette.

Dette burde et seriøst fagtidsskrift holde seg for gode til. Jeg ser frem til å motta fagbladet uten alt dette papirsøppelet. Det må være mulig å reservere seg mot å motta uønsket reklame. Kanskje en liten aksjon blant oss hadde vært på sin plass? Jeg skjønner det handler om at tidsskriftet tjener penger på det, desto verre mener jeg.

Mvh. Unni Fonneland, Oslo

Nattarbeid – russisk rulett

En nylig fremlagt studie fra Stami viser at det å gå nattevakt som sykepleier er helsefarlig. Det viser seg at de som over flere år har jobbet seks nattevakter på rad i sin vaktordning, har nesten dobbelt så stor risiko for å få brystkreft som de som jobber kun dagvakter. Lignende undersøkelser har også blitt gjort i andre land, og har vist samme resultat.

Man må også merke seg at det ikke bare er sykepleiere som er utsatt. Også andre yrkesgrupper får sykdommer som følge av nattarbeid. Dette må tas på alvor. Her har arbeidsgivere, organisasjonene og ansatte en utfordring knyttet til hva man skal iverksette av tiltak for at man i fremtiden får til ordninger som viser nedgang i sykdommer som nattarbeid knyttes til. Man kan ikke la arbeidstakere gå i turnuser som påfører så mye helsefare at det nesten er som å spille russisk rulett med livet

sitt. Sviktende helse som følge av nattarbeid må unngås, her må alle virkemidler prøves ut for alle.

Dessverre er mange allerede blitt syke, og har måttet slutte i arbeid på grunn av nattarbeid. De som man viser til i undersøkelsen og som allerede har fått brystkreft, bør derfor få sin yrkesskadeerstatning. Det er det minste. Dette er allerede gjort i Danmark.

Kvinnehelse bør være av like stor verdi i vårt land som i Danmark. Min oppfordring er at man setter diagnosen brystkreft som følge av nattarbeid inn på yrkesskadelisten.

Laila Marie Reiertsen (FrP), stortingsrepresentant

www.sykepleien.no

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



skap til, respekt for og forholder seg til rammeverket for sin yrkesutøvelse slik det er formulert i blant annet lover og forskrifter. Hvordan ivaretar NSF det medlemmet som varsler? Hvordan forvalter NSF varslets informasjon? Hvordan belønner/straffer NSF den varsleren som sier fra om lovbrudd og andre kritikkverdige forhold der dette også kan omfatte overordnede sykepleiere og tillitsvalgte?

NSF hevder blant annet at de står på barrierene for et høyt faglig nivå, god yrkesetikk og juridisk trygghet for pasienter. Overgrepene og lovbruddene ved Bragernes Behandlingssenter, Drammen, skriver NSF er en avsluttet sak. Hva sier dette om respekten for og ivaretagelse av alle varslene i denne saken; 7 stk. direkte knyttet til institusjonen i tillegg til utenforstående som har tilskrevet og sendt dokumentasjon til alle offentlige instanser.

Hva forteller bare denne ene saken om NSF? Hva sier denne ene saken om NSF's forhold til sitt samfunnsansvar?

Mvh. Kjellaug Marie Rønneid, Drammen

DIAGNOSEN



OSLO KOMMUNES HUNDETERAPI SKAL ØKE TRIVSELEN PÅ SYKEHJEMMENE...

Mister den gode sykepleien

I ei tid der alle skal tenke på økonomi og nedskjæringer, føler eg at man mister den gode sykepleien som man ønsker og er opplært til å utføre. Man spring frå pasient til pasient, og føler svært sjelden at man behandler ein pasient ut frå eit heilhetlig menneskesyn, tvert om- brannsløkking – vi tar det som er akutt, og meir klarer vi ikkje.

For å bevare god pasientomsorg burde ledelsen slutta å mase om innsparing på alt. Dette fører med seg auka utgifter i form av stor andel

sykemeldte, og høg bruk av vikarer. Vekk med ufrivillig deltid – meir kontinuitet, og betre pasientomsorg!

Trur helsevesenet var meir kostnadseffektivt før. Føler den enkelte sykepleiar tok meir ansvar for sparing og bruk av ressursar sjølv, medan me no støttar oss meir til våre krav om sparing. Det å kunne sette seg ned med pasient og pårørande er i dag svært sjeldan man kan gjere.

På mine ni år som sykepleiar har eg erfart at

ledelsen ser meir oppover mot sjefene over seg, enn ned på golvet, der eg føler at utviklinga går feil veg.

Camilla Bergesen

www.sykepleien.no

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



MINNEORD

Helga Robberstad

Helga Robberstad døyde fredfullt i lag med sine næraste på Åseheimen sjukeheim i Sandnes fredag 1. april. Ein pioner i det kommunale psykiske helsearbeidet er borte.

Helga Robberstad var fødd 1. desember 1935 på Bømlo i Sunnhordaland. Ho har budd ei rekkje stader i landet saman med distriktslegemannen sin, Torleiv, men aller lengst i Sandnes i Rogaland.

Ho var ferdig utdanna sykepleiar ved Haukeland sykepleiarskole i 1957, og tok deretter vidareutdanning i psykiatrisk sykepleie ved Dikemark psykiatriske sjukehus frå 1957–59. Ho arbeidde fram til 1961 på barnepsykiatrisk avdeling på Rikshospitalet. Der opplevde ho ei langt meir individtilpassa behandling til barn med psykiske vanskar enn det ho hadde møtt i dei gamle psykiatriske sjukehusa på Neevengården i Bergen og på Dikemark. Desse opplevingane skreiv ho om i den siste fagboka si, Kommunepsykiatri, frå 2002.

Opplevingane var med å forma det sterke engasjementet hennar for ei meir open og demokratisk behandling av menneske med alvorlege psykiske lidningar. Synet prega henne heile livet og var bakgrunnen for at ho tok initiativ til å oppretta stilling for psykiatrisk sykepleiar i Sandnes kommune i 1979 som første kommune i landet. I stillinga nytta ho arbeidsmåtar og nettverksforståing frå barnepsykiatrien saman med kunnskap om kommunehelsetenesta.

I 1982 starta ho som lærar på vidareutdanninga i psykiatrisk sykepleie i Stavanger. Ho var tilsett som førstelektor ved Høgskolen i Stavanger, nå Universitetet i Stavanger, fram til ho pensjonerte seg i 2002.

Helga har vore ein forkjempar for at menneske som slit med psykiske lidningar skal ha ei fagleg fundert behandling og oppfølging i kommunane. Erfaringane og forskinga hennar er samla i fleire fagbøker. Kunnskapen har vore sentral i vidareutdanninga i psykiatrisk sykepleie og sidan i tverrfagleg vidareutdanning i psykisk helsearbeid. Dette har vore eit fagleg nybrottsarbeid som vart offisiell norsk helsepolitikk utover 1980-talet og sidan nedfelt som verdier og intensjonar i Opptappingsplanen for psykisk helse 1999–2008.

Det samfunnspolitiske engasjementet hennar vart også uttrykt gjennom partipolitisk deltaking i bystyret og skulestyret i fleire periodar for Venstre. Likeeins var ho ein aktiv forkjempar for nynorsk skriftspråk som opplæringsmål i byskular. For Helga var det eit klårt samband mellom alle sakene ho kjempa for. I same ande vart ho som pensjonist med i styret i Mental Helse Sandnes og var ofte å sjå på det brukarstyrte senteret i kommunen.

Helga Robberstad har vore ein rollemodell for psykiatriske sykepleiarar og andre i fleire generasjonar. Gjennom klokskap, nærleik og kunnskap har ho vegleidd oss til å meistra utfordringar. Me er takksame for støtta frå ektemaken Torleiv og dei fem borna til det faglege arbeidet hennar som har gjeve oss så mykje. No går tankane våre til dei som er att.

For Norsk Sykepleierforbunds landsgruppe av psykiatriske sykepleiarar (LPS),

Unn Hammervold, Sigrun Heskestad

MINNEORD

Anne Lise Lundin

Vår kjære venn og kollega, intensivsykepleier Anne Lise Lundin, døde fredag 4. mars, 57 år gammel.

Anneli ble ansatt ved Diakonhjemmet sykehus, intensivenheten i 1986. Allerede da var hun en svært erfaren sykepleier med bakgrunn fra postoperativ avdeling ved Ullevål sykehus og Oslo legevakt.

Hun tok videreutdanning i intensivsykepleie fra 1990–1992. Det meste av tiden ved Diakonhjemmet sykehus arbeidet hun i intensivenhetens lederteam som ledende spesialsykepleier, klinisk veileder og praksisveileder for studenter i videreutdanning. I 2006 ble hun godkjent som klinisk spesialist av Norsk Sykepleierforbund.

På grunn av sitt engasjement og sin høye kompetanse har hun hatt flere verv, bl.a. i Klinisk Etisk Komité, Smerteombudsgruppen og Smittevernkomiteen ved sykehuset.

Anneli brant for intensivfaget og pasienten. Hun jobbet kontinuerlig for å oppdatere kolleger og hele intensivenheten på ny forskning og behandlingsprinsipper innenfor faget. Alltid hadde hun noen ferske forskningsartikler på lur. Etter over 35 år som sykepleier var hun fortsatt en ivrig pådriver for å få kolleger til å engasjere seg og reflektere over egen praksis. Hele tiden aktiv og interessert i det kliniske arbeidet ved pasientsengen. Anneli var en flott rollemodell og motivator for sykepleiere i enheten og som veileder for studenter.

Anneli var også en meget sosial person, varm og omgjengelig og åpnet ofte hjemmet sitt for kolleger til både fagmøter og fest. Hun var en god samtalepartner og flink til å spre glede. Vi vil alltid husk hennes gode latter. Hun hadde evnen til å få oss til å føle oss sett. Rundt Anneli var det vakkert og godt å være. Hennes estetiske sans kom til uttrykk i alt hun befattet seg med. Noen av kollegene var så heldige å få ha henne som nær venn blant annet i gourmetklubben. Alt ved Anneli var kvalitet, både privat og i arbeidet.

Anneli ble alvorlig syk høsten 2008, men var tilbake i 50 prosent arbeid vårsemesteret 2010. Hun var like aktiv og engasjert i arbeidet som før hun ble syk og rakk å bidra til fagutvikling og veiledning før hun dessverre ble syk igjen sommeren 2010. Hun imponerte oss med sin tapperhet og evne til å nyte de gode stundene livet ga henne også under sykdommen. Særlig hadde hun glede av lille Sondre som var like glad for å se mormor uansett hvor syk hun var.

Diakonhjemmet sykehus har mistet en dyktig medarbeider som har satt varige spor etter seg både som fagperson og menneske. Vi vil alltid savne Anneli og takke for alle gode minner.

Våre tanker går til Petter, Anders, Lasse, Maria, Audun og Sondre.



På vegne av venner og kolleger ved Anestesi- og Intensivavdelingen
Ragnhild Håland, Anne B. Näppä, Kerstin Olsson og Anne Devold

Belinda Palmberg

Våre kjære kollega Belinda Palmberg døde brått 24.03. Hun har satt uslettelig spor hos mange av oss som har vært så heldig å være hennes kollegaer på Aker sykehus. Det er ufattelig og meningsløst at hun ikke er her mer.

Hun startet ved Postop/Intensivenheten på Aker sykehus 1. august 1994. I 1998 tok hun videreutdanning i intensivsykepleie. Hun hadde i tillegg sykepleiefaglig veiledningskompetanse.

Belinda var spesiell, og hun har vært av stor betydning for både pasienter og kollegaer. Det var på mange måter forløsende å få henne i avdelingen. Hun bidro sterkt til å legge til rette for den kulturen som preger vår avdeling, et åpent miljø med rom for alltid å kunne stille spørsmål. I tillegg opplevde vi henne som ærlig, ekte, raus, modig og omsorgsfull. Hennes smittende latter er dypt savnet.

Hennes raushet og omsorg opplevde vi gjennom hennes måte å anerkjenne mennesker på. Hun var åpen og fordomsfri og hadde høy mellommenneskelig standard. Belinda hadde en egen evne til å la andre få plass. Det gjorde det behagelig å jobbe sammen med henne.

Hun var raus med positive kommentarer og komplementer. Det var noe oppriktig over det, hennes respons var ærlig. Hun kunne også si fra når hun mente at noe var galt eller når noen ble behandlet dårlig, alltid med en mild og forsonende stemme.

Belinda var god til å leve. Hun hadde masse energi, var fokusert, og brydde seg lite om det som ikke var av betydning. Hennes måte å kunne se en spade for den spaden den faktisk var, hjalp oss i mange anledninger til å sette riktig fokus.

I 2002 fikk også Nils (Belindas mann) en stilling her hos oss. Belinda og Nils har preget avdelingen. Mange kan lure på hva dette paret hadde, som kunne arbeide og leve så godt sammen. De viste en gjensidig respekt, og hadde en omsorg for hverandre, som var unik. For mange av oss var de det ultimate siste hippereparet, et ekte «make love, not war»-par.

Det viktigste i deres liv var, og er barna. Som følge av deres raushet og åpenhet, har vi vært så heldig å følge dem i mange av livets faser som foreldre med de bekymringer og ikke minst de gleder det innebærer. For en tid siden ble de besteforeldre og de delte den ufiltrerte stoltheten og gleden med oss.

Vi er dypt takknemlig for å ha hatt Belinda som kollega, og for noen av oss også som venn.

Belinda, som det mennesket hun var, etterlater seg sorg og savn. Minnene om henne tar vi takknemlig med oss videre i livet.

Vår dypeste medfølelse går til Nils og barna Shaun, Marcus, Tara og tvillingene.



På vegne av kolleger på postop/intensiv Oslo universitetssykehus, Aker
Gro Landfald og Bente Tunheim



Rådgiver i De Facto,
Stein Stugu

Hvordan kontrollere vikarbyråene?

Avdekking av grove brudd på lønn- og arbeidsbestemmelser for innleid arbeidskraft har vist at det er behov for et bedre regelverk.

I vinter har vi endelig fått stor offentlig oppmerksomhet rundt lønns- og arbeidsforhold for vikarer. Spesielt i helsevesenet. En av de største aktørene, Adecco, har gjentatte ganger blitt avslørt for ulovlige vaktordninger, bruk av dobbeltskift og underbetaling. Adecco er ikke en hvilken som helst aktør, men er en gigant i bransjen. Selskapet representerer 30 prosent av omsetningen i bemanningsbransjen i Norge. Av bransjens 435 medlemsbedrifter i NHO Service er 125 Adecco-selskap.

En ekstra arbeidsgiver

Bruken av vikarbyråer eksploderte etter at lovverket ble endret i år 2000. Fra et generelt forbud, med noen unntak, åpnet en for at vikarbyråer generelt skulle bli tillatt. Konsekvensene ser vi nå. Viktigste gjenværende begrensning på bruk av vikarbyråer er at de bare kan anvendes når arbeidsmiljøloven åpner for midlertidige ansettelser. Dette er en restriksjon arbeidsgiverne ønsker å fjerne, og hvis Norge implementerer EUs vikarbyrådirektiv er det svært sannsynlig at denne delen av regelverket forsvinner. Og det vil det ikke være nor-

Ekstra ledd mellom arbeidstaker og oppdragsiver gjør tillitsvalgte oppgave vesentlig vanskeligere.

ske myndigheter som avgjør, men Brussel. Konsekvensene vil bli at bruken av vikarbyråer og bemanningsselskap vil øke.

For fagbevegelsen er det viktigste strukturelle problemet med bruk av vikarbyråer at en setter inn en arbeidsgiver mellom oppdragsgiver og den som utfører arbeidet. Dette gjelder enten oppdragsgiver er en kommune, et helseforetak eller en privat bedrift. Det ekstra leddet gjør tillitsvalgte oppgave vesentlig vanskeligere. Tillitsvalgte vil ikke bare ha problemer med omfanget av bruk av tredjepart, men betydelige problemer med innsyn i lønn- og arbeidsbetingelser, dokumentasjon av brudd på regelverket og mulighet for å følge opp de problemene som avdekkes. Bruken av innleie gjør det også vanskelig å organisere de ansatte. Selv om mange er sysselsatt gjennom et vikarbyrå i mange år, er gjennomtrekken normalt svært stor.

Mange vil derfor vente med å organisere seg til de får fast jobb. Det er heller ikke uvanlig at det å være organisert i seg selv oppfattes som en hindring for å få flere oppdrag. Og hvem tar på seg å være tillitsvalgt i et selskap der et flertall av de ansatte forsvinner etter få måneder og er spredt på et utall arbeidsplasser?

Forhandlingsrett

Både når det gjelder i hvilket omfang et foretak skal bruke vikarbyråer, samt lønn- og arbeidsbetingelser for den enkelte, er bruk av tariffavtalene et nøkkelpunkt. Ser vi på sykepleiernes tariffavtaler, ser vi at tillitsvalgte normalt bare har en drøftelsesrett i forhold til bruk av innleie. For eksempel heter det i hovedtariffavtalen for KS-området at «Prinsippene for bruk av innleie skal drøftes med de tillitsvalgte i henhold til Hovedtariffavtalen kap. 1, §2 pkt. 2.3». Dette er igjen en drøftingsbestemmelse rundt bruk av innleie og midlertidige ansettelser.

En mulig framgangsmåte for å styrke kontrollen med bruk av innleie er å innarbeide forhandlingsrett. Det vil gi tillitsvalgte et bedre redskap, og finnes i en rekke tariffavtaler i LO-NHO-området, som for eksempel flere av avtalene Fellesforbundet, Norsk Nærings og Nytelsesmiddelarbeiderforbund og El- og It-forbundet har. Implementering av Vikarbyrådirektivet i norsk rett kan bety at forhandlingsrett blir vanskeligere, men det forhindrer ikke at kravet bør stilles.

Men EUs vikarbyrådirektiv krever også at innleid arbeidskraft skal likebehandles med dem som er ansatt i innleiebedriften. Dette er en regulering av bransjen som fagbevegelsen bør gripe fatt i, uavhengig av om Norge legger ned veto mot direktivet eller ikke. I høringsutkastet fra Arbeidsdepartementet foreslås det at likebehandling skal omfatte lønn, arbeidstid, overtid, pauser, hvileperioder, nattarbeid, ferie og helligdager. Departementet foreslår i tillegg at det kan gis unntak fra disse bestemmelsene hvis innleiebedriften er omfattet av egen tariffavtale. Dette bør gi fagbevegelsen åpning for en forbedring av regelverket og en vesentlig styrket kontroll med lønns- og arbeidsbetingelser for innleid arbeidskraft.

Effektiv kontroll

Skal innleid arbeidskraft likebehandles er den absolutt enkleste måten å regulere det på at de omfattes av innleiebedriftens tariffavtaler. Det vil, i alle fall i teorien, sikre likebehandling. På noen få områder



kan likebehandling være vanskelig. Et eksempel kan være pensjon, men det forhindrer ikke at bruk av tariffavtalenes bestemmelser har mange fordeler. Både for tillitsvalgte og hver enkelt vikar vil det gi en enkel tilgang til et velkjent regelsett, med etablert praksis for hvordan reglene skal tolkes.

For bruk av innleiebedrifter i offentlig virksomhet vil det også sikre at en etablerer et regelverk som er godt kjent. Når brudd på lønns- og arbeidsbetingelser i dag avdekkes ser vi ofte at det utløser en diskusjon om ansattes lønn- og arbeidsbetingelser er tilstrekkelig ivarettatt i oppdragsgivers anbudsregler og/eller kontrakter. Med en hovedregel om at tariffavtalenes bestemmelser skal følges vil en slik diskusjon bli overflødig.

Skal slike bestemmelser bli effektive, kreves det at en etablerer gode kontroll- og oppfølgingsrutiner. Arbeidsgiverne innenfor vikarbyråbransjen har foreløpig motsatt seg forslag som betyr effektiv kontroll. De har hevdet at det eneste akseptable er at offentlige myndigheter, noe som i praksis betyr Arbeidstilsynet, skal ha kontrollmyndigheten. Skal en slik kontroll bli effektiv kreves det i så fall en vesentlig styrking av Arbeidstilsynet, i tillegg til at de også må få sterkere sanksjonsmuligheter enn de har i dag. Kontroll fra Arbeidstilsynet vil også bli byråkratisk. Skal det kontrolleres om innleiebedriftens lønn- og arbeidsbetingelser følges må Arbeidstilsynet både ha tilgang på tariffavtaler, lokale avtaler og sågar innsyn i etablert tolkningspraksis.

Utvidet innsynsrett

Forutsetningen for effektiv kontroll er at fagbevegelsen får en sentral rolle i oppfølging av lønns- og arbeidsbetingelsene for innleid arbeidskraft. Dette har departementet et stykke på vei imøtekommet i høringsutkastet ved at det foreslås en innsynsrett for tillitsvalgte på linje med den de har i dag der tariffavtaler er allmenngjort. Dette

er et skritt i riktig retning, men ikke tilstrekkelig til å få til en effektiv kontroll. Det forutsetter innsynsrett både for tillitsvalgte i innleiebedriften og vikarbyrådet (hvis de har). Det er nødvendig med mulighet for innsyn i et utvidet område for å sikre at ikke omgår tariffbestemmelsene ved å definere enkeltpersoner som omfattet av feil tariffavtaler eller ansatt i tariffomt rom, dvs. områder uten tariffavtale.

I tillegg må spesielt de som leies inn få tilgang til tariffavtalene i innleiebedriften slik at de selv kan kontrollere at de har lønn- og arbeidsbetingelser i tråd med tariffavtalens bestemmelser.

Følge opp lovbrudd

Men ikke minst er det nødvendig med effektive metoder for oppfølging av brudd på regelverket. Tillitsvalgte må derfor ha mulighet for å ta opp brudd, ikke bare med egen arbeidsgiver, men også direkte med representanter for innleiebedriften. Brudd på bestemmelsene må kunne følges opp overfor Arbeidstilsynet, og om nødvendig også rettslig. Dette kan ikke forutsette at den enkelte innleide finner det påkrevd å reagere. De tillitsvalgte må kunne følge opp brudd på regelverket uavhengig av hva den enkelte ønsker. Skal innsynsbestemmelser bli effektive må fagbevegelsen få kollektiv søksmålsrett.

Det må også innføres solidaransvar, dvs. at oppdragsgiver er ansvarlig for at innleid arbeidskraft får den lønn de har krav på.

Vinterens avdekking av grove brudd på lønn- og arbeidsbestemmelser for innleid arbeidskraft har vist at det er nødvendig med et bedre regelverk, og ikke minst effektive måter å følge opp regelverket på. Sammen med diskusjonen om hvordan en skal likebehandle innleide med innleiebedriftens arbeidskraft er dette en åpning for at fagbevegelsene kan styrke sin posisjon, både når det gjelder rettigheter i tariffavtalene og hvordan disse skal kontrolleres. ■■■

MER KOMPLISERT: De tillitsvalgtes oppgave blir mer komplisert i bedrifter med mange vikarer fra vikarbyråer. Illustrasjonsfoto: Erik M. Sundt.



DILEMMA

Berit Støre Brinchmann om etiske utfordringene knyttet til surr

Navn: **Berit Støre Brinchmann**

Bakgrunn: **Professor i sykepleie ved Universitetet i Nordland**

E-post: **berit.stoere.brinchmann@hibo.no**

Til barnas beste

Bioteknologien gir oss mange og grensesprengende muligheter, men også etiske utfordringer.

Her forleden ble jeg sittende og se på Brennpunkt på NRK 1. Det var et interessant program som omhandlet surrogati i India, og den meget omtalte Volden-saken. En enslig kvinne fra Røst med brennende ønske om å bli mor dro til India for å få barn ved hjelp av surrogatmor. For over et år siden fødtes to flotte tvilling-gutter, men Kari Ann Volden fikk store problemer med å få tvillingene hjem, fordi hun ikke er guttenes biologiske mor. Man hadde benyttet eggdonor og sæddonor. Dette er lovlig i India, men ikke i Norge. Ut fra norsk lov er surrogatmoren definert som barnas mor. Den indiske kvinnen som bar fram

blitt foreldre, men her måtte kvinnen adoptere barnet, fordi man hadde anvendt en annen kvinnes egg.

I slutten av mars utstedte i utenriksdirektoratet oppholdstillatelse i Norge til Voldens gutter med hjemmel i utlendingsloven §7, tredje ledd, på grunnlag av utenrikspolitiske hensyn. Og nå er Volden og tvilling-guttene trygt hjemme i Norge. Volden får fortsatt ikke adoptere, men vil fungere som guttenes verge.

Loven er streng

Den nye bioteknologien gir oss fantastiske og grensesprengende muligheter. Mange av de etiske utfordringene knyttet til nyere bioteknologi, slik som surrogati, egg- og sæddonasjon er eksempler på forhold som ikke bare omhandler enkeltindivider i nåtid, men i like stor grad hensynet til samfunnsutviklingen og samfunnet både i nåtid og framtid (1).

Vi har et strengt lovverk i Norge innenfor dette feltet. En av grunnene til det er at man ikke ønsker å åpne opp for muligheten til kjøp og salg av barn, og at fattige kvinner i utviklingsland skal kunne utnyttets kommersielt av vestlige kvinner og menn, enslige eller par, som ønsker seg barn.

Den norske Bioteknologinemnda går inn for fortsatt forbud mot surrogati i Norge. Flertallet i nemnda (14 stk.) mener at surrogati tinglyggjør og nedvurderer kvinner, og ønsker å beskytte kvinner i fattige land mot utnyttelse. Mindretallet (7 stk.) ønsker å åpne for surrogati i Norge, fordi man da vil unngå utnyttelse av fattige kvinner, og vil kunne sørge for en etisk forsvarlig ordning i Norge for surrogati (2). Uenigheten sier litt om hvor vanskelige slike spørsmål er.

Hva med barna?

Jeg har forståelse for at norske myndig-

heter var redde for å gjøre unntak for loven og gi etter for presset i Volden-saken. Dersom Volden hadde fått tillatelse til å adoptere tvillingguttene, fryktet man at flere norske kvinner ville kunne følge hennes eksempel for å få barn.

Voldens feilgrep medførte imidlertid at to flotte gutter uforskyldt ble født. Volden forholdt seg ikke til norsk lov, men hun har uten tvil vært en god mor for guttene sine. Like god mor som om hun hadde vært deres biologiske forelder (3).

Menneskerettighetskonvensjonen

Det var med hjemmel i utlendingsloven at denne saken fikk en juridisk og politisk løsning. Som etiker og ikke-jurist forundres jeg noe over denne begrunnelsen, som setter utenrikspolitiske argumenter høyere enn hensynet til barna.

Europarådets menneskerettighetskonvensjon og FNs barnekonvensjon er vedtatt som norsk lov, menneskerettighetsloven. Etter menneskerettighetsloven skal bestemmelsene i konvensjoner og protokoller som er nevnt i lovens § 2 gå foran annen lovgivning dersom det er motstrid mellom disse. Også i Volden-saken burde det kunne være aktuelt å drøfte hvorvidt barnekonvensjonens bestemmelse om at hensynet til barnets beste skal være et grunnleggende hensyn ved alle handlinger som foretas overfor barn.

Det kan ikke være tvil om at barnas beste i denne saken var å komme hjem til Norge, og få vokse opp under trygge forhold hos den eneste moren de kjenner. ■■■

Uenigheten sier litt om hvor vanskelige slike spørsmål er.

disse barna hadde imidlertid frasagt seg foreldreansvar. Hun hadde levert og fått betalt for en tjeneste, som er lovlig i India, men ikke i Norge.

En norsk kvinne med to små barn ble sittende «fast» i India. Guttene var statsløse, de hadde verken norske eller indiske pass. Deres norske mor fikk endelig avslag på adopsjonssøknaden, og mottok først beskjed fra norske og indiske myndigheter om at hun måtte forlate guttene og dra tilbake til Norge. Barna ville da bli plassert på et indisk barnehjem.

Lettere for menn

I det samme TV-programmet fikk vi også møte tre andre norske foreldre til indiskfødte surrogatbarn. Tre norske menn var blitt fedre, og hadde hentet hjem sine barn. To av disse fedrene var enslige, den ene homofil. I alle tilfellene hadde man benyttet mennenes sæd, og de er dermed barnas biologiske fedre. Et norsk par var

Faste bidragsytere



Leder Rådet for sykepleietikk
Marie Aakre



Professor ved seksjon for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo
Per Nortvedt

LITTERATUR

1. Hofmann B. Utvalgte utfordringer innenfor bioetikk. I: Brinchmann BS, red. Etikk i sykepleien. Oslo: Gyldendal akademisk, 2009: 225–251.
2. Fosse S, Skeie Holm A, Kvame Natvig Eivind H. Tjenestepikene. Magasinet Plot 2011; 112–40.
3. Solberg, Berge. Hun er deres forelder. Aftenposten, 12.10.2010.


NYTT NORDNORSK HJEM:

I mars kom alenemoren Kari Ann Volden til Bodø med tvillingene, etter 15 måneder i India. Siden Volden ikke er barnas biologiske mor, og de er født av en surrogatmor, har hun fått avslag på adopsjons-søknaden. Foto: NRK/Knut Haarvik.


Til refleksjon

- › Hvordan ville du argumentere etisk for og mot adopsjon i Volden-saken?
- › Hvilke råd ville du gitt til politikere og jurister som avgjorde saken?
- › Bør sykepleiere engasjere seg i denne type etisk debatt?

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.



TETT PÅ

Oline Hesselberg
og Gjertrud Hannasvik

Hvorfor: Fordi de 12. mai får ytrings- og
varslerprisen Stockmanns hammer.

To varslere – to historier

Oline Hesselberg (t.v.) og Gjertrud Hannasvik er sykepleiere, varslere og prisbelønte. Begge følte seg upopulære. For den ene gikk det fort over.

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

Snart mottar de varslerprisen *Stockmanns hammer* fordi de på hver sin måte har satt søkelyset på uverdige forhold i helsevesenet.

For Hannasvik var det en langdryg affære på halvannet år. Hesselbergs historie er blitt kalt «for god til å være sann».

Kurs i medietrening

Hesselbergs historie begynner sommeren 2010. Bjellene ringer første gang når hun skal tilbake til jobben etter svangerskapspermisjon. Ledelsen på Ammerudlunden sykehjem husker det ikke og ber henne derfor ta to uker ulønnet ferie. Hun sier: «Det kan jeg ikke.» Løsningen blir at hun jobber som ekstravakt de to ukene.

Så blir hun tillitsvalgt for Norsk Sykepleierforbund (NSF). Etter tillitsvalgtopplæringen begynner bjellene å ringe for alvor. Doble vakter, ubetalt overtid. Fram mot jul blir det verre og verre. Heller ikke pensjonene er i orden. Hun sier fra, men blir ikke hørt.

Det ser håpløst ut. Hun snakker om det hjemme. Begynner å se fram til å skulle i svangerskapspermisjon igjen.

På nyåret er det fare for streik i privat sektor. Fredag 11. februar blir hun innkalt til kurs i medietrening. Der forteller hun om forholdene på arbeidsplassen sin til kommunikasjonssjef Signy Svendsen i NSF. Hun blir rystet. Tenker at dette er en sak for tv.

Vurderer skjult kamera

Mandagen ringer Svendsen og forteller at Dagsrevyen er interessert, men trenger dokumentasjon. Nå blir Hesselberg usikker. Hva



Varsler-sakene:

De to sykepleierne får Stockmanns hammer 12. mai.

Gjertrud Hannasvik får prisen for 2010 for å avsløre triksing med ventelistene ved Sykehuset Asker og Bærum. Juryen skriver at stikk i strid med medisinske behov har pasienter av utenforliggende årsaker blitt flyttet nedover på ventelistene. Dette medførte store lidelser for enkeltpasienter, og det kunne i noen tilfeller vært livstruende.

Hannasvik dokumenterte 100 tilfeller uten at hun følte at ledelsen tok det på alvor. Juryen beklager at Hannasvik opplever å ha blitt isolert på sykehuset etter avsløringen, og minner om at represalier mot varsler er i strid med norsk lov.

Oline Hesselberg får prisen for 2011 for å avsløre uetiske og lovstridige arbeidstids- og boforhold ved Ammerudlunden sykehjem. Juryen viser til at hun som nyvalgt tillitsvalgt skoler seg i lover og regler høsten 2010. På en prisverdig måte koblet hun sin lærdom til forholdene ved sin egen arbeidsplass.

At hovedsakelig utenlandske arbeidstakere hadde uverdige boforhold og ulovlig arbeidstid, var brudd på lov og etikk. Hun kontaktet Norsk Sykepleierforbund. Dette medførte at NRK avslørte forholdene for hele det norske tv-publikum. Varslingen har fått store konsekvenser for helsevesenet. Bemanningsbyrået Adecco har lagt ned sin avdeling innen helse.

Kilde: Stockmanns hammer

er hennes rolle? Skal hun stille opp? Hun snakker med mannen sin. Med far og mor, som er sykepleier. Alle er skeptisk og bekymret for babyen. Hesselberg tenker også på helsen. Karrieren er hun ikke redd for, men hun regner med at hun må betale en pris for å varsle. Hun velger likevel å bidra.

«Det er for godt til å være sant», tenker journalist Fredrik Solvang i Dagsrevyen. Han har fått en varsler i fanget som byr på lister med ulovlige vakter og et bomberom med overnattende utenlandske sykepleiere. Det er særlig bomberommet han tenner på. «Spektakulært!», tenker tv-mannen.

Han ser for seg ulike scenarier. Ett er Hesselberg med skjult kamera i bomberommet. Det vil ikke Hesselberg. Men hun sier ja til å levere vaktlistene. «Etterpå er jeg ferdig», tenker hun.

Solvang bestiller to tv-fotografer, som slett ikke er vanlig på et oppdrag.

Kopierer med hjertebank

Hesselberg går tidlig på jobb onsdagen, en time før dagvakten begynner. Finner vaktlistene som ligger i resepsjonen, går til kopirommet ved siden av sjefens kontor. Pulsen er høy, det kjen-

nes som om hun har drukket fire kopper espresso. Hun jobber i mørket. Kopierer feil, må gjøre det om igjen.

Svendsen kommer. På toalettet forklarer Hesselberg hviskende innholdet i vaktlistene. Nå vil hun bare at Svendsen tar dem med seg og går. Men først viser Hesselberg henne bomberommet. Der sover en av de ansatte. Når NRK-teamet går dit, er sengene tomme.

Hesselberg er på avdelingen når hun blir oppringt. Hun må komme ned og snakke med NRK, sier kollegene, som selv nekter å si noe. De vil være lojale mot arbeidsgiver. Det er ekstra ubekvemt for Hesselberg å uttale seg når kollegene står og hører på. Men hun tar et valg. Sier i mikrofonen at jo, pleiere sover i bomberommet. Og nei, de får ikke betalt overtid.

Hun føler hun utleverer arbeidsplassen.

I Dagsrevyen

Hesselberg går tilbake til avdelingen for å jobbe. Noen av kollegene er sinte på henne. Når hun er ferdig for dagen klokken halv fire, er sjefen, Adecco-ledelsen og Dagsrevyen fortsatt der.

Om kvelden ringer journalist Solvang og sier at Adecco har innrømmet alt. Og at ledelsen har sagt at på Midtåsen sykehjem,



som også er Adecco-drevet, er det helt annerledes. Hesselberg vet at det ikke stemmer, så hun kontakter tillitsvalgt Birgit Berg. Når hun hører dette, kopierer hun også vaktlister.

Torsdag 17. februar sendes saken om Ammerudlunden i Dagsrevyen. Fredag kommer oppfølgingen fra Midtåsen. Siden er det sykehjemmet i Klæbu. Og i Oppegård.

De neste dagene er Hesselberg full av adrenalin. Om natten drømmer hun om jobben. I helgen får hun premature rier og jordmoren sier hun må roe ned.

Hun sier ja til intervju i Sykepleien. Til nå er det få som vet at det var hun som varslet. Dagsavisen leser Sykepleien og intervjuer henne på telefon. Det blir stort bilde på forsiden. Samme uke blir Hesselberg lørdagsgjest i Dagsrevyen.

1. april er hun gjest på Skup-konferansen for kritisk journalistikk i Tønsberg. På fredagskvelden blir hun lansert som journalistenes drøm foran en fullsatt sal.

Dominoeffekt

Og nå skal hun altså få pris.

– Den kan gi andre mot til ikke bare å varsle, men å endre. Jeg har ikke ønsket personlig oppmerksomhet. Denne saken har vært ubehagelig for mange, og slik sett er den trist.

I kjølvannet har hun sagt nei til noen og stilt opp for andre.

«Jeg tror jeg er blitt seigere.» *Oline Hesselberg*



– Jeg ser det som en mulighet til å formidle noe viktig. Jeg har vært heldig og hatt en takknemlig rolle. Mediene har behandlet meg veldig godt i forhold til det mange opplever. Jeg har heller ikke fått noe negativt fra Adecco. Mest av alt tror jeg at saken ble så stor på grunn av dominoeffekten den fikk.

NRK fikk fortløpende tips og fulgte opp saken i ukevis – før Japan-katastrofen tok all sendetid. Hesselberg påpeker dessuten at sykehjem er allemannseie.

– Folk vil vite at det er ordentlig der. De er mer opptatt av det enn av en stor produksjonsbedrift.

Hesselberg tror det er lettere å få til endring i privat sektor enn i det offentlige.

– Jeg fikk jo ny arbeidsgiver. Også det offentlige kan endres, men der blir ikke konsekvensene så dramatiske. Jeg er glad for opprenskningen blant private aktører. Det var vanskelig å konkurrere med Adecco slik de drev.

Fornøyd etter ubehaget

– Hva har du lært?

– At det er viktig å ha et håp om forandring. På alle arbeidsplasser foregår noe som bør forbedres. På et tidspunkt mistet jeg troen på endring. Men så endret jo alt seg likevel.

– Har dette gitt deg selvtilit?

– Jeg har i hvert fall fått troen på at ting kan skje selv om det ser mørkt ut. Jeg tror jeg er blitt seigere.

– Råd til andre som lurer på om de skal varsle?

– De må jobbe for endring sammen med medlemmer, tillitsvalgte og ledelsen der de jobber. Prøv det i det lengste, si fra skriftlig om det må til. Hvis det virkelig ikke går, har man plikt til å melde videre hvis det dreier seg om lovbrudd. Man blir ikke alltid populær av det, men til syvende sist går det ut over pasientene når en sykepleier har vært 18 timer på jobb.

Når man varsler, er det godt å vite at alt annet er prøvd først.

For Hesselberg var det en ensom avgjørelse å varsle. Hun visste kollegene var mot det. Derfor var kontakten med tillitsvalgte på andre sykehjem viktig.

Ammerudlunden har i en overgangsperiode leid inn ekstravakter på grunn av underbemanningen fra Adecco-tiden. Men Hesselberg er fornøyd med situasjonen nå. Kvaliteten på sykepleien er blitt bedre, lønnen er økt.

– Jeg er trygg på at kolleger og pasienter har det bedre. Det er en god følelse. Etter alt ubehaget blir det bra.

– Hva skjer i bomberommet?

– Det er vel blitt lagringsplass igjen. Det er i hvert fall ingen senger der lenger, sier Hesselberg.

Gjertrud Hannasviks historie

Fra alarmen gikk inne i Gertrud Hannasviks hode første gang, til det skjedde noe, gikk det lang tid. Hennes historie viser en annen side av varsling: Den hvor varsleren blir stående helt alene.

Stockmanns hammer er Hannasviks andre påskjønnelse: i mars fikk hun Kreftomsorgsprisen.

Stille

– Hva tenker du om å få nok en pris for arbeidet?

– Jeg synes det er flott at det er noen aktører i samfunnet som vil belønne en varsler. Det er en kjærkommen respons, som står i kontrast til taushet og usynliggjøring. I min naivitet har jeg ønsket å bidra og spille på lag. Men arenaer hvor jeg kunne bidratt virker avstengt, jeg er blitt en man ikke vil snakke med.

– Det har vært stille?

– Vel. Fra grasrota har jeg fått enormt mange henvendelser, både fra helsepersonell og pasienter og pårørende. Men det er offentlige aktører jeg har tenkt burde si noe, som har vært helt tause.

Fikk bot

– Når begynte det?

– Da jeg fant pasienten som hadde gått ett år med ubehandlet kreft. Det var en D–dag for meg, og den dagen var ikke god.

– Før det visste jeg mye om ad hoc–drift ved avdelingen, og var blitt kjent med en del organisatoriske forbedringsområder, blant annet om bruken av DIPS. Med den kunnskapen skjønte jeg at her kunne det være flere. Så begynte jeg å lete. Og fant, sier Hannasvik.

Resten av historien er nå kjent: Sykepleieren forsøkte å varsle internt, på flere nivåer, men opplevde at hun ikke ble tatt på alvor. I januar 2010, flere måneder etter at hun oppdaget det første tilfellet, fikk hun status som varsler. Likevel skulle det gå lang tid før det ble ryddet opp ved avdelingen.

Sykehuset Asker og Bærum (nå Vestre Viken HF) fikk i ettertid en betinget bot på fem millioner kroner for alvorlige avvik i ventelistene og brudd på pasientrettighetene. Vestre Viken HF har nå en prøvetid på fem år. Dersom Statens helsetilsyn i denne perioden avdekker brudd på helselovene, vil tilsynet anmelde dette, for å få omgjort forelegget til en ubetinget bot.

I tillegg må Vestre Viken HF rapportere til Statens helsetilsyn hver sjettede måned.

Straff

– Hva har du lært av dette?

Stockmanns hammer

► Ble opprettet av Stiftelsen Byggfag i 2005. Prisens fremste formål er å verne om og styrke yringsfriheten for ansatte. Den skal stimulere levende debatt og uredd bruk av det frie ord.

► Prisen er oppkalt etter doktor Stockmann i Ibsens En folkefiende.

Kilde:
Stockmanns hammer

– Veldig mye. Både om mellommenneskelige mekanismer og hva som skjer når man trår ut av linjen og varsler. Jeg har egentlig gjort noe bra og korrekt, det var livsavgjørende for mange mennesker. Likevel oppleves responsen mer som straff, som om jeg skulle ha gjort noe veldig galt. Taushet er et sterkt og kraftfullt budskap, særlig når de en har henvendt seg til ikke engang svarer. Jeg har aldri kjent meg så tilintetgjort.

Hannasvik har de siste ti årene jobbet med å innføre gode systemer i helsetjenesten, og sier hun var vant til det doble budskapet med å gjøre noe prisverdig og riktig, men likevel bli ansett som en «bug» som skapte trøbbel. Hun mener denne saken har vært en topping på akkurat den erfaringen.

– Jeg har kanskje vært naiv, jeg har trodd at vi egentlig ville det samme – ha gode systemer til beste for pasientene. Det har vært et kraftig illusjonstap å innse at så mange ting kommer foran pasientsikkerhet. At dette skulle være så konsistent, også i ettertid, har vært overveldende.

– Merker du sanksjoner ennå?

– Ja, i drypp gjør jeg det. Mest i form av tidligere nevnte taushet – mangel på respons fra aktører man hadde forventet respons fra. Jeg har jobbet med å forstå og tolke budskap, ikke ta alt inn over meg, men plassere det der det hører hjemme.

Høy pris

– Har du råd til andre som kan komme til å bli varslere?

– For det første: Hvis man ser eller opplever noe som ikke er bra eller galt, så har man en plikt til å si fra. Og man må ikke gi seg om man ikke når fram.

– I ettertid har jeg også tenkt at dokumentasjon om det man har varslet fra om er viktig. Gå linje, og dokumenter skriftlig hva man har sagt ifra om. Et råd er å ta ting på e-post, så man har det skriftlig. Jeg burde nok ha rapportert mer skriftlig, mye av selve rapportering gjorde jeg muntlig. Men jeg hadde mer enn nok dokumentasjon på selve saken. Jeg tenkte ikke strategisk idet jeg holdt på, men saken sto jo for seg selv. Men generelt bør nok en varsler ha solid dokumentasjon å vise til.

– Ellers: Stol på deg selv og lytt til dine verdier og det du står for. Mange vil prøve å vippe deg av pinnen, sier hun.

Hun mener alle sykepleiere bør være forberedt på å bli varslere.

«Mange vil prøve å vippe deg av pinnen.»

Gjertrud Hannasvik



– Ut ifra vårt oppdrag og våre etiske retningslinjer, har vi en opplagt varslingsplikt.

Likevel, hun klandrer ikke andre som ikke har gjort det samme som henne.

– Man har tross alt et liv og en familie å skjøtte. Jeg skulle ønske det var annerledes, at man slapp å gjøre disse vurderingene. Du må være forberedt på at mange ikke liker det du gjør, og vil gjøre deg til problemet. Det er en høy pris å betale, sier hun.

Lite støtte

– Du sier du sto alene da du varslet. Opplevde du at du fikk god nok støtte fra NSF?

– Da jeg sto i denne situasjonen lokalt, vurderte jeg ikke de tillitsvalgte som ressurs eller støttespillere.

– Hvorfor ikke?

– Jeg forventet vel ikke at det var noe å hente.

– I ettertid har jeg fått juridisk bistand fra forbundet, og det var greit. Men jeg opplever ikke at jeg har hatt et forbund i ryggen. Det er første gang jeg har trengt forbundet, jeg har lurt på hva som ligger i «støtte» fra forbundet i slike saker: Er det tilgang til en jurist? En advokat kan man jo få hvor som helst. Som varsler forventet jeg nok en større oppbacking fra forbundet mitt, jeg har vært medlem i veldig mange år.

Hannasvik ser at det er forskjell på de to varslersakene:

– NSF har vært fraværende i min sak, i den andre saken var de veldig aktive. Kanskje er det lettere å engasjere seg når det er en privat aktør, og det gjelder ansattes rettigheter i stedet for pasientrettigheter? Var det utslagsgivende for støtten at Oline Hesselberg var tillitsvalgt, mens jeg var leder? Jeg unner selvsagt Oline all mulig respons og oppmerksomhet rundt saken, men tar samtidig mangelen på tilsvarende støtte som et budskap.

Samtidig understreker Hannasvik at støtten fra Marie Aakre, leder for Rådet for sykepleieetikk, var overveldende.

– Hun tok meg veldig på alvor, og det var sterkt, siden jeg følte meg så alene med saken. For øvrig har det vært nokså tyst, sier hun. ■■■

– Ulike saker

Leder i Norsk Sykepleierforbund, Lisbeth Normann, mener tidspunktet for når forbundet ble koblet inn, skiller håndteringen av de to sakene.

– Hvorfor tror du NSF var mer aktiv og synlig i Adecco-saken versus Vestre Viken-saken?

– Dette er to ulike saker. I Adecco-saken var det NSF sentralt som gjorde tillitsvalgt til en varsler. Det var informasjon fra Hesselberg som gjorde at vi så grunn til å agere. I Vestre Viken-

saken, ble vi sentralt koblet inn sent i prosessen når det oppsto problemer for varsleren i kjølvannet av at hun hadde varslet, og da hun trengte juridisk bistand, sier Normann.

– Forskjellen på de to sakene er at den ene er i en privat virksomhet, handler om arbeidstakerforhold og at varsleren

er tillitsvalgt. I den andre saken er det i det offentlige, handler om pasientrettigheter, og varsleren er leder – tror du noe av dette var utslagsgivende for måten NSF engasjerte seg?

– Nei, dette handler om hvor i prosessen NSF har blitt koblet inn og hvor delaktige vi har vært i hele

hendelsesforløpet, sier hun.

– Sett i ettertid, fikk Hannasvik god nok støtte fra NSF underveis og etterpå?

– Dette er ikke en sak jeg kjenner alle detaljene i, men så langt jeg kan se har Hannasvik fått en tett juridisk oppfølging med et godt resultat i hennes favør, sier Normann.



Journalens hovedformål er å være et arbeidsverktøy for helsepersonell.

President i Legeforeningen **Torunn Janbu**

Hvem eier

Legeforeningen og Teknologirådet er uenige om i hvilken grad pasienter i den norske helsetjenesten skal ha tilgang til og kontroll over sin journal på nettet

– Ja, hvem eier egentlig journalen?

Tore Tennøe: De som gir helsehjelp er i dag rent formelt eiere av pasientjournalen. Men pasientene har rett til innsyn og bruk av journalen. Journalen er informasjonsgrunnlaget for all behandling og oppfølging, og et juridisk dokument som blir lagt til grunn i tvister. Teknologirådet mener derfor det er svært viktig, ikke bare at pasienten vet hva som står der, men også at pasienten kan bidra og korrigere. Da blir journalen mest mulig presis og korrekt.

Torunn Janbu: Journalens hovedformål er å være et arbeidsverktøy for helsepersonell som gjør det mulig å gi trygg og effektiv behandling. Men pasienten har rett til innsyn og til å få utlevert journalopplysninger. Pasienten har også en rett til å få forklart innholdet.

– Hvis pasienter får tilgang til journalen sin på nett, hvilke endringer vil følge av et slikt tilbud?

Tore Tennøe: Flere studier, blant annet fra Kaiser Permanente i USA, viser at pasienters elektroniske tilgang til journalen, kombinert med sikker e-post, har ført til mer fornøyde pasienter, nedgang i antall legebesøk og økt produktivitet.

Journaltilgang vil gi pasienten mye større

mulighet til å følge opp egen helse og behandling. Etter et besøk hos legen kan man i ro og mak slå opp og se hva som ble sagt, hvordan medisineringen skal skje og begrunnelse for hvorfor behandlingen ble endret. Etter et sykehusopphold kan man tilsvarende få oversikt over det som faktisk ble gjort. Pasienten får rett og slett større mulighet til ta ansvar for egen helse.

For helsepersonell vil en slik endring bety at man i større grad må se på journalen som en delt informasjonskilde, som gir mange fordeler i møte med pasienten.

Torunn Janbu: Direkte tilgang vil kreve en svært sikker nettløsning og tilgangskontroll. Alle skal kunne være sikre på at opplysninger om deg selv oppbevares trygt.

Journalen må fortsatt kunne fungere som arbeidsverktøy for helsepersonell, i samsvar med formålet med dokumentasjonsplikten og bruken av journal i behandling. Tilgang på nett må ikke medføre at formålet med pasientjournalen svekkes. Det vil også kunne svekke pasientsikkerheten.

Legejournaler inneholder ofte ikke bare dokumentasjon, men også stikkordpregede notater med vurderinger, «høyttenking» og alternativer om fremtidige behov for utredninger og så videre. Disse kan være vanskelige å forstå og kan skape utrygghet hvis de leses uten forklaringer. Tilgang til uredigert journal vil gjøre det vanskelig å ivareta unntakene i innsynsretten og pasientens rett til forklaring av innholdet.

Ideelt sett burde alt diskuteres og informeres

Studier viser at pasienters elektroniske tilgang til journalen har ført til mer fornøyde pasienter.

Direktør i Teknologirådet **Tore Tennøe** svarer.

journalen?

om i den aktuelle konsultasjonen. Men ikke alt er mulig eller relevant å ta opp umiddelbart og det kan også være behov for å skrive inn nye vurderinger når prøvesvar foreligger. Pasienters nettilgang til journal, forutsetter at legen kan kommentere i eget avskjermet område av journalen. Alternativet kan bli at legen fører dobbeltjournal noe som vil være særdeles uheldig.

Det er en utfordring at pasienten selv kan bli forledet, presset eller truet til å gi ut opplysninger til andre (forsikringsselskaper, politi, voldelige nærstående). Det er grunn til å tro at noen pasienter kan undervurdere ulemper og farer ved å utlevere egne helseopplysninger.

– Bør pasienter kunne sjekke hvem som har lest deres journal?

Tore Tennøe: Ja. Det er jo svært sensitive personopplysninger om deg og din helse. Dette vil forebygge smoking.

Torunn Janbu: Ja. Pasienter har også i dag rett til å få utlevert «loggen» over hvem som har vært inne i journalen.

– Bør pasienter selv få mulighet til selv å skrive i journalen (egenjournal)?

Tore Tennøe: Ja. Det vil gi legen langt bedre informasjonsgrunnlag enn det de kan få gjennom en kort konsultasjon. Egenjournal kan være treningsdagbok, kostholdsdagbok, resultater på målinger tatt hjemme (blodtrykk, puls, vekt og annet). Det kommer stadig mer måle- og

testutstyr for hjemmebruk, og dette kan avgjort være nyttig å kople opp mot journalen.

Torunn Janbu: Det vil være positivt at pasienten kan skrive i journalen. Det forutsetter at det lages et eget felt for dette. Men pasienten må ikke kunne rette i journalen på en måte som gjør at innskrevne opplysninger endres eller slettes uten spor.

– Bør pasienter kunne kontrollere hvem i helsevesenet som kan eller ikke kan få innsyn i journalen?

Tore Tennøe: Ja, men på visse vilkår. Det finnes mange pasienter som har vært gjennom noe på ett sykehus som de ikke ønsker skal følge dem resten av livet. Det kan være abort, psykiatrisk behandling eller andre stigmatiserende tilstander. Dersom pasientene ønsker det, bør tilgang til journalinformasjon kunne begrenses. I dag er det enighet om at pasientinformasjon skal være mye mer tilgjengelig på tvers i helsevesenet. Da er det viktig at pasientene samtidig får mulighet til mer kontroll over informasjonsflyten.

Torunn Janbu: Innsyn i journal krever samtykke, med mindre det skjer som ledd i behandling av pasienten. Slik er det også i dag. Pasienten skal gis trygghet for at opplysninger i journal ikke gjøres tilgjengelig for uvedkommende. Dette er grunnleggende for overholdelse av taushetsplikten. ■■■

Tekst **Kari Anne Dolonen**

Foto **Erik M. Sundt og Stig M. Weston**





REFLEKS

Gjesteskribent Ingvar T. Skjerve

Navn: Ingvar T. Skjerve
Yrke: Sykepleier og forfatter
E-post: sherwe@hotmail.com

Den politiske komedie

I begynnelsen av april 2011 hadde manusforfatterne til Nytt på Nytt sine letteste dager på jobb siden Märtha Louise lanserte Astarte Education.

Onsdag 6. april hadde Liv Signe Navarsete fått nok. I frustrasjon og sinne gav hun en demonstrant ved et lokalsykehus huden full. «Du veit ikkje ka du snakka om!»

Veldig sinte mennesker er i alminnelighet morsomme. Veldig sinte ministre er comedy gold. Det er komikkens svar på frossenpizza; du får noe som er nesten helt ålreit, med minimal egeninnsats. Kommunalministerens tordentale kan kryssklippes med nærmest hva som helst og bli morsom.

For oss som bryr oss om det norske demokratiet setter imidlertid latteren seg fort fast i halsen. Det dypt tragiske i situasjonen er at Navarsete og demonstranten hun skjelte ut på det groveste er enige. Opptrinnet blottlegger et politisk system hvor avmakten har forplantet seg hele veien opp – fra aktivister til minister.

Sykehusreformen later til å være like godt folkelig forankret

Sykehusreformen later til å være like godt folkelig forankret som abstrakt kunst.

som abstrakt kunst. Den er styringsteknokratenes, tvers igjennom, fra problemformulering til tiltak og gjennomføring. Ingen fødekvinne, ingen testikkelkreftpasient eller sykehjemsbeboer har noen gang ønsket å reise litt lenger for å få den behandlingen de trenger. Ingen sykepleier eller radiograf har ønsket at jobben blir flyttet lengre unna der de bor.

Det begynner å bli en klassiker i norsk politikk: store, gjennomgripende reformer gjennomføres uten å forankres godt nok blant dem som skal leve med dem. Den politiske behandlingen i representative organer preges av hestehandel, og resultatet blir noe som ingen er helt fornøyde med. Så går man i gang med brask og bram og lanseringer. Når alle vedtak er fattet og hjulene allerede har begynt å rulle, kommer de som skal leve med konsekvensene på banen. Sinte demonstranter med fakler i hånda, tropper opp

på trappene til politikere som allerede har fattet avgjørelsen og gitt fra seg styringen.

Hva er alternativet til den politiske komedie? Vel, et åpenbart alternativ er å spørre dem som skal leve med konsekvensene før man setter i gang reformene.

I sin enkleste form finner en det deltakende demokratiets prinsipper i for eksempel Sveits, hvor en gjør utstrakt bruk av folkeavstemninger. Mer sofistikerte varianter finnes i en rekke europeiske og latinamerikanske storbyer i form av storstilt og intrikate prosedyrer for deltagende budsjettering. Kort fortalt betyr dette at innbyggerne inviteres med, gjennom sine egne direktemokratiske organer, til å styre pengebruken i byen sin. Det finnes riktignok ingen konkret modell for hvordan en skal organisere restruktureringen av et lands helsetilbud, men det finnes tilstrekkelig med velprøvde og velfungerende ordninger å la seg inspirere av, for den som faktisk vil.

Det representative demokratiet er trygt forankret i Norge. Heldigvis. Dessverre later det til å være en slags konservatisme i dette systemet, en motvilje mot reform som kan vise seg å svekke det på sikt.

Da jeg, sammen med Audun Lysbakken, lanserte boka «Deltakerne. En reise i demokratiets framtid», hvor vi tar til orde for blant annet mer bruk av folkeavstemninger, møtte vi mye uventet motstand. De fleste var enig med oss i at den økende avstanden mellom folk og elite er et problem, men veldig mange var ekstremt skeptiske til å forsøke å gjøre noe med det – til å slippe folket mer til. Både nokså langt til høyre, i sentrum og til venstre i politikken var det stor skepsis til selv oppsiktsvekkende og veldokumenterte suksesser som deltagende budsjettering.

Jeg må tilstå at jeg har vanskelig for å skjønne denne inngrodde skepsisen. Til tider har jeg måttet klamre meg litt til den svenske nasjonalfilosofen Ingemar Stenmarks erkjennelsesteoretiske grunntese; Det går int' förklar för nån som int' begrip!

Ingvar T. Skjerve

Øvrige gjesteskribenter 2011:



Kristin Heggen
Professor i sykepleie ved seksjon
for helsefag, Universitetet i Oslo



Anders Folkestad
Leder i Unio



Cathrine Sandnes
er redaktør av tidsskriftet
Samtiden



Martine Aurdal
Leder av samfunns-
avdelingen i Dagbladet