



# Avlyser 6-timersdagen

TEMA side 20-23

Fra å være en fanesak for venstresiden har kampen for seks timers normalarbeidsdag blitt til et seniortiltak i de rød-grønnes politikk.



8

- Advarer kollegaer** side 8
- Kritiserer elektroshokk-forslag** side 10
- NSF-turnus reddet sommeren** side 20
- Klart for jordmor-reality** side 37



10



37

- Kvalitet
- Brukervennlighet
- Pasientkomfort
- Konkurransdyktige priser
- Rask levering
- God service



Nå har vi også avtaler med det norske helsevesenet. Velkommen til vår verden av medisinske møbler!

*Personalet på Sjöbloms*



Instrumentbord



Servicevogn, serveringsvogn, kundevogn



Trillevogn, infusjonsstativ, prøvetakingsvogn



Sekholder

info@sjobloms.com

SJÖBLOMS SJUKVÅRDSUTRUSTNING AB • Myrångsvägen 8 • SE-891 50 Örnsköldsvik • Tel +46 660 105 80 • Fax +46 660 180 00 • www.sjobloms.com



Ring oss gjerne så sender vi den nye brosjyren



## Nye Silentia Silver Line

**Silentia Silver Line** er en videreutvikling av Silentia-skjermen som er vel kjent på markedet. Den nye modellen er resultat av en omfattende utvikling hvor en rekke komponenter er endret og forbedret. Dette gjelder såvel design som konstruksjon og kvalitet. Grunnideen er imidlertid fortsatt den samme som hos forgjengeren. Silentia Silver Line kan benyttes alle steder hvor man ønsker en rask avskjerming, som f.eks. i et pasientrom, på en intensiv- eller oppvåkingsavdeling



- Hygenisk - Enkelt renhold
- Alltid på plass - Veggmontert.
- Stenger ikke for dagslyset .
- Tar liten plass når den ikke er i bruk.
- Ikke i veien for takløftere eller annet takhengt utstyr



Avalon Medical AS • Postboks 6589 Etterstad 0607 Oslo  
 Tlf. 23036370 • Fax. 23036371 • Mail: avamed@online.no



# Noen stillingsannonser har bedre odds enn andre

www.sykepleien.no – ledige stillinger for sykepleiere.



**sykepleien**

**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

Bankgiro: 1600.49.66698  
Løssalg: kr 45,- pr utgave  
Abonnement (ikke medl.) kr 798,- pr år

**Ansvarlig redaktør**

Barth Tholens  
barth.tholens@sykepleien.no

**Redaksjonssjef**

Bjørn Arild Østby  
bjorn.arild.ostby@sykepleien.no

**Fagredaksjonen**

Nina Hernæs (leder)  
nina.hernes@sykepleien.no  
Torhild Apall Dybvik (fagredaktør)  
torhild.apall@sykepleien.no  
Susanne Dietrichson  
susanne.dietrichson@sykepleien.no

**Nyhetsredaksjonen**

Marit Fonn (leder)  
marit.fonn@sykepleien.no  
Ann-Kristin Bloch Helmers  
annkristin.helmers@sykepleien.no  
Eivor Hofstad  
eivor.hofstad@sykepleien.no  
Kari Anne Dolonen  
kari.anne.dolonen@sykepleien.no  
Lily Kalvø (web-redaktør)  
lily.kalvo@sykepleien.no

**Desk og grafisk formgivning**

Ellen Morland (leder)  
ellen.morland@sykepleien.no  
Hege Holt  
hege.holt@sykepleien.no  
Ingrid Lindemann  
ingrid.lindemann@sykepleien.no

**Markedssjef**

Ingunn Roald  
ingunn.roald@sykepleien.no

**Markedskonsulenter**

Stillingsannonser: Finn Simonsen  
finn.simonsen@sykepleien.no  
Produktannonser: Lise Dyrkoren  
lise.dyrkoren@sykepleien.no

**Repro og trykk**

Stibo Graphic AS



Foto: Stig Weston

- 5 Brev til ordføreren
- 7 Er fornøyde med egenandeler
- 8 Advarer kolleger
- 9 **Ti raske:** Halvdan Skard
- 9 Positive til utvidet pasientombud
- 10 Kritisk til elektrosjokk på suicidale
- 11 NSF: – Vi vet ikke nok
- 12 I klemma sammen med pasientene
- 14 Dilemmaer i pleie- og omsorgtjenestene
- 16 Planlegger å lage en plan
- 17 Slaatten vil ha svar
- 18 «Er det en lege eller sykepleier ombord?»
- 20 **Tema:** 6-timersdagen
  - Grande Røys dropper 6-timersdagen
  - Normal arbeidstid?
  - Vil ha tidlig pensjon
  - Da Fafo tok livet av 6-timersdagen
- 24 Har du riktig lønn?
- 25 Hannkjønn betyr mer lønn
- 26 Sjekk lønns slippen!
- 27 **Barth Tholens** om norsk selvgodhet
- 28 Får velge arbeidstid
- 29 Helt delt
- 30 NSF-turnus reddet sommeren
- 31 Hjemme-sykle-pleierne
- 32 **Jon-Arild Johansen** om sykehus
- 33 Minneord
- 35 Kandidater til landsmøtet 2007
- 36 **Camilla Crone Leinebø** om høsten
- 36 Riskhospitalet
- 37 Klart for jordmor-reality



24



29

- 38 **NSF: Bente Slaatten** om arbeidskraft
- 39 **NSF:** Kommunene mangler rekrutteringsplan
- 40 Debatt
- 42 Før
- 42 Folk

**Tema: 6-timersdagen**

I Soria Moria-erklæringen programfestes 6-timersdagen. Men nå har fornyings- og administrasjonsminister Heidi Grande Røys (SV) gjort den om til et arbeidsmarkedstiltak.

- 43 SykepleienJOBBS  
Ledige stillinger
- 64 Meldinger, skoler, kurs

**I klemma**

Helsearbeidere kommer i klemma når ressursene er for små, kvalitetskravene høye og tilsynene kommer med kritikk. Ikke fir på kvaliteten, er oppfordringen fra professor Halvard Vike.



12

Foto: Stig Weston

**Neste nummer: Sykepleien 13/07****Når du får kritikk**

Jordmødrene i Fredrikstad synes det er mye verre å bli skrevet kritisk om i avisene enn å få kritikk fra Helsetilsynet.



## Ordfører – du trenger bedre briller!

**Nå kan du være med på å gi den politiske ledelsen en ny virkelighetsoppfatning.  
Klikk her – og si din mening!**

Her finner du en liste med e-postadressene til landets ordførere.  
Skriv – eller gå sammen om å skrive en e-post der du forteller hvor skoen trykker:

- @ Er det for lite bemanning der du jobber?
- @ Er det for lite faglært personell?
- @ Er demensomsorgen under par?
- @ Er tilbudet i hjemmeomsorgen for svak?
- @ Er det for få institusjonsplasser i din kommune?
- @ Er samarbeidet med spesialisthelsetjenesten for svak?

Når du sender en e-post til ordføreren, merk den med slagordet «Ordfører – du trenger bedre briller» og send en kopi av eposten til [interaktivt@sykepleien.no](mailto:interaktivt@sykepleien.no) eller [redaksjonen@fagbladet.no](mailto:redaksjonen@fagbladet.no).  
Da vil vi være i stand til å følge opp dine innspill redaksjonelt.

**10. september er det kommunevalg i Norge. Da trenger vi ordførere som vet hva eldreomsorg er.**

### Kjære ordfører...

Etter oppfordring fra fagbladet Sykepleien sender jeg deg denne mailen om hvordan det står til med eldreomsorgen i Moss. Jeg er en sykepleier som jobber på Sørtun rehabiliteringssenter, og jeg har også et ganske godt innblikk i hvordan det står til på Orkerød sykehjem. På Sørtun er vi stort sett godt bemannet, men på Orkerød sykehjem er det underbemanning og mangel på fagpersonell. Virksomheten prøver å rekruttere fagpersonell, men det er ikke lett. Det jobbes mye med demensomsorgen i kommunen, men det er ikke nok! Det hjelper ikke at pasientene får et differensiert tilbud når mange av dem som jobber i avdelingene ikke er kvalifiserte for oppgavene! Det skal også være sagt at det er mange flinke folk, både faglærte og de som ikke har fagutdanning. Men det kan være tungt å ha ansvaret for åtte demente personer alene.

Veldig mange av pasientene er aldri ute i frisk luft, er det livskvalitet?? I helgene og også ellers er det mange ufaglærte på jobb. Personalet jobber mye ekstra og får ofte forskjøvet arbeidstid, sykefraværet er relativt høyt (helt forståelig med den arbeidsbelastningen).

Det er for få sykehjemsplasser i kommunen! Det er veldig rart at dette ikke kommer fram i avisene, men vi har pasienter både på lager og kontorer. Dette skjer samtidig med at kommunen bygger et nytt sykehjem med mange færre plasser! Dette er et regnestykke som ikke går opp for meg. Jeg håper politikerne virkelig satser på eldreomsorgen de neste årene, det er virkelig de eldre verdt!

Mvh Lise-Lotte Trobe, tillitsvalgt i NSF  
(Gjengitt med tillatelse fra avsender. Red.)

## Sykepleien Helt Enkelt Unikt

### Sykepleiens formålsparagraf-

Sykepleien skal utøve saklig, uavhengig og kritisk journalistikk forankret i Norsk Sykepleierforbunds formålsparagraf, Redaktørplakaten og pressens Vær Varsom-plakat. Tidsskriftet har som oppgave å sette syke-

pleiernes interesser på dagsorden. Sykepleien skal delta i samsfunnsdebatten og stimulere til engasjement og meningsbrytning. Sykepleien arbeider etter Vær Varsom-plakatens regler for god presseskikk. Den som mener seg rammet av urettmessig omtale

oppfordres til å ta kontakt med redaksjonen. Brudd på pressens etiske retningslinjer, i følge 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.

# Få maks ut av studiet og jobben!



## STORE MEDISINSKE LEKSIKON 1-5

fra Kunnskapsforlaget er et moderne og brukervennlig leksikon - et kvalitetsverk skrevet av Norges fremste fagfolk.

Verket fremstår som det største og mest velutstyrte medisinske oppslagsverket i Norge og har en innholdsmessig tyngde og et presisjonsnivå som tilfredsstillende behøver til både studenter og medisinsk fagpersonell. Språket og presentasjonsformen gjør de fleste artiklene enkle å forstå også for lesere uten helsefaglig bakgrunn.

Hovedredaktør: Professor dr. med. Magne Nylenna

**NY  
UTGAVE**

Bestill verket på [www.kunnskapsforlaget.no](http://www.kunnskapsforlaget.no) eller ring vår ordretelefon 02250

# Er fornøyde med egenandeler

De fleste ordførere mener egenandelene innen eldreomsorgen er passe. De ansatte er ikke enig. Og egenandelene er svært ulike. I én kommune kan prisen være fire ganger høyere enn i en annen, for samme tjenesten.



Sykepleien nr. 11/07 der de fleste av funnene fra undersøkelsen ble presentert.

Åtte av ti ordførere mener at egenandelen innen eldreomsorgen er passe. Bare tre av ti ansatte er enig. Dette kommer frem av undersøkelsen Synnova- te MMI har gjort for Sykepleien og Fagbladet.

– Vi mener egenandelen er alt- for høy. Den burde vært fjernet, sier leder av pensjonistpartiet, Ragnar Dahl.

Han mener egenandelen er en skjult skatt som regjeringen har innført for å få flere penger i kassen.

– Vi har betalt inn til trygde- kassen gjennom et langt liv. Det burde holde, sier han.

## Ulik kostnad

Egenandelene for kommunale helsetjenester varierer fra kom- mune til kommune og ikke minst i forhold til brukernes betalings- evne.

Det er forskjellige forskrifter som regulerer betaling i forhold til sykehjemsplass og plass i omsorgsbolig.

– Når det gjelder sykehjem

skal alt være inkludert i husleien beboerne betaler. Husleien fast- settes ut fra den enkeltes inntekt, men skal ikke settes høyere enn at beboerne har et par tusen i måneden til fri benyttelse. I snitt betaler beboerne 70- 80 prosent av sin inntekt til sykehjemmet, opplyser Øyvind Brandt i Helse- og omsorgsdepartementet (Hod).

## Omsorgsbolig

Kommunene står friere i forhold til hva de kan ta betalt for av beboere i omsorgsboliger.

– Satsene som settes på de ulike tjenestene bestemmes i kommunestyret. Enkelte kom- muner setter høye takster, mens andre tar mindre betalt. Innbyg- gerne får det styret de stemmer på, aktualiserer han.

Tidligere i vår sendte HoD ut en presisering om at personer som tjener mindre enn 2 G (125 784 kr per år) ikke skal betale mer enn 150 – 200 kroner i må- neden for tjenester de mottar.

– Da skal trygghetsalarm og matombringning legges inn i det beløpet. Vi har sett at enkelte kommuner tar 150 kroner som et minimum og legger på 150 kroner ekstra for trygghetsalarm og matombringning. Det er ikke lov, sier Brandt.

## Store forskjeller

På oppdrag for Sosial- og hel- sedirektoratet, Avdeling sosial inkludering, har ECON kart- lagt kommunale egenandeler på hjemmehjelp, vask av tøy, matombringning, vaktmester- og ledsagertjeneste, husmorvikar, brukerstyrt personlig assistent

(BPA), trygghetsalarm, tekniske hjelpemidler, dagtilbud for utvi- klingshemmede og andre funk- sjonshemmede, samt transport.

Kartleggingen viser at egen- andelene på de ulike tjenestene varierer betydelig. Ifølge rap- porten kan variasjonen bare i svært begrenset grad forklares av indikatorer for behovet for tjenestene.

## Fire ganger mer

I ECON-rapporten vises det til et eksempel hvor det er beregnet hva en person må betale per måned for fire timers rengjøring, en times snømåking, vask av en maskin med tøy, få fire matle- veringer, samt leie av trygghets- alarm hele måneden i forskjel- lige kommuner. Den månedlige utgiften varierer fra omlag 300 til 1200 kroner.

## Dyrere med omsorgsbolig

Lavinntektsgrupper risikerer å betale mer i omsorgsbolig enn i institusjon, mens bildet er motsatt for grupper med høy inntekt, ifølge ECON-rapporten

Kommunene regner ut hva den enkelte skal betale i egenbetaling avhengig av om det er betaling for hjemmetjenester, eller det gjelder betaling i institusjon. For hjem- metjenester er inntektsgrunnlaget husstandens samlede skattbare nettoinntekt før særfradrag ved siste tilgjengelige skatteligning.

I institusjon benyttes inntekt etter skatt og fradrag for gjelds- renter i inntektsåret (disponibel inntekt).



## Lovverk 1

Ifølge lov om kommunale hel- setjenester skal kommunene tilby allmennlegetjeneste, herunder fastlege, legevakt, fysioterapi, sykepleie, her- under helsesøster og hjem- mesykepleie, jordmortjenes- te, sykehjem eller bolig med heldøgns pleie og omsorg, medisinsk nødmeldetjeneste og transport av behandlings- personell. Egenandeler på disse tjenestene er regulert i forskrifter.



## Lovverk 2

Ifølge lov om sosiale tjenester skal kommunene tilby personer med funksjonsnedsettelse eller andre med særlig hjel- pebehov praktisk bistand og opplæring, støttekontakt eller plass i institusjon eller bolig. Til personer med et særlig ty- nende omsorgsarbeid skal kom- munene tilby avlastningstiltak eller lønn.

Kommunene har kun anledning til å kreve egenandeler på den praktiske bistanden. De kan selv fastsette regler for egen- andelene, men de må ikke overstige kommunenes utgifter knyttet til å tilby tjenesten eller settes høyere enn at brukerne beholder en tilstrekkelig del av inntekten til å dekke personlige behov og bære sitt ansvar som forsørger. Husstander, med en skattbar nettoinntekt før sær- fradrag som er under 2 G (125 784 kr), skal ikke betale mer enn 150 kroner per måned.

– Sykepleiere som holder kurs for ufaglærte i medikamenthåndtering er med på å undergrave eget fag. Det samme gjør ledere som gir sykepleieroppgaver til ukvalifiserte. Kraftsalven kommer fra hovedtillitsvalgt Ruth Borgan (bildet) i Steinkjer kommune.



OPPRØRT: Hovedtillitsvalgt i Steinkjer kommune, Ruth Borgan.

Nåværende forskrifter om legemiddelhåndtering stiller krav om at utdeling av legemidler til pasient bare unntaksvis kan foretas av andre enn offentlig godkjent sykepleier/vernepleier. I Sosial- og helsedirektoratets forslag til ny forskrift er dette kompetansekravet foreslått fjernet.

#### Steinkjer

Hovedtillitsvalgt i Steinkjer kommune, Ruth Borgan, er skeptisk til å fjerne kravet om kompetanse i forskriften.

– Vi har ufaglærte med to timers kurs i medikamenthåndtering som reiser rundt og deler ut dosetter i hjemmetjenesten, sier hun.

Det faktum at sykepleiere klager over kvaliteten på tjenesten og samtidig holder kurs for ufaglærte, mener hun ikke gjør sykepleiere til «de store stygge ulvene».

– Det er legen som bestemmer dette i samråd med enhetslederen på de ulike arbeidsplassene. Jeg synes det blir riv ruskende galt når leger, avdelingsledere, enhetsledere og de fleste sykepleiere stilltiende synes at det er greit at ufaglærte får denne oppgaven, sier Borgan.

– Det viser at vi ikke tar oppgaven alvorlig nok og at pasientenes krav og behov til forsvarlig helsehjelp ikke blir tatt seriøst.

Det verste er imidlertid at det ofte er sykepleiere som holder disse kursene, sier Borgan.

#### Faglig uforsvarlig

I stor grad er det sykepleiere som er ledere ved både sykehjem og i hjemmetjenesten.

– *Har ikke sykepleierne da et faglig ansvar for ikke å ansette ufaglærte, eller overføre oppgaver som ufaglærte ikke er kvalifiserte til?*

– Jo, det mener jeg. Sykepleierstudenter må blant annet ha feilfri medikamentregnskapsprøve, ellers stryker de. Det er uforståelig at enkelte sykepleiere da finner det faglig forsvarlig å holde totimers kurs for ufaglærte. Sykepleiere som er med på dette undergraver egen kunnskap, sier hun.

#### Kan ikke se feil

Selv om det er ferdige dosetter de deler ut, mener Borgan det er rom for feil.

– Hjemme hos brukeren kan for eksempel brukeren selv ha klusset litt med dosetten, sjansen for at en ufaglært vil se det, er minimal. Jeg vet om et sted hvor en vaskehjelp delte ut medisiner. Det er uhørt, sier hun.

#### Mangler folk

Få sykepleiere vil være uenig med Borgan, men hvorfor finnes da slik praksis?

– Lederne skylder på dårlig økonomi og lav grunnbemanning.

gen. De sier det er en nødløsning for å få unna de oppgavene som må gjøres, sier Borgan.

– *Forstår du det?*

– Det er ikke vanskelig å forstå situasjonen, men lovverket er der for en grunn. Dersom man bryter loven, skal det i det minste skrives avviksmelding, ellers undergraver sykepleierne egen kompetanse og eget fag, sier hun.

Borgan tror ikke de ufaglærte nødvendigvis er klar over at de kan stå som rettslig ansvarlige dersom noe galt skulle skje.

#### Hvor da?

Borgan er klar på at grunnbemanningen må økes og sykepleieledere må være sitt ansvar bevisst.

– Ikke la dere bruke for å spare penger. Si nei til å lede uforsvarlige tjenester, lyder hennes oppfordring.

En ting hun selv lurer på er hvor de 4 500 nye kvalifiserte hendene er, de som ifølge Sylvia Brustad allerede har kommet inn i omsorgstjenesten.

– Vi har ikke sett noe til dem her i hvert fall.

#### Meningsløse krav?

Det vanlige er at sykepleierstudenter har tre forsøk på å få en feilfri medikamentutregningsprøve. Klarer de ikke det, er det stryk uten mulighet for flere forsøk.

– Dersom det enkelte steder er

greit at ufaglærte tar et totimers kurs i medikamenthåndtering, er kravene til sykepleierstudenter meningsløst høye, sier studenttrådgiver i NSF, Morten Kristoffersen.

Han er også enig med Borgan i at sykepleiere er med å undergrave egen faglighet dersom de er med å holde slike kurs.

– Dersom det skal være konsekvens i lovverket, er det kun legen som kan delegere legemiddelutdeling og holde slike kurs. Sykepleiere har så vidt meg bekjent, ingen mulighet til å lære andre medisinhåndtering, sier han.

#### Ikke ulovlig

Juridisk fagsjef i Helsetilsynet, Jostein Vist, sier at sykepleiere som holder kurs i medikamenthåndtering ikke bryter helsepersonelloven.

– Om det er bra kurs, eller om sykepleiere innehar nødvendig kompetanse for å drive slik undervisning, kan jeg imidlertid ikke uttale meg om, sier han.

Slik det er i dag kan de fleste holde kurs om det meste.

– Arbeidsgiver har ansvaret for at de som yter en tjeneste innehar riktig kompetanse, sier han.



## Vi spør Halvdan Skard

**Alder:** 67 år

**Aktuell som:** Leder for KS – kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon

**Fakta:** Den felles undersøkelsen til Sykepleien og Fagbladet (se Sykepleien 11/07) har fått oppmerksomhet i mediene. Nyheten var at mens 92 prosent av ordførerne mener eldreomsorgen er bra, er bare 46 prosent av de ansatte enig. Et så stort sprik bør alle ta på alvor, sa helseministeren, og lovet å ta saken opp med KS.



### Fikk du med deg nyheten om det store spriket?

– Joda. Og jeg la merke til at et av spørsmålene kunne være tvetydig.

### Hvilket da?

– Det ble uklart om de vurderte det tilbudet som fins, eller om det er mangel på tilbud.

### Har du hørt noe fra helseministeren?

– Nei.

### Er du overrasket over det store spriket?

– Ja, selv om det var få ansatte

med i undersøkelsen. Men man kan spørre om hvilken informasjon ordførerne har fått fra sine rådmenn.

### Hva er din melding til ordførerne?

– De må forsikre seg om at de får god kunnskap om situasjonen i kommunen.

### Er den for liten i dag?

– Ja, når tallene spriker sånn, er den vel det. I hvert fall tyder svarene på forskjellig virkelighetsoppfatning. Det er et dårlig grunnlag.

### Hva vil du si til de ansatte?

– Regner med at de orienterer sine overordnede om situasjonen. Og at de overordnede bringer informasjonen videre til politikerne.

### Ordførerne sitter for mye på kontoret, sa valgforsker Frank Aarebrot. Gjør de det?

– Det vet jeg lite om. Men jeg vet at mange er aktive og besøker sykehjem og andre institusjoner.

### Hva gjør KS nå med dette?

– Jeg ser fram til samtaler med statsråden. Vi har jo et felles mål

om et godt tilbud – både kvalitativt og kvantitativt.

### Hva synes du selv om eldreomsorgen?

– I hele landet? Går ut fra at den kan forbedres. Kvaliteten varierer fra kommune til kommune.

tekst **Marit Fonn** foto **cf-Wesenberg/KS**

## Nyhet Pasientombudsordningen

# Positive til utvidet pasientombud

Helsedepartementet ønsker at pasientombudet også skal omfatte helsesituasjonen i kommunene.

Forslag til ny pasientombudsordning har vært ute på høring. Tilbakemeldingene til departementet er overveldende positive. Forslaget går ut på å utvide ordningen til også å gjelde kommunale helse- og sosialtjenester. Frem til nå har pasientombudet bare omfattet spesialisthelsetjenesten.

### NSF positiv

– NSF ønsker en utvidelse av pasientombudsordningen velkommen. Pasienter i sykehjem, hjemmesykepleien og andre steder i kommunene har behov for et pasientombud som arbeider for deres interesser og rettssik-

kerhet, samt bidrar til å heve kvaliteten på tjenestene, skriver forbundet i sitt høringssvar. NSF påpeker også at: «Når alle ledd i helsetjenesten har et pasientombud vil det bidra til å styrke de «svake punktene» i behandlingsskjedene, og dermed bidra til en bedre samhandling.»

### Hipp som happ

Det første pasientombudet ble etablert av Nordland fylkeskommune i 1984. Ulike ordninger med pasientombud ble opprettet på 1980- og 1990- tallet, etter vedtak truffet av den enkelte fylkeskommune eller det enkelte sykehusstyre. Siden 1999 har

det vært lovfestet at det skal være et pasientombud for spesialisthelsetjenesten i hvert fylke.

En utvidelse av ordningen har ligget i kortene lenge. Erfaringene fra ordningen viser at mange henvender seg til ombudene uavhengig av om problemet hører hjemme hos spesialisthelsetjenesten eller om det egentlig er knyttet til den kommunale helse- og sosialtjenesten. Ifølge departementet kan dagens avgrensning være vanskelig å forstå for mange som henvender seg til ombudene, og ordningen kan fremstå som fragmentert og lite koordinert.

– For folk flest er det uforståelig



Foto: Scanpix  
Pasientombud i Oslo, Petter Holm.

at det kun er spesialisthelsetjenesten som omfattes av pasientombudsordningen, mens kommunehelsetjenesten ikke gjør det, heter det i Pasientombudskollegiets svar, ført i pennen av pasientombud i Oslo og leder av kollegiet, Petter Holm.

Dersom det blir utvidelse av ordningen, anslår departementet økte utgifter på 18,1 millioner, pluss en engangsutgift ved oppstart på 2 millioner kroner.

tekst **Ann-Kristin Bloch Helmers**

# Kritisk til elektroshjokk på suicidale

Mange er svært kritiske til at Sosial- og helsedirektoratet anbefaler elektroshjokk-behandling på suicidale pasienter, uten å kunne dokumentere hvilken virkning det har. NSF's faggruppe av psykiatriske sykepleiere råder direktoratet til å fjerne anbefalingen.

I et forslag til nasjonale retningslinjer for selvmordsforebygging, som nå har vært ute på høring, foreslår Sosial- og helsedirektoratet (SHdir) at bruk av elektrokonvulsiv terapi (ECT/elektroshjokk) skal vurderes ved alvorlig depresjon og høy selvmordsfare.

Samtidig viser direktoratet til en kunnskapsoppsummering som slår fast at det ikke foreligger noen studier som kan belyse mulige effekter av ECT på selvmordsatferd. Oppsummeringen er utført av Kunnskapssenteret for helsetjenesten.

## – Svært dristig

– Direktoratet nevner ECT som et tiltak man kan vurdere, men sier samtidig at en ikke har forskning som dokumenterer effekt ved selvmordsfare. Gitt den kunnskapen vi har i dag om kognitive konsekvenser av ECT, er det svært dristig å gi en slik anbefaling, skriver Mental Helse i sitt høringssvar.

## – Problematisk

Mental Helse får støtte fra NSF's faggruppe av psykiatriske sykepleiere:

– Vi stiller oss veldig kritiske til å ta med ECT som selvmords-

forebyggende tiltak, og råder SHdir til å avvende hele punktet om ECT-behandling til det foreligger forskning som kan dokumentere at det er effektivt, sier faggrupeleder Unn Elisabeth Hammer-vold.

Hammervold mener hele forslaget til nye retningslinjer for selvmordsforebygging uttrykker en utpreget teknisk-medisinsk forståelse av faget.

– Faggruppen savner punkter som går på etiske og relasjonelle forhold rundt selvmordsforebygging, sier hun.

– *Hvorfor har ikke dere nevnt*

*ECT-behandling i høringssvaret til direktoratet?*

– Da må jeg være ærlig og si at jeg ikke festet meg ved punktet om ECT, men at jeg i ettertid klart ser at det er problematisk, sier hun.

## Elektroshjokk under tvang

I forslaget til retningslinjer er det også understreket at ECT kan brukes uten samtykke - det vil si under tvang - i nødrettssituasjoner. Mental Helse reagerer også på dette, og skriver at: «Her må det påpekes at det verken finnes noen rettslig eller praktisk legitimitet for å definere ECT som nødrettstil-tak.» Organisasjonen mener denne anbefalingen må få juridiske konsekvenser.

Hege J. Orefellen har spesialisert seg på menneskerettigheter og helserett i sine jusstudier. Hun er svært kritisk til bruk av ECT uten fritt og informert samtykke. Hun mener bruk av ECT under tvang vanskelig kan forsvares som nødrett, fordi det krever en situasjon hvor bruk av elektroshjokk er tvingende nødvendig, raskt avvergende og eneste utvei.

## – Eksperimentell behandling

– Myndighetene har ansvaret for at de medisinske tiltak som iverksettes er forsvarlig og veldokumentert med hensyn til behandlingsgrunnlag, virkninger og risiko for skadevirkninger, og da et særlig ansvar for tiltak som iverksettes



TVILSOMT: Det er ulovelig å gi ECT med tvang, påpeker forskere. Arkivfoto fra 1993: Anne Sidsel Herdlevær

med tvang. Når slik dokumentasjon ikke foreligger, må det medisinske inngrepet karakteriseres som eksperimentelt, mener Orefellen.

Også Sintef-forsker og psykologspesialist Tonje Lossius Husum er kritisk. Hun mener det er problematisk å anbefale bruk av ECT på selvmordsnære pasienter, når det ikke foreligger forskning som kan underbygge at det virker.

– Det er heller ikke i utgangspunktet lov å gi ECT med tvang i Norge. Dessverre forekommer det allikevel, begrunnet med nødrett. Dette synes jeg er svært problematisk, spesielt fordi vi i dag ikke vet noe om hvor ofte det forekommer. Det er generelt for dårlig registrering og overvåking av bruk av ECT i Norge, sier hun.

Verdens helseorganisasjon (WHO)

krever forbud mot ECT uten informert samtykke, og klassifiserer behandlingen som et påtrengende, ir-reversibelt og kontroversielt inngrep.

#### Ikke tatt stilling

Ifølge SHdir vurderes hørings-svarene i disse dager, og det er foreløpig ikke tatt stilling til om punktet om ECT-behandling ved selvmordsfare skal forandres.

Jin Marte Øvreide, seniorrådgiver i Shdir henviser til lederen av arbeidsgruppen for informasjon om hvilke diskusjoner som har vært oppe i forkant av høringsforslaget. Spesialist i psykiatri og leder av arbeidsgruppen som har utarbeidet retningslinjene, Ewa Ness, ønsker ikke å uttale seg om de nye retningslinjene før prosessen

er ferdig. Så vidt Sykepleien kjenner til, har det ikke vært enighet om punktet om ECT-behandling i arbeidsgruppen.

De nye retningslinjene skal

etter planen foreligge 10. september, på verdensdagen for selvmordsforebygging.

Les mer på [www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no)



### Dette er elektrokonvulsiv terapi:

Elektrokonvulsiv terapi, også kalt ECT eller elektrosjokk-behandling, går ut på at pasientene i narkose får strømstøt gjennom den ikke-dominante delen av hjernen, mens den tverrstrippede og viljestyrte muskulaturen er lammet. Dette utløser et grand mal epileptisk anfall. Behandlingen gis vanligvis 2-3 ganger per uke, i totalt 6-10 behandlingsserier.

Kilde: Kunnskapssenteret for helsetjenesten

## NSF: - Vi vet ikke nok

– Det er viktig for NSF å understreke at kunnskapsgrunnlaget på dette feltet er for tynt, og at vi trenger mer forskning, sier NSF-leder Bente Slaatten.

Hun påpeker imidlertid at det ikke er NSF's oppgave å definere hvilke behandlingsmetoder som skal benyttes, men at dette må skje i helsetjenesten i samspill med de ulike faggruppene. Likevel mener

hun det kan være grunn til å revurdere forslaget:

– Med et tynt kunnskapsgrunnlag kan det være grunn til å gjøre en ny vurdering når en bruker- og pårørendeorganisasjon som Mental Helse reagerer, sier Slaatten.

### Disse har sittet i arbeidsgruppen:

**Ewa Ness**, fagsjef/spesialist i psykiatri

**Fredrik A. Walby**, forsker/psykolog

**Christian Christiansen**, Hjelpetelefonen Mental Helse

**Gudrun Dieserud**, forsker, dr. psychol

**Øivind Ekeberg**, professor dr. med

**Berit Grøholt**, professor dr. med

**Ola Marstein**, spesialist i psykiatri og avd. overlege

**Lars Mehlum**, professor dr. med

**Ingrid Nesje**, klinisk spesialist i psykiatrisk sykepleie

**Kari Wille Rekdal**, Landsforeningen for etterlatte

**Venke Aarethun**, prosjektleder og psykiatrisk sykepleier

**Nils Petter Reinholdt**, psykiatrisk sykepleier og fagteamleder

**Gudrun Austad**, psykiatrisk sykepleier

**Målfrid Litiere**, psykiatrisk sykepleier

**Gry Bruland Vråle**, psykiatrisk sykepleier og førstelektor

**Kristin Østlie**, psykologspesialist

### Fra forslaget til nye retningslinjer for selvmordsforebygging:

● «Sosial- og helsedirektoratet anbefaler at ECT vurderes ved alvorlig depresjon og høy selvmordsfare (A3). Slik behandling forutsetter som hovedregel samtykke fra pasienten. Det bemerkes i den sammenheng at phvl. paragraf 4-4 ikke gir hjemmel til å anvende ECT. Derimot kan ECT unntaksvis, i spesielle nødrettssituasjoner, likevel benyttes uten pasientens samtykke, jf. Rundskriv I-10/2001)»

● I høringsutkastet heter det at retningslinjene legger vekt på «et forebyggende perspektiv «dvs. tiltak som retter seg mot alle pasienter i psykisk helsevern, ikke bare mot pasienter som allerede er identifisert som suicidale.»

● I rundskrivet det henvises det til, heter det at: «I spesielle nødrettssituasjoner kan man gå lenger i bruk av tvangsbehandlingstil-tak enn det dette ledd hjemler, og man vil da også kunne vurdere bruk av ECT. Psykokirurgiske inngrep, såkalt lobotomi, er det ikke lenger aktuelt å bruke i Norge.»

### Kunnskapssenteret om ECT og selvmordsatferd:

● Kunnskapssenteret slår fast at studier om ECT og selvmordsatferd med tilstrekkelig god kvalitet mangler helt, og at det ikke er grunnlag for å hevde at ECT virker forebyggende på selvmordsatferd. De skriver også at ingen evidens for effekt ikke er det samme som evidens for ingen effekt. Når det gjelder ECT og alvorlige depressive tilstander, skriver Kunnskapssenteret at det er god evidens for at dette er en rask og effektiv behandling.

ADVARER: Professor Halvard Vike mener avvikssystemet er med på å legge lokk på diskusjonen om vilkårene for pleietjenesten holder for å opprettholde kvaliteten.

Arkivfoto: Stig Weston



# I klemma sammen med pasientene

Myndighetene definerer standarden på helstjenesten. Så bevilger de for lite penger til å drive den. Deres egne tilsyn kommer med kritikk når tjenesten ikke er god nok. Og helsearbeiderne får kjeft hvis de klager offentlig. Professor Halvard Vike oppfordrer ansatte til å holde hardt i kvalitetskravene.

«Sykepleier X er ansvarlig for flere svært syke pasienter, og har selv ingen mulighet til å gi alle en anstendig pleie - og få faglærte kolleger som kun kan utføre nødvendige prosedyrer. Opplevelsen av å gjøre en dårlig jobb overfor syke mennesker man har et personlig ansvar for er lammende. Appellene til fagsjefen og lokale folkevalgte fører ikke fram, siden tilgjengelig statistikk tyder på at tjenestnivået er «godt nok» til tross for at fylkesmannen og pårørende har kritisert kommunen og sykehjemsavdelingen for utilstrekkelig pleie. Derimot får den samme avdelingen påpakning fra kommunens ledelse fordi den har sprenget budsjettammene og er mindre effektive enn i nabo-kommunen, og fordi ansatte har brutt taushetsplikten og stått fram i lokalavisen og beskrevet dilemmaet. Statsråden uttrykker samtidig i riksdekkende media at de ansatte i pleie- og omsorgssektoren må ta ansvar

og si ifra om situasjonen, men beklager videre at selv om denne regjeringen bidrar med langt større ressurser enn den forrige, er det mye som må rettes opp. Men lovpålagte tjenester og høy faglig standard skal det aldri inngås kompromisser om.»

Med dette konstruerte eksem-

pel illustrerer professor Halvard Vike ved Sosialantropologisk institutt, Universitetet i Oslo, dilemmaet ansatte i pleie- og omsorgstjenestene møter i sin arbeidshverdag.

## Politikk blir fag

– Kommunene og pleie- og omsorgspersonellet blir stadig pålagt å imøtekomme høyere og raskt voksende kvalitetskrav som de selv ikke har noen avgjø-

rende innflytelse over. Samtidig er de gjenstand for tilsyn, kontroll og refs fra statlige kontrollmyndigheter som selv ikke har noen forpliktelser til å ta hensyn til den reelle ressursknappheten som eksisterer i sektoren, mener Vike.

Prinsippet om maktbalanse

digheter kan «arrestere» kommuner for sviktende omsorgsnivå, samtidig som de kritiserer pleie- og omsorgsprofesjonene for å «skyve pasientene foran seg» når de påpeker ressursmangel, da utøver de fag på en politisk arena, ifølge Vike.

## Fag blir politikk

– Fagfolkene i førstelinjen blir dermed politikerne og administrasjonene sine agenter for å ta ansvar og samtidig administrere redusert kvalitet på en rekke områder innen pleie- og omsorgstjenestene. De som yter velferdsstatens tjenester i praksis kan nemlig ikke velge bort med henvisning til manglende ressurser, for mye mas fra brukerne eller en lønning om at alle vil få sine rettmessige behov dekket - i framtida. De har tvert om en plikt til å yte tjenester til alle, uavhengig av egen kapasitet. Resultatet blir ofte et kompromiss: de fleste får bistand, men bare den som kommunen har råd til

## Kvalitet i denne sektoren er blitt en helt sentral del av finanspolitikken.

eksisterer altså ikke i den kommunale pleie- og omsorgssektoren. Regjeringen og stortingsflertallet har gitt seg selv både den lovgivende, bevilgende og dømmende makt.

Vike holder nå på med et nytt bokprosjekt med arbeidstittlen « En bekymringsmelding » omkring dette temaet.

– Når politiske myndigheter definerer tjenestenes standard, legger til rette for at tilsynsmynd-



## Halvard Vikes råd om hvordan ivareta kvalitetskravene:

og tilgjengelig fagkompetanse til å gi dem, sier Vike og legger til:  
– Hvis noe tilsvarende hadde blitt innført for leger ville situasjonen raskt blitt oppfattet som uakseptabel.

### Avvik og overvåkning

Når ansatte i pleie- og omsorgstjenestene selv må legge fram bevis på at det er lav kvalitet og uverdige forhold for eldre pleietrengende før deres oppdragsgivere vil foreta seg noe, er dette ifølge Vike uttrykk for to erkjennelser:

– For det første er det uttrykk for at en reell forpliktelse til å sikre kvalitet utgjør en for stor økonomisk risiko. Kvalitet i denne sektoren er blitt en helt sentral del av finanspolitikken.

denne metoden ikke bare uhen-siktsmessig; det er et uerliøst svar på pasienter og brukeres rettsikkerhetsbehov. Den representerer en grunnleggende passiv holdning til behovet for å sikre

- Alle ansatte må ha fagkompetanse.
- Det må lønne seg å velge gode faglige løsninger framfor billige og tidsbesparende.
- Fagmiljøet må ha nok tid til felles faglig drøfting og koordinering.
- Ledelsen må ha nok kunnskap om den daglige virksomheten til at den er i stand til å honorere faglige initiativ og utviklingen av felles faglige standarder.
- Ledelsen må sørge for at faglig kompetanse blir den eneste reelle kilde til autoritet.
- Faglig utvikling må utvikles systematisk, og alle ansatte må få tilbud om regelmessig etter- og

videreutdanning. Det må utvikles systemer som gir økt formell kompetanseuttelling i form av økt lønn og formelt ansvar.

- Fristelsen til å velge kortsiktige og billige løsninger må systematisk motarbeides av ledelsen, og tilløp i denne retning må systematisk sanksjoneres.
- Faglige standarder må gjøres immune mot knapp økonomi, og økonomiske vurderinger må systematisk underlegges kvalitets- og kompetansekrav.
- Dersom kvaliteten er lavere enn det myndighetene foreskriver, selv unntaksvis, må dette betraktes som en politisk nedprioritering av kvalitet og forstås som et entydig politisk ansvar.

### Avvikssystemet representerer en kontrollmakt for ledere, og gjør ansatte synlige og sårbare.

For det andre er det et uttrykk for at de politisk ansvarlige ikke har hastverk med å foreta seg noe, selv om det er åpenbart at pleietrengende mennesker med rett på bistand faktisk lider. Og siden de ansatte i sektoren er så direkte til stede overfor pasientene de pleier og yter omsorg, blir det moralsk umulig for de fleste å unnlate å gjøre sitt ytterste for å bøte på uverdige forhold, understreker Vike.

– Hva med å melde avvik?

– «Avviksmeldinger» er en fellesbetegnelse for et informasjonssystem som skal gi kunnskap om kvalitetsbrudd - etter at de har skjedd. Dersom formålet med å melde avvik er å sikre kvaliteten på tjenestene, er

god og troverdig kunnskap om tilstanden i tjenestene.

– Avvikssystemet representerer en kontrollmakt for ledere, og gjør ansatte synlige og sårbare som individualisert arbeidskraft hvis feil kan identifiseres direkte. Samtidig bidrar det til å legge lokk på diskusjonen om vilkårene for at tjenesten som helhet ikke er i stand til å opprettholde kvalitet, advarer professor Halvard Vike.

## Tørt og sårt i underlivet?



Som resten av kroppen forandrer også underlivet seg med årene. Fra 55-60 års alderen plages nesten halvparten av alle kvinner av tørrhet, svie og kløe i skjeden – og/eller smerter ved samleie, urinveisinfeksjoner og vannlatingsproblemer.

Legen kan hjelpe deg med alle disse symptomene – hvis du spør! Bli med på ny, interessant test på [www.menopause-info.no](http://www.menopause-info.no)!

Da får du vite mye mer om hvordan underlivet forandrer seg etter overgangsalderen. Samtidig lærer du mer om deg selv!

Du får svar med en gang.

Novo Nordisk Scandinavia AS  
Postboks 24, 1309 Rud  
Tlf.: 67 17 85 00, Fax: 67 13 09 11  
[kundeservice-norge@novonordisk.com](mailto:kundeservice-norge@novonordisk.com)

[www.novonordisk.no](http://www.novonordisk.no)  
[www.menopause-info.no](http://www.menopause-info.no)



# Dilemmaer i pleie- og omsorgstjenestene

I forbindelse med bokprosjektet har professor Halvard Vike gjennomført flere omfattende feltarbeid i kommunale sykehjem og hjemmetjenester. Her er eksempler fra noen av stedene har gjorde observasjoner:

## Trenger kvalifisert personale

«På begynnelsen av vakta er tre sykepleiere på sykehjemmet opptatt med å finne ut av et sug som står på rommet hvor det oppbevares medisinsk utstyr. En yngre, paralysert pasient har nettopp kommet tilbake fra sykehuset etter å ha vært innlagt for lungebetennelse. Det er fare for at han kan få problemer med opphopning av slim, og han skal suges dersom det blir for mye slim. Han skal også puste på maske med motstand. Sykepleieren som har ansvar for denne pasienten på denne vakten, ønsker derfor å finne ut av om suget er klart og i orden.

Hun spør to andre sykepleiere – den ene skal ha vakt på en annen avdeling, den andre skal hjem. De finner fram apparatet, men slangene passer ikke inn. De finner også ut at flere deler mangler. De bruker tre kvarter på å finne ut hvordan det skal settes sammen på korrekt måte. Etterpå er det masken til forstø-

verapparatet. Den er annerledes enn den pleier å være, og passer ikke til slangene som de vanligvis bruker. Sykepleieren som skal ha ansvar for denne pasienten bruker en del tid til å finne ut hvordan hun skal få satt dette sammen. Hun prøver å ikke vise sin usikkerhet overfor pasienten og hans pårørende, for hun vil selvsagt unngå å skape engstelse.

I dette tilfellet er det tilfeldigvis flere sykepleiere som kan finne ut av problemet sammen (en av dem var strengt tatt ferdig på jobb). Alle understreker at det er spesielt viktig å kunne snakke sammen med andre sykepleiere om faglige utfordringer – muligheten er der bare så alt for sjelden.»

## Tvinges til taushet

«Krav om lojalitet er ofte eksplisitt uttalt fra ledelsen. Det er ikke lov å gå ut offentlig og fortelle om dårlige forhold på institusjonen. Ved en avdeling fikk de ansatte også beskjed om å ikke fortelle

pårørende at bemanningen reduseres ved sykdom. Når de opplever at pårørende lurer på hvorfor det tar så lang tid før moren deres får hjelp, skal de ikke si at det skyldes for dårlig bemanning. De pålegges å kompensere dobbelt for at kommunens ledelse ikke prioriterer tjenestene. Ikke bare må de jobbe for to – de må påta seg ansvaret for konsekvensen for pasientene og for at pårørende ikke skal merke noe. Sier de noe, slås det ned på og betraktes som et lojalitetsproblem og et etisk problem.»

## «Å gå på toppen»

Sykepleierne er ofte alene på avdelingen eller på flere avdelinger. De har ansvar for flere oppgaver enn hjelpepleierne. De har kanskje ansvar for fire pasienter å stelle, men blir hele tiden avbrutt mens de holder på – av pleiere som ber dem komme og se på eller stelle et sår, se på dårlige pasienter, gi en «sobil», ringe legen eller å være med til enda dårligere pasienter. Hvis det kommer henvendelser fra sykehus eller hjemmesykepleien, er det sykepleieren alene på ettermiddagsvakt på sykehjemmet som må ta stilling til og håndtere henvendelsen.

Når sykepleieren er fritatt fra andre stelloppgaver, kalles det å «gå på toppen» eller å gå «på tvers». Språkbruken forteller noe om virkelighetsoppfattningen. Det egentlige arbeidet er det daglige stellet – mens når sykepleieren gjør sykepleieroppgaver blir det som krem på toppen; en slags ekstra luksus.»

## De blir «de onde»

«Det føles svært vanskelig å ta i bruk kunnskapen man har til å gjøre det man vet er faglig og etisk riktig. Det skyldes tidsmangel og det faktum at det ikke er faglighet som bestemmer rutinen, men vaner som er innarbeidet i arbeidsfellesskapet gjennom mange år. Videre har det sammenheng med ledere som blir trukket vekk fra den daglige styringen, for få ansatte med kompetanse, og ingen reelle forventninger til faglig kvalitet. En leder sier det slik: «De sterke i praksis blir de som har minst kunnskap» (...). De som «tør å være sykepleiere» i betydningen å prioritere sykepleiefaglige oppgaver og argumentere faglig, blir «de onde». De som ikke makter å stå i dette «flykter inn i pleien», for å unngå sanksjoner fra det sterke pleiefellesskapet.»

**TOLK & OVERSETTER**

 **02416**

24 timers service – døgnvakt

**post@tolketjenesten.no**



**Tolketjenesten.no**  
VI KNEKKER SPRÅKNØTTENE

# Benytt medlemsfordelen din!

## Årlig rabatt

Som medlem av Norsk Sykepleierforbund får du fri etablering, og en årlig rabatt på mobilabonnementet ditt. Beløpet varierer med abonnementsstype.

Hvis du velger å binde deg for 12 måneder kan du i tillegg velge mellom en rabattert telefon eller opptil kr 1200,- i avslag på telefonregningen. Dette kommer i tillegg til den årlige rabatten.

## Ring vennene dine for kr 0,-

Med NetCom Venner kan du ringe så mye du vil til andre NetCom-kunder for kr 0,- per minutt. Oppstartspris kr 0,69. Les mer på [netcom.no](http://netcom.no)

### NetCom Venner

Månedspris	29,-
------------	------

Minuttpris	0,-
------------	-----

- Gjelder for ActiveTalk, EasyTalk og SmartTalk.
- Gjelder samtaler til alle NetCom-kunder.
- Send sms <VENNER> til 1989.

Gjelder samtaler i Norge. Startpris kr 0,69

**BEST I TEST**  
(vg.no 11.07.07)

### Allerede NetCom kunde?

**Tilbudet gjelder selvfølgelig også deg!**

For bestilling gå inn på webshop: [organisasjon.netcom.no/nsf](http://organisasjon.netcom.no/nsf) eller ring 22 04 31 09



### ActiveTalk

Månedspris	129,-
Minuttpris	0,89
SMS	0,69
MMS	1,99

Gjelder samtaler i Norge. Startpris kr 0,59

NetCom ActiveTalk  
kr 540,- i årlig rabatt  
- for deg som ringer mye.

÷540,-

### YoungTalk

Månedspris	0,-*
Minuttpris	1,49
SMS	0,69
MMS	1,99

- Inkluderer 30 SMS per måned
- Inkluderer 10 MMS per måned
- Betal 200 kr per mnd og ring for hele beløpet

Gjelder samtaler i Norge. Startpris kr 0,69

NetCom YoungTalk  
kr 270,- i årlig rabatt  
- for deg som ønsker kontroll.

÷270,-

### SmartTalk

Månedspris	0,-
Minuttpris	0,54
SMS	0,59
MMS	1,99

- Abonnementet forutsetter eFaktura

Gjelder samtaler i Norge. Startpris kr 0,69

NetCom SmartTalk  
kr 200,- i årlig rabatt  
- alltid vår billigste minuttpris.

÷200,-



# Planlegger å lage en plan

70 prosent av kommunene mener det er for få sykepleierstillinger i helse- og omsorgssektoren, ifølge en undersøkelse Fafo har gjort for NSF.

Et flertall av kommunene i undersøkelsen mener det er for få sykepleierstillinger. Likevel har bare hver femte kommune en plan for rekruttering til helse- og omsorgstjenesten. To av fem kommuner sier de planlegger å lage en plan.

Selv om en god del kommuner sier de har en plan for kompetanseutvikling, mener prosjektansvarlig for undersøkelsen Siri Ytrehus, at det er mangler ved mange planer.

– Resultatene i undersøkelsen gir grunn til å stille spørsmål ved grunnlaget disse planene baserer seg på. Det er få kommuner som har gjort undersøkelser for hvilket kompetansebehov de har. Resultatene tyder også på at mange kommuner har en for lite forpliktende plan, sier hun.

Fafo-rapporten har fått navnet «Gull eller gråstein? Status for rekruttering og kompetanseutvikling i helse- og omsorgstjenestene.» Ytrehus, som er dr. polit. og inntil nylig forsker ved Fafo, er overrasket over hvor mange som mener de mangler sykepleiere.

– Spesielt med tanke på at det er ledelsesnivået i kommunene som har besvart spørreskjemaet, sier hun.

## Store forskjeller

Nesten to av tre kommuner sier de samarbeider med en utdanningsinstitusjon for å sikre rekruttering. Den største andelen sier de samarbeider med videregående skoler om helsefagsarbeidere, mens litt under halvparten samarbeider med institusjoner som utdanner sykepleiere. Nesten like mange sier de sliter med å rekruttere sykepleiere, og i det hele tatt sliter med å få kvalifiserte søkere. Dette problemet er størst i de største kommunene.

## Gulrøtter

Å videreutdanne egne ansatte kunne være en løsning på rekrutteringsproblemet. Mer enn halvparten av kommunene har støtteordninger for å lokke til det. Mest vanlig er permisjon med lønn og at kommunen betaler videreutdanningen. I tillegg frister mange med velferdstilbud som barnehageplass og tilpasset turnus.

Hver fjerde kommune har samarbeid med høgskole eller universitet for å videreutdanne egne ansatte.

## Stillinger

To av fem kommuner sier det er for mange ubesatte stillinger, og 60 prosent av kommunene mener det er for mange deltidsstillinger for sykepleiere.

– Behovet for sykepleiere er størst innen demensomsorg og geriatri (70 prosent). 60 prosent sier de har behov for flere sykepleiere innen kreftomsorg og rehabilitering, mens halvparten sier de har behov for flere spesialsykepleiere innen psykiatri og veiledning, oppsummerer Ytrehus.

## Kompetanseplaner

Over halvparten av kommunene har en kompetanseplan, mens 28 prosent sier de har andre strategier og virkemidler for kompetanseutvikling. Det er de største kommunene som kommer dårligst ut.

– En av fem av de store kommunene har verken kompetanseplan eller andre strategier på plass. I tillegg tyder vår undersøkelse på at det er lite forpliktende planarbeid i mange kommuner, sier hun og ramser opp noen funn:

- Bare 25 prosent har definerte mål for den medisinske behandlingen av eldre, og få har definerte mål for finansielle poster.

- Bare 8 prosent har mål for heltidsstillinger i tjenesten.
- Mange av de små og mellomstore kommunene har ikke definert ansvaret for kompetanseplanene. Omkring 20 prosent har i planene definert hvem som skal ha ansvaret for oppfølging og evaluering, og omkring 15 prosent iverksetting.
- Under halvparten av planene sier noe om hvordan kompetansen skal være (45%) og nyrekruttering (52 %).
- En av tre planer omhandler ikke sykepleiekompetanse
- Bare en av fem har mål for de ulike sykepleiefaglige spesialitetene

– *Hva i undersøkelsen overrasket mest?*

– Hvis vi skal trekke fram noe, er det kanskje at det er så store forskjeller mellom kommunene. Noen kommuner jobber mye og bra med kompetanseutvikling, mens andre gjør lite, sier Ytrehus.

## Vet lite om eldres behov

En ting som forundrer forskerne er at mange kommuner påpeker

udekkede behov når det gjelder eldre pasienter med psykiske lidelser og demens.

- 35 prosent av alle kommunene mener eldre med psykiske lidelser har problemer med å få dekket behovet for medisinsk behandling og helsefaglig hjelp.
- 29 prosent av kommunene mener eldre med demens ikke får dekket sine behov godt nok.

– I de store kommunene mener over halvparten at eldre med psykiske lidelser ikke får nødvendig hjelp, sier hun.

Men det er uklart hvordan de kan vite hvordan behovene er.

– Vår undersøkelse gir grunn til å stille spørsmål ved kommunens oversikt over behovene siden få har gjort egne undersøkelser som ser spesifikt på eldregruppen og deres behov og situasjon, sier Ytrehus.

Under halvparten av kommunene sier de har gjennomført undersøkelser av behovet for helsefaglig kompetanse i helse- og omsorgstjenesten for eldre.

– Fire av fem av dem som har gjort en slik undersøkelse, baserer seg på kompetansesituasjonen hos



## Bakgrunn

Fafo-rapporten tar for seg sykepleiekompetanse i helse- og omsorgstjenestene til eldre.

«Gull eller gråstein? Status for rekruttering og kompetanseutvikling i helse- og omsorgstjenestene», er gjort av forskerne Bjørn Richard Nuland og Siri Ytrehus. Det er brukt spørreskjema til kommunene og samtaleintervjuer med informanter fra fem kommuner. Totalt 264 kommuner og seks bydeler i Oslo har svart.





LÆRE MER: Kommunene vil utvikle kompetansen, og mange sliter med å finne kvalifiserte søkere til jobber. Hver fjerde kommune har samarbeid med høgskole eller universitet for å videreutdanne egne ansatte.



ansatte. Få har tatt utgangspunkt i undersøkelser om eldres behov og den medisinske situasjonen. Det vanligste er å legge til grunn tall fra SSB (Kostra-tall) og tall om befolkningsutviklingen, sier Ytrehus.

### Resultatindikatorer

Nesten alle kommuner bruker Kostra-tall for å vurdere nivået på tjenesten de gir. Likevel sier en av fem kommuner at det ikke er et godt egnet redskap for å fange opp om de eldre får den behandling og de tjenestene som er nødvendig.

– Det er brukerråd, brukerundersøkelser og pårørende-undersøkelser som skårer høyt når det gjelder hva som er et godt måleverktøy, mener Ytrehus.

### Politikk

For å sikre at politikerne får tilstrekkelig informasjon om

situasjonen i helse- og omsorg, er det vanligste tiltaket å ha innlegg på kommunetyremøte eller sektorutvalg.

– En av tre kommuner legger opp til befarung til tjenestesteder, mens bare en av ti arrangerer studieturer eller seminar. Det skjer mest arbeid mot politisk nivå i de store kommunene, sier hun.

### På tvers av linjene

49 prosent av kommunene sier de får bistand av spesialisthelsetjenesten i form av ambulerende team med spesialkompetanse i psykiatri. 28 prosent får hjelp med kompetanse innen demens, 26 prosent innen kreftomsorg, 20 prosent får hjelp innen geriatri og 17 prosent får bistand innen rehabilitering.

– Det er imidlertid store forskjeller mellom kommunene i hvor omfattende og forpliktende

samarbeid de har med spesialisthelsetjenesten, sier Ytrehus.

### Hjemmetjenesten

Hjemmetjenesten har særegne utfordringer på mange områder. Blant annet kan det å sikre god samhandling med lege være en utfordring. Det å jobbe i andres hjem er også spesielt.

– De utfordringene hjemmetjenesten står over for kan være et argument for at det videreutvikles egne tiltak i samarbeid med universiteter og høgskoler etter modell av undervisningsssykehjem, sier Ytrehus.



### Mål for regjeringen

Stortingsmelding nr. 25 (2005- 2006) inneholder regjeringens mål for kommunene om fastsetting av kvalitetskrav. Likevel har bare en av tre kommuner etablert en standard for innhold og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten.

## Slaatten vil ha svar

Hvordan skal kommunene rekruttere og beholde sykepleiere, hvilke forpliktende mål setter de for rekruttering og kompetanseheving – og hvilke virkemidler har de tenkt å bruke? spør forbundslederen etter at Fafo-rapporten ble lagt frem.

Mens Bente Slaatten sier seg fornøyd med at et klart flertall av kommunene ser de trenger flere sykepleiere, frykter hun at kommunene vil falle igjennom i et

stadig strammere arbeidsmarked.

– Jeg etterlyser klare svar fra lokalpolitikere: Hvordan skal de rekruttere og beholde sykepleiere, hvilke forpliktende mål setter de for rekruttering og kompetanseheving - og hvilke virkemidler har de tenkt å bruke?

### Taper

Andre virksomheter og bransjer som trenger fagfolk frister med høye lønninger og betaler «lønn» til studenter før endt utdanning.

– I helse- og omsorgstjenester er gulrotten lav lønn, midlertidig ansettelse og ufrivillig deltid. Slik vinner man ikke kampen om fremtidens kompetansearbeids-

kraft, konstaterer Slaatten.

Slaatten ønsker å styrke fagmiljøene, og gi høyere lønn.

– Det vet vi virker, sier hun.

Fafos analyse viser også at kommuner med høy andel faglærte har mindre problemer med rekrutteringen av sykepleiere.

### Best og verst

På NSF's nettsider er rapporten lagt ut i sin helhet sammen med en del tallmateriale fra Kostra. Her kan man blant annet finne hvilken kommune som har flest sykepleierårsverk per innbygger over 80 år. Svaret er Modalen med 29 sykepleierårsverk per 100 innbygere over 80 år i kommunen.

Den dårligste er Granvin, som har 3 sykepleierårsverk per 100 over 80 år.

### De berømte hendene

Regjeringens satsning for å få flere hender i omsorgssektoren har vist resultater på nasjonalt plan, men...

– Det er likevel bekymringsfullt at 102 av landets kommuner har hatt en synkende sykepleierdekning fra 2003 til 2006, sier Slaatten.

Mer informasjon finner du på [www.sykepleierforbundet.no/](http://www.sykepleierforbundet.no/) Faforapport-2007 og [www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no)

tekst **Kari Anne Dolonen**

# «Er det en lege eller sykepleier om bord?»



Ingen sjekker helsetilstanden til vanlige reisende før de entrer et fly. Hvem har så ansvaret om noen blir syke om bord?

Spesialsykepleier Asbjørn Holkestad sitter på flyet på vei hjem til Ålesund etter en ferie i Tyrkia. Etter en halvtime i lufta kommer spørsmålet: «Er det en lege eller sykepleier om bord?».

Asbjørn Holkestad melder seg, og får medisinsk ansvar for en pasient med en infeksjon som er på vei til å utvikle sepsis. Det viser seg at pasienten kommer direkte fra sykehus, hvor han har ligget ett til to døgn.

De er fremdeles i internasjonalt luftrom, og flyet er eid av et tyrkisk flyselskap. Holkestad fikk spørsmål om pasienten er så dårlig at det er nødvendig å gå ned på nærmeste flyplass,

som er Budapest. Det vil ta cirka en time å avbryte reisen og komme seg ned. Pasienten ønsker ikke å gå ned, men vil prøve å holde ut. Et fullbooket fly ønsker mest sannsynlig også å komme hjem så raskt som mulig.

Etter litt frem og tilbake bestemmer kapteinen at de ikke går ned i Budapest, men fortsetter til Vigra flyplass ved Ålesund.

#### Passasjerer som tilskuere

Holkestad ber om at en ambulanse står klar, og får gjennomslag for det. Han ønsker også å bli satt i kontakt med et sykehus, men det er ifølge kapteinen ikke



### Mindre oksygen, lavere trykk

– Sykepleiere og leger som tar seg av pasienter om bord på et fly, må være klar over de spesielle forholdene; blant annet at det er mindre oksygen, lavere trykk og tørrere luft enn på bakken. Det påpeker flymedisiner ved Flymedisinsk institutt på Blindern, Anthony Wagstaff.

– Noen firmaer har støttesystemer på bakken, i form av avtaler som gjør at de kan kommunisere direkte med lege om noe skulle oppstå. Enkelte selskaper har også utstyr til å utføre EKG i lufta, sier han.

mulig å få til. Han får heller ikke anledning til å ringe med egen mobiltelefon direkte til Ålesund sykehus - hvor han selv jobber. Arbeidsplassen hans de neste fire-fem timene er fremst i flyet, uten mulighet til å legge pasienten ned, og med alle passasjerene som tilskuere.

Denne gangen går det bra. Ambulansen venter på flyplassen, og etter noen uker på sykehus er pasienten frisk igjen.

### Mange spørsmål

– I ettertid sitter jeg igjen med en del spørsmål. Hvilket ansvar kunne jeg blitt stilt overfor om noe hadde gått galt? Hvilken juridisk rett eller plikt har egentlig en sykepleier til å gripe inn når man befinner seg i internasjonalt luftrom, spør Holkestad.

– Slik vi er oppdratt, melder vi oss jo når noen spør. Når man først har meldt seg, hvem er det, juridisk sett, som har ansvaret for å kom-

munisere med bakken, for eksempel med en lege eller en nødsentral? Og hvordan forholder man seg til medisinskrinet - skal betjeningen på flyet stå for forordningen av medisiner, eller overtar helsepersonell det ansvaret når de blir kalt opp, spør han.

– Jeg lurer også på hvilket ansvar reiseselskapet har i forhold til hvilken forfatning den reisende er i.

Holkestad er en del ute på reise, og det er ikke første gang

han opplever en slik situasjon - på en tidligere tur ble han vitne til en lege som måtte jobbe med en psykiatrisk pasient hele veien fra Lanzarote til Gardermoen. I utgangspunktet var han involvert i også denne episoden, men avtalte med legen som var om bord at han tok ansvaret.

– Du kan lett stille deg lagelig til for hugg når du går inn i en slik situasjon.

## SAS: – Vet ikke om rutinene blir fulgt

SAS har rutiner for å informere helsepersonell som melder seg til tjeneste i nødsituasjoner – men vet ikke om disse alltid blir fulgt.

– *Hvem har ansvaret for syke passasjerer i lufta, Thomas Midteide, informasjonssjef i SAS?*

– Om noen blir akutt syk om bord, så har kapteinen siste ord. Det er kapteinen som bestemmer om man skal gå ned. Flyvertene har fått opplæring i førstehjelp, men det er klart at dersom besetningen får råd fra helsepersonell, så er man på tryggere grunn når man tar avgjørelsen om å fortsette eller gå ned. Men vi tar ingen sjanser i akutte tilfeller, og går ned på nærmeste flyplass, sier han.

– *Hvilke lover forholder helsepersonell seg til i internasjonalt luftrom?*

– Norsk lov gjelder om bord på norske fly. På et norsk fly er man juridisk sett på norsk territorium.

– SAS har i tillegg en ansvarsforsikring som dekker alle økonomiske konsekvenser av eventuell feilbehandling i lufta, så helsepersonell som hjelper til i en akutt-situasjon står ikke igjen med et slikt ansvar i ettertid. Når vi ber om bistand fra helsepersonell, så er det SAS som løper alle risikoer, sier Midteide.

– *Har dere rutiner på å informere helsepersonell som melder seg om denne ansvarsforsikringen?*

– Det ligger i rutinene at personalet skal informere om at det ikke er noe erstatningsansvar når de ber

om hjelp fra helsepersonell, men jeg vet ikke om dette alltid blir gjort, sier Midteide.

– *Hva finnes av medisiner og medisinsk utstyr om bord?*

– Det finnes en såkalt Emergency Kit, som inneholder ting som bare kan brukes av helsepersonell, ikke av besetningen om bord. Innholdet i medisinkofferten består av blodtrykksmansjetter, sprøyter og en del medikamenter, men ikke narkotiske stoffer. Alle våre fly har hjertestartere, som besetningen er trent i å bruke.

– *Hvem har ansvaret for å sørge for at det ikke fraktes syke passasjerer på ordinære flygninger?*

– Hos SAS tar vi ikke med pasienter som ikke har god nok helse til å fly med et ordinært passasjerfly. Det fordrer at passasjerer selv forteller at han eller hun er

syk. Dersom vi får denne informasjonen, blir det gjort en medisinsk vurdering, og om passasjerer er for syke til å være med på vanlig fly, må luftambulansen hente passasjerer. I noen tilfeller kan vi ha med pasienter som har blitt syke, for eksempel i løpet av ferien, men med sykepleier eller lege som følge, sier han.

– *Hvor ofte blir passasjerer akutt syke på flyreisen?*

– Vi fører ikke statistikk på hvor ofte et fly må gå ned på grunn av syke passasjerer, men anslår at det skjer en gang i måneden. SAS registrerer heller ikke hendelser der passasjerer blir akutt syke om bord.

– *Skjer det ofte dødsfall om bord?*

Det er veldig få dødsfall under flygninger. I fjor var det ett dødsfall, året før var det ingen.

### Fire av ti er ufaglærte

Hele 40 prosent av arbeidskraften i helse- og omsorgstjenesten i Vestby kommune er ufaglært. - Det er et veldig høyt tall. Myndighetene har satt som mål at den ufaglærte arbeidskraften skal utgjøre maksimalt ti prosent av den totale arbeidsstyrken. Fafo-rapporten «Gull eller gråstein» viser at Vestby kommune de siste tre årene ikke har forbedret denne situasjonen nevneverdig, sier NSF-hovedtillitsvalgt Ingrid Mork i Vestby.

### Droppet undersøkelse

Drammen prøver desperat å rekruttere fagfolk innen pleie og omsorg, men har ikke tid til å bidra til forskning som kan løse krisen. Da forskningsstiftelsen Fafo tidligere i år ba Drammen kommune om å delta i en landsomfattende undersøkelse, hørte de aldri noe. Undersøkelsen skulle gi svar på hvordan norske kommuner arbeider med rekruttering og kompetanseheving innenfor helse- og omsorgstjenesten.



Fornyings- og administrasjonsminister Heidi Grande Røys (sv).

# Grande Røys dropper

Siden åtte timers arbeidsdag ble innført i 1919 har det skjedd store endringer i samlet arbeidstid. Det er innført lørdagsfri, lengre ferie, lavere pensjonsalder og omsorgspensjoner. Men fortsatt er den vanlige arbeidsdagen om lag åtte timer.

Soria Moria-erklæringen varslet imidlertid nye tider. I den står det at «Regjeringen vil bidra til forsøk med 6-timersdag/arbeidstidsreformer i samarbeid med partene i arbeidslivet». På LO-konferansen for tillitsvalgte i april i år sa fornyings- og administrasjonsminister Heidi Grande Røys (sv) dette:

– Vi bør benytte 90-årsjubileumet for 8-timersdagen til å tenke nytt om arbeidstiden.

## Toner ned

Ministerens uttalelse kan tyde på at den igjen satt på dags-

orden. Men et internt notat fra departementet demper det inntrykket. Ifølge notatet skrevet av seniorrådgiver Jan-Egil Nyland i Fornyings- og administrasjonsdepartementet, datert 24. februar i fjor, står det svart på hvitt at departementet ønsker å gjøre spørsmålet om seks timers dag til ett av flere arbeidsmarkedstiltak:

«Vi bør tone ned begrepet «6-timersdagen», og bruke det som ett av flere eksempler på tiltak.» Og videre:

«Det er viktig at det skjer i absolutt alle sammenhenger (...) – ikke minst – internt; i departement, i regjeringsskolegiet og i partisammenhenger.»

## Kvinnekrav blir seniortiltak

Kravet om seks timers dag ble fremmet for flere tiår siden av forskjellige kvinnegrupper.

Nå har den rød-grønne

1915: 10 timers dag, 54 timers uke.

1919: 8 timers dag, 48 timers uke.

1936:  
Ferie - 9 dager.



# 6-timersdagen

Siden 1919 har åtte timers arbeidsdag vært det normale. Når kommer 6-timersdagen?

regjeringen lansert seks timers dag som et mulig tiltak for å få flere eldre arbeidstakere til å utsette pensjoneringstidspunktet. Kortere arbeidstid kan få flere til å jobbe til de er 67 år, i stedet for å pensjonere seg når de er 62, er holdningen.

I statsbudsjettet for 2007 bevilget regjeringen 20 millioner kroner til å gjennomføre forsøk med redusert arbeidstid for seniorer i staten. Fornyings- og administrasjonsministeren vil gjennom prosjektet finne ut om dette vil få eldre arbeidstakere til å stå lenger i arbeid.

Forsøket med redusert arbeidstid vil bli gjennomført i Skatteetaten, Statens vegvesen og fylkesmannsembeta. Ansatte som er 62 år eller eldre i 2007 vil få tilbud om 20 prosent redusert arbeidstid. Departementet håper at rundt 350 personer vil delta i forsøket.

## Flere forsøk

Forsøket skal gjennomføres over en toårsperiode, med start 1. august i år. Alle ansatte som ønsker å delta i forsøket får full lønsmessig kompensasjon. Det vil si at de får samme lønn, selv om arbeidstiden blir redusert med 20 prosent.

– Vi ønsker at det er færrest mulig føringer på hvordan reduksjonen i arbeidstid skal kunne tas ut. Det kan være snakk om redusert arbeidstid enten daglig, hver uke, i løpet av året eller gjennom forskjellige former for fleksibel arbeidstid, ifølge Heidi Grande Røys.

– Forsøket er også viktig i forhold til de store utfordringene regjeringen og arbeidslivet står overfor i dag, nemlig å skaffe nok hender til å løse framtidens utfordringer. Det gjelder så vel i omsorgs- som bygningssektoren, mener hun.

Fornyingsministeren er derfor positiv til forslag om forsøk med seks timers dag i ett eller flere helseforetak:

– Det vil utvilsomt være viktig å få gjennomført forsøk med alternative turnusordninger. Og dersom de aktuelle arbeidsgiver- og arbeidstakerorganisasjoner kommer fram til et godt opplegg i en statlig virksomhet, kunne jeg tenke meg å bidra, sier Grande Røys.

## Tenke nytt

– Arbeidsforskningsinstituttet har allerede laget et notat for departementet med mange spennende synspunkter på hvordan forsøk med turnus kan organiseres. Instituttet advarer imidlertid mot bastante meninger om turnusordningene, og peker på at flere kommuner har fått nyttige erfaringer ved å jobbe systematisk for å bedre turnusordningene,

sa fornyingsministeren på LO-konferansen.

Hun kom samtidig med følgende pekefinger:

– Noen har enkle og sterke oppfatninger om tidsorganisering, ofte at alt må være som før. Men disse oppfatningene vil de neppe hevde lenge. Vi ser nå spennende eksempel på at virksomheter, både i privat og offentlig sektor, prøver ut nye former for organisering av arbeidstida.

Før hun avsluttet:

– Ingen bør være engstelige for å få mer fakta og mer kunnskap på bordet. De som frykter ny kunnskap vil sjelden bringe verda framover. Så får framtid vise hva vi ender opp med, mener fornyings- og administrasjonsministeren.

1948:  
Ferie - 3 uker.

1960: 45 timers uke.

1965:  
Ferie - 4 uker.

1968: 42,5 timers uke.

1976: 40 timers uke.

1986: 37,5 timers uke.

2001-2002:  
Ferie - 5 uker.

2004: En regjering program-  
fester 6-timersdagen

2007

# Normal arbeidstid?

Den alminnelige, avtalte ukentlige arbeidstida er 37,5 timer. Men selv om sju av ti jobber fast på dagtid er variasjonene betydelige.

Arbeidsmiljøloven har fortsatt 40 timer som den normale arbeidsuke. Arbeidstakere med lederansvar eller i særlig selvstendige stillinger er unntatt fra regelen. Og når hver femte ansatt har en lederfunksjon, sier det seg selv at det vil være ganske mange som ikke følger den normale arbeidsuka.

## Mye fleksitid

Arbeidskraftundersøkelser viser at i underkant av hver tredje arbeidstaker har arbeidstid som går utenom normalen mellom kl 07.00 og kl 17.00. Sett under ett har 36 prosent av alle arbeidstakere fleksitid som gjør det mulig å variere oppmøte og slutt-tidspunkt på arbeidsdagen.

Videre jobber én av fem regelmessig på lørdager, mens en av åtte arbeider på søndager.

Hver femte arbeidstaker jobber skift eller turnus, som innebærer kveldsarbeid, og rundt 5 prosent jobber nattarbeid i perioder.

## Større variasjoner

– En eventuell seks timers arbeidsdag vil ganske sikkert ikke bli gjennomført som seks timers daglig arbeid for alle, mener sosiolog og rådgiver Bjørn Willadsen.

– De siste tiåras endringer peker heller i retning av større variasjoner. Antakelig vil variasjonene bli enda større enn hva som nå er tilfellet, spår Willadsen.

## Mer fritid

– Produktiviteten i arbeidslivet har økt med mellom 10 og 15 prosent siden vi innførte åtte timers normal arbeidsdag, og det er nå på tide at vi henter ut noe av denne gevinsten i form av fritid – noe de aller fleste

mennesker ønsker seg mer av. Jeg tror de som først og fremst vil tjene på mer fritid er barn og unge, fordi foreldrene da får mer tid til barna sine, mener overlege i arbeidsmedisin og forsker ved Universitetet i Oslo, Ebba Wergeland. Hun har tidligere skrevet bok om seks timers arbeidsdag.

## Færre belastninger

Paul Nordberg, direktør i Arbeidsmiljøsentret, mener kortere arbeidsdager kan være et viktig verktøy for å redusere belastningen på arbeidsstokken. – I Norge har vi i dag en veldig høy grad av sysselsetting, med høy intensitet i arbeidslivet. Med den nye pensjonsreformen er det også lagt opp til at mennesker skal jobbe lengre enn tidligere.



Sykefraværet i Norge holder seg ganske stabilt, og kampanjer for lavere fravær må naturligvis føres på den enkelte arbeidsplass. Kortere arbeidstid for dem som er mest utsatt for sykefravær kan her være en konstruktiv løsning, sier Nordberg.

# Vil ha tidlig pensjon

Regjeringen håper forsøket med seks timers dag for eldre arbeidstakere vil legge grunnlag for tiltak også i andre deler i arbeidslivet.

Tall fra Statistisk sentralbyrå i juni i fjor tyder også på at arbeidstid betyr mer enn lønn og andre goder når det gjelder hvor lenge folk står i jobben.

Arbeidsgiverne er ikke like optimistiske skal vi tro Norsk seniorpolitisk barometer for 2006. Ledere i arbeidslivet er her spurt om hvilke virkninger de tror en slik reform vil ha. Hver tredje leder tror en ordning med seks timers dag for

seniorer kan gjøre det vanskeligere for arbeidssøkere over 50 år å få jobb.

Direktør Åsmund Lunde ved Senter for seniorpolitikk er positiv til regjeringens forsøk, men erkjenner at det kan være problematisk med særordninger for eldre arbeidstakere:

– Jeg tror muligheten for seks timers dag kan føre til at folk står lengre i jobb. Men jeg ser at en slik

ordning kan skape problemer for eldre arbeidssøkere.

Regjeringens interesse for seks-timersdagen er først og fremst knyttet til mulighetene for å få eldre arbeidstakere til å vente med å gå av med pensjon. Vil den lykkes?

Det er usikkert hvor stor betydning muligheten for seks timers dag vil ha for å få eldre til å stå lengre i arbeid. Ifølge Seniorpolitisk barometer tror bare en av åtte arbeidstakere

at en mulighet for seks timers dag med 90 prosent lønn gjør at de vil vente med å pensjonere seg til de blir 67 år.

Også med full lønnskompensasjon svarer over en tredel at de selv kunne tenke seg å gå av med pensjon etter fylte 65 år.



# Da Fafo tok livet av 6-timersdagen

Konklusjonene etter et prøveprosjekt i Oslo ble vanskelig å håndtere for den politiske venstresiden. Kampen for sekstimersdagen var en av deres fanesaker.

I 1993 vedtok Oslo bystyre å sette i gang et begrenset forsøk med seks timers arbeidsdag for å se om det kunne føre til lavere sykefravær. I juni 1995 startet prosjektet ved Majorstua Alders og sykehjem og i bydelens hjemmetjeneste. Bemanningen ble økt for å dekke opp for den kortere arbeidstiden. Alle som gikk ned i arbeidstid fikk full lønnskompensasjon. Forsøket pågikk i 22 måneder.

## Sykefraværprosjekt

Prosjektleder i Oslo kommune, Gry Opsahl, presiserer at dette ikke var et forsøk på seks timers normalarbeidsdag. Forsøket ble et politisk kompromiss mellom arbeidsgiver Oslo kommune og fagorganisasjonene ut fra antakelsen om at den store arbeidsbelastningen i omsorgsykker førte til høyt sykefravær. Oppdraget som Fafo fikk var å undersøke om seks timers dag ville føre til en reduksjon i sykefraværet.

– På dette tidspunktet satt Arbeiderpartiet og SV med makten i Oslo, og SV hadde et sterkt ønske om å starte et slikt forsøksprosjekt, fordi sekstimersdagen var en av SVs store kampsaker. En reduksjon i sykefraværet ville være et godt argument for innføringen, ifølge Opsahl.

## Ut av vinduet

Hun mener reaksjonene fra en rekke politikere i Arbeiderpartiet og på høyresiden tyder på at de fryktet et vellykket resultat. Dette ville medføre krav om arbeidstidsreduksjon fra mange fagforbund og en betydelig økning i lønnsutgiftene. Dermed var det duket for en politisk interessekonflikt av dimensjoner. Fafo-rapporten «Seks timers arbeidsdag i omsorgsykker» ble en av brikkene i spillet. Høyres daværende kommunalråd uttalte til NRK da rapporten forelå at «Oslo kommune hadde kastet 3 mill. rett ut av vinduet,» forteller Gry Opsahl.

Problemet for den politiske venstresiden var at svaret i rapporten var et klart og tydelig «nei». Seks

timers dag førte ikke til redusert sykefravær, snarere tvert imot.

## Likevel bedre

Forsker Torkel Bjørnskau, som har skrevet rapporten, mener dette gjorde prosjektet dårlig egnet til å belyse de sentrale spørsmålene i den politiske debatten om sekstimersdagen. – Det var kanskje her tilhengerne forregnet seg. De var så sikre i sin sak at de ønsket et hvilket som helst prosjekt velkommen, uten å vurdere nøye nok følgene av eventuelle resultater som ikke gikk deres vei.

Bjørnskau medgir imidlertid at prosjektet kanskje ikke varte lenge nok til å måle full effekt i forhold til utviklingen av belastningsskader.

tekst Bjørn Arild Østby



## WSM – NØKKELBOKS

### Problemløseren for hjemmetjenesten

# 20 år i Norge!

Selv om det kan virke overraskende på enkelte helsepolitikere er det faktisk i disse dager 20 år siden første norske kommune tok i bruk nøkkelbokser i hjemmetjenesten. Siden har over 250 kommuner fulgt dette eksempelet!

Fordelene er åpenbare:

- WSM Nøkkelbokser forenkler nøkkelhåndteringen i hjemmetjenesten
- WSM Nøkkelboks gir utryknings- og hjelpepersonell rask og sikker adgang til boligen
- WSM Nøkkelboks er innbruddsikker
- WSM Nøkkelboks er godkjent av forsikringsselskapene
- WSM Nøkkelboks kan leveres med omkodbar låsesylinder

For mer informasjon, priser og tilbud, kontakt:



Pb.213, 5591 Etne  
Tlf. 53 75 77 50  
Fax 53 75 77 51  
post@arcus-vita.no  
www.arcus-vita.no

**WSM Nøkkelboks – det trygge alternativet**

# Har du riktig lønn?

Sykepleien bringer her en utfyllende tabell over tarifflønn fra de forskjellige forhandlingsområdene. Her kan du sjekke om grunnlønnen er riktig, og hva kolleger i andre typer stillinger tjener.

Tabellene viser hva minstelønnen er enten du jobber i kommunehelsetjenesten (KS), ved sykehus (Spekter) eller i Oslo kommune som er et eget forhandlingsområde.

## De «smarte»

Det er store lønnsforskjeller blant sykepleiere. De «smarte» forhandler seg frem til en gunstig lønn før de sier ja til en stilling. Er lønnsporten tom, kan du for eksempel be om betalt videreutdanning, ekstra ferie, datautstyr, mobiltelefon eller bilordning.

## Likelønn

Likestillings- og diskrimineringsnemnda har slått fast at det er mulig å sammenligne lønnen til to arbeidstakere i ulike yrker og ulike tariffavtaler innenfor samme virksomhet. Dermed kan du be om høyere lønn på bakgrunn av at din jobb er like viktig for lønnsomheten som andre arbeidstakere.

Mer info finner du på:  
[www.likelonn.no](http://www.likelonn.no)

## NSFs tips

Lokale tillitsvalgte kan hjelpe med å få oversikt over lønnsnivået på ditt arbeidssted. I tillegg har NSFs fylkeskontorer oversikt over de

lokale lønnsforholdene og lønnsnivåene i fylket.

Opplysninger om stillingskode, lønnplassering og for eksempel ansiennitet er viktige informasjon å ha. Dersom dette ikke går frem av lønsslippen din, vil personalkontor/lønningskontor kunne hjelpe deg med disse opplysningene.

## Slå til

Det er vanlig å kreve høyere lønn i forbindelse med:

- ansettelse (rekruttering)
- endring av arbeidsoppgaver/ansvarsområde
- endring av kompetanse
- tilbud om annen jobb (stabilisering)

## Lov å prøve seg

Dersom du ikke prøver har du liten sjanse. Tillitsvalgte er der for å hjelpe deg, men du må selv gjøre en innsats. Få hjelp av en kollega eller venn til å formulere krav og argumenter som er klare og presiserte.

Spesifikke lønnstabeller og hefter kan du laste ned på sykepleierforbundets hjemmeside:  
[www.sykepleierforbundet.no](http://www.sykepleierforbundet.no)

Kilder: NSFs Forhandlingsavdeling,  
[www.likelonn.no](http://www.likelonn.no), [www.dinside.no](http://www.dinside.no)

## SPEKTER (tidligere NAVO) – pr. 1. mai 2007

	0 år	4 år	8 år	10 år
Sykepleier	282 000	288 000	297 000	320 000
Spesialsykepleier/ Jordmor	305 000	315 000	327 000	355 000

## KS – pr. 1. mai 2007

	0 år	4 år	8 år	10 år
Sykepleier	281 500	287 600	295 600	320 400
Spesialsykepleier/ Helsesøster	300 900	305 900	312 500	337 300
Stillinger med krav om mastergrad	322 000	342 800	363 600	380 800

## KS – undervisningsstillinger pr. 1. mai 2007

	0 år	4 år	8 år	10 år	16 år
Lærer	292 300	311 300	319 300	327 300	364 300
Adjunkt	309 300	326 300	336 300	347 300	381 300
Adjunkt med tilleggsutdanning	318 300	340 300	355 300	364 300	395 300
Lektor med tilleggsutdanning	339 300	361 300	381 300	399 300	441 300

## Hannkjønn betyr mer lønn

Mannlige sykepleiere tjener litt mer enn sine kvinnelige kolleger, mens mannlige leger tjener nesten 120 000 kroner mer i året enn kvinnelige leger.

I snitt tjener sykepleiere og spesialsykepleiere i sykehus 29 555 kroner i måneden. Det er med uregelmessige tillegg og overtidsgodtgjørelse.





### OSLO KOMMUNE – regulativlønn for spesialutdannet sykepleier/helsesøster/jordmor pr. 1. mai 2007

(Nettolønn eks. 2% pensjonspremie og OU-premie)

	0 år	2 år	4 år*	9 år	10 år	12 år*	15 år	16 år
Lønnstrinn	25	29	30	31	32	34	36	38
Spesialsykepleier/ helsesøster/jordmor	282 200	298 700	303 500	308 100	312 600	321 400	331 100	341 700

\*) Stabiliserings tillegg på kr 11 000,- kommer i tillegg etter 4 års ansiennitet og kr 15 000,- etter 12 års ansiennitet i Oslo kommune

### OSLO KOMMUNE – regulativlønn for sykepleier pr. 1. mai 2007 (Nettolønn eks. 2% pensjonspremie og OU-premie)

	0 år	1 år	2 år	3 år	4 år*	6 år	7 år	8 år	10 år	12 år*	14 år	16 år
Lønnstrinn	22	23	24	25	25	26	27	28	30	31	33	35
Sykepleier	269 900	274 000	278 000	282 200	282 200	286 200	290 400	294 600	303 500	308 100	317 100	326 200

\*) Stabiliserings tillegg på kr 11 000,- kommer i tillegg etter 4 års ansiennitet og kr 15 000,- etter 12 års ansiennitet i Oslo kommune

### STATEN – regulativlønn for høgskolelærer pr. 1. juli 2007

	0 år	1 år	3 år	5 år	7 år	8 år	9 år	10 år	16 år	20 år	28 år
Lønnstrinn	39	40	41	42	43	44	45	46	48	49	50
Høgskolelærer	305 500	310 300	315 000	320 500	325 800	331 600	337 200	343 100	355 200	361 500	367 800

### STATEN – regulativlønn for høgskolelektor pr. 1. juli 2007

	0 år	1 år	3 år	5 år	7 år	9 år	10 år	12 år	13 år	16 år
Lønnstrinn	45	46	47	48	49	50	51	52	53	56
Høgskolelektor	337 200	343 100	349 100	355 200	361 500	367 000	374 300	381 100	388 200	409 100

Kilder: Norsk Sykepleierforbund/  
Lønnplassering sykepleiere 2007

Skiller vi ut gjennomsnittlig lønn for kvinner og menn, blir bildet annerledes.

For sykepleierne blir ikke skillet like stort som for leger, men det er likevel en forskjell.

Mannlige sykepleiere tjener i snitt 30 285 kroner i måneden, mens kvinnelige sykepleiere tjener en knapp tusenlapp mindre i måneden med 29 428 kroner i snitt.

#### Et hav av forskjell

Legene tjener i snitt 56 503 kroner i måneden. Lønnsforskjellen blant kvinnelige og mannlige leger er derimot svært stor.

Mannlige leger tjener i snitt 60 353 kroner i måneden, mens

deres kvinnelige kolleger tjener 10 000 kroner mindre per måned, i gjennomsnitt 50 495 kroner.

Gjennomsnittlig MÅNEDSLØNN	ALLE	MENN	KVINNER
Leger	56 503	60 353	50 495
Sykepleiere og spesialsykepleiere	29 555	30 285	29 428

Tabellen viser forskjellene på menns og kvinners gjennomsnittslønn for leger og sykepleiere i sykehus. Kilde:SSB lønnsstatistikk Heltidsansatte i sykehus per 1. oktober 2006.



# Sjekk lønns slippen!

Tilleggene dine skal gjennomsnittsberegnes og utbetales som faste månedlige tillegg. Arbeidsgivers fremgangsmåte er avgjørende for om du taper pensjonspoeng og lønn.

Selv om du jobber «ujevnt» fra måned til måned, skal tilleggene dine gjennomsnittsberegnes og fordeles jevnt over på månedslønnen. Små variasjoner i arbeidstiden skal ikke gi utslag.

– Du skal ha en forutsigbar lønn fra måned til måned, sier seniorrådgiver i NSF's forhandlingsavdeling, Kirsten Nesgård.

## Formelen

Etter at Sykepleierforbundet, Fagforbundet og Navo inngikk forlik i fjor, er partene enige om at formelen som skal brukes til beregning lyder som følger:

Antall ubekvemstimer i turnus X sats X 1900 / antall arbeidstimer i heltidsturnus X 12.

De ubekvemstilleggene som skal være pensjonsgivende er: lørdags- og søndagstillegg, kvelds- og nattillegg.

## Sjekk tallene

Når man skal regne ut et månedlig beløp, er det viktig å følge med på om det er riktige tall som puttes inn i formelen.

– I Helse Stavanger ble det brukt feil antall timer i beregningsgrunnlaget slik at de ansatte fikk mindre utbetalt, forteller Nesgård.

## Følg med

Med bakgrunn i Stavangersaken oppfordrer derfor NSF's forhandlingsavdeling tillitsvalgte

og ansatte til å passe på.

– Sjekk at beregningene er riktige. Er du ansatt i fast stilling, men har en variabel månedslønn, kan det være arbeidsgiver gjør noe galt. Er du i tvil, ta kontakt med din lokale tillitsvalgte, oppfordrer Nesgård.

I Stavanger fikk en ambulansesjåfør med 45 000 i årlige tillegg 5 400 kroner etterbetalt. I tillegg ble pensjonsgrunnlaget oppjustert og etterbetalingen gikk inn i feriepengegrunnlaget.

– På sikt kan slike «små» feil gi store utslag. Ikke minst for pensjonsoppsparing, sier hun.



## Bakgrunn

I desember i fjor inngikk Navo forlik med Sykepleierforbundet og Fagforbundet.

Saken gjaldt uenighet om ubekvemstillegg og ytelser etter særavtaler.

Twisten gjaldt beregning og utbetaling av lørdags- og søndagstilleggene, samt kvelds- og nattilleggene.

Det var i 2002, da Helse Stavanger HF endret reglene for beregningene, at tvisten utkrystalliserte seg første gang.



*“På fonusnet.no kunne vi i ro og mak gå gjennom spørsmål som følte viktige før begravelsen”*

**Fonusnet.no gir god veiledning og hjelp før og ved dødsfall.**

**Døgnet rundt • Hvor du enn er**

**www.fonusnet.no**

**FONUS**  
BEGRAVELSESBYRÅ

## Barth Tholens om Norge

**Stilling:** Ansvarlig redaktør i Sykepleien

**E-post:** barth.tholens@sykepleien.no



# Når verdens ende skal være verdens beste

Beskjedenhet har vært en dyd som tradisjonelt har ligget dypt i den norske folkesjelen. Men det var før alle hadde gått kurs i merkevarebygging. Nå har Lily Hammer-syndromet fått oss til tro at Norge er blitt selve paradiset på jorden.

Personlig kan jeg ikke fordra uttrykket «best i verden». Begrepet blir som regel bare brukt som uttrykk for et gladsyn som helt mangler rot i virkeligheten. Ta den norske skolen. Falleferdige, dårlig vedlikeholdte bygninger, dårlig luft og doer som de yngste gruer seg til. Tester gir strykarakterer i realfag sammenlignet med resten av Europa. Men Jens Stoltenberg og Øystein Djupedal annonserer nå uten blygsel «verdens beste skole». Mens svenske barn får 3 måltider daglig, skal norske få et eple hvis de er heldige. Men Jensemman slår freidig på stortrommen. Det er best vi skal bli! Ja vel. Men når?

Miljøvernminister Helen Bjørnøy piper gjerne med i dette glade orkestret. Hun vil at Norge skal være «best på miljø». Best i verden altså. Norge spytter ut fossilt brennstoff i et nådeløst tempo. Oljen smører den globale oppvarmingen så raskt at isen på Svalbard smelter rett foran øynene våre. Men Bjørnøy

framstiller det hele som om vi er en miljøkjempe, et land av glade og uskyldige bakker og daler. Ved å bruke oljepenger til å kjøpe miljøkvoter skal vi oppnå best-stemplet i rekordfart. Det vil fri oss fra vår dårlige samvittighet.

Det finnes snart ikke en statsråd i Norge som ikke mener at vi er verdensmester, på et eller annet nivå. Jeg tror det er én av senkadene etter OL på Lillehammer. Som lilleputt-nasjon på randen av Nordpolen var det så viktig å bevise at Norge kunne organisere et internasjonalt mesterskap, at hele landet gikk av skaftet. Det var ikke skisporten som dro fulle arenaer i minus 20 grader, men nasjonens behov for å bli sett der ute. Da Samaranch ga oss en klapp på skulderen etterpå, begynte vi for alvor å tro på illusjonen om at Norge virkelig er best.

Norske ledere har etter Lillehammer snappet opp at omdømme er det avgjørende hvis virksomheten skal lykkes. Det har de lært på kurs. Det er ikke viktigst hva du er, men hva andre tror om deg. Tror andre at du er best, ja, så blir du også best. Derfor må vi skåre og telle våre seire. Suksess avler nemlig suksess. Vi blir en nasjon av små Kim Il Sung'er. En nasjon som tar av med en verdensomspennende illusjon som drivkraft. Slår vi Argentina i en fotballkamp, som ikke betyr noe som helst, blir Carew til «Caradona» i Dagbladet dagen etter. På den måten kan vi slå hvem som helst i den virtuelle verden.

Det sies at vi i Norge elsker fjell og natur. Men jeg vil påstå at vi elsker ingenting så høyt som undersøkelser som viser at Norge stikker av fra sine konkurrenter i velvære og tilfredshet. «Verdens beste land å bo i». «Verdens beste helsevesen». «Best på bistand» «Verdens beste fiskeriforvaltning»(!). Ja, et lite søk på Google viser at Norge nær sagt seirer på alle kontinenter. Vi har til og med en «snøgaranti» som ingen i verden har sett maken til.

Det å bli bedre enn andre er greiest å oppnå når vi ikke vet hvordan det er andre steder. For eksempel er det lettere å hevde at vi har verdens beste helsevesen når vi tror at Frankrike bare er en lang strand langs Middelhavet. Eller at Tyskland bare er øl, nazi og Ordning muss sein. Det er enklest å få «verdens beste eldreomsorg» hvis vi bare teller utgifter til helsetjenester delt på befolkningens størrelse. Da kan Peru eller Zimbabwe bare glemme å måle seg med oss. I Danmark publiserte den indiske antropologen Prakash Reddy nylig en bok om det danske samfunnet, med tittelen «Sådan er danskerne». Her fikk dansk eldreomsorg så

ørene flagret. De eldre fikk jo aldri besøk av noen! De ble låst inn på en institusjon og overlatt til pleiere som passet bestemor mot betaling og som gikk hjem klokka tre.

Ordet «best» går nå på tomgang også i valgkampen. Foretrekker vi politikere som plasserer Norge øverst på kartet, framfor grinebitere som understreker at vi bare er en marginal nasjon med mye flaks? Det kan i hvert se ut som ordførerne er bitt at bestebasillen. Den ene lover sine innbyggere verdens beste skianlegg innen neste mesterskap, den andre verdens beste eldreomsorg. I Moss har man visst verdens beste reker, mens Svanvik i Finnmark framstår som verdens beste feriemål, ifølge ordfører Rolf Einar Mortensen. Da skjønner vi at det er håp for oss alle.

Norge er et fint land. Vi har faktisk et godt helsevesen. Vi har en helseminister fra Hedmark som virkelig gjør sitt beste. Nasjonen Norge holder absolutt mål. Men det aller beste med Norge er trolig at vi kan tillate oss å være så naive på livets og verdens vegne. Hvem vil vel ikke misunne oss at vi tror at vi er i paradiset?





## Prøv NSF Unique

- konto for medlemmer i NSF

Visste du at det koster bare 86 kroner\* å låne ti tusen i én måned?

**Vil du vite mer?**

Se [www.nsf-unique.no](http://www.nsf-unique.no) eller kontakt Kundeservice på tlf. 815 00 073.

Effektiv rente ved bruk av kreditt:  
50.000 (12,68 %) - 25.000 (13,35 %) - 10.000 (15,39 %)

\* Betingelser pr. september 2007.





FRITT VALG: Ved Namsos sykehjem har sykefraværet gått ned, etter at de ansatte har fått bestemme sin egen stillingsbrøk.

# Får velge arbeidstid

NAMSOS: Ved en avdeling ved Namsos sykehjem har de ansatte fått velge om de vil jobbe heltid eller deltid. Så langt er alle fornøyd.

Nord-Trøndelag topper statistikken når det gjelder bruk av deltid i kommunehelsetjenesten.

Ved sykehjemmet i Namsos har de prøvd å gjøre noe med saken.

– Det har vært en lang prosess som startet for nærmere fire år siden, men selve gjennomføringen startet for et års tid siden, sier NSF hovedtillitsvalgt i Namsos kommune, Lill Iren Kristensen.

Over en kaffe i sykehjemmets kantine får vi vite mer om deltidsprosjektet. Kristensen forteller at prosjektet bare er realisert ved en avdeling. Det er en av de største, med 22-23 pasienter. Kommunen vil prøve ordningen ved en avdeling først for å se effekten før man eventuelt innfører det ved hele sykehjemmet.

En ivrig og motivert leder får ros av både Kristensen og de ansatte ved avdelingen. Lederen får også æren for å ha vært primus

motor for gjennomføringen.

– For at et prosjekt skal bli vellykket, er en motivert leder nødvendig, mener Kristensen.

## Gjennomføring

Sykehjemmet ligger flott til med nydelig utsikt over fjord og fjell. Mange store vinduer og terrasser på alle kanter gjør at naturen nesten kommer inn i rommene.

– Vi er godt fornøyd med selve bygget. Det ligger fint til og selv om det er bygd på i flere etapper, er det et funksjonelt sykehjem, sier Kristensen, mens hun guider Sykepleiens utsendte.

På avdelingen som har deltidsprosjektet har de som ønsket det fått økt sin stilling, mens de som var fornøyd med stillingsbrøken, har beholdt den.

– Valgfriheten har gjort at vi ikke har fått optimal uttelling når det gjelder turnusavvikling, men

## Enorm lønnsforskjell

En lønnsforskjell på gjennomsnittlig 190 000 kroner mellom sykehusleger og sykehjemsleger kan være hovedårsaken til de store forskjellene i legetilbudet på sykehjemmene. Det viser tall Stortingets utredningsseksjon har innhentet fra Statistisk sentralbyrås lønnsstatistikk og Kommunenes Sentralforbunds PAI-register på oppdrag fra Høyres stortingsgruppe, melder Aftenposten.



Illustrasjonsfoto: coloutbox.com

## Kurs med lønn

Åtte av ti av de ansatte får frigitt tid eller lønn for å gå på kurs. Sykepleiere deltar oftere på kurs enn hjelpepleiere.

Fagbladet og Sykepleiens MMI-undersøkelse 2007



PRIVILIGERT: Hovedtillitsvalgt Lill Iren Kristensen får høre at de er privilegert ved Namsos sykeheim.

### Idyll

Avdelingen har fremdeles noen småstillinger, men dem vil de ikke kvitte seg med.

– Det er nyttig å ha noen vikarer, for eksempel sykepleier-studenter. Det letter rekrutteringen for oss. Studentene kjenner avdelingen og vi er blitt kjent med dem, sier hun.

Rekruttering har imidlertid ikke vært noe problem på denne avdelingen.

– Det er mange som vil jobbe her, ikke minst på grunn av prosjektet. I tillegg har vi god tilgang på kvalifisert personell fra høgskolen, sier Kristensen.

I dag er om lag halvparten av de ansatte sykepleiere og den andre halvparten hjelpepleiere. De har ikke ufaglært pleiepersonell.

– Når vi får besøk fra Oslo-området, får vi høre at vi er privilegert, sier hun.

### Økte grunnbemanning

– *Hva synes du har vært det mest positive med prosjektet?*

– Det må være at grunnbemanningen er økt. Det har gjort arbeidsdagen mer stabil og forutseende for både pleiere og beboere. Det har igjen ført til mindre sykefravær, sier Kristensen.

– *Noe negativt?*

– Fra en tillitsvalgts perspektiv må det være at de ansatte jobber mer helg, svarer hun.

det har ikke ført til store problemer, sier Kristensen.

Alle ansatte har fått den stillingsbrøken de har ønsket. Medaljens bakside har vært mer helgejobbing. Selv om mange var skeptiske til det, er heller ikke det et problem, ifølge sykepleierne på pauserommet.

– Jeg er nyutdannet, har studielån og er nødt til ha en jobb jeg kan leve av. Det betyr 100 prosent stilling. Før prosjektet måtte jeg stresse rundt for å få ekstravakter for å få det til å gå rundt. Det trenger jeg ikke nå. For meg blir det i realiteten færre helger å jobbe enn da jeg «jaktet» på ekstravakter. Det er jo bare snakk om tre ekstra helger i året, forteller en av sykepleierne.

Kristensen sier at selv om sykefraværet har gått ned og de ansatte er fornøyd, koster denne løsningen mer enn driften de hadde før. Selv om vikarbudsjettet er overført til faste stillinger.

– Vi regner med 2- 300 000 kroner mer i rene utgifter. Dersom ordningen skal bli permanent og utvides til resten av sykehjemmet, må det mer penger til, sier hun.



## Deltid i Steinkjer kommune

- 23 personer har 100 prosent stilling: sju enhetsledere, fire konsulenter i stab og ni gruppekoordinatorer.
- Ingen vanlige sykepleiere har 100 prosent stilling
- De laveste stillingsprosentene som sykepleier er: 3,75 prosent, 4,7 prosent, fem prosent, 10 prosent, 14 prosent, 16 prosent, 19 prosent og 21 prosent.
- 63 stillinger er 50 prosent eller mindre
- 93 stillinger er på 70 prosent eller mindre

# Helt delt

Tre år på høgskole for så å søke stillinger helt ned i tre prosent! Det er realiteten for enkelte sykepleiere i Steinkjer kommune.

Nord-Trøndelag har et gjennomsnittlig sykefravær fra 11,4 prosent til 17 prosent. Hovedtillitsvalgt i Steinkjer kommune, Ruth Borgan, mener det skyldes den høye andelen deltidsstillinger.

– God tilgang på sykepleiere er en av grunnene til at arbeidsgiver kan drive rovdrift på arbeidskraften, sier hun.

### Ingen i 100 prosent

Hun representerer 207 NSF-medlemmer, men bare 23 av dem har 100 prosent stilling.

– De sitter i lederstillinger. Det er ingen «på gulvet» som har hel stilling, sier Borgan.

Den laveste stillingsbrøken hun vet om i kommunen, er på 3,75 prosent, sier hun.

Det tilsvarer 3,5 timer i måneden.

– Den personen det gjelder har imidlertid flere småstillinger på andre avdelinger, slik at hun totalt kommer opp i en større brøk, legger Borgan til.

### Smått er ikke godt

63 av kommunens stillinger er 50 prosent eller mindre

– Det sier seg selv at det er stressende å alltid være på jakt etter ekstravakter for å få en lønn det går an å leve av. Alle sier det er mangel på kvalifisert pleiepersonell. Etter tre år med høyere utdanning er det forstemmende at det skal være så vanskelig å få ordentlige arbeidsforhold, mener Borgan.

tekst **Kari Anne Dolonen**

## Pynter på veksten i antall årsverk

KS og Helse- og omsorgsdepartementet er blitt enige om å benytte tall for årsverksveksten pleie- og omsorgssektoren som de selv ikke tror på. Tallene som benyttes i valgkampen er hentet fra KOSTRA (Statistisk sentralbyrå). Tallene viser at den samlede veksten i fjor var på 9400 årsverk, hvorav 5900 innen pleie og omsorg. Beregninger KS har gjort på bakgrunn av sin egen lønns- og personalstatistikk for kommunesektoren, det såkalte PAI-registeret, tyder på at KOSTRA-tallene er feil, melder Kommunal Rapport.

## Legger ned tilbud

Sykehusledelsen ved Ullevål universitetssykehus har besluttet å legge ned 20 behandlingsplasser for psykisk syke barn og unge. De frigjorte ressursene skal deles likt mellom akutt håndtering av kriser og arbeid med tilbakeføring av klienter fra institusjoner.

# NSF-turnus reddet sommeren

– men KS laget baluba

To virksomheter i Moss kommune forsøkte NSF-særavtale som løsning på sykepleiermangel i sommer. KS liker særavtalen dårlig.

Moss er den kommunen i Østfold som har dårligst sykepleierbemanning, og sliter også med store rekrutteringsproblemer.

Da sommerkabalene skulle legges, tok to av virksomhetene i kommunen i bruk NSF-særavtale for å få nok folk på jobb.

Særavtalen fordrer at arbeidsgiveren først har en rammeavtale med NSF sentralt – for så å kunne fravike arbeidsmiljølovens krav til arbeidstid.

## Minst 500 kroner timen

Avtalen om utvidet arbeidstid skal være frivillig, og sykepleierne skal ha minimum 500 kroner per time for å jobbe utover fastsatt arbeidstid. Denne timelønna skal komme i tillegg til ubekvemstilleggene.

Etter at avtalene var inngått ved de to virksomhetene, sendte fylkesleder i NSF, Karen Brasetvik, ut et nyhetsbrev om dette. Det viste seg at andre også ønsket å løse sommerkabalene på samme måte. Det ønsket imidlertid ikke sentraladministrasjonen.

– Jeg har fått vite at flere med-

lemmer enn de to virksomhetene har ønsket å benytte særavtalen om utvidet arbeidstid, men at ledelsen i de ulike virksomhetene satte foten ned, sier NSF-hovedtillitsvalgt i Moss kommune, Jan Skrzypkowski.

– Vi har hatt e-postkorrespondanse frem og tilbake om avtalen, og kommunen har henvist til KS sentralt, som mener at det er urimelig å gå inn på slike lokale særavtaler, sier Skrzypkowski.

Arne Norum, rådgiver i KS, sier at de fikk mellom fem og sju henvendelser fra hele landet om særavtalen før sommeren. Hans inntrykk er at arbeidsgivere aksepterer arbeidstakernes ønsker i for stor grad, og allerede har strukket seg langt:

– Før en kommune kan gå inn på denne særavtalen, må alle andre muligheter være forsøkt. For eksempel kan ikke de ansatte få pille ut de mest attraktive ferieukene. Ferien må spres fra mai til september. Det er urimelig at kommunene går inn på fordyrende avtaler dersom arbeidsgiver ikke først har brukt de rettighetene ferieloven gir.

## Mer fleksibelt

– Mitt inntrykk er at de to virksomhetene som har gått inn på avtalen om utvidet arbeidstid i forbindelse med ferieavviklingen, har positive erfaringer. Jeg mener at det er bedre og mer fleksibelt dersom de ansatte frivillig tar ansvar for egen virksomhet også i sommerferien, enn for eksempel å bruke et vikarbyrå, sier Skrzypkowski.

## – Rift om vaktene

Hjemmebaserte tjenester virksomhet nord og sentrum er en av de to virksomhetene som testet ut særavtalen i Moss.

Sykepleier og tillitsvalgt Anne Cecilie Jensen kan rapportere om svært fornøyde sykepleiere – som har jobbet mer enn vanlig – men som har fått kompensasjon for det:

– Sommeren i år har vært mye bedre enn sommeren i fjor, og vi har stort sett fått dekket opp alle vaktene. I år var det rift om vaktene, og vi måtte fordele slik at alle fikk noe. Folk strekker seg lenger og kan jobbe mer i en periode når de får noe igjen for det, sier hun.

I år var det rift om vaktene, og vi måtte fordele slik at alle fikk noe.

Anne Cecilie Jensen, sykepleier og tillitsvalgt i Moss kommune



## Dyrt med vikarbyrå

Avtalen gjelder bare for NSF-medlemmer, og Jensen forteller om flere som meldte seg inn i forbundet for å kunne være med på sommer-ordningen.

– Det var vanskelig å få tak i sykepleiervikarer i år, og jeg mener vi gjennom denne ordningen har gitt brukerne et godt tilbud.

– Det skal koste å legge beslag på våre medlemmers fritid. Når jeg hører fra andre hvor dyrt det er å bruke vikarbyråer til å tette hullene i sommerkabalene, undrer det meg at ikke flere har gått inn på denne avtalen. Den sterke motstanden gjør at det virker som KS synes det er greit å betale andre for å gjøre jobben på sommeren – men ikke egne, sier Brasetvik.



UFORSTÅELIG: Fylkesleder Karen Brasetvik undrer seg over KS sin motstand mot å bruke egne sykepleiere i stedet for å leie inn dyre vikarer. Arkivfoto: Ellen Morland

# Hjemme-sykle-pleiere

Hjemmesykepleiere i Surnadal har kjøpt sykkel. Miljøbesparende og sunt, men de ville helst kjørt bil.

Det er ikke akkurat kamp om sykkel, kan enhetsleder for hjemmesykepleien i Surnadal, Agnes Dalsegg Seter, avsløre.

– På go'værsdager er det greit nok, sier hun.

## Deltid

Et prosjekt for å få færre deltidstillinger i sektoren gjorde at grunnbemanningen økte og hjemmesykepleien fikk en bil for lite.

– Derfor må de som betjener brukere sentralt på Skei bruke sykkel, forklarer Dalsegg Seter.

## Kurv og greier

Enhetslederen har ingenting å utsette på tohjulingen.

– Den er veldig praktisk. Med kurv og greier slik at sykepleierne får med seg det de trenger, sier hun.

– Har du selv prøvd den?

– Nei, det har jeg ikke, sier hun og ler.

## Vinter

Hjemmesykepleierne synes det er positivt at de sparer miljøet med å bruke sykkel, og nyter godt av litt fysisk fostring.

– Hva når vinteren kommer?

– Vi skal få en bil til. Vi bruker leasingavtaler, så det tar litt tid, men innen vinteren skal det være en bil til på plass, lover Dalsegg Seter.



PÅ HJUL: Hjemmesykepleiere på jobb. Fra venstre Wenche Fjeldset, Anita Blokhuis Vikan og Astrid Aune sammen med Ove Magne Aasen som skaffet sykkel til kostpris.

## SPIRIVA® «Boehringer Ingelheim, Pfizer» Antikolinergikum.

ATC-nr.: R03B B04

**Inhalasjonspulver, harde kapsler 18 µg:** Hver kapsel inneholder: Tiotropiumbromidmonohydrat tilsv. tiotropium 18 µg, laktosemonohydrat 5,5 mg.

**Indikasjoner:** Bronkodilaterende vedlikeholdsbehandling for å lindre symptomer hos pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS).

**Dosering:** Innholdet i 1 kapsel inhaleres 1 gang pr. døgn, til samme tid hver dag. Inhaleres vha. HandiHaler. Anbefalt dosering bør ikke overskrides. Sikkerhet og effekt hos barn er ikke klarlagt. Preparatet bør ikke brukes til pasienter under 18 år.

**Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for tiotropiumbromid, atropin eller dets derivater, f.eks. ipratropium eller oxitropium, eller overfor hjelpestoffet laktosemonohydrat.

**Forsiktighetsregler:** Tiotropiumbromid skal ikke brukes til innledende behandling av akutte episoder av bronkospasme, f.eks. til behandling ved behov. Akutte hypersensitivitetsreaksjoner kan forekomme etter inhalasjon

av preparatet. Brukes med forsiktighet hos pasienter med trangvinkelglaukom, prostatahyperplasi eller blærehalsostruksjon. Legemidler som inhaleres kan forårsake inhalasjonsindusert bronkospasme. Hos pasienter med moderat til alvorlig nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance 50 ml/minutt) øker plasmakonsentrasjonen når nyrefunksjonen reduseres. Tiotropiumbromid skal derfor kun brukes til disse pasientene hvis den forventede nytten av behandlingen oppveier den potensielle risikoen. Pasientene bør advares mot å få pulveret i øynene. Dette kan utløse eller forverre trangvinkelglaukom, gi øyesmerter eller ubehag, forbigående tåkesyn, halo eller fargefenomen sammen med røde øyne som følge av økt blodtilførsel i konjunktiva eller ødem i cornea. Hvis symptomer på trangvinkelglaukom skulle oppstå, skal pasienten slutte å bruke tiotropiumbromid og kontakte lege umiddelbart.

Munntørhet, som er observert ved antikolinerg behandling, kan over lengre tid forårsake karies. Tiotropiumbromid skal ikke brukes oftere enn 1 gang pr. døgn.

**Interaksjoner:** Samtidig administrering av tiotropiumbromid og andre antikolinerge legemidler er ikke undersøkt og anbefales derfor ikke.

**Graviditet/Amning:** Kliniske data mangler. Preparatet skal derfor ikke brukes ved graviditet eller amning hvis ikke den forventede nytten av behandlingen oppveier den eventuelle risikoen for fosteret eller det nyfødte barnet.

**Bivirkninger:** Munntørhet forekommer hos ca. 14%, er vanligvis mild og opphører ofte ved vedvarende behandling.

**Hyppige (>1/100):** Gastrointestinale: Munntørhet, forstoppelse. Luftveier: Sinusitt, faryngitt, epistakse, hoste.

**Øvrige:** Moniliasis. Mindre hyppige: Sirkulatoriske: Takykardi, palpitasjoner. Urogenitale: Vannligningsproblemer, urinretensjon. Øvrige: Allergiske reaksjoner som angioødem, hudutslett, urticaria og kløe. Urinretensjon forekommer vanligvis hos eldre menn med predisponerende faktorer (f.eks. prostatahyperplasi). Kvalme, heshet, svimmelhet og hodepine er rapportert. Sjeldne bivirkninger som supraventrikulær takykardi og atrieflimmer er rapportert i forbindelse med bruk av tiotropiumbromid, vanligvis hos følsomme pasienter. Tiotropium kan forårsake inhalasjonsindusert bronkospasme.

**Overdosering/Forgiftning:** Høye doser tiotropiumbromid kan føre til antikolinerge symptomer. Akutt forgiftning ved utilsiktet oralt inntak av tiotropiumbromid kapsler er usannsynlig pga. lav oral biotilgjengelighet.

**Egenskaper:** **Klassifisering:** Langtidsvirkende spesifikk muskarinreseptorantagonist. **Virkningsmekanisme:** Tiotropiumbromid bindes til de muskarine reseptorene i bronkiens glatte muskulatur, og hemmer de kolinerge effektene (bronkokonstruksjon) av acetylkolin. I luftveiene vises en selektiv, kompetitiv og reversibel antagonisme til M3-reseptorene, som fører til relaksering. Effekten er doseavhengig og varer i mer enn 24 timer. Den langvarige effekten skyldes sannsynligvis den langsomme frisetningen fra M3-reseptorene. Bronkodilatasjonen er primært en lokal effekt i luftveiene, ikke en systemisk.

Tiotropiumbromid, gitt 1 gang daglig, gir en signifikant bedring i lungefunksjonen (FEV1 og FVC) innen 30 minutter etter første dose. Vanligvis observeres maks. bronkodilatasjon fra 3. dag. Ingen tegn til toleranseutvikling er sett ved bruk over en ettårsperiode. Dyspné bedres signifikant. En signifikant reduksjon i andel pasienter som får eksacerbasjoner og i antall eksacerbasjoner er vist.

**Absorpsjon:** Absolutt biotilgjengelighet: 19,5%. Lav absorpsjon fra mave-tarmkanalen (10-15%). Maks. plasmakonsentrasjon oppnås etter 5 minutter. **Proteinbinding:** 72%.

**Fordeling:** Distribusjonsvolum: 32 liter/kg. **Halveringstid:** Den terminale eliminasjonshalveringstiden etter inhalasjon er 5-6 dager.

**Total clearance:** 880 ml/minutt. «Steady state» oppnås etter 2-3 uker. Ingen akkumulering.

**Metabolisme:** Metaboliseres i liten grad. Esteren av tiotropiumbromid gjennomgår ikke-enzymatisk spaltning til inaktive metabolitter.

Cytokrom P-450 (CYP 2D6 og 3A4) er involvert i metabolismen av en mindre del av dosen.

**Utskillelse:** 14% via urin, resten via fæces.

**Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares <25°C. Holdbarhet etter anbrudd av blister: 9 dager.

**Pakninger og priser:** Enpac: 30 doser + HandiHaler kr 458,50, 30 doser kr 441,10.

Sist endret: 16.05.2006

Referanser: 1. Casaburi R, Kukafka D, Cooper CB, Witek TJ Jr, Kesten S. Improvement in exercise tolerance with the combination of tiotropium and pulmonary rehabilitation in patients with COPD. Chest. 2005;127:809-817. 2. Casaburi R, Mahler DA, Jones PW, et al. A long-term evaluation of once-daily inhaled tiotropium in chronic obstructive pulmonary disease. Eur Respir J. 2002;19:217-224. 3. Celli B, ZuWallack R, Wang S, Kesten S. Improvement in resting inspiratory capacity and hyperinflation with tiotropium in COPD patients with increased static lung volumes. Chest. 2003;124:1743-1748. 4. SPIRIVA® SPC (02.05.2006) 5. Niewoehner DE, Rice K, Cote C, et al. Prevention of exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease with tiotropium, a once-daily inhaled anticholinergic bronchodilator: a randomized trial. Ann Intern Med. 2005;143:317-326. 6. Vincken W, van Noord JA, Greefhorst APM, et al, on behalf of the Dutch/Belgian Tiotropium Study Group. Improved health outcomes in patients with COPD during 1 yr's treatment with tiotropium. Eur Respir J. 2002;19:209-216.



SPRIVA® er utviklet av Boehringer Ingelheim, og blir markedsført av både Boehringer Ingelheim og Pfizer. Med enerett.

SPI 060919/0851-2006

# Jon-Arild Johannessen om sykehusene

**Yrke:** Professor, Handelshøgskolen BI, Oslo Markedshøgskole

**E-post:** jon-arild.johannessen@omh.no



## Hvorfor er sykehus så vanskelig å styre?

Det kan se ut som om det er et underskudd på organisering og ledelse, og ikke nødvendigvis mer friske penger, som er sykdomstrekket i dagens sykehus.

Sykehus er vanskelig å styre av i det minste tre grunner. For det første mangler sykehusene en klar og entydig forståelse av hva de skal gjøre, fordi det er så ulike hensikter involvert i de forskjellige fagprofesjonene og de ulike beslutningsnivå. For det andre har de ulike aktører på forskjellige nivå i hele helsesektoren et tilsynelatende ulikt fokus på hva som er de kritiske kjerneprosesser for sykehuset. Det kan se ut som om detaljkunnskap og spesialistkompetanse gis forrang på bekostning av helhetsforståelse og sammenhengskompetanse. For det tredje, som er en konsekvens av de to første grunner, så blir det en utfordring å få helsepersonellet til å trekke i lag.

### Er sykehusene syke?

Selvsagt vet hver og en av de som arbeider i sykehus hva deres arbeidsoppgaver består i, og de utfører arbeidet med den dypeste innlevelse og høyeste presisjon. Poenget her er nettopp at de er kunnskapsarbeidere med hvert sitt spesialområde. De har definisjonsmakt og modellmakt innenfor sine avgrensede områder, men mangler modellforståelse av de nødvendige sammenhenger. Ledelse er den knappe faktor hvis norske sykehus ikke skal gå over fra en alvorlig situasjon til en prekær situasjon. Poenget er at hvis man tar noe for gitt, for eksempel ledelse og organisering, så har man også gitt avkall på å forstå hva dette egentlig betyr for sykehuset som helhet. Folk gjør det de er gode til, på bekostning av å utvikle det som kan komme til å bli et gode for andre. Det siste er lederens hovedhensikt

å gjøre andre gode til å utføre sine arbeidsoppgaver.

Det er i hovedsak tre aktørgrupper i styringsprosessen av sykehus. Disse er politikerne, helseprofesjonene og administrasjonen. Hvis vi for enkelthets skyld deler helseprofesjonene i to grupper; leger og sykepleiere, med fare for å bli upresis, så er det altså fire aktørgrupper i sykehus.

Politikerne fokuserer i hovedsak på ventelistenes lengde og priser per sengedag (Melander 1997). De er opptatt av å markere vilje til å forbedre effektivitet og produktivitet i sykehusene. Administrasjonen er opptatt av anvendelsen av bevilgninger og overholdelse av disse, nesten for enhver pris. Legene fokuserer på den medisinsk-faglige kompetansen og behandlingskvaliteten. Sykepleierne har fokus på utnyttelse av sengekapasitet, omsorg og pasientpleie. Det er imidlertid få eller ingen som ser det som sitt spesialansvar å sørge for helheten, det sykehuset er designet for å gjøre. Man kan si at sykehuset som helhetlig system har utviklet en kollektiv blindhet, selv om hver og en av aktørgruppene har klarsyn nok.

### Ser ikke helheten

Det er ikke fokuseringen det er noe galt med. Det er fraværet av integrering man først legger merke til. I en dansk undersøkelse (Melander, 1997) følte ingen av aktørene at de hadde mulighet til å gripe inn i styringskompleksiteten. Det blir som å styre et stort skip med flere ratt og ulike personer på de enkelte ratt. Poenget er at styringskompleksiteten ikke samsvarer med

kompleksiteten i de oppgaver som skal styres. De enkelte delene er godt ivaretatt i de ulike aktørenes fokusområder, men det er ingen av aktørgruppene som fokuserer helheten og sammenhengene (se Johannessen & Olaisen, 2006; 2007).

I tillegg kommer selvsagt flere aktørgrupper enn de fire vi har operert med. Dette pulveriserer ytterligere sammenhengsforståelsen.

### Trekke i lag

Hva kan gjøres for å få alle aktørene i sykehus til å trekke i lag som et høyprestasjonsteam?

Det kan se ut som det foregår en langsom prosess fra funksjonell organisering og ledelse av funksjonsområder, mot en overgang til prosessorganisering og prosessledelse. Vi ser dette klart i private industrivirksomheter, men også i sykehus, både internasjonalt (LRI, 1999) og i noen få norske sykehus, for eksempel prosjekter ved Ringerike sykehus. Oppgavene i den funksjonelle ledelsesmodellen er utført i de enkelte avdelinger eller funksjoner, mens oppgavene i prosessorganisering og prosessledelse er utført i prosesssteam, med nærkontakt til hele pasientforløpet.

Et eksempel på hvordan sykehus ved å prosessorganisere kan få helsepersonell til å trekke i lag er beskrevet under.

Toronto East General Hospital (TEGH) er et sykehus med 400 senger og befinner seg i Ontario Canada (Comback m.fl., 1999). Dette omstillingsprosjektet foregikk over en periode på to år, fra 1995 til 1997. Før var dette et klassisk hierarkisk sykehus. Hen-

sikten med omstillingsprosjektet var å fokusere på serviceprosesser og på ulike markeder for sykehusets tjenester. Sykehuset ble endret til syv service-enheter rettet inn mot spesielle markeder, og tre service-støtte-enheter. Rollene til lederne i disse enhetene ble også endret.

### Syv dimensjoner

På TEGH ble det utviklet syv dimensjoner, som skulle støtte fokus på pasienten og de pårørende, samt inngå i evalueringen av pasientomsorgen. Disse dimensjonene var:

- Respekt for pasientens verdier, preferanser og forventede behov.
- Koordiner og integrer behandlingsprosessen, slik at den omfatter pasienten i hele behandlingsprosessen.
- Vektlegge informasjon og kommunikasjon med pasient og pårørende.
- Vektlegge fysisk komfort.
- Vektlegge emosjonell støtte for å dempe frykt og angst.
- Involvere familie og venner.
- Vektlegge kontinuerlige overganger mellom ulike behandlingssystem, både internt i sykehuset og utenfor sykehuset. Dette punkt betydde også at en og samme person alltid var tilgjengelig for den enkelte pasient.

En av de generelle lærdommene fra TEGH var at kompetansen til den enkelte helsemedarbeider og til teamene kunne inndeles i «dyktig» og «ekspert». Nybegynneren eller novisen er ikke tatt med her, fordi de alltid inngikk i læringsteam, som en form for mestersvenn-relasjon. Sykehuset forsøkte å bringe den



enkeltes og teamets kompetanse opp på ekspertnivå. Det var fokus på den tause kunnskapen og sammenhengsforståelsen, som sykehuset prøvde å utvikle. TEGH vektla denne utvikling, mot taus kunnskap og sammenhengsforståelse i sine kompetanseprogram. TEGH utviklet et relativt enkelt og oversiktlig program for sin kompetanseutvikling:

- Pasient-fokusert behandling.
- Ekspert-kompetanse mot hver pasient.
- Ansvar og beslutningsmyndighet flyttes til møtet med pasient og pårørende.

For hver av de tre programområdene ble det utviklet kompetanseløp, både interne og eksterne, som satte standarder for de enkelte kompetanseområder. For at kompetanseløpet skulle ha praktiske konsekvenser for TEGH, ble det også utviklet indikatorer og evalueringskriterier for de forventede resultat av kompetanseutviklingen. Skjemaet ble oppfattet som enkelt å handtere, fordi man satte opp klare mål som var koplet til indikatorer og evalueringskriterier.

### Vekt på relasjoner

Etter hvert som endringene manifesterte seg på TEGH, med en overgang fra hierarkisk organisering til prosessorganisering, ble det et stadig større fokus på relasjoner på bekostning av struktur. I hierarkiske strukturer i sykehus er det ofte en sterk betoning av oppgaver, tid, problemer og krisehåndtering (se Wesorik, 1995). I prosessorganisering er beslutninger lokalisert der servicen utføres.

De mentale modeller som er opererende i denne type organisering er å være til hjelp for andre. Den andre kan være pasienten, de pårørende, eller andre ansatte på sykehuset. Selv om dette kan være et ønske som alle ansatte i norske sykehus har i dag, så forutsetter det at sykehuset er organisert slik at dette gjøres mulig. Den nye organiseringen på TEGH muliggjorde nettopp denne overgang i langt sterkere grad enn den gamle struktur gjorde, noe som førte til at aktørene i sykehuset trakk i samme retning, som et lag.

Lærdommene fra TEGH er at sykehus ikke kan fortsette å gjøre det de alltid har gjort, fordi en økende intern og ekstern kompleksitet

forutsetter en ny måte å organisere og lede sykehus på.

Selv om omstillingsprosjektet på TEGH var fra 1995 til 1997, så kan lærdommene være nyttige for norske sykehus, både hva angår det å trekke i lag, men også for å utvikle en klar og entydig forståelse av sykehusets hensikt, samt fokusere hva som er de kritiske kjerneprosesser for sykehuset.

### Underskudd

En liten bit av organiseringskompetanse og ledelsesteori kunne rekke langt for alle profesjonene som et sykehus består av. Det sørgelige er at denne lille biten er fraværende i de fleste grunnutdanninger i helsesektoren, med noen få hederlige unntak.

Det kan se ut som om det er et organiserings- og ledelsesunderskudd, og ikke nødvendigvis mer friske penger, som er sykdomstrekket i dagens sykehus. Besluttende myndigheter i helsesektoren ser ut til å leve etter doktrinen at ledelse og organisering er et så verdifullt gode at de må rasjoneres.

### Referanser

- Comback, M.; Paech, G. & O'Grady, T.P. (1999). From structure to culture: A journey of transformation. i Smith, S.P. & Flarey, D.L. «Process-Centered health care organizations, Aspen Publication, Maryland, Gaitensburg (S. 45-67).
- Johannessen, J.-A. & Olaisen, J. (2006). Strategisk helseledelse, Fagbokforlaget, Bergen.
- Johannessen, J.-A. & Olaisen, J. (2007). Styring av helseforetak: Hvorfor er sykehus så vanskelig å styre? Fagbokforlaget, Bergen.
- LRI (1999). Reengineering at the Leicester Royal Infirmary: An independent evaluation of implementation and impact, published by School of Health and related research, University of Sheffield, Sheffield, ISBN 1900752115.
- Melander, P. (1997). Styringen av det syge væsen. I Hildebrandt, S. & Schultz, M. Sykehusledelse. s. 93-119.
- Wesorik, B.C. (1995). A journey from old to new thinking, Grandville Publishing, Grandville

## Minneord



### Esther Tinne Haug

Den 16.5.07 døde Esther på Hospice Lovisenberg, uten angst, uten smerte og med sin familie samlet rundt seg. En umistelig mamma, kone, datter og søster ble da borte. Vi på Vinderen DPS mistet en kjær venn og kollega.

Esther var født og oppvokst i Kongsberg. Som ungjente dro hun til Kristiansand for å utdanne seg til sykepleier, men det ble i

Oslo hun stiftet hjem, og det var der hun hadde sitt arbeidsliv. Gjennom flere ulike stillinger innen psykisk helsevern, både innenfor akutt-psykiatri og poliklinisk virksomhet, høstet hun bred erfaring i feltet.

Esther sluttet aldri å lære. I tillegg til psykiatrisk sykepleie, tok hun psykologi grunnfag, og utdannet seg etter hvert til psykodramaterapeut. Denne utdanningen bidro nok til det kunstneriske og kreative element som var hennes varemerke i faglig arbeid. Esther behersket ordene godt, men hadde alltid et blikk også for det som finnes utenfor

språkets rammer. Videreutdanning som familierapeut gav henne enda en viktig dimensjon i arbeidet som behandler.

I 1999 var Esther en sentral kraft i arbeidet med å starte opp det ambulante team, senere avlastningsenheten, ved Vinderen DPS. Hennes utrolige kreativitet, kontaktevne og humoristiske sans kom til å prege dette arbeidet og hele virksomheten. Hun skapte liv der hun var, og latteren hennes kan vel ingen noen gang glemme. Samtidig var hun et reflektert og tenksomt menneske som ikke var redd for å stille vanskelige og nærgående spørsmål ved vår egen virksomhet. Esther var på jobb for å hjelpe pasientene. For henne kom alt annet i andre rekke. Med den holdningen som kompass tok hun uredd imot arbeidslivets utfordringer på en måte som satte henne i respekt både hos kolleger og brukere.

Øg henne har vi nå mistet. Familie, venner og kolleger har mistet Esther. Forstå det den som kan.

Vi lyser fred over Esthers minne, og våre tanker går til Per, Andre, Thor, Line og Maria.

For Vinderen DPS, Inger Kyrkjerud, Kari Agnes Myhre, Pelle Slagsvold og Petter Ekern.



# Verv og vinn!

**Nå har du mulighet til å styrke NSF, samtidig som du skaffer deg flotte vervepremier. Verv en sykepleier og få en tøff klokke, dame- eller herreur. Ønsker du deg heller en termokanne eller iPod nano, kan du spare vervingen til du har fått vervet flere.**

## Hva koster medlemskap i NSF?

Kontingent for medlem i arbeid er 1,45 % av brutto lønn. Maks kr 370,- per mnd. + ev. obligatorisk grunnforsikring kr 128,- per mnd. Nyutdannede har halv kontingent i de to første år som sykepleier. Rabatter på forsikringer og bruk av medlemsfordeler dekker ofte mesteparten av medlemskontingenten. Les om fordelene nedenfor.

## Vi kjenner ditt yrke og jobber for deg!

### Dine medlemsfordeler er:

- Et stort og slagkraftig **felleskap**
- Tilbud om medlemskap i 32 **faggrupper**
- 3000 **tillitsvalgte** bistår deg på de fleste arbeidsplasser
- **Sykepleien** (18 utgaver)
- Bilaget **SykepleienForskning** (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**
- **Kursopphold** på Ressurssenteret Villa Sana, Modum Bad
- **Eget forsikringskontor** med forsikringsordninger til medlemspris
- Gunstige tilbud på **banktjenester** i DnB NOR
- **Sparing** og **kreditt** med NSF's Unique konto
- Fordelaktige **mobilavtaler** med NetCom
- **Bensinrabatt** hos Esso
- **Eurocard Gold** hos Europay
- Tilgang til NSF's **nettbutikk** med medlemsprodukter
- Tilbud om **gratis medlemskap** i Landslaget for offentlige pensjonister (LOP)

Norsk Sykepleierforbund er den eneste landsomfattende fagorganisasjonen for autoriserte sykepleiere, spesial-sykepleiere, jordmødre og helsesøstre. Nå kan du bidra til å styrke din egen organisasjon ytterligere ved å verv nye medlemmer. Medlemmer i NSF er en del av et slagkraftig fellesskap som ivaretar sykepleiernes lønns- og arbeidsvilkår. Sykepleieres interesser og rettigheter i tilknytning til blant annet ansettelse, lønn, permisjoner,

arbeidstid og eventuelle yrkesskader blir ivarettatt. NSF er et sykepleiefellesskap som setter faget, dets utvikling og plass i utdanningssystemet og helsevesenet på dagsorden.

Medlemmer kan søke juridisk bistand dersom det oppstår problemer knyttet til arbeidsforholdet. Juridisk bistand kan også gis i enkelte typer straffesaker, for eksempel ved feil medisinerings.



**Klokke**  
Moderne og lekkre klokke i rustfritt stål med lærrem. Citizen urverk.  
Verdi 590,-

**Gratis**  
ved 1 verving



**iPod nano**  
Populær og brukervennlig iPod nano fra Apple. Plass til 500 sanger. 2 GB. 1,5-tommers LCD-skjerm med farger og bakgrunnsbelysning.  
Verdi: kr 1.290,-

**Verv 4**



**Stelton termokanne**  
Termokanne i stål, 1 liter, prisbelønnet for sin design. Enhåndsbetjent med vippepropp.  
Verdi 890,-

**Verv 2**

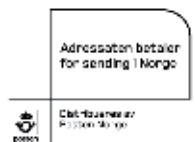
**Vervepremiene gjelder ikke for verving av studentmedlemmer**

## VERVEKUPONG

Kryss av for dame- eller herreur: Dame  Herre  Jeg sparer vervingen  Vervepremiene gjelder ikke for verving av studentmedlemmer

VENNLIGST BRUK BLOKKBOKSTAVER

<b>Ververs navn:</b>	<b>Verrens medlemsnr.:</b>
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	



Norsk Sykepleierforbund  
Svarsending 1016  
0090 Oslo

## Kandidater til Rådet for sykepleietikk:

### – En lagspiller

**Kirsten Lode** har sittet i Rådet siden 1997, og vil gjerne fortsette. Særlig fordi den siste perioden har vært spesielt bra. Rådet har hatt mer ressurser, har oppnådd mange viktige mål og markert seg tydeligere utad. Denne utviklingen vil hun være med på å befeste.

Lode har arbeidet ved Stavanger universitetssykehus siden 1981, det meste av tiden i lederstillinger. Halvparten av hennes stilling er nå en stipendiat-stilling etter at hun tok hovedfag i helsefag i 2005. NSF Rogaland vil at hun fortsetter i Rådet, og fremhever hennes evner som lagspiller og gode evne til å videreformidle Rådets arbeid og problemstillinger.

### – Har alltid vært interessert i etikk

**Anne Clancy** er helsesøster med etterutdanning både i barnevern og ungdomshelse. Gjennom mange års erfaring har hun stadig kommet opp i etiske dilemmaer. Etikk har alltid interessert henne. Nå er hun høgskolelektor ved Høgskolen i Harstad og dessuten doktorgradsstipendiat. Forslagstilleren, NSF i Troms, påpeker at hun gjennom sitt arbeide ved sykepleierutdanningen har fått god oversikt over praksisfeltet, noe som kommer til nytte i arbeidet i Rådet. Hun har en periode bak seg som rådsmedlem, og forslagsstillerne ønsker at hun fortsatt skal kunne øse av sin erfaring der.

### – Inspirerer andre

**Runa Francisca Faye** har hatt tillitsverv i NSF siden hun fullførte sykepleierutdanningen i 1999. Hun har sittet en periode i Rådet, og er opptatt av at økonomi, effektivisering og produktivitet ikke må skyve omsorg og pleie i bakgrunnen. Faye jobber nå ved laboratoriemedisinsk divisjon på Ullevål universitetssykehus og holder på med master i profesjonsetikk. Forslagsstiller, NSF i Oslo, fremhever at Faye har et smittende engasjement og er flittig brukt som rådgiver og foredragsholder i forskjellige sammenhenger. Hun er med på å synliggjøre Rådet på en positiv måte, og er ofte den som bringer etiske problemstillinger inn i diskusjoner.

## Kandidat til forbundsstyret:

### – Respektert i nord

**Kirsti Jacobsen** ønsker nå å ta steget inn i NSF's forbundsstyre. Hun har lang erfaring som tillitsvalgt på høyt nivå. Hennes nåværende stilling er som konserntillitsvalgt for Unio i Helse Nord. Tidligere har hun vært tillitsvalgt og hovedtillitsvalgt på Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) i Tromsø i cirka ti år. Det er altså særlig i spesialisthelsetjenesten hun har sine faglige erfaringer. Hun har spesielt tatt tak i utfordringene ved en desentralisert spesialisthelsetjeneste, og hvordan samarbeidet med primærhelsetjenesten i grisgrendte strøk kan fungere best mulig. Forslagstillerne, fylkesstyret i Troms, fremhever hennes entusiasme, hennes lange erfaring og den respekten hun opparbeidet seg som hovedtillitsvalgt på UNN.

## Kandidat til nominasjonskomiteén:

### – Har mange kontakter

**Marit Hjalmarsen** liker utfordringer og sa dermed ja da fylkesstyret i Troms ba henne stille til nominasjonskomiteén. Hun er varamedlem der og kjenner NSF godt. Hun har også organisasjonserfaring fra diverse foreninger innen idrett, kultur og politikk. Hun synes det er fint å kunne påvirke den videre utviklingen i NSF. Forslagstilleren fremhever henne som en solid og dyktig NSF-er med bred kontaktflate. Hun har sin faglige erfaring fra kommunal sektor og jobber nå i hjemmetjenesten i Kåfjord kommune.

## Kandidat til kontrollutvalget:

### – Har bred erfaring

**Elin Albrigtsen** bør fortsette som medlem av kontrollutvalget, foreslår NSF Troms. Der har hun sittet siden 2001, men har hatt tillitsverv i forbundet siden 1991. Hun kjenner dermed organisasjonen godt. Hun jobber som enhetsleder i Kvaløya hjemmetjeneste i Tromsø kommune og holder på med en master i ledelse.

## LANDSMØTE '07

### Se kandidatene i Sykepleien

Frem til NSF's landsmøte som åpner 6. november 2007 vil Sykepleien presentere valgkandidatene til vervene i Sykepleierforbundet. Forslag til kandidater må sendes via fylkeskon-

toret, som har frist til 6. september til å levere inn sentralt. Forslagene skal være begrunnet. Kandidatene skal skriftlig ha erklært seg villige til valg.

# Camilla Crone Leinebø

**Alder:** 25 år

**Yrke:** Sykepleierstudent

**E-post:** leiniken@yahoo.no

**Utdannelse:** I høst tar hun fatt på andre året som sykepleierstudent i Bergen.

Hun skriver fast i Sykepleien Jobb om livet fra et studentperspektiv.



## På'n igjen...

Den barnslige gleden over skolestart er for lengst et tilbakelagt kapittel i mitt tjuefem-årige liv.

Regnet slår så hardt mot bakken at det buldrer i luften, og vannet skvetter bastant opp igjen som om det skulle regnet fra asfalten. Fysikkens lover sier at det ikke er mulig. Gradestokken viser 8. Kalenderen viser skolestart. Min absolutte forestilling om hva sommer er, sier at dette ikke er mulig. I postkassen ligger det plutselig en svær konvolutt med logoen til Norsk Sykepleierforbund. Det vrer seg i magen da jeg umiddelbart blir overbevist om at dette er en kjempeinkassovarsel. Overraskelsen er derfor stor da det viser seg å ligge en lyseblå, ytterst tiltalende medlemsmappe i konvolutten. Ut popper det en almanakk, pins i forskjellige størrelser, og på brevet står det tydelig svart på hvitt: «Vi har gleden av å meddele at du nå er registrert som nyutdannet medlem i Norsk Sykepleierforbund». Endelig en god, gammeldags pakke i posten til meg, så er det selvsagt ved en feiltagelse.

Det er i disse tider jeg setter meg ned i en mørklagt leilighet fylt av tente stearinlys og et blått skjær fra pc'en som nærmest blander de lysskye øynene mine. Bildet på skjermen viser asurfarget hav, sandstrender så langt øyet ser, og glade solbrune mennesker lett henslengt i hengekøyer med palmer i bakgrunnen.

Noen dager senere er det jeg som er på vei dit. Til gresshoppervining og bølgesus. Og noen uforsvarlig hummerrøde skandinaver, uforsvarlig sørpe full på ouzo, uforsvarlig tidlig på dagen, men det ser vi bort fra. At jeg går glipp av første uken på skolen (som hadde obligatorisk oppmøteplikt), ser vi også bort fra. Dette er sårt tiltrengt. Alt som betyr noe nå er sommer, sol og bading. Koste hva det koste vil.

Vel fremme i varmen midt på svarte natten overhører jeg en samtale i en jentegjeng som tydeligvis også er sykepleierstudenter. «Jeg er sååå glad for at andre året er over, selv om det var gøy så er det visst det desidert travleste året i utdanningen», sier en av dem. «Og ikke minst å slippe å gå og trække oppe på Haukeland skal bli dødsdeilig», kommenterer den andre. Jeg ser nervøst på kjæresten min,

og han leser tankene mine øyeblikkelig mens han sier beroligende som bare han kan:

– Ta det med ro Camilla, du går glipp av en uke, og denne ferien er velfortjent.

Etter en uke i Paradis og mange runder med klimaforverrende CO<sub>2</sub>-utslipp, klarer vi omsider å lande i en allerede (ingen bombe!) tåkebelagt, grå Bergen by. Timeplanen viser obligatorisk undervisning mer eller mindre hver dag frem til jul. Frihetsfølelsen som nettopp har vært intens, forsvinner som dugg for solen. På planen dagen etter står det «Øvelsespost: Aseptisk teknikk». Jeg har glemt hva det er. Svaret kommer der jeg ligger inntullet i en pasientfrakk som er rullet godt oppunder puppene, med et dren inne i buken, og et sår etter en liksom-kolecystektomi, samt tre andre medstudenter rundt meg: sterile prosedyrer.

Vi bytter på rollene, og det er min tur å «leke» sykepleier. Jeg tar på meg sterile hansker og har i grunnen troen på at jeg er kapabel til å utføre en aseptisk teknikk. Selv om jeg hadde glemt hva det var frem til for en times tid siden.

– Sånn, sier jeg glad og fornøyd helt frem til læreren ser undrende på meg.

– Er du steril nå?, sier hun ledende.

– Ehh, ja?, svarer jeg spørrende.

– Du kom jo borti både hud og stellefrakk med hendene dine etter du hadde tatt på deg hanskene. Da er de ikke sterile lenger, påpeker hun rolig.

– Åh. Jeg trodde ikke jeg var borti, prøver jeg meg mens jeg kjenner rødmen overskygger brune fregner som har kommet den siste uken.

– Det er derfor vi er her. For å øve. For å få det inn i ryggmargen før dere skal ut i praksis, smiler hun. Fire dager til med undervisning før vi skal ha multiple choice-test i smittevern, og jeg føler meg ikke lenger solbrun, men derimot relativt grønn. Regnet og vinden har vasket bort og desinfisert all kunnskapen min. Den lille uken i Sydenland hjalp kanskje på stive nakkemusklener og forsteinede smilbånd. Den hjalp vel en smule på engasjementet og motivasjonen for videre skolegang og læring også. Men ei på mikrobekjennskap og smittespredning!

Jeg erkjenner med en viss lettelse at det nok er lurt – og egentlig ganske ok – at det er to år igjen før jeg kan tusle på jobb full av pins som viser at jeg er godkjent tydelig, modig og stolt sykepleier.



# Klart for jordmor-reality!



HOVEDPERSONENE: Bak fra venstre Synnø Egenæs, Mette Schau Sørlie og Siw Ellefsen Guren. Foran fra venstre: Hilde M. Finstad, Unni Ødegaard og Liv-Unni Solberg. (Foto: Ole Kaland, NRK)

Jordmorserien til NRK fra Sykehuset Buskerud som Sykepleien tidligere omtalte i nr 19/06, har blitt utsatt. Onsdag 5. september, kl. 19:55 kommer første episode av seks. Historiene er sett gjennom jordmødres øyne, uten kommentarstemme. Hvert avsnitt

er bygd opp rundt ulike temaer som smertelindring, fødselsangst, kompliserte svangerskap, risikofødsler og jordmødres tanker rundt det verste marerittet – når barn dør. I siste episode blir det en forrykende keisersnittforløsning av trillinger.

## NSF FYLKESKONTORER

**Akershus**, fylkesleder Ragnhild Hegg, tlf. 22043304/90820872  
fax 22043121, Tollbugt 22, PB 456 Sentrum, 0104 Oslo  
ragnhild.hegg@sykepleierforbundet.no

**Aust-Agder**, fylkesleder Kirsten Stensrud, tlf. 37098780,  
fax 37098781, Møllebakken 15, 4841 Arendal  
kirsten.stensrud@sykepleierforbundet.no

**Buskerud**, fylkesleder Einar Vik Andersen, tlf. 32896650/  
91780334, fax 32896651, Nedre Storgate 35, 3015 Drammen  
einar.andersen@sykepleierforbundet.no

**Finnmark**, fylkesleder Leif Arne Asphaug Hansen,  
tlf. 78417376/90595398 fax 78417381,  
Sjøgt. 10, PB 343, 9615 Hammerfest,  
leif.arne.hansen@sykepleierforbundet.no

**Hedmark**, fylkesleder Bente Irene Aaland, tlf. 62425520/  
95183595, fax 62425521, Kirkeveien 58, PB 106, 2401 Elverum  
bente.aaland@sykepleierforbundet.no

**Hordaland**, fylkesleder May-Anne Golten, tlf. 55903920/  
91736304, fax 55903921, Lars Hillesgt. 19, 5008 Bergen  
mary-anne.golten@sykepleierforbundet.no

**Møre og Romsdal**, fylkesleder Guri Måseide, tlf. 71257370,  
fax 71257371, Strandgt. 3, PB 419, 6401 Molde  
guri.maseide@sykepleierforbundet.no

**Nordland**, fylkesleder Anne-Lise Solberg, tlf. 75585100,  
fax 75585101, NSF Nordland, Sjøgata 27, 8038 BODØ  
anne-lise.solberg@sykepleierforbundet.no

**Nord-Trøndelag**, fylkesleder Tove Sagnes, tlf. 74146880/  
91140943, fax 74146881, Skippergata 11 A, 7725 Steinkjer  
tove.sagnes@sykepleierforbundet.no

**Oppland**, fylkesleder Jette Struck, tlf. 61188960/48057980,  
fax 61188961, Bjørnsonsgate 5, 2821 Gjøvik  
jette.struck@sykepleierforbundet.no

**Oslo**, fylkesleder Eli Gunhild By, tlf. 22043304/41655087,  
fax 22043131, Tollbugt. 22, Pb. 539 Sentrum, 0105 Oslo  
eli.gunhild.by@sykepleierforbundet.no

**Rogaland**, fylkesleder Nina Horpestad, tlf. 51537990,  
fax 51537991, Møllegt. 37, PB 494, 4003 Stavanger,  
nina.horpestad@sykepleierforbundet.no

**Sogn og Fjordane**, fylkesleder Oddgeir Lunde, tlf. 57832270/  
97083517, fax 57832271, Hafstadvegen 34, PB 731, 6804 Førde  
oddgeir.lunde@sykepleierforbundet.no

**Sør-Trøndelag**, fylkesleder Bjørg Fenstad, tlf. 73536530,  
fax 73536531, Kjøbmannsgt. 40, PB 287, 7402 Trondheim  
bjorg.fenstad@sykepleierforbundet.no

**Telemark**, fylkesleder Sigrunn Øygarden Gundersen  
Tlf: 35532774/90046381, Lundegt. 4c, 3724 Skien,  
sigrunn.oygarden.gundersen@sykepleierforbundet.no

**Troms**, fylkesleder Hanne Marit Bergland, tlf. 77635940/  
91121519, fax 77635941, Storgata 61, Postboks 626, 9256 Tromsø  
hanne.bergland@sykepleierforbundet.no

**Vest-Agder**, fylkesleder Anne Britt Jansen, tlf. 38072190/  
92664367, fax 38072191, Dronningens gate 12, PB 261,  
4663 Kristiansand, annebritt.jansen@sykepleierforbundet.no

**Vestfold**, fylkesleder Lisbeth Rudlang, tlf. 33331844,  
fax 33331841, Grev Wedelsgate 12, 3111 Tønsberg  
lisbeth.rudlang@sykepleierforbundet.no

**Østfold**, fylkesleder Karen Brasetvik, tlf. 69132980,  
fax 69132981/95102240, Kirkegt. 69, PB 302, 1702 Sarpsborg  
karen.brasetvik@sykepleierforbundet.no

## Forbundsleder Bente G. H. Slaatten

**Stilling:** Forbundsleder i NSF

**E-post:** bente.slaatten@sykepleierforbundet.no



# Kampen om arbeidskraften står nå

Lyst på 600 000 i årslønn? Eller hva med 10 000 i måneden mens du studerer? Tilbudene kommer ikke fra norsk helsetjeneste på jakt etter sårt tiltrengt sykepleierkompetanse, men fra et bilfirma som søker bilmekanikere og et meglerhus som sikrer seg fremtidig arbeidskraft ved å gi studenter stipend mot at de forplikter seg til å jobbe et par år for virksomheten når de er ferdigutdannet.

I kampen om arbeidskraften er andre bransjer nå i gang med offensive og kreative rekrutteringstiltak. Men hvor blir det av helsetjenesten? Tror man virkelig at det virker rekrutterende å tilby sykepleiere lav lønn, midlertidig ansettelse og ufrivillig deltid? Ikke akkurat et drømmetilbud til unge mennesker i etableringsfasen. Penger er ikke alt, men du verden som det hjelper når bolig skal kjøpes og studielån betjenes!

I årene som kommer vil knappheten på arbeidskraft bare øke. Norge får flere eldre og flere med behov for helsetjenester. Samtidig blir det færre arbeidstakere i forhold til antall eldre. Det er grunn til å anta at de som skaper de mest attraktive arbeidsplassene, også vinner kampen om en privilegert arbeidskraft som kan velge og vrake i utdannings- og jobbtilbud.

Likelønns-gapet mellom sammenlignbare mannsdominerte og kvinnedominerte yrkesgrupper er betydelig. Landets øverste folkevalgte har et ansvar for likestillingen, og må nå komme på bane og sørge for likelønn! Det tar minst tre år på høyskole for å tilegne seg den kompetansen som kreves for å bli sykepleier. Utdannelsen «belønnes» med rundt 100 000 kroner lavere årslønn enn mannsdominerte yrkesgrupper på samme utdanningsnivå! Ikke til å fatte, spør du meg. Skal sykepleieryrket vinne kampen om arbeidskraften må i det minste dette lønns-gapet tettes!

Sykepleiernes lave lønnsnivå gir helsetjenesten store rekrutteringsutfordringer. Fafos nye rapport viser at hele 40 prosent av kommunene allerede nå mangler kompetente søkere til ledige stillinger. Og mens øverste helseleder i 70 prosent av kommunene mener det er for få sykepleierstillinger, har bare 20 prosent en plan for rekruttering. Kommunene er med andre ord ikke spesielt offensive eller frem-

tidsrettede når det gjelder å sikre seg tilgang på sykepleiere.

Bare 1 av 3 kommuner har dessuten etablert en standard for innhold og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten, og kun 10 prosent har kartlagt helsetilstanden blant eldre. Fafo påpeker naturlig nok at dersom kommunene mangler helsefaglig kompetanse, kan det medføre at helsebehov hos befolkningen ikke blir identifisert.

Det er derfor all grunn til å etterlyse klare svar fra lokalpolitikere: Hvordan skal festtallene om helse- og omsorg som serveres i valgkampen omsettes til virkelighet? Hvordan vil dere styrke kvaliteten og sikre nødvendig kompetanse i eldreomsorgen? Hvordan samarbeider dere med fagpersoner og tillitsvalgte for å etablere forpliktende mål for rekruttering og kompetanseheving? Hvilke virkemidler er tenkt brukt? Har dere råd til ikke å bruke lønn som rekrutteringsmiddel når andre bransjer lokker med større lønningsposer og bedre arbeidsvilkår?

Jeg vil minne om at hvis ikke helsetjenestene vinner kampen om arbeidskraften, taper vi alle!



LOKKER: Andre bransjer bruker kreative metoder for å lokke til seg sårt tiltrengt arbeidskraft, men ikke helsetjenesten, påpeker Slaatten. Foto: colourbox.com

*Bente G. H. Slaatten*

# Kommunene mangler rekrutteringsplan

Mens 7 av 10 kommuner mener de har for få sykepleierstillinger, er det kun hver femte kommune som har en plan for rekruttering viser en fersk Fafo-rapport NSF har offentliggjort.

Hovedkonklusjonen i rapporten «Gull eller gråstein» er at det er store forskjeller mellom kommunene, men en betydelig andel har kommet kort i arbeidet med å sikre kvalitet og kompetanse i helse- og omsorgstjenestene til eldre.

– Jeg etterlyser klare svar fra lokalpolitikkerne: Hvordan skal de rekruttere og beholde sykepleiere, hvilke forpliktende mål setter de for rekruttering og kompetanseheving og hvilke virkemidler har de tenkt å bruke, sier forbundsleder Bente G. H. Slaatten i en kommentar.

## Enorme sprik

Fafo har innhentet og bearbeidet et svært omfattende datamateriale i arbeidet med rapporten. Blant annet foreligger tall for sykepleierdekningen for alle kommuner. Disse tallene er publisert på NSFs nettsider på denne adressen: [www.sykepleierforbundet.no/Fafo-rapport-2007](http://www.sykepleierforbundet.no/Fafo-rapport-2007)

Den beste kommunen, Modalen, har vel 29 sykepleierårsverk pr 100 innbyggere over 80 år i kommunen. Den dårligste er Granvin, som har 3 sykepleierårsverk pr 100 over 80 år. Det er i alt 102 av landets kommuner som har hatt en synkende sykepleierdekning fra 2003 til 2006.

I tillegg til sykepleierdekningen

er det hentet ut tall for andel ufaglærte i helse- og omsorgstjenesten for hver enkelt kommune. Også andelen ufaglærte er beskrevet med tall tre år tilbake i tid, slik at man kan se hvilke kommuner som lykkes i å redusere andel ufaglærte, og hvilke som har en negativ utvikling.

Ved siden av tallmaterialet som presenteres på nett har Fafo gjort en analyse av kommunenes arbeid med rekruttering og kompetanseutvikling i helse- og omsorgstjenestene. Analysen bygger på en spørreskjemaundersøkelse blant kommunene, der omtrent 60 prosent av kommunene har svart. Også svar fra den enkelte kommune kan finnes på nettadressen over.

## Ønsker lokal debatt

NSF mener så store sprik i sykepleierdekning som det vi ser i materialet neppe kan begrunnes ut fra faglige vurderinger av pasientenes behov. Likevel er NSF opptatt av at den konkrete vurderingen skal skje etter kjennskap til lokale forhold.

NSF har derfor tatt sikte på at lokale tall skulle gjøres tilgjengelig for lokalmedia først, fordi det ut fra de store sprikene tallene viser bør være et stort behov for å debattere tilstanden i helse- og omsorgstjenesten i den enkelte

## Sykepleierdekning: Ti på topp og ti på bunn

Følgende tabell viser de ti kommunene som ifølge Kostra-tall (se [www.ssb.no/kostra](http://www.ssb.no/kostra) for mer informasjon) har best sykepleierdekning:

Kommune	Sykepleierdekning
Moss	5,2
Hurdal	5,1
Sauherad	4,9
Rygge	4,9
Notodden	4,9
Krødsherad	4,8
Nore og Uvdal	4,7
Eidskog	4,4
Tinn	4,4
Granvin	3,0

Denne tabellen viser de ti kommunene som har lavest sykepleierdekning:

Kommune	Sykepleierdekning
Modalen	29,4
Leka	27,1
Storfjord	26,8
Røyrvik	26,1
Lebesby	25,6
Utsira	25,0
Hægebostad	23,9
Kvæfjord	22,7
Iveland	21,9
Gamvik	21,7

Med «sykepleierdekning» menes her antall sykepleierårsverk kommunen har i 2006 per 100 innbyggere i kommunen som er 80 år eller eldre.

## Best vekst – og størst nedgang

Dette er de ti kommunene som har økt sykepleierdekningen mest i årene 2003 til 2006.

Kommune	Økning i sykepleierdekning
Solund	203
Berg	166
Norddal	156
Tysfjord	107
Bjarkøy	97
Suldal	92
Hurum	86
Hægebostad	80
Austevoll	70
Tokke	70
Hjartdal	70

Dette er de ti kommunene som har størst reduksjon i sykepleierdekningen i samme tidsrom:

Kommune	Reduksjon i sykepleierdekning
Lindesnes	-24
Bø (Telem.)	-27
Rødøy	-27
Gaular	-28
Træna	-30
Bykle	-32
Rømskog	-32
Skodje	-33
Nordkapp	-34
Bokn	-39

Disse tallene viser en prosentvis økning i sykepleierdekningen fra 2003 til 2006. Et negativt tall innebærer en redusert sykepleierdekning.

# Hildegunn Sletvold om eldreomsorg

**Yrke:** Vernepleier

**E-post:** hildegunn.slettvold@trondheim.kommune.no

FOTO: Rune Petter Ness



## Ordførere og ansatte svarer – pasientene tier



**FOR HVEM?**  
Undersøkelsen om eldreomsorg ble presentert i Sykepleien nr 11/07.

Hvor er pasientenes vurdering i MMI-undersøkelsen som ble presentert i Sykepleien nr 11/07? Hvem er bedre egnet til å vurdere tjenesten enn de som faktisk mottar tjenestene?

**Ordførerne tar utgangspunkt** i sine planer for kommunene, og om målene er oppnådd. Svarene fra de ansatte har bakgrunn i hvordan de opplever sin arbeidsplass. Ikke noe av dette belyser hvordan de eldre faktisk opplever sitt liv!

Misforstå meg ikke. Jeg synes det er flott at det undersøkes om eldreomsorgen er tilstrekkelig og god nok. Men jeg føler at det blir litt feil at vi som jobber i eldreomsorgen skal svare på om de eldre har det godt nok.

**Hvis jeg nå likevel** skal bruke min subjektive opplevelse på eldreomsorgen i min kommune, og spesielt min arbeidsplass kontra svarene i MMI-undersøkelsen, er jeg enig i mye av svarene de ansatte gir, men ikke fullt så enig i besvarelsene fra ordførerne. Over halvparten av ordførerne mener det er for lav bemanning på sykehjem, men hvordan håndterer de dette?

Det er knapt ett og et halvt år siden bemanning på natt ble sterkt redusert på sykehjemmet hvor jeg jobber. Bemanningen gikk fra å ha et personal per avdeling, samt et personal som gikk mellom to avdelinger, til kun et personal per avdeling. Og ikke lenge etter måtte vi gå ned på helgebemanningen. Dette var faktisk den tiden i uken vi kunne

yte litt ekstra omsorg, som å ta en prat, spille et spill osv, men det måtte fjernes av økonomiske årsaker. Det kan virke som om tiden vi har for å snakke og lytte til de eldre ikke lenger er å yte omsorg.

**Når jeg ser at ordførerne** velger å prioritere å utvide sykehjemstilbudet (34%) de neste fire årene, mens å satse på kultur og aktivitetstilbud og å heve kompetansen ligger langt nede på lista, blir jeg bekymret. Det er selvfølgelig flott at de ønsker å utvide sykehjemstilbudet, men hva med kvaliteten på disse tilbudene? Det handler om å få en verdig og god avslutning på et langt liv. Eldre pleietrengende fortjener å få det de ønsker på sine siste dager, og min oppfatning er at de aller fleste helst ønsker seg ei hånd å holde i, to øyne som ser de som det innholdsrike mennesket de er, to ører å fortelle sin historie til, altså varme og omsorg. Da hjelper det ikke å øke sykehjemstilbudet, kun for at flere eldre skal oppleve å IKKE motta omsorg.

Det hadde vært interessant å høre hva politikerne legger i ordet eldreOMSORG. Jeg tror ganske sikkert at det er veldig forskjellig fra det de ansatte, og spesielt hva de eldre selv legger i ordet. Det er ikke et definert begrep i undersøkelsen, og med

de ulike svarene fra ordførere og ansatte, håper jeg nesten de tolker begrepet forskjellig! Hvis ordførerne mener omsorg betyr at de eldre har tak over hodet og mat på bordet, er det langt fra det de eldre ved mitt sykehjem ønsker og mener med omsorg.

**Sykehjemmet jeg arbeider på** er gammelt, med små dobbeltrom (det går knapt to nattbord mellom sengene) og tre bad med toalett fordelt på 18 brukere. Jeg tviler på at Olga på 90 år tenker at «bare jeg venter i fem år kommer jeg til et nytt og bedre sykehjem»!! Det handler om hvilke tilbud som blir gitt i dag. Det samme gjelder for oss ansatte. Det er stadig blitt lovet bot og bedring, mens vi opplever innsparinger.

Ordføreren i min kommune gikk nettopp ut i media og sa at de har holdt det de lovet, blant annet er det bygd nye sykehjem. Flott! Håper tjenestene de eldre mottar på disse sykehjemmene er gode også. Det er videre sagt at bemanningen i kommunen er økt med 200 ansatte, blant disse er det 16 aktivtører. Dette høres fint ut for dem som ikke er i miljøet til daglig. Vi på vårt sykehjem har ikke sett noe til de nye ansatte. Vi har gått ned i bemanning, og vi sloss daglig for å få en organisering rundt aktivtører som fungerer. Vi føler nesten at vi som ikke er en del av de nye sykehjemmene blir glemte.

**I undersøkelsen kommer** det frem at sykepleiere er den mest

etterspurte faggruppen i eldreomsorgen. Vi har selv sett at det er vanskelig å få en stor søkermasse med sykepleiere til ledige stillinger. Det er rett og slett ikke attraktivt nok å jobbe på sykehjem for sykepleierne. Og det er vel mest for at sykepleierne ikke får den tiden de trenger til å utføre sykepleieoppgaver av god nok kvalitet. Alle de ekstra oppgavene på et sykehjem er falt på sykepleiere og hjelpepleiere, alt fra renhold til kjøkkentjeneste. Bemanningen er kuttet og sykepleiere på sykehjem bruker største delen av dagen i stell. Dette er selvfølgelig en veldig viktig og stor del av arbeidet med de eldre, men sykepleiere trenger tid til å utføre sine egne oppgaver. Jeg synes det er skremmende å se at ergoterapeuter, fysioterapeuter og aktivtører kommer så langt ned på listen over etterspurte faggrupper. Dette gjelder både ordførere og ansatte. Jeg personlig har sett hva denne faggruppen tilfører de eldre – både av stimulanser og aktivitet. Dette er noe de eldre ved min arbeidsplass setter stor pris på, og savnet etter dem er stort.

Dette bringer meg igjen til spørsmålet: for hvem er denne undersøkelsen foretatt? Er det for å se om ordførerne har oppnådd målene, eller er det for å se om de ansatte har en god arbeidsplass, eller er det for å se om de eldre mottar en god nok tjeneste fra eldreomsorgen? Og legger vi det samme i begrepet OMSORG?



# Politikerne må snakke med de ansatte

Ordførerne har et forklaringsproblem, sier valgforsker Frank Aarebrot i en kommentar til spørreundersøkelsen Synovate MMI har utført blant landets ordfører og ansatte i eldreomsorgen (Sykepleien 11/07). Resultatene viser at ordførere og ansatte oppfatter kvaliteten i eldreomsorgen svært forskjellig. Ordførerne maler i stor grad et rosenrødt bilde av tilstanden, mens de ansatte er mer kritiske. Ni av ti ordførere er fornøyde med det meste i pleie- og omsorgstjenestene, mens bare fem av ti ansatte er fornøyde med tilbudet ved sykehjem/eldre-institusjoner. Enda færre – kun tre av ti ansatte er tilfreds med korttidstilbudet. Resultatet for hjemmesykepleien er litt bedre – her sier seks av ti ansatte at de er fornøyde.

Frank Aarebrot viser til manglende kommunikasjon mellom partene. Ordførerne sitter for mye på kontoret fjernt fra de ansatte, samtidig som de ansatte for sjelden banker på ordførerens dør. Han oppfordrer politikere til å snakke mer med de ansatte om hvordan de erfarer tilstanden, og råder ansatte til å være mindre redde for å si fra.

Kommunalminister Åslaug Haga etterlyser bedre kommunikasjon og samhandling mellom ansatte, ledere og politikere. Hun viser til at ansatte har førstehåndserfaring med situasjonen og må bli vist tillit når de kommer med råd om hvordan kvaliteten på tjenesten kan bedres.

Det skulle være selvsagt at fagkompetanse og førstehåndserfaring ble etterspurt og lyttet til i eldreomsorgen, på lik linje med andre samfunnssektorer. Likevel opplever ansatte at deres meldinger avfeies som krisemaksimering, og at meldinger om uforsvarlig situasjoner grunnet lav beman-

ning møtes med spørsmål om ansattes moral og holdninger. Når slik respons kobles med trusler om brudd på taushetsplikt, eller med at negativ oppmerksomhet kan føre til fremtidsangst blant kommunens eldrebefolkning, er det lett å forstå at ansatte vegrer seg for å følge Aarebrots råd om å «banke på ordførernes dør».

Hva er så løsningen? Jeg er enig med både Aarebrot og Haga, men det er ikke tilstrekkelig. Det må i tillegg satses på å tilby personalet etter- og videreutdanning. Ikke bare om fagspesifikk kunnskap, men også i forhold til kommunaløkonomi, jus og forvaltning. På denne måten vil forutsetningene bedres for at personalets budskap blir formidlet i et språk som politikere og byråkrater gjenkjenner og er vant til å forholde seg til. Ikke bare blir det lettere å bli hørt. Slik kunnskap styrker også helsearbeidernes mot og forpliktelse til å varsle om uforsvarlige eller uverdige forhold.

Dessuten vil kunnskap om kvalitetsforskrifter og lovfestede pasientrettigheter styrke pleiepersonalets evne til å skjelle mellom hvilken kvalitet på tjenestetilbudet som de selv er ansvarlige for, og hva som er politikernes ansvar gjennom å bevilge tilstrekkelige ressurser til at lov og kvalitetsforskrifter kan overholdes. Alt for mange langtidssykemeldinger i eldreomsorgen har sin årsak i at pleiepersonalet har blitt syke av å gå på akkord med sin faglige og moralske samvittighet. Når de dag etter dag går hjem med følelsen av å ikke strekke til, til tross for intense arbeidsdager med tunge løft og mange gjøremål, sliter det på helsen. Hvis de samtidig opplever manglende forståelse for at bemanningen må økes dersom pasientene skal få den kvaliteten på pleie- og omsorg som staten

lover gjennom kvalitetsforskriftene for tjenestene, forsterkes belastningen. Derfor er det viktig at politikere har tillit til personalets budskap, slik Haga påpeker, men det er ikke nok. Politikere må i tillegg ville sette seg inn i hvor komplekst og krevende arbeidet i denne sektoren har blitt. Pasienter som tidligere ble behandlet på spesialavdelinger på sykehuset, behandles i økende grad i kommunene. Eldre på sykehjemmene er langt sykere enn for bare få år tilbake. Politikere må også ta på alvor sitt arbeidsgiveransvar for innhold og kvalitet på tjenesten, og skaffe seg innsikt i hvilke ressurser som er nødvendig for å virkeliggjøre den kvaliteten de ønsker. De ansatte på sin side må anvende lover og forskrifter når de argumenterer for bedre omsorgsvilkår på vegne av pasientene.

Resultater fra et nylig avsluttet prosjekt ved Høgskolen i Bergen om etter- og videreutdanning i kommunehelsetjenesten (EVUK) viser at satsing på kompetanseutvikling nytter. Av 75 helsearbeidere fra fire hordalandskommuner, sier nesten alle at de anvender sin nye kompetanse i arbeidet med pasienter/beboere. Videre at de også anvender den i dokumentasjon, veiledning og kvalitetsutvikling. I tillegg til faglig og personlig utbytte, svarer nesten alle at de er blitt dyktigere helsearbeidere og mer opptatt av faglig forbedring.

Ni av ti har fått mer lyst til å forsette å arbeide i pleie- og omsorgssektoren i kommunen.

Vår erfaring etter fire års arbeid med politikere, ledere og ansatte er at nøkkelen til god eldreomsorg er å satse tid og ressurser på kompetansetilbud til dem som i dag er ansatt i sektoren. Når politikere, byråkrater og ansatte samarbeider om å utvikle visjon

og konkrete kvalitetsplaner for eldreomsorgen, og politikere følger opp med å bevilge penger til nødvendig kompetanseutvikling for å nå målene, har vi erfart at kommunikasjon, felles forståelse og tillit til hverandres kompetanse kommer som positive tilleggsgvinster. Noe som igjen gjør det lettere å oppnå forståelse for hvilke ressurser som behøves for å virkelig gjøre visjoner om god tjenestekvalitet i kommunehelsetjenesten.

Tone Elin Mekki



Tone Elin Mekki er førstelektor ved Høgskolen i Bergen.

## Feil tlf.nr.

I vår faste spalte «Dilemma» har vi trykket feil telefonnummer i oppfordringen til å komme med reaksjoner på temaene som tas opp på sidene. Det riktige nummeret er: **22 04 33 67**.

Cand. theol. Agnes Vold (1912-1994) vart tilsett som sjelesørgjar ved Ullevål sykehus i 1949.



PIONER: Agnes Vold var den første kvinnelege cand. theol. som fekk fullmakt til å forvalte sakramenta. Her i arbeid med pasientar på Ullevål sykehus i 1951.

## Kvinneleg sjelesorg

I 1903 fekk kvinnene adgang til å røyste ved kyrkjelydsmøte på linje med menn. Her var kyrkja tidleg ute. Vanleg røysterett for kvinner vart først innført i 1913.

Meir strid var det til spørsmålet om kvinner sin rett til å forkynne Guds ord.

Biskop Eivind Berggrav var talsmann for ei særleg kvinneleg teneste i kyrkja. I 1936 fremja han eit framlegg om å opprette ei slik kyrkjeleg teneste, som han ikkje ville skulle vere ei presteneste. Målet var tydeleg nok å oppnå eit kompromiss i kvinneprestspørsmålet. Bispemøtet sette ned ein komité som skulle greie ut om

spørsmålet. I innstillinga som kom i 1937, avgrensa komiteén klart denne kvinnelege tenesta i forhold til presteembetet. Biskopane med Berggrav i spissen ville gå lenger enn komiteén. Bispemøtet ville gjere den kvinnelege tenesta til ei sjølvstendig teneste. Men på grunn av krigen vart spørsmålet om ei særskilt kvinneleg kyrkjelydsteneste lagt på is.

Etter krigen vart arbeidet for ei alternativ kyrkjelydsteneste teke opp igjen. Framleis diskuterte ein på kyrkjeleg hald ei særskilt kyrkjelydsteneste for kvinner som eit alternativ til presteneste. I 1947 gjekk Bispemøtet inn for

ei lek kyrkjelydsteneste for både menn og kvinner. Ved kongeleg resolusjon av 28. januar 1949 vart det vedteke at biskopen kan innvie leke kristne, menn og kvinner, til kyrkjelydsteneste når vedkommande er tilsett til ei slik teneste i ein kyrkjelyd eller ved ein institusjon. Cand. theol. Cand. theol. Agnes Vold (1912-1994) vart tilsett som sjelesørgjar ved Ullevål sjukehus. Ho vart tilsett og lønna av Indremisjonen. Arbeidet hennar var omlag det same som det ein sjukehusprest gjorde, men ho kunne ikkje forvalte sakramenta. 31. desember 1950 vart ho også, med biskop Berggrav til stades,

innvigd til å forvalte sakramenta. Dette førte til ny debatt.

Dei konservative geistlege gjekk inn for å få ei ikkje-geistleg kvinneleg stilling. Etter at Berggrav gjekk av som biskop ved utgangen av 1950, vart desse kreftene meir dominerande i bispekollegiet. Ein ville demme opp for kvinneleg presteneste ved å kanalisere kvinner inn i ei særskilt stilling og ved å avgrense denne stillinga mest mogleg frå prestenesta.

Kilde: Hallgeir Elstad: Kvinnelege prestar i Noreg. Det teologisk institutt, 1999.

tekst **Bjørn Arild Østby**  
foto **NTB / Scanpix**

## Ny direktør i Kongsvinger

**Grethe Fossum** er ansatt som ny direktør ved sjukehuset i Kongsvinger. Hun tiltrer 1. september. Den tidligere Arbeiderparti-politikeren var stortingsrepresentant fra 1990 til 2001, og de siste årene har hun vært rådmann i Grue kommune.

– Sykehuset Innlandet har satt mye inn på å finne en godt kvalifisert og egnet person til stillingen. Vi er derfor svært tilfreds med den tilsetning som nå er foretatt, heter det i en pressemelding fra helsefortaket. I fjor ble Fossum medlem av styret for Sjukehuset Innlandet, et verv hun nå har sagt fra seg.



Foto: Marit Fonn

## To midlertidige professorer

Professor **Per Nortvedt** er ansatt som professor II i sykepleievitenskap ved Avdeling for sykepleierutdanning ved Høgskolen i Oslo (HiO) i 20 prosent stilling fra 1. august og ett år framover.

Han er 55 år, og er sykepleier og etiker. Siden 1993 har han arbeidet ved Universitetet i Oslo, og ble professor i juni 2005. Han er fram til midten av august ansatt som professor II ved Senter for profesjonsstudier. Denne stillingen fratrer han nå.

– Med denne professor-II-tilsetningen får vi enda mer høy sykepleieviten-



Foto: Marit Fonn

skapelig kompetanse ved Avdeling for sykepleierutdanning, sier dekan Vigdis Granum.

Avdelingen har en ledig professorstilling i sykepleievitenskap etter Astrid Wahl. Stillingen har vært utlyst uten respons. Det finnes under ti norske professorer i sykepleievitenskap i Norge, og HiO har tre av dem. Høgskolene nesten overbyr hverandre i gode betingelser for å få tak i denne kompetansen, forteller Granum.

Professor Per Nortvedt er ansatt som midlertidig kompensasjon for den ledige professorstillingen. Han har hovedjobben på Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo.

1. amanuensies **Berit Sæteren** er også ansatt i en tilsvarende stilling. Hun er sykepleier og har doktorgrad i vårdvitenskap. Hun arbeider som forsker på Radiumhospitalet.

## Unio inn i SSP-styret

Seniorrådgiver og advokat **Jan Olav Bjergene** er valgt inn i styret i SSP, Senter for seniorpolitikk. Dette er et kompetansesenter som arbeider med stimulering og utvikling av god seniorpolitikk i privat og offentlig sektor. SSP skal synliggjøre eldres ressurser og utviklingsmuligheter, utvikle et inkluderende og godt arbeidsmiljø for alle arbeidstakere i virksomhetene, og etablere et utvidet samarbeid om seniorpolitikk mellom arbeidslivets organisasjoner og mellom organisasjonene og myndighetene.



# GARDASIL®

## – den første vaksinen som skal forhindre livmorhalskreft\*

- Før livmorhalskreft oppstår, skal **GARDASIL®** forhindre høygradig livmorhalsdysplasi\* og har i tillegg påvist effekt mot lavgradig livmorhalsdysplasi\*
- Utover livmoren, skal **GARDASIL®** forhindre også forstadier til vulvakreft og kjønnsvorter\*

Dette er tilstander som forårsakes av humant papillomavirus type 6, 11, 16 og 18\*

For å beskytte barn, ungdom og unge kvinner i alderen 9 til 26 år

**Beskyttelse fra 4 humane papillomavirus typer, før livmorhalskreft og utover livmorhalsen\***

REF: \*Norsk SPC



**GARDASIL®**  
Vaksine mot humant papillomavirus  
Type 6,11,16,18  
Rekombinant, adsorbent

06-2007-NO-032-01 Artellino

C1

### Gardasil® «Sanofi Pasteur MSD»

Vaksine mot humant papillomavirus. ATC-nr.: J07B M01  
**INJEKSJONSVÆSKE, SUSPENSJON:** Hver dose inneholder: Humant papillomavirus (HPV) type 6 L1-protein ca. 20 µg, type 11 L1-protein ca. 40 µg, type 16 L1-protein ca. 40 µg, type 18 L1-protein ca. 20 µg, natriumklorid, L-histidin, polysorbat 80, natriumbor- rat, aluminium (som amorf aluminiumhydroksyfosfatulfatdjuvans) 225 µg, vann til injeksjonsvæsker.

**INDIKASJONER:** Vaksine som skal forhindre høygradig cervical intraepitelial neoplasia (CIN 2/3), cervixcancer, høygradig vulvudysplastiske lesjoner (VIN 2/3) og kjønnsvorter (condyloma acuminata) som har årsakssammenheng med humant papillomavirus (HPV) av typene 6, 11, 16 og 18. Indikasjonen er basert på effekt hos voksne kvinner fra 16 til 26 år og påvist immunogenisitet hos 9 til 15 år gamle barn og ungdom. Beskyttelseseffekt er ikke undersøkt hos menn. Bruken av Gardasil skal følge offentlige anbefalinger.

**DOSERING:** Primær vaksinasjon: 3 separate doser på 0,5 ml gis ved måned 0, 2 og 6. Ved en alternativ vaksinasjonsplan gis den 2. dosen minst 1 måned etter den 1. dosen, og 3. dose gis minst 3 måneder etter 2. dose. Alle 3 dosene må gis innenfor en periode på ett år. Behovet for boosterdose er ikke klarlagt. Barn: Ikke anbefalt hos barn <9 år pga. utilstrekkelige data vedrørende immunogenisitet, sikkerhet og effekt. Gis intramuskulært, fortrinnsvis i overarmens deltoidmuskel eller i det øvre anterolaterale området på låret. Må ikke injiseres intravaskulært. Subkutan og intradermal administrering er ikke undersøkt, og anbefales derfor ikke.

**KONTRAINDIKASJONER:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Ved symptomer som tyder på overfølsomhet, må det ikke gis flere doser. Vaksinerings utsettes hos personer som lider av akutt, alvorlig febersykdom. Mindre infeksjon, som en lett øvre luftveisinfeksjon eller lett feber, er ikke kontraindikasjon for vaksinasjon.

**FORSIKTIGHETSREGLER:** Hensiktsmessig medisinsk behandling må alltid være tilgjengelig i tilfelle sjeldne anafylaktiske reaksjoner. Det er usikkert om alle som får vaksinen beskyttes. Vaksinen beskytter bare mot sykdommer som forårsakes av HPV-typer 6, 11, 16 og 18. Anbefalte forsiktighetsregler for beskyttelse mot seksuelt overførbare sykdommer må følges. Beskytter ikke mot eksisterende HPV-infeksjoner. Har ikke terapeutisk effekt og er derfor ikke indisert som behandling for cervixcancer, høygradige cervix-, vul-

va- og vaginaldysplasi eller kjønnsvorter, eller for å hindre utviklingen av andre etablerte HPV-relaterte lesjoner. Vaksinasjon er ikke erstatning for regelmessig cervix-screeningundersøkelse, og regelmessig screening iht. lokale anbefalinger er fortsatt viktig. Det foreligger ikke data om bruk hos personer med svekket immunrespons. Personer med svekket immunrespons, uavhengig av årsak, kan ha redusert respons på vaksinen. Må gis med forsiktighet ved trombocytopeni eller annen koagulasjonssykdom, fordi det etter en i.m. injeksjon kan oppstå blødning. Varighet av beskyttelsen er ikke kjent. Vedvarende beskyttelseeffekt har vært påvist i 4-5 år etter fullført primær vaksinasjon på 3 doser.

**INTERAKSJONER:** Kan gis sammen med hepatitt B-vaksine på et annet injeksjonssted, på samme tidspunkt. Andel personer som oppnådde et beskyttende nivå av anti-HB  $\geq 10$  mIU/ml ble ikke påvirket, men anti-HBs geometrisk middelveiditet var lavere når vaksinen ble gitt samtidig. Den kliniske betydningen av dette er ukjent. Samtidig bruk med andre vaksiner har ikke vært undersøkt. Bruk av hormonelle prevensjonsmidler synes ikke å påvirke immunresponsen på Gardasil.

**GRAVIDITET/AMMING:** Overgang i placenta: Begrensede data indikerer ingen sikkerhetsrisiko, men bruk under graviditet anbefales ikke.

Overgang i morsmelk: Kan gis til ammende.

**BIVIRKNINGER:** Hvypige (>1/100): Feber. Reaksjoner på injeksjonsstedet: Erytem, smerte, hevelse, hemoragi, pruritus.

**Sjeldne (<1/1000):** Hud: Urticaria. Luftveier: Bronkospasme. Muskel-skjelettsystemet: Uspesifikk artitt.

**OVERDOSERING/FORGIFTNING:** Symptomer: Ved høy dosering synes bivirkningsprofilen å være sammenlignbar med det som er observert ved enkelt doser.

**EGENSKAPER:** Klassifisering: Rekombinant, adsorbent, ikke-infeksiøs vaksine laget av høyrenesede viruslignende partikler (VLP) fra hoved L1-kapsidprotein hos HVP-type 6, 11, 16 og 18. Produsert i gjærceller vha. rekombinant DNA-teknologi. VLP inneholder ingen virus-DNA og kan ikke infisere celler, reproducere eller forårsake sykdom. **Virkningsmekanisme:** HPV infiserer bare mennesker, men forsøk på dyr med analoge papillomavirus antyder at L1 VLP-vaksiner beskytter ved utvikling av en humoral immunrespons. Terapeutisk serumkonsentrasjon: Minimum beskyttende antistoffnivå er ikke identifisert. Innen 1 måned etter 3. dose hadde 99,9 % antistofftiter mot HPV 6, 99,8 % mot HPV 11 og HPV 16, og 99,6 % mot HPV 18. Eksakt varighet av immunitet etter primær vaksinasjon med 3 doser er ikke fastslått. Bevis på immunologisk hukommelse

ble sett hos vaksinerte personer som var antistoffpositive for relevant humant papillomavirus type(r), før vaksinasjonen. I tillegg viste en undergruppe av vaksinerte personer som fikk en tilleggsdose 5 år etter vaksinasjon, en hurtig og sterk antistoffrespons (tegn på immunologisk hukommelse) som var større enn anti-HPV geometrisk middelveiditet, 1 måned etter den 3. dosen i primær vaksinasjonen. Basert på klinisk immunogenisitetssammenligning kan en anta at vaksinen også har beskyttelseeffekt hos jenter fra 9-15 år. Immunogenisitet og sikkerhet er vist hos gutter 9-15 år. Beskyttelseeffekt er ikke evaluert hos menn.

**OPPBEVARING OG HOLDBARHET:** Oppbevares i kjøleskap (2-8°C). Må ikke fryses. Beskyttes mot lys.

**ANDRE OPPLYSNINGER:** Hele den anbefalte vaksinedosen må benyttes. Ristes godt for bruk. Etter risting er innholdet en litt uklær, hvit suspensjon. Innholdet i sprøyten inspiseres visuelt for partikler og misfarging før injeksjon. Kast legemidlet dersom det inneholder partikler eller er misfarget. Bruk én av de vedlagte kanylene til vaksinasjonen. Sikkerhetsmekanismen vil ikke aktiveres med mindre hele dosen er gitt! Sikkerhetsmekanismen er ment å dekke kanylen etter at vaksinator har injisert vaksinen og sluppet stempelet. Må ikke blandes med andre legemidler. Destruksjon: Ikke anvendt legemiddel eller avfall bør destrueres i overensstemmelse med gjeldende bestemmelser.

**PAKNINGER OG PRISER:** Endosesprøyte med sikkerhetsmekanisme og to kanyler: 0,5 ml kr 1259,40. *Sist endret: 23.11.2006*

HPV 16 og 18 er ansvarlig for omtrent 70% av tilfellene av høygradig cervical intraepitelial neoplasia (CIN 2/3) og adenocarcinoma in situ (AIS) av høygradig vulvudysplasi (VIN 2/3) hos unge kvinner før menopause.



sanofi pasteur MSD  
vaksiner for livet

## Nyhet!

## Nyhet!

SPIRIVA® nå på § 10a også  
for allmennpraktikeren

“

”



... **SPIRIVA®** påvirker den kliniske utviklingen av KOLS og kan hjelpe pasientene dine til å leve bedre med sykdommen<sup>1,2</sup>

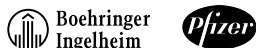
**SPIRIVA®** 1x daglig hemmer kolinerg bronkokonstriksjon i mer enn 24 timer<sup>3,4</sup>:

- reduserer "air trapping"<sup>3</sup> ...
- forbedrer luftstrømmen<sup>3</sup> ...
- øker utholdenheten<sup>1</sup> ...
- reduserer antall eksaserbasjoner<sup>5,6</sup> ...

**SPIRIVA®** kan forbedre måten pasientene dine lever med KOLS<sup>1,6</sup>



Livet. Skal leves videre... **SPIRIVA®**  
(tiotropium)



**SPIRIVA®** er utviklet av Boehringer Ingelheim, og blir markedsført av både Boehringer Ingelheim og Pfizer. Med enerett. Du finner mer informasjon i sammendraget av produktbeskrivelsen.

SPIRIVA® refunderes etter § 10a, jf § 9 punkt 45. Spirometriundersøkelse skal være utført og FEV1 skal være mindre enn 65% av forventet. Atrovent® skal ha vært prøvd. FEV1 verdi og begrunnelse for at nevnte preparat ikke kan benyttes skal oppgis i søknaden. Ikke krav om at behandlingen skal være instituert av spesialist. For nærmere beskrivelse av refusjonsbestemmelsene, gå inn på [www.spiriva.no](http://www.spiriva.no).