

De tjener mer enn sine norske kolleger. De har flere strenger å spille på. Og etter Barack Obamas helsereform vil amerikanske sykepleiere være mer ettertraktede enn noensinne.

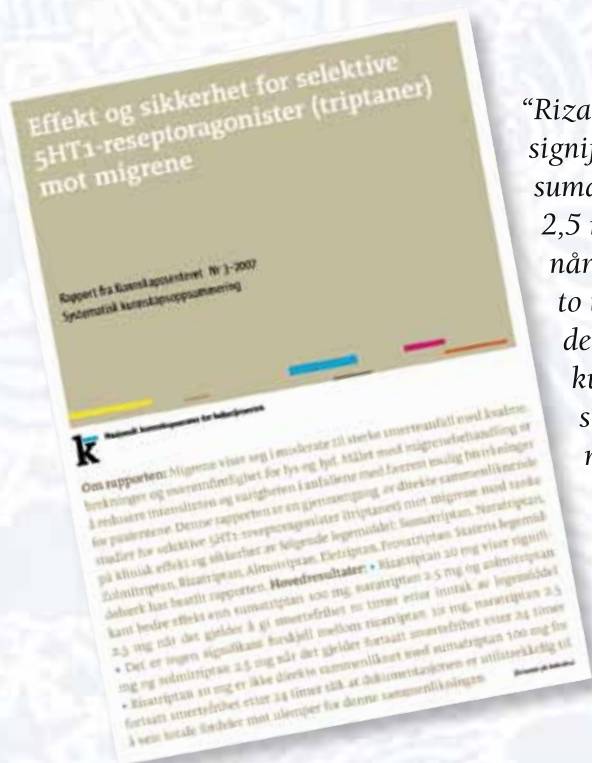
USA



La migrenepasienten prøve ut hvilken medisin som virker best¹...

I en rapport fra Kunnskapscenteret^{2*}:

MAXALT® 10 mg viste signifikant bedre effekt på smertefrihet etter 2 timer enn sumatriptan 100 mg^{3a}, naratriptan 2,5 mg^{4b} og zolmitriptan 2,5 mg^{5c}



“Rizatriptan 10 mg viser signifikant bedre effekt enn sumatriptan 100 mg, naratriptan 2,5 mg og zolmitriptan 2,5 mg når det gjelder å gi smertefrihet to timer etter inntak av legemiddelet. Dette er viktig for å kunne kupere et migreneanfall tidlig slik at pasienten kan fortsette med sine vanlige gjøremål og ikke være så lenge ute av aktivitet.”²

*En systematisk oversikt over 16 randomiserte direkte sammenlignende studier av flere triptaner.


Vanligste rapporterte bivirkninger for MAXALT er svimmelhet, søvnighet og asteni/tretthetsfølelse. Bivirkningsprofilen er lik for tabletter og smeltetabletter. Svært sjeldent rapportert er myokardisk ischemi eller infarkt, slag. De fleste av disse bivirkningene er blitt rapportert hos pasienter med risiko for koronar arteriesykdom.

^an=1099, p<0.05. ^bn= 522, p<0.001. ^cn= 766, p=0.041. Se studiedesign på baksiden for mer informasjon.

Referanser: 1. Statens legemiddelverk; Migrenemidler på blå resept (27.05.2008). 2. Nasjonalt kunnskapscenter for helsejenseten, rapport nr 3 - 2007. 3. Tfelt-Hansen P, Teall J, Rodriguez F et al. Oral rizatriptan versus oral sumatriptan: a direct comparative study in the acute treatment of migraine. Rizatriptan 030 Study Group. Headache. 1998;38(10):748-755. 4. Bomhof M, Paz J, Legg N, Allen C, Vandormael K, Patel K. Comparison of rizatriptan 10 mg vs. naratriptan 2.5 mg in migraine. Eur Neurol. 1999;42(3):173-179. 5. Pascual J, Vega P, Diener HC, Allen C, Vrijens F, Patel K. Comparison of rizatriptan 10 mg vs. zolmitriptan 2.5 mg in the acute treatment of migraine. Rizatriptan-Zolmitriptan Study Group. Cephalalgia: an international journal of headache. 2000;20(5):455-461.

Før forskrivning av MAXALT®, vennligst se preparatomtalen.

MAXALT® er et registrert varemerke tilhørende Merck Sharp & Dhome Corp., et datterselskap av Merck & Co. Inc. Whitehouse Station, NJ, USA. Copyright © 2009 Merck Sharp & Dhome Corp., et datterselskap av Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, NJ, USA. All rights reserved. 12-2011-MXT-2009-SCAN(NO)-4729-J

 **MSD** MSD (Norge) AS, Postboks 458 Brakerøya, 3002 Drammen, telefon 32 20 73 00, telefaks 32 20 73 10

Maxalt®
(rizatriptan, MSD)



Nettet øker!

Vi vet at bladet som du nå holder i hendene leses grundig og av mange. Hele 205.00 leser i gjennomsnitt Sykepleien i 60 minutter. Dette er veldig gode tall ifølge Synovate som står for målingen.

Våre nettsider inneholder mye av det samme stoffet, men i tillegg så mye mer. Du kan daglig følge med på hva som skjer, diskutere med andre samt se enda flere stillingsannonser. Du kan delta på konkurranser og du kan enkelt finne fagstoff som du trenger.

Besøk dine nettsider i dag!

sykepleien.no

c Maxalt MSD

c Maxalt Rapitab MSD

Migrenemiddel.

ATC-nr.: N02C C04

T TABLETTER, udrasjerte 5 mg og 10 mg: Maxalt: Hver tablett inneholder: Rizatriptanbenzoat tils. rizatriptan 5 mg, resp. 10 mg, laktosemonohydrat 30,25 mg, resp. 60,5 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Rødt jernoksid (E 172). **SMELETABLETTER 10 mg: Maxalt Rapitab:** Hver smeltablett inneholder: Rizatriptanbenzoat tils. rizatriptan 10 mg, mannitol 15 mg, aspartam, hjelpestoffer: Peppermynstesmak.

Indikasjoner: Akutte anfall av hodepinefasen av migrene, med eller uten aura.

Dosering: Skal ikke brukes profylaktisk. Tablettene bør svelges hele med litt væske. Smeltablettene er pakket i blister med en aluminiumspose. Pasienten må informeres om at blisteren ikke må fjernes fra den ytre posen før umiddelbart før dosering. Blisterpakken må åpnes med tørre hender, og smeltabletten legges på tungen hvor den løses umiddelbart og kan svelges ned med spytt. Væsketilførsel er ikke nødvendig. **Voksne (18 år og eldre):** Anbefalt dose: 10 mg. Gjentatt dosering: Det bør gå minst 2 timer mellom hver dose. Maks. 2 doser pr. 24 timer. Hvis hodepinen kommer tilbake innen 24 timer etter lindring av første migreneanfallet, kan doseringen gjentas. Kliniske studier har vist at pasienter som ikke responderer på behandling av ett anfalle sannsynligvis vil respondere ved senere anfalle. Enkelte pasienter som samtidig behandles med propranolol, og pasienter med mild eller moderat redusert lever- eller nyrefunksjon, kan ha nytte av 5 mg tablett. Det bør gå minst 2 timer mellom hver dose og maks. 2 doser i løpet av 24 timer. **Barn (under 18 år):** Anbefales ikke til pasienter under 18 år, da effekten hos disse ikke er klarlagt. **Pasienter >65 år:** Sikkerhet og effekt av rizatriptan hos pasienter eldre enn 65 år er ikke systematisk evaluert. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for rizatriptan eller noen av de andre innholdsstoffene. Samtidig behandling med monaminoksidase (MAO)-hemmere. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for rizatriptan eller noen av de andre innholdsstoffene. Samtidig behandling med monaminoksidase (MAO)-hemmere. **Interaksjoner:** MAO-hemmere. **MAO-hemmere:** Moderat alvorlig, alvorlig eller ubehandlet mild. Etablert koronar arterie sykdom, inkl. ischemisk hjertesykdom (angina pectoris, myokardinfarkt i anamnesen eller dokumentert stum ischemi), tegn og symptomer på ischemisk hjertesykdom, Prinzmetals angina. Perifer karsykdom. Alvorlig nedsatt lever- eller nyrefunksjon. Maxalt er kontrainisert hos pasienter med slag eller transitoriske iskemiske anfalle i anamnesen. Samtidig bruk av rizatriptan og ergotamin, ergotderivater (inkl. metysergid) eller andre 5HT_{1D}-reseptoragonister.

Δ Forsiktighetsregler: Skal bare gis til pasienter med fastlagt migrenediagnose. Skal ikke gis til pasienter med basilarismigrene eller hemiplegisk migrene. Skal ikke anvendes til behandling av «atypisk» hodepine, dvs. hodepine som kan forbindes med potensielt alvorlige sykdommer (f.eks. slag, sprukket aneurisme) hvor cerebrovaskulær vasokonstriksjon kan være skadelig. Rizatriptan kan bli forbundet med forbigående symptomer inkl. brystsmerte og stråling av pasienten, spesielt i begynnelsen av behandlingen og ved økning av dosen. Serotoninerget syndrom kan føre til mentale endringer (f.eks. opphisselse, hallusinasjoner, koma), autonom ustabilitet (f.eks. takykardi, ustabilit blodtrykk, hypertermi), neuromuskulære avvik (f.eks. hyperrefleksi, mangel på koordinasjon) og/eller gastrointestinale symptomer (f.eks. kvalme, oppkast, diaré). **Bivirkninger:** kan oppetre hyppigere ved samtidig bruk av triptaner (5-HT_{1D}-reseptoragonister) og johannesurt (Hypericum perforatum). Mulighet for interaksjoner bør vurderes når rizatriptan gis til pasienter som også bruker CYP 2D6-substrater. Angioødem (f.eks. hevelse i ansikt, tunge og svelg) kan forekomme hos pasienter som behandles med rizatriptan. Hvis det er hevelse i tunge eller svelg, bør pasienten holdes under medisinsk oppsyn til symptomene er forsvunnet. Behandlingen bør avsluttes umiddelbart og erstattes med et preparat som tilhører en annen gruppe legemidler. Langvarig inntak kan medføre en forverring av hodepinen (MOH-medication-overuse headache). Ved overforbruk av smertestillende bør diagnosen MOH mistenkes dersom pasienten har daglig hodepine, til tross for (eller pga.) regelmessig inntak av smertestillende for hodepine. Behandlingen bør seponeres. Personer med hodepine av arvelig type kan ha økt risiko for hodepine ved bruk av rizatriptan. Pasienter med fenyketonuri bør informeres om at smeltablettene inneholder aspartam (som inneholder fenylalanin). Søvnighet og/eller svimmelhet kan oppetre som et resultat av migrene eller behandling av denne. Pasienten må derfor vurderes sine evne til å utføre komplekse oppgaver under et migreneanfalle og etter inntak av rizatriptan.

Interaksjoner: Rizatriptan metaboliseres hovedsakelig via monaminoksidase A (MAO-A). Plasmakonsentrasjoner av rizatriptan og dets aktive N-monodesmetilmetylmetabolitt øker når rizatriptan blir gitt samtidig med en selektiv, reversibel MAO-A-hemmer. Lignende eller mer uttalt effekt er forventet med ikke-selektive, irreversible MAO-hemmere. Plasmakonsentrasjonen av rizatriptan kan øke når det gis samtidig med propranolol. Økningen (gjennomsnittlig økning i AUC og C_{max} på 70-80%) skyldes sannsynligvis førstepassasje metabolsk

interaksjon mellom de to preparatene siden MAO-A spiller en rolle i metabolismen av begge. En teoretisk mulighet for at et serotonin-syndrom (svakhet, hyperrefleksi, koordinasjonsforstyrrelser) kan forekomme, kan ikke utelukkes når rizatriptan gis samtidig med SSRI. Tilfeller av livstruende serotoninerg syndrom er rapportert ved kombinert bruk av selektive serotoninreopptakshemmere (SSRI)/serotonin-noradrenalinreopptakshemmere (SNRI) og triptaner. Rizatriptan hemmer cytokrom P-450 2D6 (CYP 2D6) in vitro ved konsentrasjoner som er ca. 10 ganger høyere enn C_{max} hos pasienter. Muligheten for interaksjon bør vurderes når rizatriptan gis til pasienter som behandles med CYP 2D6-substrater.

Graviditet/Amning: Overgang i placenta: Sikkerheten ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. Dyrestudier indikerer ikke reproduksjonstoksiske effekter. Dette betyr ikke nødvendigvis fravær av skadelige effekter på humane foster. Rizatriptan bør derfor bare brukes under graviditet dersom fordelene oppveier en mulig risiko. **Overgang i morsmelk:** Studier på rotter indikerer svært høy overgang i morsmelk. Det er ikke kjent om barn som ammes kan påvirkes. Risiko for påvirkning av barnet reduseres dersom amming unngås de første 24 timer etter behandling.

Bivirkninger: De vanligste bivirkningene er svimmelhet, søvnighet og asteni/tretthetsfølelse. **Hyppige (>1/100):** Gastrointestinale: Kvalme, oppkast, mavesmerter, munntørrhet, diaré, dyspepsi, tørste. Hud: «Flushing», pruritus, svette, urticaria. Luftveier: Svelgeplager, dyspné. Muskel-skjelettsystemet: Nakkesmerter, stivhet, tyngde- og trykkfølelse med varierende lokalisasjon, muskelsvakhet. Sentralnervesystemet: Hodepine, parestesier, redusert mental årvåkenhet, søvnløshet, hypesesi, tremor, ataksi, nervøsit, vertigo, manglende orienteringsevne. Sirkulatoriske: Hjertesbank, takykardi, hetetokter, hypertensjon. Syn: Tåkesyn. Øvrige: Asteni/tretthet, brystsmerte, søvnighet, svimmelhet. **Sjeldne (<1/1000):** Hud: Angioødem (f.eks. hevelse i ansikt, tunge, svelg), utslett, toksisk epidermal nekrolyse. Luftveier: Pipende pust. Muskel-skjelettsystemet: Ansiktssmerter. Neurologiske: Smaksforstyrrelser/vond smak, synkope, serotoninerg syndrom (svært sjelden). Sirkulatoriske: Myokardisk ischemi eller infarkt, slag. De fleste av disse bivirkningene er rapportert hos pasienter med risiko for koronar arterie sykdom.

Overdosering/Forgiftning: Rizatriptan 40 mg (som enkeltdose eller fordelt på 2 doser med 2 timers intervall) ble vanligvis godt tolerert. 80 mg rizatriptan i løpet av 2-4 timer ga følgende symptomer: Bradykardi, oppkast og svimmelhet 3 timer etter inntak. Tredje grads AV-blokk som responderte på atropin ble observert 1 time etter at de øvrige symptomene startet. Synkope, inkontinens og systolisk pause umiddelbart etter smertefull venaepunktur kom 2 timer etter inntak. I tillegg kan hypertensjon eller mer alvorlige kardiovaskulære symptomer oppetre etter en overdosering. **Behandling:** Gastrointestinal tømning (f.eks. maveskylling etterfulgt av aktivt kull) bør overveies ved mistanke om overdosering. Klinisk observasjon og EKG-monitorering bør fortsette i minst 12 timer, selv om kliniske symptomer ikke er sett. Effekten av hemo- eller peritonealdialyse på serumkonsentrasjonen av rizatriptan er ikke kjent.

Pakninger og priser: Maxalt: Tabletter: 5 mg: Enpac: 6 stk. kr 353,60. **10 mg:** Enpac: 3 stk. kr 208,30, 6 stk. kr 364,40, 18 stk. kr 1023,10. **Maxalt Rapitab: Smeltabletter:** Endose: 3 stk. kr 208,30, 6 stk. kr 364,40, 18 stk. kr 1023,10.

Refusjon: **Refusjonsberettiget bruk:** Akutt behandling av hodepinefasen ved migrene med eller uten aura. **Refusjonskode:** ICPC: N89 Migrene (139, 140). ICD: G43 Migrene (139, 140). **Vilkår:** (139) En hodepinekalender skal brukes ved oppstart og endring av migrenebehandling. Det skal dokumenteres i journalen at hodepinekalender er brukt. Hvis bruk av hodepinekalender ikke kan gjennomføres, må årsaken journalføres. (140) Ved oppstart og endring av behandling skal sumatriptan tablett forsøkes først. I tillegg kan inntil 2 andre triptan-preparater forskrives samtidig. Hvert forskrevne triptan-preparat skal forsøkes ved minst 3 migreneanfalle med mindre pasienten opplever uakseptable bivirkninger. Pakningsstørrelsen forskrevet skal være tilpasset antall doseringer nødvendig for utprøving. - Hvis pasienten ikke oppnår ønsket effekt eller får uakseptable bivirkninger av triptan-preparatene som er forsøkt, kan ytterligere 3 triptan-preparater forskrives samtidig. - Etter utprøving kan pasienten fortsette behandling med andre triptan-preparater enn sumatriptan tablett kun dersom det i hodepinekalenderen er vist at: 1. De har bedre effekt og/eller mindre bivirkninger enn sumatriptan tablett, eller 2. Sumatriptan tablett alene ikke er tilstrekkelig for optimal anfallebehandling. - Årsaken til behandling med andre triptan-preparater enn sumatriptan tablett skal dokumenteres i journalen.

Sist endret: 09.01.2007

Studiendesign: ^a A randomized, double-blind, triple-dummy, parallel-group, placebo-controlled trial compared the efficacy and tolerability of MAXALT 5 mg and 10 mg versus sumatriptan 100 mg in the treatment of a single migraine attack. The 1099 migraine sufferers who took study drug were randomized to receive a single dose of MAXALT 5 mg tablets (n = 164), MAXALT 10 mg tablets (n = 387), sumatriptan 100 mg tablets (n = 388), or placebo (n = 160)³.

^b This randomized, double-masked, double-dummy, placebo-controlled study compared rizatriptan 10 mg to naratriptan 2.5 mg in 522 patients treating a single migraine attack. The study was powered to test the primary hypothesis, namely that rizatriptan 10 mg would be superior to naratriptan 2.5 mg in time to headache relief up to 2 h after drug administration. The power calculation for the time to headache relief analysis was based on the log-rank test. Patients were randomized to receive rizatriptan 10 mg (n=201), naratriptan 2.5 mg (n = 214) or placebo (n = 107)⁴.

^c This randomized, double blind, placebo-controlled outpatient study compared the clinical profiles of rizatriptan and zolmitriptan tablets for the acute treatment of a single migraine attack. The study was powered to test the primary hypothesis; namely that rizatriptan 10 mg would be superior to zolmitriptan 2.5 mg in time to pain-free up to 2 h after drug administration. The power calculation for the time to pain-free analysis was based on the log-rank test. Patients were randomized to receive Rizatriptan 10 mg (n=308), Zolmitriptan 2.5 mg (n = 304) or placebo (n = 154)⁵.



MSD (Norge) AS, Pb 458 Brakerøya, 3002 Drammen, telefon 32 20 73 00, telefaks 32 20 73 10

Sykepleien

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

E-post:

redaksjonen@sykepleien.no
interaktivt@sykepleien.no

Ansvarlig redaktør Barth Tholens

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

Medarbeidere:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Markedskonsulent, produkt: Lise Dyrkoren
tlf. 22 04 33 72/99 50 40 05
lise.dyrkoren@sykepleien.no

Markedskonsulent, stilling: Finn Simonsen
tlf. 22 04 33 52/91 68 46 64
finn.simonsen@sykepleien.no

Repro og trykk
Stibo Graphic AS



SYKEPLEIENS FORMÅLSPARAGRAF:

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

Gjesteskribenter:



Terje Anderssen er opptatt av at teknisk utstyr skal behandles med stor omhu. Sykepleiere må ikke ta noen sjanser og alltid sørge for at hovedfokus er på pasienten.
Side 68



Bente Abrahamsen slår fast at stadig flere sykepleiere ønsker å jobbe heltid. Sammenlignet med andre høyskoleyrker er det likevel fortsatt mye deltidsarbeid.
Side 90



Marie Aakre er redd for at mange sykepleieledere skvises ut i kjølvannet av omorganiseringer om omstillinger. Hun har registrert respektløs og krenkende kollega-atferd.
Side 92



Foto: Erik M. Sundt

Innhold

Sykepleien

AKSJONISTEN: Er det til slutt bare

Hva skjer

- 7 Aksjonisten
- 8 Hva skjer - smånytt
- 10 – Sjekk autorisasjon
 - «Teknisk sykepleier» ikke godt nok
- 12 Streiken ga flere kroner, men ikke likelønn
- 20 Satser på digital utdanning
- 22 – Vi føler oss tråkket på
- 24 Ser på tvangsregler
- 25 Vi bare spør Bård Nylund

Der ute

- 68 Verkstedet:
Vår tekniske hverdag
- 69 Min jobb:
Hjelper barn å mestre livet



20

72

80

Tema:

Obamas sykepleiere

- 28 USA og helsereformen. Sent men godt?
- 32 Realiserte drømmen
- 34 Brenner for praksis
- 38 Snart sykepleiedoktor
- 40 Helt i toppsjiktet
- 44 Liker pasienter, hater papir
- 47 Fakta om sykepleiere i USA
- 48 A wonderful world
- 52 Et ganske privilegert hjem
- 56 Spiste Vicodin som drops
- 58 Jakter på gjerningsmenn og dødsårsaker
- 62 License to care



idioter og idealister som vil bli sykepleiere?

8 • 2010

17. juni 2010 • 98. årgang

Fag og bøker

- 72 Mange svake studenter
- 75 Er teknologisk kompetanse omsorg?
- 78 Ikke glem relasjonen
- 80 Forfatterintervjuet: Sofia Åkerman
- 82 Bokanmeldelser
- 84 Quiz
- 84 Utvider vaksinerings mot hpv

Mennesker og meninger

- 86 Lisbeth Normann om tariffoppgjøret
- 87 Meninger
- 87 Terapi
- 88 Siden sist
- 89 Minneord
- 90 Bente Abrahamsen om deltid
- 92 Dilemma: Lederne krenkes av kolleger

- 95 Stillingsannonser
- 103 Meldinger, skoler og kurs

GJESTESKRIBENTEN

«Forskere kan visst lede hva som helst»

Marie Aakre

92

«Dette skulle vært et historisk løft for likelønn.»



12

22

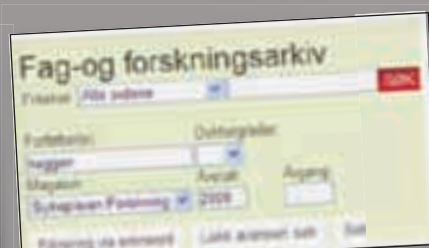
Slik finner du gull på sykepleien.no

- ▶ Skal du skrive en oppgave? Eller er du på jakt etter en fag- eller forskningsartikkel du har lest som du vil hente frem igjen? Her er noen tips til hvordan du søker den frem på Sykepleien.no

Trinn 1: Velg rulle-gardinen enten under forskning, eller fagutvikling. Velg fag- og forskningsarkiv.

Trinn 2: Her får du flere valg. Det beste er kanskje å gå på avansert søk.

Trinn 3: Fyll inn den informasjonen du er sikker på. Trykk så på søk og du får du opp artikkelen du var på jakt etter.



sykepleien.no

Bedre sammenheng mellom arenaer hvor sykepleie utøves og læres

PÅ
NORSK

Forord og
innledning av
Kristin Heggen



Å utdanne sykepleiere – Behov for radikale endringer

Patricia Benner, Molly Sutphen, Victoria Leonard, Lisa Day

Akribe oversetter *Educating nurses. A call for radical transformation.*

Forfatterne gir i boken uttrykk for en klar visjon om hva sykepleier-utdanningen kan og bør være og legger frem praktiske eksempler på hvordan visjonen kan nås.

Kommer på norsk august 2010.

ISBN 978-82-7950-146-6

Akribe
www.akribe.no

Barth Tholens om opprør

Stilling: Redaktør i Sykepleien

E-post: barth.tholens@sykepleien.no

Tåregass

Det ville være tragisk om ikke studenter lenger protesterte mot det bestående. Men det gjelder å holde tunga rett i munnen.

På 70-tallet skulle jeg begynne på universitetet i Amsterdam. Tanken var riktignok at jeg skulle bli litteraturviter. Men byens rykte som åsted for studentaksjoner og ungdommelig opprør lå våkent i bakhodet da jeg tok farvel med mine foreldre og satte kursen mot hovedstaden. Endelig skulle livet begynne!

Det tok da heller ikke lang tid før fanene vaiet stolt over enda en okkupert universitetsbygning. Studentene hang og slang ut av vinduene og fordømte det urettferdige i at professorene og lektorene både bestemte innholdet i eksamen og studentens karakterer. Dette hørte ikke hjemme i et likestilt samfunn uten klasseskiller.

Snart dukket politiet opp med digre hester for å stagge demonstrantene med sine røde og svarte flagg. Stemningen ble fort amper og tåregasskanonene ble ladet. På barrikaden sto jeg, med langt, flagrende hår og ante en direkte linje fra den franske revolusjonen og helt fram til meg. Ned med purken, ned med karakterene og ned med et samfunn som tvang oss til å lese til unyttige eksamener!

Studenters hovedoppgave er å være utålmodige, sinte og indignerte. Det er derfor de er studenter! Mitt lange, blonde hår er

Man presser ikke opp yrkets verdi ved å framstille det som noe slaveaktig.

blitt et vagt minne, men det er fortsatt lett å mobilisere en dyp og varm sympati for studentutspill av ymse slag. Studentledere har i tur og orden stått harmdirrende fram i Sykepleiens spalter. Jeg liker det hver gang.

Riktignok kjenner jeg et savn etter noe himmelstormende i studentenes opprør. Der studentopprøret i Paris i sin tid handlet om maktforholdene i samfunnet (og var med på å endre dem), har aksjonene anno 2010 unektelig et snev av privatøkonomi over seg. Man stormer ikke lenger fram mot storkapitalen og det politiske etablissementet, men krever stipendordninger, lavere studiegjeld og bedre karrieremuligheter. Dagens studenter krever, med god grunn for øvrig, høyere kvalitet i utdanningen, for å stå bedre



TAR OPP KAMPEN: Det er viktig å posisjonere seg strategisk om man ønsker å oppnå noe med sine utspill.

rustet til yrkeslivet senere. Men målet er ikke lenger et annerledes samfunn, men en bedre utgave av det bestående.

I Dagbladet – og i denne utgaven av Sykepleien – advarer studentleder Bård Nylund unge mennesker mot å ta sykepleierutdanning. Skaff deg heller et annet yrke, er budskapet. Og han går åpenbart foran med et godt eksempel ved å antyde at han selv kan tenke seg å stige ut av yrket.

Nylunds utspill bunner i skuffelsen over at regjeringen ikke har lagt likelønnspengene på bordet i årets oppgjør, til tross for fagre løfter i valgkampen. Håpet er nå at færre søkere til utdanningen og færre som vil finne seg i dårlig lønn, skal resultere i økt etterspørsel etter sykepleiere. Det kan tvinge lønningene i helsevesenet opp, håper Nylund.

Selv om jeg deler Nylunds frustrasjon over regjeringens brutte løfter, er jeg usikker på om logikken i resonnet hans holder. Det er ikke sikkert at man presser opp yrkets verdi ved å framstille det som noe slaveaktig. Fra før vet vi at studenter helst ikke vil jobbe der det er mest behov for dem: på sykehjem. De synes det er for slitsomt og faglig ensomt. Nå fraråder en tillitsvalgt studentene å bli sykepleier i det hele tatt. Er det til slutt bare idioter og idealister som vil bli sykepleiere?

Ikke bare er et slikt resonnement farlig – uansett hvor godt det er ment. Det kan også bli en selvoppfyllende profeti. Ger Wackers ved Høgskolen i Narvik argumenterer i denne utgaven godt for at lave søkertall til utdanningen fører til lav opptaksterskel, noe som igjen fører til at en relativt stor del av studentmassen består av svake studenter. Når vi så vet at sykepleierutdanningen «tjener» på å slippe disse studentene gjennom nåløyet, er det lett å tenke seg at kvaliteten på utdanningen blir gjennomhullet. Jeg tviler sterkt på at dårligere utdannede sykepleiere i framtiden vil ha større gjennomslag ved lønnsforhandlingene. Det ville være høyst forunderlig.

Nå har høyt volum og verbale utfall alltid vært studentenes viktigste våpen. Det betyr ikke at Nylund er borte vekk. Han har mange gode poeng. Men det er ikke sikkert at den som gråter sist, gråter best. Det fant jeg fort ut på barrikadene i Amsterdam.

Ett skritt videre for EU-direktiv

EU-landene har kommet til enighet om det såkalte pasientrettighetsdirektivet, som skal åpne for å la pasienter velge i hvilket land de vil ha behandling, av EU- og EØS-landene. Forslaget er blitt endret siden det ikke ble enighet i forrige runde. Det er særlig punktet om at ordningen skal åpne for refusjon hos private helseforretak flere land er skeptiske til. Hvem som skal dekke helseutgiftene til pensjonister som ikke bor i sitt eget land, har også vært et stridsspørsmål.

Det gjenstår å se om forslaget i sin nåværende form blir godtatt av Rådet. Hvis ikke må ytterligere justeringer til før direktivet kan settes ut i live.



Vaksineforvirring i befolkningen

To av tre nordmenn vet ikke hvilke reisevaksiner vi har fått, viser en spørreundersøkelse fra legemiddelfirmaet GlaxoSmithKline. De fleste av oss tror også at vi er godt vaksinert, selv om vi ikke er det.

Det store flertall (72 prosent) har heller ikke fått informasjon om nødvendigheten av oppfriskingsvaksiner mot difteri, stivkrampe og kikhoste. Det er kun 22 prosent som har tatt en slik vaksine i løpet av de ti siste årene. Folkehelsa anbefaler alle voksne i Norge å beskytte seg mot kikhoste hvert tiende år.

1 000 personer svarte, og det ble ikke funnet noen signifikante forskjeller i forhold til kjønn, alder, geografi og utdanning.

Mindre klamydia i 2009

I 2009 var det 3,1 prosent nedgang i diagnostiserte klamydiainfeksjoner fra året før. Sju av ti som fikk påvist kjønnssykdommen var under 25 år og seks av ti var kvinner.

Ifølge seniorrådgiver Hilde Kløvstad i Folkehelseinstituttet gjenspeiler tallene antallet som har latt seg teste, og ikke nødvendigvis reell nedgang i antall smittede. Antallet som lot seg teste i 2009 var 3,2 prosent lavere enn i 2008.

Unge under 25 år er spesielt utsatt og oppfordres til å teste seg etter partnerbytte. For denne gruppen er test og behandling av klamydia gratis.

Kilde: Folkehelseinstituttet



Hva skjer

Les mer om:

- 10 Jukser med autorisasjonen ›
- 12 Streiken ›
- 20 Satser på digital utdanning ›
- 22 – Vi føler oss tråkket på ›
- 24 Skal gå gjennom tvangsregler ›

sykepleien.no

sykepleien.no tar imot tips om hvordan sommerturnusen fungerer.



Barneavdelinger avdekker mishandling

Foto: Colourbox



Norske barneavdelinger er viktige arenaer for å utrede alvorlige tilfeller av barnemishandling. Det viser en studie som er gjort på Oslo universitetssykehus.

I løpet av et år har alle barneavdelinger anonymt rapportert tilfeller som ble utredet for mulig barnemishandling. 70 saker ble rapportert. Barna var mellom 0 og 14 år, halvparten under 12 måneder. For 28 av barna var det mistanke om mishandling før henvisning til sykehus, mens for 42 barn kom mistanken på grunn av skaden eller sykdommen de kom for. Mistanke om påført hodeskade var vanligste årsak til å starte utredning.

Studien skal bidra til å gjøre barneleger bedre i stand til å skille mellom skader som skyldes vold og skader som skyldes andre forhold. Blant annet foreslår forskerne bak studien at alle sykehus bør opprette tverrfaglige team for å utrede barnemishandling og at alle sykehus må ha en samordnet prosedyre for utredning og oppfølging av barnemishandling.

Kilde: Ullevål universitetssykehus

Færre tror på taushetsplikten

Tilliten til at helsevesenet klarer å overholde taushetsplikten om folks helseopplysninger er svekket.

For tre år siden var det 30 prosent som hadde stor tillit til at helsevesenet klarer å bevare taushet om helseopplysninger. I en ny undersøkelse som Respons Analyse har gjort for Legeforeningen er det 9 prosent færre som har full tillit til at helseopplysningene ikke kommer på avveie.

Innvandrerkvinner skal også screenes

Innvandrerkvinner har antakelig lavere oppmøte til screening enn etnisk norske kvinner. Derfor fins det nå faktaark om screening på flere språk.

Alle norske kvinner i bestemte aldre får tilbud om screening for å forebygge brystkreft (mammografi) og livmorkreft (celleprøve). Oppmøtet for begge de to screeningene har vært høyt, men har de siste årene vist en svak, synkende tendens. Studier fra utlandet viser at innvandrerkvinner generelt har dårligere oppmøte til screening.

Kilde: Kreftregisteret



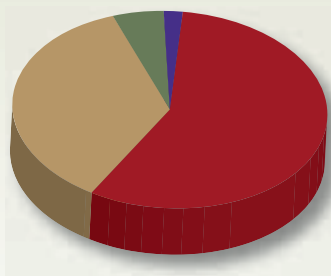
Foto: Colourbox



SYKEPLEIERNES LIKELØNNSKAMP OPP GJENNOM TIDENE

Dårligere arbeidsmoral?

Hvis du tenker på din foreldregenerasjon, tror du den generasjonen hadde bedre, dårligere eller omtrent samme arbeidsmoral som din egen generasjon?



- Bedre (57,2 prosent)
- Omtrent den samme (35,7 prosent)
- Dårligere (5,3 prosent)
- Vet ikke (1,8 prosent)

Kilde: Analysebyrået Perduco på oppdrag fra arbeidsgiverorganisasjonen Spekter.

Urinen er ikke steril

Forskere ved Universitetet i Oslo har oppdaget at urinen vår ikke er steril, slik man har trodd frem til i dag. Det er derimot et stort bakteriemangfold der. Mange av bakteriene som er funnet, er aldri assosiert med urin før. Forskerne har også funnet kjente bakterier som egentlig hører hjemme i tarmen. Ved hjelp av disse bakteriene kan man se hva folk har spist.

Den nye metoden kan gjøre det enklere å oppdage urinveisinfeksjoner. Dagens urintester er ikke gode nok. 10–20 prosent av dem med urinveisinfeksjon blir ikke fanget opp med dagens diagnoseverktøy.

Kilde: Apollon



Foto: Colourbox

Meninger fra www.sykepleien.no

– Ta vare på dem som streiker



” Tusen takk til alle dere som streiker for oss. Vi følger med og er klar for at vi og skal taes ut.

ADK

Hele innlegget finner du på: www.sykepleien.no_debatt

– Vi må fortsatt kjempe for likelønn

” Dersom dette resultatet er så godt som Normann mener, må alle nattevakter få nytte godt av samme godene.

Mann og sykepleier

Hele innlegget finner du på: www.sykepleien.no_debatt

Har du tenkt over hvor mange timer om dagen du står og går på hardt underlag? Dette sliter på rygg, ledd og føtter og kan føre til smerter og plager.

MBT er den originale masai-skoen. Vi bruker betydelige ressurser på produktutvikling og forskning. MBT avlaster ledd, trener kjernemuskulatur og bedrer kroppsholdning.



- effekt dokumentert gjennom seriøse, uavhengige studier.
- flere millioner fornøyde brukere verden over.



physiological footwear

www.mbt.no

HVA SKJER FALSKE PAPIRER

– Sjekk autorisa

Helsedirektoratet har nå nedsatt en arbeidsgruppe som skal gå gjennom både SAFH og direktoratets arbeid for å avsløre falske autorisasjonsdokumenter.

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

To tidligere politietterforskere har gransket SAFH (Statens autorisasjonskontor for helsepersonell). De mener at alle autorisasjoner og lisenser som SAFH har gitt til borgere utenfor EØS-land, bør gjennomgås på nytt.

– Risiko

– Alle autorisasjoner og lisenser bør vurderes på nytt ut fra en risikobetraktning for å forsikre at helsepersonell har nødvendige kvalifikasjoner, heter det i granskningsrapporten, som er skrevet av Olav Resaland og Olav Reinsnos på oppdrag fra SAFH.

– Arbeidsgivere for helsepersonell bør kontaktes og gjøres oppmerksomme på svakheter ved autorisasjonsordningen. Man bør be dem være ekstra grundige ved ansettelser som er gjort med hensyn på kvalifikasjoner og do-

kumenter, heter det i rapporten.

Rapporten råder arbeidsgivere til å rapportere tilbake til SAFH om de kommer over autorisasjoner eller lisenser «hvor det med fordel kan foretas en fornyet gjennomgang».

– Sjekker ikke referanser

Helsetilsynet er kjent med saker hvor personer som har jobbet som helsepersonell, ikke har autorisasjon.

– I disse sakene viser det seg som oftest at arbeidsgiver ikke har sjekket om personer de ansetter har autorisasjon. De har heller ikke sjekket referanser, sier Gorm Grammeltvedt (bilde) i Statens helsetilsyn.



«Teknisk sykepleier» ikke

En serbisk sykepleier klager på at SAFH ikke vil gi henne autorisasjon.

Sykepleieren har ikke god nok utdanning, mener Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAFH). Hun kan heller ikke dokumentere yrkeserfaring.

SAFH sier i sitt avslag at «utdanningen fra Serbia og Montenegro ikke er jevn god med norsk sykepleierutdanning, jf helsepersonelloven § 48 tredje ledd bokstav a. Klageren har heller ikke oppnådd nødvendig kyndighet da hun ikke har dokumentert yrkeserfaring som sykepleier, jf helsepersonelloven § 48 tredje ledd bokstav c.»

I tillegg sier SAFHs at sykepleieren må gjennomgå og bestå veiledet praksis i psykisk helsearbeid (åtte uker), eldreomsorg (åtte uker) og helsefremmende og forebyggende arbeid (to uker) for å oppnå nødvendig kyndighet.

Mangler kurs

Den serbiske sykepleieren manglet også bestått kurs i nasjonale fag for å kunne få norsk autorisasjon.

Sykepleieren er ikke enig i SAFHs vurdering, og ber nemnda behandle hennes søknad om autorisasjon på nytt.

Nemnda enig med SAFH

Helsepersonellnemnda sier i sin vurdering av saken, at de er enig med Safh. Nemnda mener derfor det ikke er grunnlag for å gi henne autorisasjon. Nemnda skriver blant annet dette i sin vurdering:

«Klageren har utdanning som <Medical nurse – Technician> fra Serbia og Montenegro, som inneholder både helsefag og allmennfag. Den

sjon

Personene blir til slutt oppdaget, men kan ha praktisert i mange år uten å ha helsefaglig utdanning.

– Slike saker viser hvor viktig det er at arbeidsgivere sjekker at folk som søker stillinger, eller kommer via vikarbyråer, faktisk har autorisasjon. Husk også at attester må sjekkes, sier han.

Mye kan gjøres

Grammeltvedt har ikke erfaring med forfalskede papirer, men mener mye kan gjøres for å forsikre seg om at de som ansettes har rett erfaring og kompetanse.

– Mye kan gjøres dersom arbeidsgiver gjør en ordentlig sjekk. Særlig når det gjelder å innhente referanser, sjekke autorisasjon og gjennomføre intervju før de ansetter folk, sier han.

Flere hundre?

Granskningsrapporten peker blant annet på at det kan jobbe flere hundre hjelpepleiere i Norge uten godkjent autorisasjon, etter at SAFH tidligere har hatt en praksis med å utstede autorisasjonsbevis som ikke viser at denne kun er tidsbegrenset.

Opplysningene om at autorisasjonen er tids-

begrenset har kommet i et eget brev. Dette medfører en risiko for at arbeidsgivere aldri får vite om at autorisasjonen har gått ut.

SAFH-direktør Per Haugum har nå bedt om – og fått – tre måneders permisjon fra sin stilling.

Gjennomgang

Bjørn Guldvog, assisterende direktør i Helsedirektoratet, kan ikke love at alle de nærmere 7000 autorisasjonene som er gitt til borgere utenfor EØS-land skal gjennomgås på nytt:

– Vi vil nå ha en gjennomgang av både SAFH og direktoratets rolle i arbeidet med å avsløre falske autorisasjoner. Vi vil vurdere å gå inn i enkeltsaker på nytt, men jeg kan ikke nå konkludere med hvor omfattende gjennomgangen blir, sier han.

Stadig flere SAFH-klager

- › Når SAFH gir avslag på søknad om autorisasjon fra utenlandsk helsepersonell, kan de klage til Statens helsepersonellnemnd. Stadig flere gjør det.
- › Helsepersonellnemnda behandlet i 2009 54 klager fra personer som har fått avslag på sine søknader om autorisasjon eller lisens fra SAFH.
- › I 2008 behandlet nemnda 44 slike saker. Det betyr at det har vært en økning i slike klagesaker på hele 23 prosent.
- › 47 av sakene gjaldt søknad om autorisasjon og syv gjaldt søknad om lisens.
- › Av de 54 sakene som ble behandlet i 2009, fikk 14 av klagerne medhold. Det førte til at i ti av sakene ble SAFH sitt vedtak helt omgjort, mens fire ble opphevet og sendt til ny behandling.
- › Nemnda opplyser at det har vært en klar økning i saker der klagerne kommer fra land utenfor EØS området.



godt nok

norske sykepleierutdanningen er en treårig høyskoleutdanning mens klageren har en fireårig utdanning på videregående skolenivå. Klagerens utdanning inneholder relevante sykepleierfag, men den har mangler i forhold til norsk sykepleierutdanning. Spesielt vil nemnda peke på at hun ikke har teori eller praksisstudier i eldreomsorg. Klageren har heller ikke dokumentert teori eller praksis i psykisk helsearbeid. Dette til forskjell fra den norske utdanningen der studentene, i tillegg til teoretisk undervisning, har minst åtte uker veiledet praksis knyttet til eldreomsorg i kommunehelsetjenesten og minst åtte uker veiledet praksis knyttet til psykisk helsearbeid. Videre har hun heller ikke dokumentert tilstrekkelig utdanning i helsefremmende og forebyggende arbeid.»

SAFHs avslag blir stående. Den serbiske sykepleieren kan få norsk utdanning dersom hun følger opp kravene som SAFH har gitt henne i avslaget. ■■■

Triangelturen

Tre fartøyer og tre hovedsteder på én og samme reise!

STOCKHOLM–TALLINN–HELSINKI fra kr 1.758,- per person

- Cruise Stockholm–Tallinn i dbl.lugar med frokost
- 1 natt med frokost i dbl.rom på Tallink City Hotel
- Hurtigbåt Tallinn–Helsinki
- 1 natt med frokost i dbl.rom på Hotel Presidentti
- Cruise Helsinki–Stockholm i dbl.lugar med frokost

Prisen gjelder når to reiser sammen.



Info/bestilling: tlf. 815 33 250 eller www.tallinksilja.no

TALLINK SILJA LINE
–ekspert på Finland og Baltikum



Streiken ga flere kroner, men ikke likelønn

De ansatte i offentlig sektor har fått høyere lønnstillegg enn dem i privat sektor.

- Men vi må fortsatt kjempe for likelønn, oppsummerer forbundsleder Lisbeth Normann i Norsk Sykepleierforbund. Sykepleien fulgte årets oppgjør fra uke til uke.

Tekst Bjørn Arild Østby og Marit Fonn Foto Stig M. Weston og Marit Fonn

I tråd med den såkalte frontfagsmodellen og av hensyn til konkurranseutsatt industri i landet, forhandler Fellesforbundet og Norsk Industri alltid først. Slik har det vært siden 1960-tallet, så også i årets hovedtariffoppgjør.

Partene i industrien ble i sine forhandlinger raskt enige. Resultatet ble et generelt lønns-tillegg på 1 krone i timen, og en lav- og like-lønnsnett på 50 øre per time for hver ansatt fra 1. juli 2010. Avtalen gav en lønnsvekst på litt under 3 prosent.

- Nå forventer vi at de andre fagforbundene i privat og offentlig sektor tar utgangspunkt i den samme totalrammen, var meldingen fra Fellesforbundets leder, Arve Bakke.

- Nei, forslaget til tariffavtale i industrien kan ikke føres videre som en blåkopi i offentlig sektor. Her er det behov for andre og høyere prosenter, svarte leder i Unio, Anders Folkestad.

Forhandlingene i offentlig sektor hadde ennå ikke startet.

Et oppgjør om likelønn

Men lenge før forhandlingene i årets hovedtariffoppgjør formelt startet, var dagsorden tilsynelatende satt - likelønn var prioritert nummer én.

«Alle» snakket om likelønn. Likelønnskommisjonens anbefalinger og regjeringens Soria Moria II-erklæring ble sitert og tolket. Etter som meklingsfristen i offentlig sektor natt til 1. mai nærmet seg, ble det stadig tydeligere at det var stor avstand mellom partene. Arbeidsgiver- og arbeidstakerorganisasjonene var uenige om så avgjørende spørsmål som egen likelønnsnett, størrelsen på den økonomiske rammen, hva som menes med likelønn og vektleggingen av sentrale kontra lokale forhandlinger.

Protokollen arbeidsgiverorganisasjonen Spek-

ter undertegnet med Akademikerne to uker før forhandlingsfristen i offentlig sektor utløp, gav et klart signal om hva som var i vente. Ingen ekstra lønnsmidler til likelønn og alt til lokale forhandlinger.

Det stikk motsatte av likelønnsnett og sentrale justeringsforhandlinger som var hovedkravene til Unio, LO og YS i forkant av forhandlingene.

Tidlige brudd

Partene stod på sitt, og et halvt døgn før meklingsfristen utløp natt til 1. mai gikk Unio til brudd i forhandlingene med Staten, KS og Oslo kommune.

- Tilbudene ga ikke grunnlag for å fortsette forhandlingene. Det var gode søknader om å bryte forhandlingene og velte ansvaret for å finne en løsning over på Riksmeklingsmannen, mente Unios forhandlingsledere.

Resultatet i Staten

Totalrammen for oppgjøret i staten er på om lag 3,3 prosent, som ligger over resultatet på 3 prosent i industrien. I tillegg har oppgjøret en likelønnsprofil som vil gi kvinner 200 millioner kroner mer enn det menn får.

- Det anbefalte forslaget gir følgende generelle lønnsstillegg med virkning fra 1. mai:
- » Lønnstrinn 1 til 29 stigende fra 7 100 til 9 600 kroner.
 - » Lønnstrinn 30 til og med lønnstrinn 59 gis et tillegg på 9 700 kroner.
 - » Lønnstrinn over 60 får et tillegg på 2,1 prosent.

I tillegg til det generelle tillegget er det avsatt 1 prosent til sentrale justeringer med virkning fra 1. juni. Videre er det avsatt 0,9 prosent til lokale forhandlinger gjeldende fra 1. september.

Hvilke kvinnegrupper i staten som skal ha særskilte likelønnsiltak, vil bli avgjort i sentrale justeringsforhandlinger i slutten av juni. Men det er først og fremst snakk om virksomheter med mer enn 60 prosent kvinneandel, og der flertallet har treårige høyere utdanning eller mer.

Resultatet i Oslo kommune

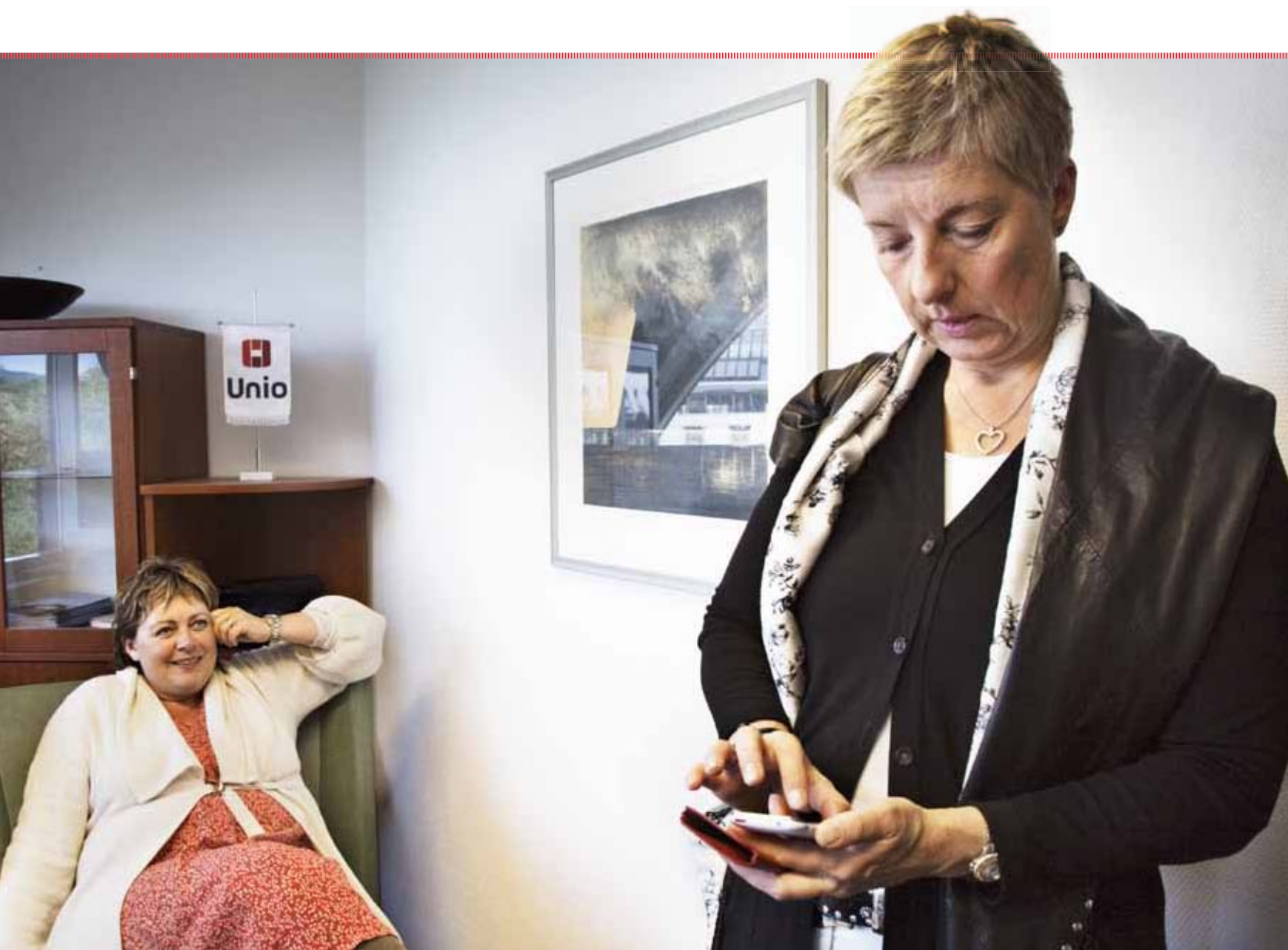
Opgjøret i Oslo kommune har en totalramme på nesten 3,4 prosent. Det generelle tillegget på lønnstabellen fordeles slik:

- » Til og med lønnstrinn 32 gis et generelt tillegg på 6 000 kroner.
- » Fra lønnstrinn 33 til og med lønnstrinn 53 gis et generelt tillegg på 8 500 kroner.
- » For lønnstrinn over 53 gis et generelt tillegg på 1,8 prosent. For de aller fleste av Unios medlemmer ligger det generelle tillegget på mellom 8 000 og 9 000 kroner. Gjennomsnitt-

uttellingen for en ansatt i Oslo kommune er på 7 700 kroner.

Det er videre avsatt en pott på 0,6 prosent av lønsmassen til lokale forhandlinger med virkning fra 1. august. I tillegg blir det satt av 0,3 prosent til sentrale justeringer med virkning fra 1. juni. Fordelingen både i de lokale forhandlingene og justeringene har en klar likelønnsprofil.





FORTSETTER: NSF's nestleder Unni Hembre (t. v.) og leder Lisbeth Normann har samme mål som før: Likelønn.

En uke seinere var det også brudd i Spekterområdet.

Nå ble det opp til Riksmeklingsmannen å finne løsninger som kunne hindre eventuelle streiker. Meklingene løp parallelt for Unios medlemmer i alle fire tariffområdene Staten, KS, Spekter og Oslo kommune. De ellers så

snakkesalige forhandlerne ble tause, og dørene lukket. Meklingen foregikk kun mellom partene via meklingsmannen.

Fristen var midnatt 26. mai. Eventuelle streiker kunne være en realitet fra arbeidstidas start påfølgende morgen.

Det var bare å vente. Men utsiktene til å

komme fram til en løsning var ikke lyse, ifølge Unio-leder Anders Folkestad:

– Jeg kan ikke huske at det noen gang har vært så stor avstand mellom partene på vei inn i en mekling.

En knapp uke før meklingsfristen gikk ut, varslet Unio plassfratredelse for 10 000 av



Resultatet i Spekter

Totalrammen for Spekter-oppgjøret ligger på rundt 3,5 prosent og omfatter per 1. august 2010 følgende generelle tillegg:

- › Sykepleier, fysio- og ergoterapeut og førskolelærer får 11 000 kroner.
- › Spesialsykepleier, jordmor, pedagoger med spesialkompetanse (inkludert kliniske pedagoger, logopeder m.fl.), spesialfysioterapeut og spesialergoterapeut får 14 000 kroner.
- › Ledere som omfattes av overenskomsten 16 000 kroner.

› Andre stillinger får 11 000 kroner.

Minstelønnen heves tilsvarende. I tillegg gis det 2 000 kroner ekstra på ti-årstrinnet. Det er ikke avtalt lønnsmidler til lokale forhandlinger.

Skift/turnus-reformen finansieres utenom rammen for lønnsoppgjøret, med virkning fra 1. desember 2010. Kostnadene er beregnet til rundt 100 millioner kroner, og det antas å omfatte rundt 10 000 sykepleierårsverk.



Resultatet i KS

Opgjøret i kommunesektoren har en totalramme på nærmere 3,5 prosent lønnsvekst.

I dette ligger:

- › Et generelt lønnstillegg til alle på 2,1 prosent og et kronetillegg på minimum 7 100 kroner fra 1. juli.
- › Et generelt tillegg til høgskolegruppene og undervisningspersonale. For lærere og skoleledere er det gitt 1,15 prosent og for 3-årige høgskoleutdannede 2 000 kroner fra 10. juni.

- › Fra 1. august gis sentrale minstelønnsstillegg, varierende fra vel 10 000 til over 22 000 kroner. Størst tillegg til dem med ti års ansiennitet og oppover.

- › Det er satt av 0,85 prosent til lokale forhandlinger og det er lagt likelønnsføringer i de lokale forhandlingene. Virkningsdato er 1. august.
- › Det er avsatt en pott på 0,25 prosent til økt lønn for ansatte som har økt sin kompetanse. Virkningsdato er 1. januar 2011.





MARKERTE: 31. mai tok de streikende parolene ut i gatene flere steder i landet. Her i Oslo.

sine medlemmer i de fire tariffområdene.

To ja og to nei

Torsdag 27. mai, nesten et halvt døgn på overtid, kom partene i tariffoppgjøret i Staten fram til et anbefalt forslag.

– Et historisk løft for likelønn, var budskapet fra riksmeklingsmann Kari Gjestebø da hun møtte pressen.

Unios forhandlingsleder i staten, Arne Johannessen, var langt mer nøktern i sin beskrivelse:

– Resultatet er passe dårlig og passe godt, men såpass bra at det var uaktuelt med en streik. Det kom ekstramidler til likelønnsløft, en god fordeling mellom sentrale og lokale tillegg og føringar som gir muligheter for like-lønnsattsing.

Det statlige oppgjøret ble løst da regjeringen la om lag 300 millioner kroner på bordet til likelønnsløft. Fordelingen av disse pengene vil

kommunesektoren. Streik i sykehusene. Den mest omfattende streiken i Norge på 30 år var en realitet fra arbeidsdagens begynnelse 28. mai.

I Oslo kommune fortsatte Unio forhandlingene enda et døgn på overtid før partene til sist ble enige.

– Vi er tilfredse med at vi her har fått en klar likelønnsprofil. Arbeidsgiver viste forhandlingsvilje og evne til å komme oss i møte på viktige punkt, konkluderte forhandlingsleder i Unio Oslo kommune, Terje Vilno.

Likelønnsstrid med Spekter

I sykehussektoren var situasjonen en helt annet enn i forhandlingene med Staten og Oslo kommune.

– Spekter har ikke møtt oss på våre viktigste krav som likelønn eller finansieringen av arbeidstidsreformen der kvinner i turnus li-

er tilpasset den økonomiske situasjonen. Unios lønnskrav i forhandlingene har vært alt annet enn ansvarlig og langt over rammen fra frontfaget, var svaret fra viseadministrerende direktør Anne-Kari Bratten i Spekter i en pressemelding på spekter.no.

Bratten avviste også at Spekters medlemsbedrifter har et likelønnsproblem. Menn og kvinner i samme virksomhet tjener det samme.

Det var ikke Unios medlemmer enige i. Rundt om i landet var flere tusen samlet til streikemarkeringer den siste dagen i mai. Her var parolen «Likelønn nå!»

Enige etter fem dagers streik

Partene i Spekter-området stod tilsynelatende svært langt fra hverandre. Unio anklaget Spekter for å sette pasienters liv og helse i fare for å framvinge tvungen lønnsnemnd.

Bakgrunnen for anklagene var at Spekter nektet å forholde seg til at Unio gav streikende sykepleiere dispensasjon for bare én dag av gangen. Spekter ville bare godta dispensasjoner som gjaldt hele streikeperioden. Det fikk de ikke medhold i fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Nærmere 1 000 sykehusansatte ved ni sykehus var i streik, og nye 1 200 var varslet fra 2. juni. Det ble ikke aktuelt.

Etter fem dager i streik kom Spekter og Unio etter initiativ fra meklingsmannen til enighet i lønnsoppgjøret i spesialisthelsetjenesten.

– Resultatet har ikke en så tydelig likelønns-

« Dette er en avveining jeg står for. »

NSF-leder Lisbeth Normann

skje seinere. Men det er enighet om at det skal skje sentralt.

Opgjøret i Staten var nå over. Skulle det også bli en løsning i de andre tariffområdene?

Noen timer seinere kom svarene. Streik i

kestilles med menn i skift, begrunnet Unios forhandlingsleder i Spekterområdet, Lisbeth Normann bruddet og streiken.

– For oss har det vært viktig å få til et ansvarlig lønnsoppgjør ved norske sykehus som

profil som vi kunne ha ønsket. Men generelle tillegg som treffer Unios høyskoleutdannede medlemmer og sentrale justeringer av minstelønnsattsene er et viktig skritt i riktig retning, var forhandlingsleder for Unio i Spekter-området, Lisbeth Normann, sin første kommentar til forliket.

Fornøyde og misfornøyde

Blant medlemmene spriket tilbakemeldingene på resultatet av sykehusstreiken.

– Jeg er glad for at vi har fått enighet. Resultatet er til å leve med, men det er på langt nær blitt likelønn. Jeg er klar til å være streikeleder ved neste korsvei også, var oppsummeringen til streikeleder ved Universitetssykehuset i Nord-Norge, Mai-Britt Marthinsen.

Andre var direkte misfornøyde.

– Vi er ikke fornøyd. Det var skapt skyhøye forventninger. Medlemmene føler seg lurte, var reaksjonen fra foretakstillitsvalgt Mette Mikkelson i Helse Bergen da resultatet lå på bordet.

Mikkelsen viste til NSFs landsmøtevedtaket om at likelønn skulle være på plass innen 2012.

– Nå får sykepleierne fra 11 000 til 16 000

kroner, pluss 2 000 kroner i tillegg for ti års ansiennitet. Vi hadde forventet i hvert fall noen og tju tusen. Jeg føler vi sitter med skjegget i postkassen. Vi er kjempeskuffet.

Fortsetter likelønnskampen

Døgnet etter at streiken i sykehusene var avslått, erkjenner Lisbeth Normann at likelønn er det ikke blitt. Men resultatet var langt fra helsvart.

– Jeg er fornøyd med to ting. Det første er at turnus nå blir likestilt med skiftarbeid uten at medlemmene skal betale for det.

Fra 1. desember får sykepleierne i tredelt turnus redusert arbeidstiden sin på søn- og helligdager og om natten med henholdsvis ti og femten minutter per time.

– Vi skal ikke betale for dette verken i dette oppgjøret eller i det neste. Hvor pengene skal tas fra, er ikke vårt problem, understreket Normann.

Det andre hun var fornøyd med er enigheten om sentrale justeringsforhandlinger, som var et av Unios hovedkrav. Spekter ønsket lokale oppgjør.

Normann var derimot ikke fornøyd med likelønnsattsingen, som har vært det mest fokuserte kravet i dette tariffoppgjøret.

Hun konkluderte overfor Sykepleien:

– Vi må fortsatt jobbe for likelønn. Ikke gi opp kampen. Vi er ikke fornøyd med rammen, sett i forhold til politikernes løfter og det som står i regjeringens Soria-Moria II-erklæring.

– Flere mener at Unio gav seg for lett og burde streiket videre?

– Det er en avveining. Medlemmene streiket i en sårbar sektor som fort rammer tredjepart. Alternativet var tvungen lønnsnemnd. Det har knapt skjedd før at man oppnår et bedre resultat ved å streike. Men det har vi faktisk fått nå. Dette er en avveining jeg står for, understreket Lisbeth Normann.

Omfattende streik i kommunesektoren

I kommunesektoren var situasjonen så fastlåst at meklingsmannen ikke fant å kunne legge fram en skisse til løsning. Dermed gikk 17 000 kommuneansatte ut i streik fra arbeidsdagens start 28. mai.

«Meklingsmannen konstaterte at partene



 HYUNDAI



Moderne design
og topp sikkerhet

Kvalitet fra verdens 5. største bilprodusent



*4,35% nom. rente. Eff. rente er beregnet ut fra bilens pris kr 159.950,-. Egenkapital kr 55.982,-. 7 års nedbetaling. Etableringsgebyr og tinglysning er inkludert. Kredittkjøpspris er kr 188.535,-. Veil. pris levert Drammen. Lokale frakt- og leveringsomkostninger tilkommer. Drivstoff forbruk blandet kjøring: fra 0,44 l pr mil. CO₂ utslipp: fra 116 g/km.

i20

Hyundai i20 har alt du kan forvente av en ny bil; sikkerhet, komfort og nå med utvidet 5 års trippelgaranti kombinert med overkommelig pris og økonomisk drift. Med sitt moderne design, innvendige plass og mange praktiske løsninger har Hyundai i20 blitt en vinner i sin klasse.

Hyundai i20 har oppnådd 5 av 5 mulige stjerner i ny Euro NCAP test som setter fokus på bilens totale sikkerhet.



Pris fra kun
kr 159.950,-
Pr mnd kr 1.578,-*



www.hyundai.no



BLE ENIGE I STATEN: Arne Johannesen i Politiforbundet var «passe» fornøyd med oppgjøret i Staten



ETTER KOMMUNESTREIKEN: Mimi Bjerkestrand i Utdanningsforbundet

stod så langt fra hverandre at det ikke var grunnlag for å legge fram et forslag som kunne forventes å bli anbefalt av begge partene», var den korte kommentaren i Riksmeklingsmannens møtebok fra 27. mai.

Forhandlingsleder for Unio kommune, Mimi Bjerkestrand, uttrykte skuffelse over at det ikke var mulig å komme fram til en løsning. Og at hun måtte ta 6 000 medlemmer ut i streik i åtte kommuner.

– Dette skulle være et historisk løft for like-lønn. Det ønsket ikke KS.

– Løsningen i staten med en økonomisk ramme på 3,3 prosent lar seg ikke overføre til kommunens ansatte, fordi vi har flere kvinner og flere lavtlønte kvinner. Kvinnene i kommunene ville dermed fått et dårligere tilbud enn kvinnene i staten, ifølge Bjerkestrand.

Forhandlingsleder Per Kristian Sundnes i KS framholdt kategorisk at lønnsoppgjøret for deres vedkommende var sluttført.

– Det var ikke mulig å tilfredsstille de «urealistiske forventningene» som var skapt.

Videre stod KS steilt på at en stor del av

lønnsmidlene skulle avsettes til lokale lønns-tillegg.

Fra 2. juni var hver tiende kommuneansatt i streik ved skoler, barnehager, sykehjem, helsestasjoner, hjemmetjenesten og inntakskontorer for kommunale tjenester. Totalt var 17 500 Unio-medlemmer i streik.

Etter den tid var det tilsynelatende ikke kontakt mellom partene, før meklingsmann Dag Nafstad satte seg på flyet fra Tromsø til Oslo 7. juni.

Gikk det mot en løsning i den nesten to uker lange streiken?

Slutt etter to uker

– De 37 forbundene som har vært i streik har akseptert skissen som er lagt fram. Streiken i kommunal sektor er avblåst, kunne meklingsmann Dag Nafstad fortelle pressen 9. juni.

Meklingsmannen hadde gjort jobben sin. Hadde forhandlerne gjort det samme?

– Vi streiket for et bedre resultat, og det har vi fått. Men dette ble ikke et historisk likelønnsoppgjør, var konklusjonen til forhandlingsleder

Mimi Bjerkestrand i Unio-kommune.

– Vi har fått en økonomisk ramme på nærmere 3,5 prosent, og en mindre pott til lokale forhandlinger. Innenfor den lokale potten er det lagt inn føringer om likelønn og kompetanse, sier Bjerkestrand.

– Fornøyd med resultatet?

– Når regjeringen ikke ville bidra til et like-lønnsløft, og arbeidsgiver KS ikke ønsket ekstra penger til dette, var det ikke mulig å komme lenger, sier Bjerkestrand.

Hovedtrekket i oppgjøret er at alle får et generelt tillegg på 2,1 prosent og et kronetillegg på minimum 7 100 kroner.

– Dette er mer enn en fordobling i forhold til KS sitt tilbud da forhandlingene ble brutt 30. april. Da var tilbudet 0,9 prosent og 2 700 kroner, oppsummerte Bjerkestrand og konstaterte at det denne gangen lønnet seg å streike.

Hvor mye den enkelte vil sitte igjen med i minstelønnsstillegg etter årets tariffoppgjør og to ukers streik vil for sykepleiere ligge mellom 10 700 og 20 800 kroner. For spesialsykepleiere

– Streiket seg til forhandlinger

DET FORELÅ IKKE NOE UTKAST til avtale da streiken startet. Derfor ønsket alle parter en løsning før det ble aktuelt med tvungen lønnsnemnd, som ingen visste hva ville resultere i, sier forsker Kristine Nergaard ved Fafo.

Forskeren er imidlertid forsiktig med å utrope vinnere.

– Det har vært vanskelige og krevende forhandlinger på grunn av svært forskjellige prioriteringer mellom arbeidsgiver- og

arbeidstakerorganisasjonene, og blant arbeidstakerorganisasjonene. Å komme fram til enighet i en slik situasjon er den største seier, sier Nergaard.

Hun mener arbeidstakerne vant på profilen, blant annet på hvor mye som skulle gis sentralt og lokalt, mens arbeidsgiverne vant i forhold til den totale økonomiske ramma for oppgjøret.

– Ellers har arbeidstakerorganisasjonene

innkassert hver sine symbolske små seire i de to tariffområdene som var i streik. LO i forhold til større generelle tillegg. Utdanningsforbundet i forhold til øremerkede lønnsmidler til alle i skoleverket og NSF i forhold til finansieringen av skift/turnusreformen.

– Kan man snakke om et likelønnsoppgjør?

– Det er et skritt i riktig retning. Likelønn er satt på dagsorden. Og i samtlige protokol-

ler ligger det sterke likelønnsføringer for de lokale forhandlingene.

– Men oppgjøret har ikke vært i nærheten av å nærme seg føringene til Likelønnskommisjonen, eller uttalsene i Soria Moria II, om å vurdere å legge ekstra midler på bordet om partene ble enige.



FORSKER Kristine Nergaard ved Fafo.



forbundet mener 13 dager med streik lønnet seg.

og helsesøstre er det snakk om minstelønnshevinger fra 10 100 til 22 600 kroner.

- Ikke bortkastet

Aina Berntzen er hovedtillitsvalgt i Bodø kommune.

Det første hun og kollegene la merke til etter streiken, var at kravet om 16-årsstige ikke ble innfridd.

- Vi er lei oss for at den ble ofret. Lærernes ansiennitetsstige er på 16 år. Vår slutter på 10. Vi ville ha det samme som lærerne, sier hun.

Ellers ser det ikke så verst ut, mener hun.

«Vi vil ha det samme som lærerne» Hovedtillitsvalgt Aina Berntzen

Blant annet er hun glad for at det nå er tariffestet at full stilling skal være en hovedregel.

- Streiken var ikke bortkastet. Nå fikk vi vist muskler til neste gang, sier Berntzen.

Hovedtillitsvalgt Grete Sædberg i Kristiansand liker godt at minstelønnsatsene er hevet.

- Med tanke på de som skal velge yrke, er det flott, sier hun.

Men også i sør er de skuffet over manglende 16-årsstige.

- Det er så mange sykepleiere med lang ansiennitet her, og de har ventet på den.

Hun konstaterer at likelønnsutfordringen er like stor som før.

- Skal vi få gjort noe med det, trengs det nok en ekstra pott, sier Sædberg.

Hun tror Unio-forhandlerne har fått til det de kunne klare, men er skuffet over KS. ■■■



80 000 helsearbeidere har tilgang til PPS

Vi har levert kunnskapsbaserte prosedyrer til norsk helsevesen i nærmere 10 år. PPS brukes ved alle høgskoler, i 160 kommuner og ved flere store sykehus.

Vil du vite mer om PPS og ulike bruksområder, gå inn på våre nettsider

www.akribe.no/pps

PPS»

Praktiske Prosedyrer i Sykepleietjenesten

Kommunal sykepleiermangel

«I 2025 vil Norge mangle minst 7700 sykepleiere ifølge SSB. Ser man på behovet til syke over 67 år, vil det i 2030 være et avvik på i underkant av 14 000 sykepleierårsverk. På grunn av demografiske forhold vil behovet øke fram mot 2050. Hvis regjeringens politiske ambisjoner om bedre kvalitet i tjeneste skal realiseres i tillegg, vil vi snakke om enda større behov.

Ifølge en undersøkelse Norsk Sykepleierforbund utførte vinteren 2008 oppgir sju av ti kommuner at de trenger flere sykepleiere. Nær halvparten av kommunene har problemer med å rekruttere sykepleiere.» skriver NSF-leder Lisbeth Normann i Nationen den 8. juni.



Foto: Silje Weston



Foto: Ellen Morland

400 000 i toplønn

«Skal regjeringen nå sine mål og sikre befolkningen gode velferdstjenester, er den avhengig av Unios medlemmer. God lønn er viktig for å rekruttere og beholde. 400 000 kroner som toplønn for en førskolelærer eller sykepleier etter 16 år, er et rimelig krav. I dag er den 354 000 kr.», skriver Karen Brasetvik (bilde), leder for NSF Østfold, i Moss Avis den 8. juni.

Test dine fagkunnskaper og vinn gavekort på kr 1.000,-

5 Vinnere kåret!

Les mer på healthworkers.no

Her er vinnerne

som vant gavekort på kr 1.000,- fra Healthworkers.com:

- Grim Tovås, Finneidfjord
- Anette Nilsen, Larvik
- Mette Kjelstadli
- Silje Lehn-Pedersen, Tønsberg
- Aina Beate Hov, Halden

Behandling / forebygging av ligge- og trykksår

Wima-labben

Avlaster områder som er utsatt for ligge- og trykksår

Bedrer mulighetene for sårleging

Behagelig i bruk, - luftig, lett, stabil og varmeisolerende

Wima produkter

Les mer om Wima-labben på vår nettside: www.wima.no

Tlf. 71 51 42 84 Fax 71 51 40 73 P.b. 28, 6538 Averøy

Cialis® «Lilly» Legemiddel mot erektil dysfunksjon. ATC-nr.: G04B E08

TABLETTER, filmdrasjerte 2,5 mg, 5 mg, 10 mg og 20 mg: Hver tablett inneholder: Tadalafil 2,5 mg, resp. 5 mg, 10 mg og 20 mg, laktosemonohydrat, hjelpestoffer. Fargestoff: Jernoksidd (E 172), titandioksidd (E 171).

Indikasjoner: Behandling av erektil dysfunksjon. Seksuell stimulering er nødvendig for effekt. Ikke indisert for bruk hos kvinner.

Dosering: Anbefalt dose er 10 mg minst 30 minutter før forventet seksuell aktivitet. Hos pasienter hvor tadalafil 10 mg ikke gir tilstrekkelig effekt, kan 20 mg forsøkes. Tas med eller uten mat. Maks. dosering er 1 gang daglig. Tadalafil 10 mg og 20 mg er beregnet til bruk før forventet seksuell aktivitet, og er ikke anbefalt til kontinuerlig daglig bruk. For responderpasienter som forventer regelmessig bruk (f.eks. minst 2 x ukentlig), kan daglig dosering med laveste tadalafildose være hensiktsmessig, avhengig av pasientens valg og legens vurdering. Hos disse pasientene er anbefalt dose 5 mg 1 gang daglig til omtrent samme tid. Basert på individuell tolerabilitet kan dosen reduseres til 2,5 mg daglig. Hensiktsmessigheten av vedvarende daglig doseringsregime bør vurderes regelmessig. **Nedsatt nyrefunksjon:** Dosejustering ikke nødvendig ved mild til moderat nedsatt nyrefunksjon. Ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon er 10 mg maks. anbefalt dose. Daglig doseringsregime er ikke anbefalt ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon. **Nedsatt leverfunksjon:** Anbefalt dose er 10 mg tatt før forventet seksuell aktivitet. Det foreligger begrenset data vedvarende alvorlig leversvikt («Child-Pugh» grad C). Forskrivning bør baseres på grundig individuell vurdering av nytte-risiko. Det foreligger ikke data for administrering av høyere doser enn 10 mg. Daglig doseringsregime er ikke undersøkt ved nedsatt leverfunksjon og/eller forskrivning bør baseres på grundig individuell vurdering av nytte-risiko. **Eldre eller diabetikere:** Dosejustering er ikke påkrevd. **Barn og ungdom:** Bør ikke brukes av personer <18 år.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. Kan forsterke den blodtrykksenkende effekten av nitrater, og er derfor kontraindisert hos pasienter som behandles med alle former for organisk nitrat. Skal ikke brukes ved hjerteleidelse der seksuell aktivitet ikke tilrådes. Legen skal vurdere potensiell risiko for hjerteproblemer som følge av seksuell aktivitet hos pasienter med kjent kardiovaskulær lidelse. Følgende pasientgrupper med kardiovaskulære lidelser er ikke inkl. i kliniske utprøvinger og bruk av tadalafil er derfor kontraindisert: Pasienter med hjerteinfarkt i løpet av de siste 90 dager, pasienter med ustabil angina eller angina som har oppstått under samleie, pasienter med hjertesvikt NYHA klasse II eller høyere i løpet av de siste 6 måneder, pasienter med ukontrollerte arytmier, hypotensjon (<90/50 mm Hg), eller ukontrollert hypertensjon, pasienter som har hatt slag i løpet av de siste 6 måneder. Pasienter som har mistet synet på ett øye pga. non-arteriell iskemisk fremre optikusnevropati (NAION), uavhengig av om denne hendelsen var forbundet med tidligere bruk av en PDE5-hemmer eller ikke.

Forsiktighetsregler: Anamnese og fysisk undersøkelse skal gjennomføres for å diagnostisere erektil dysfunksjon og mulige underliggende årsaker. For oppstart skal kardiovaskulær status vurderes ettersom det er knyttet en viss risiko for hjerte-problemer til seksuell aktivitet. Tadalafil har vasodilaterende egenskaper som gir svakt og forbigående blodtryksfall, og reduserer dermed hypotensiv effekt av nitrater. Tadalafil kan indusere blodtryksfall ved samtidig bruk av antihypertensiver. Ved oppstart av daglig tadalafilbehandling bør hensiktsmessig klinisk vurdering ta hensyn til mulig dosejustering av blodtryksbehandling. Alvorlige kardiovaskulære episoder, inkl. hjerteinfarkt, plutselig hjertedød, ustabil angina pectoris, ventrikkelarytmi, slag og transitoriske iskemiske anfall, brystsmarter, palpitasjoner og takykardi er rapportert ved bruk av tadalafil. De fleste av disse pasientene hadde preeksisterende kardiovaskulære risikofaktorer. En kan ikke definitivt fastslå om disse episodene er direkte relatert til disse risikofaktorene, til tadalafil, seksuell aktivitet eller en kombinasjon av disse eller andre faktorer. Symptoforstyrrelser og tilfeller av NAION er rapportert. Pasienten bør rådes til å seponere tadalafil og kontakte lege umiddelbart ved plutselige symptoforstyrrelser. Økt tadalafileksponering (AUC), begrenset klinisk erfaring og manglende mulighet til å påvirke clearance vha. dialyse medfører at daglig tadalafildosering ikke er anbefalt ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon. Pasienter som får erkeksjon som varer i >4 timer bør tilrådes å oppsøke medisinsk hjelp omgående. Bør brukes med forsiktighet av pasienter med anatomisk deformasjon av penis (f.eks. vinkling, kavernøs fibrose eller Peyronies sykdom) eller ved tilstander som gjør dem disponert for priapisme (f.eks. sigdcelleanemi, multiple myelomer eller leukemi). Ukjent om tadalafil har effekt hos pasienter som har gjennomgått bekkenkirurgi eller radikal ikke nervebevarende prostatektomi. Bør ikke brukes ved arvelig galaktoseintoleranse, lapp-laktasemangel eller glukose-galaktosemalabsorpsjon. Samtidig bruk av alfa₁-blokkere kan medføre symptomatisk hypotensjon hos enkelte. Kombinasjon med dokazosin er ikke anbefalt. Forsiktighet bør utvises ved forskrivningen av tadalafil til pasienter som anvender potente CYP 3A4-inhibitorer (ritonavir, sakinavir, ketokonazol, itraconazol og erytromycin) da det er observert økt AUC for tadalafil ved kombinasjon av disse legemidlene. Sikkerhet og effekt ved kombinasjon av tadalafil med annen behandling av erektil dysfunksjon er ikke undersøkt og anbefales derfor ikke.

Interaksjoner: I interaksjonsstudier der kun tadalafil 10 mg er benyttet, kan interaksjoner ved høyere doser ikke utelukkes. Effekter av andre legemidler på tadalafil: Tadalafil metaboliseres hovedsakelig av CYP 3A4. En selektiv hemmer av CYP 3A4, ketokonazol (200 mg), dobler tadalafils (10 mg) AUC og øker C_{max} med 15%. Ketokonazol (400 mg) firedobler tadalafils (20 mg) AUC og øker C_{max} med 22%. Ritonavir (200 mg x 2) dobler tadalafils (20 mg) AUC uten endringer i C_{max}. Forsiktighet ved samtidig administrering av andre proteasehemmere, som sakinavir, og andre CYP 3A4-hemmere, som erytromycin, klaritromycin, itraconazol og grapefruktjuice, fordi disse forventes å øke plasmakonsentrasjonen av tadalafil. Potensielle legemiddelinteraksjoner foreligger ved mulig inhibering av transportproteiner. CYP 3A4-indusoren, rifampicin, reduserer tadalafils (10 mg) AUC med 89%, og det kan forventes redusert effekt av tadalafil. Det kan forventes at samtidig administrering av andre CYP 3A4-indusere som fenobarbital, fentanyl og karbamazepin også vil senke plasmakonsentrasjonen av tadalafil. **Effekter av tadalafil på andre legemidler:** Tadalafil (vist for 5, 10 og 20 mg) forsterker den hypotensive effekten av nitrater. Interaksjonen varer i >24 timer og er ikke detekterbar etter 48 timer. Ved ev. behov for livreddende behandling med nitrater, bør det ha gått minst 48 timer fra inntak av tadalafil til nitratbehandling igangsettes. Ved slike tilfeller bør nitrater kun administreres under tett medisinsk oppfølging og hensiktsmessig hemodynamisk monitorering. Tadalafil øker oral biotilgjengelighet av etinylostradiol. En lignende økning kan ventes ved oral administrering av terbutalin. Det er usikkerhet omkring klinisk betydning. Tadalafil (10 mg) administrert samtidig med teofyllin, gir en liten økning i hjertefrekvens (3,5 slag pr. minutt). Effekten er liten og uten klinisk betydning, men bør vurderes når legemidlene administreres samtidig. Tadalafil (10 og 20 mg) er brukt samtidig med warfarin og acetylsalisylsyre uten interaksjoner. Tadalafil (10 mg) er brukt samtidig med angiotensin II-reseptorblokkere (forskjellige typer og doseringer, alene eller i kombinasjon med tiiazider, kalsiumantagonister, betablokkere og/eller alfablokkere) og amlopidin uten interaksjoner. Tadalafil (10 mg) er brukt samtidig med enalapril, metoprolol og bendrofluazid uten interaksjoner. Tadalafil (20 mg) er undersøkt i kombinasjon med inntil 4 klasser antihypertensiver. Hos pasienter som tar multiple antihypertensiver synes det som om endringer målt ved ambulatorisk blodtryksmåling relaterer seg til graden av blodtrykskontroll. Hos pasienter med godt kontrollert blodtrykk er reduksjonen tilsvarende den sett hos friske. Hos pasienter med ukontrollert blodtrykk er reduksjonen større, men reduksjonen er hos et flertall av pasientene ikke forbundet med hypotensive symptomer. Hos pasienter som samtidig får antihypertensiver kan tadalafil 20 mg indusere blodtryksfall, som (med unntak for alfablokkere) vanligvis er mildt og sannsynligvis ikke av klinisk betydning. Relevant klinisk rådgivning om mulig blodtryksfall skal likevel gis til pasienter når de behandles med antihypertensiver. Samtidig administrering av dokazosin (4 og 8 mg daglig) og tadalafil (5 mg daglig og 20 mg som enkeltdose) øker signifikant blodtryksreduserende effekt av alfablokkeren. Effekten varer >12 timer og kan gi symptomer som inkl. synkope. Kombinasjonen anbefales derfor ikke. Slik effekt er ikke rapportert med alfuzosin eller tamsulosin. Forsiktighet skal imidlertid utvises hos pasienter som behandles med alfablokkere, spesielt eldre. Behandling skal startes med minimal dose med gradvis økende dose. Tadalafil (10 eller 20 mg) er brukt samtidig med alkohol (0,08% uten endringer i alkohol- eller tadalafikonsentrasjonen. Tadalafil (20 mg) forsterker ikke gjennomsnittlig blodtryksfall forårsaket av alkohol (0,7 g/kg), men det er observert postural svimmelhet og ortostatisk hypotensjon hos enkeltindivider. Lavere alkoholdoser (0,6 g/kg) ga ikke økt hypotensjon og svimmelhet. Virkningen av alkohol på kognitiv funksjon forsterkes ikke av tadalafil (10 mg).

Graviditet/Amning: Ikke indisert til bruk hos kvinner. Det foreligger ingen data for tadalafil og eksponerte gravider. Det er ikke funnet holdpunkter for direkte eller indirekte skadelige effekter mhp. graviditet, embryo-/fosterutvikling, fødsel eller postnatal utvikling.

Bivirkninger: Forbigående og generelt milde eller moderate. Bivirkningsdata for pasienter >75 år er begrenset. **Svært vanlige (≥1/10):** Gastrointestinale: Dyspepsi. Neurologiske: Hodepine. **Vanlige (≥1/100 til <1/10):** Gastrointestinale: Abdominal smerte, gastroesofageal refluks. Hjerte/kar: Palpitasjoner, rødme. Luftveier: Nesebløt. Muskel-skjelett-systemet: Ryggsmerte, myalgi. Neurologiske: Svimmelhet. **Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):** Hjerte/kar: Takykardi, hypotensjon (mer vanlig ved kombinasjon med antihypertensiver), hypertensjon. Hud: Utslett, urticaria, hyperhidrose. Immunsystemet: Hypersensitivitetsreaksjoner. Luftveier: Nesebløtting. Øye: Ukjent syn, fellelse beskrevet som øyesmerter, hevelse av øyelokkene, konjunktival hyperemi. Øvrige: Brystsmarter. **Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000):** Hjerte/kar: Myokardinfarkt. Kjønnsganer/bryst: Forlenget erkeksjon. Neurologiske: Synkope, slag (inkl. hemoragiske hendelser) og transitoriske iskemiske anfall (vanligst for pasienter med preeksisterende kardiovaskulære risikofaktorer), migrene. Øye: Synsfeltforandring. Øvrige: Ansiktødem. Svært sjeldne (<1/10 000), ukjent: Hjerte/kar: Ustabil angina pectoris, ventrikkelarytmi. Hud: Stevens-Johnsons syndrom, ekfoliativ dermatitt. Kjønnsganer/bryst: Priapisme. Neurologiske: Krampeanfallet, forbigående amnesi. Øre: Plutselig døvhets (plutselig nedsatt eller tap av hørsel er rapportert i et lite antall tilfeller ved bruk av samtlige PDE5-hemmere). Øye: NAION, retinal vaskulær okklusjon. Øvrige: Plutselig hjertedød (vanligst for pasienter med preeksisterende kardiovaskulære risikofaktorer). Det er rapportert en lett forhøyet insidens av EKG-forandring, primært sinusbradykardi, hos pasienter behandlet med daglig tadalafildosering. De fleste av EKG-forandringene er ikke forbundet med bivirkninger.

Overdosering/Forgiftning: Symptomer: Enkeltdose <500 mg er gitt til friske, og multiple daglige doser <100 mg er gitt til pasienter. Observert bivirkninger tilsvarte dem som ble sett ved lavere doser. **Behandling:** Symptomatisk behandling etter behov. Hemodialyse bidrar ubetydelig til tadalafiliminering. Se Giftinformasjonsanbefaling G04B E08.

Egenskaper: **Klassifisering:** Middel mot erektil dysfunksjon. **Virkningsmekanisme:** Selektiv, reversibel hemmer av cGMP-spesifikk fosfodiesterase type 5 (PDE5). Når seksuell stimulering forårsaker lokal frigjøring av nitrogensoksid, vil tadalafils hemming av PDE5 forårsake forhøyede nivåer av cGMP i corpus cavernosum. Dette resulterer i relaxering av glatt muskulatur og blodtilstrømming til penis, som igjen frembringer erkeksjon. Bedring av erektil funksjon og evnen til å ha et vellykket samleie er vist >36 timer etter dosering, og evnen til å oppnå og beholde erkeksjonen for å gjennomføre samleie er vist 16 minutter etter dosering. Det er ikke undersøkt nedsatt evne fargediagnostisering (blå/grønn). Denne observasjonen er overensstemmende med tadalafils lave affinitet til PDE6 sammenlignet med PDE5. Ingen klinisk relevant nedgang i spermatoctyff-antall og -konsentrasjon. Det er ikke påvist endringer på molittet, morfologi og follikelstimulerende hormon. **Absorpsjon:** Raskt. Gjennomsnittlig C_{max} nås etter en median tid på 2 timer. Absorpsjonen påvirkes ikke av matinntak. **Proteinbinding:** Ved terapeutiske konsentrasjoner er 94% bundet til proteiner. Påvirkes ikke av nedsatt nyrefunksjon. **Fordeling:** Gjennomsnittlig distribusjonsvolum er 63 liter, som tilsier at tadalafil fordeles i vev. Mindre enn 0,0005% av administrert dose fremkommer i sæden hos friske forsøkspersoner. **Halveringstid:** Ca. 17,5 time. Lønner farmakokinetikk mhp. tid og dose. Over et doseringsområde på 2,5-20 mg øker eksponeringen (AUC) proporsjonalt med dosen. «Steady state»-plasmakonsentrasjon nås innen 5 døgn med dosering 1 gang daglig. **Metabolisme:** Hovedsakelig via CYP 3A4. Hovedmetabolitten er metylkalkololuronid, som ikke forventes å være klinisk aktiv. **Utskillelse:** Gjennomsnittlig clearance for tadalafil er 2,5 liter/time. Utskilles hovedsakelig som inaktive metabolitter, først og fremst i feces (61%) og i mindre grad i urin (36%). **Nyresvikt:** Ved mild (Cl_{CR} 51-80 ml/minutt), moderat nedsatt nyrefunksjon (Cl_{CR} 31-50 ml/minutt) og hos pasienter med terminal nyresvikt og pågående dialyse, er tadalafileksponeringen omtrent doblet etter administrering av 1 enkeltdose tadalafil (5-20 mg). Hos pasienter med pågående hemodialyse var C_{max} 41% høyere enn hos friske.

Oppbevaring og holdbarhet: Oppbevares i originalpakningen for å beskytte mot fuktighet.

Pakkninger og priser: 2,5 mg: 28 stk. (blister) kr 865,30. 5 mg: 28 stk. (blister) kr 865,30. 10 mg: 4 stk. (blister) kr 415,20. 20 mg: 4 stk. (blister) kr 415,20. 8 stk. (blister) kr 795,40. 12 stk. (blister) kr 1175,60.

Sist endret: 23.02.2010

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



Cialis[®]
tadalafil



Styrt av **lyst**

Flere studier viser at flertall menn og partnere foretrekker Cialis[®] framfor Viagra[®], ikke minst pga den lange virketiden.^{1, 2} Anbefal gjerne Cialis[®] til din neste pasient med ereksjonsvikt.

Referanse: 1. Dean et al; J Sex Med; 2006; 3:650-661. 2. Mirone et al. BJU Int. 2009. 103:1212-1217.

Satser på digital utdanning

Universitetet i Stavanger var først ut i Norge med å opprette nettbasert sykepleierutdanning i fjor høst. I januar fulgte Høgskolen i Bodø etter.

Tekst **Geir Arne Johansen** Foto **Rami Abood**

I en tid da stadig mer av utdanningstilbudet rettes mot mennesker som er etablert med jobb og familie, må studiene være fleksible, mener førstelektor Grethe Dillern og førstelektor og kollega Tone Oddvang ved Høgskolen i Bodø (HBO).

– Høgskolen vil gi det samme tilbudet til alle innbyggerne i fylket uavhengig av bosted, alder, jobb eller familie. Dessuten er fleksibel læring en del av satsningen.

Det er Profesjonshøgskolen og Senter for etter- og videreutdanning ved HBO som har utviklet det nye digitale deltidsstudiet i sykepleie. Det tar fire år å gjennomføre bacheloren. Ifølge førstelektorene bruker høyskolen digitale verktøy for å skape gode lærings situasjoner og et godt læringsmiljø for sykepleierstudentene.

Bra for distriktene

Gjennom nettstudiet får studentene presentert mesteparten av teorien og veiledningen via nettet. En digital læringsplattform gir dem mulighet til å levere inn besvarelser elektronisk. De kan delta i nettdiskusjoner med andre studenter og få veiledning av faglærer selv om de ikke er til stede på et av studiestedene. Fagstoffet formidles ved hjelp av forelesningsnotater, presentasjoner og videoopptak av forelesninger som studentene kan se uansett hvor i verden de befinner seg.

Også eksamen i sykepleie skal leveres på nett.

– Det er noen skoleeksamener i studiet, men de fleste av skriftlige hjemmeeksamener, tidsbegrensede eksamener og individuelle eksamenstester leveres over nettet, sier Grethe Dillern.

Studentene må imidlertid også møte til obligatoriske samlinger i løpet av studiet. Og praksisen blir fortrinnsvis gjennomført i Salten, Lofoten, Vesterålen og på Helgeland.

Tone Oddvang tror det er avgjørende for

mange av studentene at den nettbaserte utdanningen gir dem anledning til å bli sykepleiere uten at de må flytte fra hjemstedet for å gjennomføre den teoretiske delen av studiet.

– Nettstudiet er jo først og fremst etablert for å dekke distriktenes behov, og utdanningen kan dessuten bli et løft for helsetjenesten i distriktene, sier hun.

Frykter dårligere undervisning

Men det nye studietilbudet vekker ikke bare begeistring. Nestleder i Utdanningsforbundet i Nordland, Karl Inge Borgen, har tidligere uttalt seg kritisk til den digitale lærerutdanningen som starter opp ved HBO fra høsten. Målet med nettstudiet er å få utdannet flere lærere i distriktene.

– Jeg er redd for at dialogen mellom studentene og lærerne kan bli undervurdert gjennom disse nettstudiene. Veldig mye av læringen skjer i samtaler og refleksjoner mellom folk, og det får man ikke til like godt på nettet, sier han.

Førstelektor Tone Oddvang i Bodø mener tvert imot at nettet kan gjøre det lettere for alle å komme like mye til orde.

– Min erfaring med nettstudier er at det er lettere å bli sett. På samme måte som klasserommet fungerer også nettet som en slags møtearena, der studentene både kan se og høre hverandre. Og for dem som kanskje ikke tør å være så frampå i klasserommet, kan nettet bidra til å senke terskelen for å engasjere seg. Vi har hatt diskusjonsoppgaver der samtlige har måttet bidra, og da har alle vært ivrige og engasjerte. Det gir en større læringseffekt.

– Hovedoppgaven når de skal ut i et yrke er jo at de skal møte folk og snakke med dem, så jeg håper de øver seg på det også. Spørsmålet er i hvor stor grad studiet er samlingsbasert. Kombinasjonen av samlinger og nettbruk er vi

komfortable med, så lenge det ikke blir for få samlinger, repliserer Borgen i Utdanningsforbundet.

Selv om nettstudiet representerer en annen arena enn klasserommet, betyr ikke det at undervisningen dermed blir dårligere, understreker Tone Oddvang.

– Det er jo pedagogikken som styrer læringen, ikke klasseromsundervisningen. I løpet av de fire årene har vi ti samlinger utenom praksis. Ut over det er vi tydelige på å gi studentene bruksanvisninger og veiledning i hvordan de kan lære seg å tenke nytt og variert, og i hvilke metoder som best egner seg i formidlingen av de ulike fagene. Høyt fravær ved undervisning i campus er dessuten et problem både i Norge og internasjonalt. Det motiverer oss til å legge opp studiene på andre måter, sier hun.

Må jobbe selvstendig

Kjell Bergan (45) fra Mo i Rana er en av de til sammen 76 studentene som har fulgt det nettbaserte sykepleierstudiet ved HBO siden oppstarten i januar. Han har jobbet i politiet og siden 1999 ved Statens innkrevingsentral (SI).

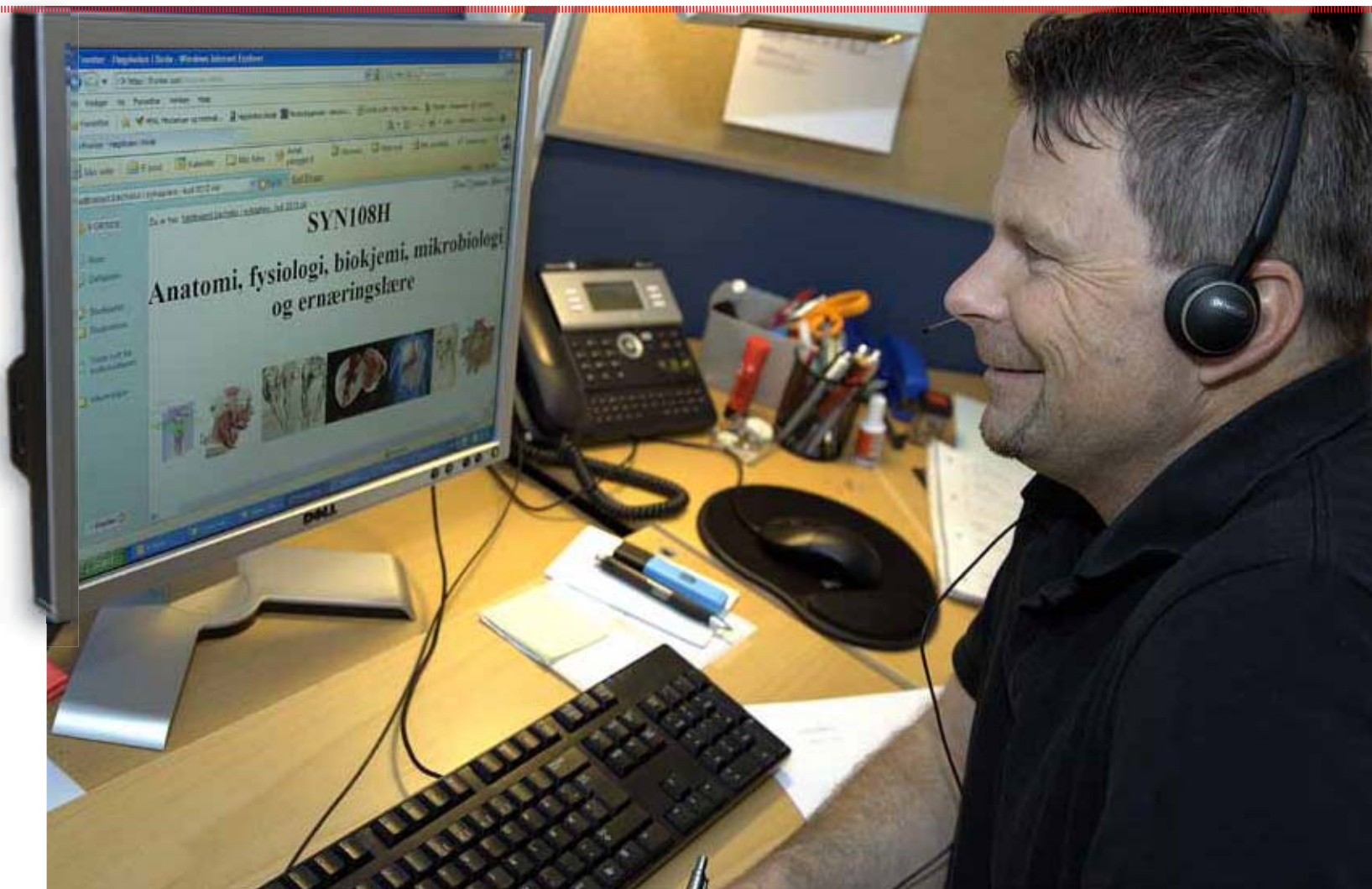
Da muligheten for å ta nettbasert sykepleierutdanning bød seg, var han ikke i tvil.

– Jeg ønsker å lære mer om kropp og helse, og på sikt ønsker jeg å jobbe som sykepleier. Dermed ble utdanning på nett det rette for meg. Det gir meg muligheten til å studere ved siden av full jobb i SI.

Bergan synes studiet så langt har vært svært lærerikt og interessant. Kommunikasjonen med lærerstedet har fungert godt, og han blir fulgt opp av kurslederne.

– Møter du spesielle utfordringer som nettstudent?

– Dette er jo en annen måte å studere på enn den tradisjonelle campus-modellen. Det stiller



KJELL BERGAN står opp tidlig på lørdager for å se på forelesinger til sykepleierutdanningen. – Jeg tviler på om noen lærere hadde gidde å forelese på slike tidspunkter. Men for meg passer det utmerket.

krav til studenten om å jobbe målrettet og strukturert. Vi har hele tiden innleveringsoppgaver, så det er kontinuerlig jobbing. Forelesninger og linker blir lagt ut på nettet, slik at vi kan se disse flere ganger og på tidspunkt som passer oss. Noen av foreleserne har spesielt flotte forelesninger med gode illustrasjoner og forklaringer til stoffet. Så det er litt stilig og litt «high tech» å studere på denne måten.

Fordeler og ulemper

Gjennom ukentlige nettmøter har Bergan anledning til å diskutere oppgaver og aktuelle temaer med medstudentene sine. Han påpeker imidlertid at det forutsetter god forberedelse.

– Man må selvsagt lese pensum og reflektere over stoffet før man diskuterer dette med de andre studentene.

Fordelene ved å følge et nettbasert studie er ifølge Bergan at det lar seg kombinere med jobb og andre forpliktelser. Man blir selvstendig og må selv ta ansvar for læringsprosessen. Man er ikke låst til et bestemt studiested, og står friere til når man velger å jobbe med studiene.

– Jeg står opp klokken sju i helgene. Da leser jeg, ser på forelesninger og gjør oppgaver noen timer før jeg gjør andre ting. Jeg tviler på at noen lærer hadde gidde å forelese på et

slikt tidspunkt, men siden forelesningen er et streamet opptak, kan jeg «gå på den» når som helst på døgnet.

Ensomt

Bergan innrømmer at livet som nettstudent tidvis kan bli ensomt, selv om man møtes på nettet.

– Men dette kompenserer flere av oss for ved å jobbe som pleieassistenter på helseinstitusjoner, for å få praktisk erfaring sammen med andre studenter og ferdig utdannede sykepleiere. Der kan vi diskutere konkrete hendelser og ta med oss nyttig erfaring som vi kan knytte opp til teorien vi leser.

Kjell Bergan kan forstå at Utdanningsforbundet uttrykker skepsis til nettbasert utdanning på generelt grunnlag. Men han tror likevel at de fleste som går i gang med en slik utdanning, er voksne nok til å ta utfordringene.

– Man skal være klar over at det i hovedsak er voksne folk med mange år i yrkeslivet bak seg, hvorav noen har høyere utdanning, som studerer på nett. Jeg vil grovt anslå at om lag halvparten av mine medstudenter allerede jobber i helsesektoren, som eksempelvis hjelpepleiere eller ambulansesjåfører. Det er en

viktig ballast å ta med seg videre i sykepleierutdanningen. Vi deler erfaringer med hverandre i diskusjonene våre.

Bergan er sikker på at sykepleiere som har vært nettstudenter vil utgjøre en viktig ressurs for sykepleieryrket, all den tid studieformen krever sterk motivasjon og mye selvdisiplin å gjennomføre.

– Vi har like mye praksis i løpet av studiet som heltidsstudentene og våre eksamener er like vanskelige som deres. ■■■

Nettbasert sykepleierutdanning:

- › Fagplanen er den samme som for heltidsstudiet, men det nettbaserte deltidsstudiet er organisert over fire år.
- › Diakonhjemmets sykepleierhøgskole i Oslo var i 1998 først ute i landet med nettbasert sykepleierutdanning, med 35 studenter i første kull.
- › Universitetet i Stavanger opprettet nettbasert sykepleierutdanning som en del av sitt studietilbud høsten 2009.
- › Høgskolen i Bodø lanserte Nord-Norges første nettbaserte sykepleierutdanning i januar 2010.

– Vi føler oss tråkket på

Filippinske sykepleiere føler seg uthengt. Flere har fått ubehagelige kommentarer etter avissskriverier om utenlandske sykepleiere som har jukset seg til jobb i Norge.

Tekst og foto **Marit Fonn**

Den 9. juni hadde foreningen for filippinske sykepleiere møte i ambassadens lokaler for å diskutere temaet som har opprørt mange av dem.

I mai kom det fram at Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (Safh) har gitt sykepleiergodkjenning til utlendinger som har levert falske dokumenter.

Falsk sykepleier i sju år

Ifølge VG viser en rapport laget av to tidligere politietterforskere at det både blant serbiske og filippinske sykepleiere er funnet hull i påkrevde kvalifikasjoner.

VG har fortalt om en filippinsk mann som har jobbet i eldreomsorgen som sykepleier i sju år. Han er nå anmeldt for dokumentfalsk og

er fratatt godkjenningen. Hundrevis av utenlandske statsborgere kan jobbe ulovlig i norsk helsevesen, ifølge VG.

Direktør i Safh, Per Haugum, har midlertidig forlatt sin stilling, mens en gruppe gransker systemsvikt hos Safh.

Får spørsmål på jobb

Etter disse sakene i mediene, har filippinske sykepleiere fått kommentarer på jobb. Rundt 30 møtte opp på møtet i foreningen, som skal ha over 300 medlemmer.

Cynthia Baluyot, som er fylkesstyremedlem i Norsk Sykepleierforbund (NSF) Oslo, innleder med å fortelle om stor frustrasjon. Oppslag i avisene om forfalskninger av papirer og juks ved medikamenteksamen har gått inn på dem. Det

har ført til trakassering på jobb, der filippinerne er blitt spurt om de har papirene i orden.

– Hvordan skal vi løse dette? Vi er lei av anklagene, sier hun.

– Men viser det seg å være riktig at noen jukset, tar vi avstand fra det.

– Si fra til tillitsvalgte

Foreningen har invitert Eli Gunhild By, leder i NSF Oslo, til møtet. Hun får mange spørsmål om autorisasjonsordningen. Flere er usikre på hvorfor noen utenlandske sykepleiere får godkjent sin utdanning i Norge, og andre ikke.

By understreker at NSF ikke har noe med ordningen å gjøre, men at lover og regler må følges for alle utlendinger som vil jobbe som sykepleiere i Norge.

Hun etterlyser konkrete saker fra de filippinske sykepleierne.

– Uten det er det lite vi kan gjøre. Jeg forstår godt at dere med alt i orden reagerer på at dere får bemerkninger på jobb. Dere må ta kontakt med tillitsvalgte og melde saker om trakassering på arbeidsplassen, sier hun.

Baluyot savner oppfølging av arbeidsgiver, blant annet med språkkurs.

– Når vi blir ansatt som sykepleiere, så er det bare «kjør og kjør». Men når noe er galt, faller det tilbake på oss.

By påpeker at de fleste filippinerne er ansatt i private firmaer uten tariffavtaler. Dermed er de også underbetalt.

Må ha pass med på jobb

– Vi føler oss tråkket på etter oppslagene i avisene. Noen har gjort en feil, og dermed blir andre plaget på jobben, sier Cesar S. Dela Cruz, som har vært leder i foreningen siden desember.

– Vi må lære norsk. Det er det viktigste sykepleiere fra andre land må gjøre.

En av sykepleierne har vakter på flere arbeidssteder.

– Vi må nå ha pass med på arbeid. Har arbeidsgiver lov til å be oss om det? spør hun

«Vi må nå ha pass med på arbeid.» *Filippinsk sykepleier*



JUKSER IKKE: Jovita Holt og andre filippinske sykepleiere liker dårlig å bli mistenkt for å ha jukset med papirene sine.

By synes det er ille at sykepleierne med en annen hudfarge enn hvit har fått beskjed om å ha med seg identifikasjonspapirer på jobb:

– Alle blir skåret under en kam. Det vitner om veldig dårlig arbeidsgiverpolitikk, som liker på trakassering.

Vil demonstrere

Cynthia Baluyot poengterer at de ikke vil bli stemplet som juksemakere.

– Vi vurderer å gå i demonstrasjonstog. Vi er velutdannet. Se på pakistanerne, de er ute og sier fra med en gang. Nok er nok!

En sykepleier viser til at det er flere nyankomne filippinske sykepleiere som jobber som hjelpepleiere mens de venter på å få autorisasjon. Hun er redd de nå ikke vil få jobb som sykepleiere.

By opplyser at de kan være medlemmer i NSF. Da kan de få hjelp på lik linje med andre medlemmer i NSF.

Ble mistenkt

Cesar S. Dela Cruz forteller at han ble mistenkt for å være sykepleieren som er tiltalt for forfalskning, slik VG har skrevet om.

– Jeg ble mobbet.

– Hvordan takler du det?

– Det er tungt. Men jeg sier fra at det ikke er meg. Det er lett å misforstå det som står i avisen.

Han er bekymret for det som er sagt om juks på eksamen. Han synes også det er urettferdig at avisene tar opp saker om juks som er ferdig behandlet, og der det ikke er funnet bevis.

– Vår oppgave er å motivere filippinske sykepleiere. Mange vil hjelpe slekten hjemme. Men vil de hit, må de ha orden i papirene.

Anbefaler sannheten

Cruz kjenner ikke til at noen av medlemmene i hans forening har falske papirer.

– Men han som er tiltalt kjenner jeg godt. Han vil ikke prate med meg om det. Men jeg har snakket med konen. Jeg anbefaler ham å si sannheten. Da kan han få mindre straff.

Cruz understreker at Norge har velsignet dem med bra jobb.

– Da må vi følge reglene.

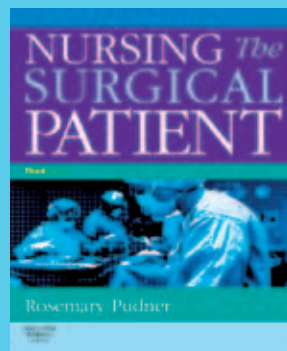
Filippinere opplever nå at de ikke blir innkalt til jobbintervju, fordi de er blitt mistenkeliggjort.

– De er fortvilet over det, sier Cruz.

Møtet foregår både på filippinsk, norsk og engelsk. De snakker også om hvordan det er mest praktisk for filippinske sykepleiere å få seg jobb i Norge. Cruz anbefaler å begynne som au pair, for da kan man lære seg norsk

De beslutter at de vil henvende seg både til politikere, Saph og pressen for å ta til motmæle mot ryktet de mener er skapt. En eventuell demonstrasjon får vente til etter sommeren. ■■■

Faglig oppdatert?



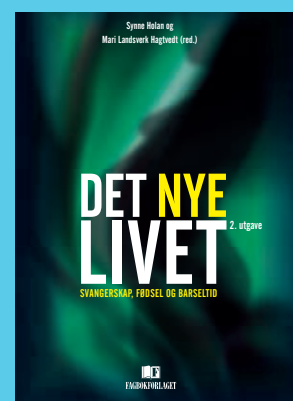
kr 351



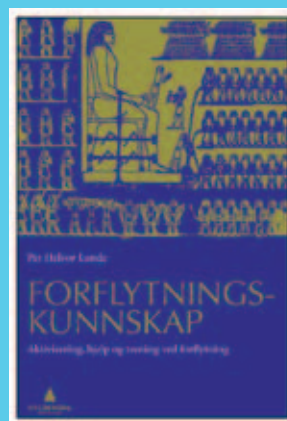
kr 920



kr 560



kr 428



kr 399

gnist.no

Sjekk utvalget på ditt fagområde! Enten du trenger å friske opp viktig kunnskap fra studietiden eller foreta en aldri så liten faglig oppdatering. Ting endrer seg raskt, ny forskning kommer til. **gnist.no** gjør det enklere å henge med og holde seg à jour. Også på ditt fagområde!

Oppgi koden **SP** ved bestilling på **gnist.no**, så sender vi bøkene fraktfritt.

gnist.no

Ser på tvangsregler

Mange sliter med vonde erfaringer etter tvangsbruk. Psykiatrisk sykepleier Unn E. Hammervold (bildet) håper på bedring.

Tekst Ann-Kristin Bloch Helmers



Helse- og omsorgsdepartementet har nedsett et lovutvalg som skal se på tvangsreglene i psykisk helsevernloven. Spesielt skal de se på problemstillinger rundt det såkalte behandlingskriteriet, både i forhold til menneskerettigheter og etikk.

– Håper på praksisendring

Unn E. Hammervold er leder i faggruppen for psykiatriske sykepleiere og sitter i lovutvalget. Hun håper gjennomgangen kan føre til en

praksisendring som tar vare på de mest sårbare gruppene.

– De mest sårbare i forhold til tvangsbruk er de som er helt alene, uten sterke pårørende. Det er så mange som sliter med vonde erfaringer i etterkant av tvangsbruk. Ofte hører jeg at «Jeg kan godt forstå at de måtte gjøre noe, men det var noe med måten det ble gjort på».

Hammervold har skrevet en masteroppgave om opplevelsen av tvangsbruk knyttet til anvendelse av mekaniske tvangsmidler, og mener at

vonde opplevelser etter bruk av tvang i mange tilfeller handler om tid.

– I noen kulturer handler det om å få gjennomført tvangstiltaket så fort som mulig, for eksempel i forhold til beltelegging. Det gjelder å «golve» pasienten og få lagt ham i reimer så fort som mulig, hvis det først oppstår en situasjon. I stedet kunne man stoppet opp og forsøkt å finne ut hva som er den beste hjelpen til pasienten akkurat nå, sier hun.

Skal se på kontrollordninger

Utvalget skal ledes av advokat Kari Paulsrud og levere en offentlig utredning innen ett år.

Lovutvalget skal blant annet vurdere vilkår for tvungent psykisk helsevern, iverksetting av tvangsbehandling, blant annet tvangsmedisinering, og bruk av tvangsmidler. Kontrollordningene for overprøving av tvangsvedtak skal også gjennomgås.

Kriseplan

– Alle har rett til helsehjelp når de har behov for det. På den ene siden sier pasientrettighetsloven at man har rett til medvirkning og Menneskerettig-



På www.sykepleierforbundet.no finner du dine medlemsfordeler på banktjenester. Les mer og ta kontakt, det kan lønne seg.

Du kan også ringe 04800 eller komme innom et av våre kontorer.

www.dnbnor.no

DnB NOR

«I noen kulturer gjelder det å tvangsbehandle så fort som mulig.» Unn E. Hammervold

hetskonvensjonen 3 og 5 at ingen skal utsettes for nedverdiggende behandling. Den sier også at alle har rett til personlig frihet. På den andre siden har man lov om psykisk helsevern som sier at mennesker kan innlegges og behandles mot sin vilje.

– Mange føler seg overkjørt og krenket når noen kommer inn og gir helsehjelpen ved bruk av tvang. Det er noen vanskelige etiske og juridiske avveininger i dette feltet som vi trenger å diskutere for å komme fram til en ny praksis, sier Unn E. Hammervold.

Hammervold tror det er mulig å unngå unødvendig tvangsbruk før innleggelse. Legevaktsfunksjonen kan bli bedre på å håndtere tvangssituasjoner, og det er behov for å se på bakvaktsfunksjonene i kommunene.

– Krisene oppstår ofte på ugunstige tider av døgnet. ■■■

Bård Nylund

Alder: 29 år

Aktuell som: Studentleder i Norsk Sykepleierforbund (NSF)

BAKGRUNN:

«– Ikke bli sykepleier!» var overskriften i dagbladet.no 30. mai, et par dager etter at storstreiken i Unio var i full gang. Sykepleierstudentenes leder kom med dette rådet. Studentene er skuffet og motløse, sa Bård Nylund, mest fordi regjeringen lovet å komme på banen med likelønn, men ikke bidro i tariffoppgjøret.

Sint, ung student

Er du fortsatt sint?

– Ja, det vil jeg si. I kjølvannet av reaksjoner jeg har fått, er jeg enda mer forbanna.

Å ja? Reaksjoner fra hvem da?

– Nyutdannede sykepleiere som sier de tjener for lite, og som i tillegg sliter med å få fast jobb – og full jobb.

Fraråder du virkelig unge å bli sykepleier?

– Jeg har jo selv valgt utdanningen fordi jeg synes sykepleie er et spennende fag. Det synes jeg fremdeles. Det tror jeg andre gjør også. Men jeg synes de bør tenke over de momentene som handler om lønn og arbeidsvilkår. I hvert fall må de være seg bevisst at de må øve seg på å bli tøffere i framtiden.

Var dette et taktisk streikeutspill?

– Hm-hm. Dette var utvilsomt et tidspunkt som passet. Men det endrer ikke realiteten om hvordan det er å være nyutdannet sykepleier.

Men er det ikke defensivt å fraråde yrket?

– Så lenge det er nok folk som har lyst til å bli sykepleiere med de betingelser som er i dag, skjer det lite. Men hvis tilgangen på sykepleiere dempes, vil kanskje noe måtte skje. Det var nedgang i søkningen til utdanningen dette skoleåret. Jeg synes jo det er leit. Men jeg hadde håpet at myndighetene også synes det. Det er de som har ansvar for helsetjenestene som må gjøre noe.

Du har sagt at du vurderer å avbryte studiene. Skal du det?

– (Sukk.) Tror nok jeg fullfører. Men jeg vil tenke over hva jeg skal bruke utdanningen til.

Så vi ser ikke deg som sykepleier?

– I tredelt turnus i klinikken? Ikke med de betingelsene som tilbys i dag. Dessverre.

Typisk mannlig utspill dette?

– Hva som er typisk mannlig eller kvinnelig

skal ikke jeg ha sagt. Men jeg skulle ønske at sykepleierutdanningen kunne bli brukt til å gi kunnskap om arbeidslivet og gjøre sykepleierne i stand til å gjøre gode forhandlinger. Det er jo viktig for dem. Sykepleiere må kjempe med nebb og klør for å få fast jobb og en lønn som fortjent. NSF kan være en naturlig samarbeidspartner om dette i utdanningen.

Er du kritisk til NSF og Unios innsats i streiken?

– Jeg syns de har fått til mange ting, jeg. Skift og turnus er blitt likestilt og grunnlønnen er hevet.

Har du fått kritikk fra NSF for ditt utspill?

– Nei.

Hvorfor ville du bli sykepleier?

– Som mann har jeg ofte fått reaksjonen: «Men hvorfor vil du ikke heller bli lege?» Det er fordi sykepleiere ivaretar menneskers grunnleggende behov. Mens legene har en konsultasjonstilnærming. De går inn og ut. Tettere på og langsiktig er mer spennende.

Hva gjør du nå?

– Jeg stiller til gjenvalg som studentleder på årsmøtet 20. juni. Og så har jeg ett år igjen på Høgskolen i Oslo.

Har du et annet yrke du drømmer om?

– Har jo alltid hatt lyst til å bli journalist, da. Det er lett å drømme om andre yrker når man har sykepleiervenner som er blitt flyvertinner og tjener det dobbelte.

Tekst og foto Marit Fonn



Hva er det med USA?

De får til det utrolige, men klarer ikke engang det mest opplagte. USA er både ufattelig rikt og grenseløst fattig. Det er nyskapende og energisk, men også slapt og forstokket. Mulighetenes land, som kan for-
tone seg som en hengemyr for dem som ikke lykkes.

Kontrastene står i kø når man skal beskrive landet

«over there», også når det gjelder helsetjenesten. Det finnes ikke ventelister på amerikanske sykehus og behandlingen du får, er som regel førsteklasses. Intet sted i verden er pasientsikkerhet så høyt skattet som i USA. Men millionvis av amerikanere har ikke råd til å søke selv enkel medisinsk behandling. USA bruker mer penger enn noe land på helse. Men forebygging har man ikke råd til.

Flere demokratiske presidenter i etterkrigstiden har forgjeves forsøkt å gi alle amerikanere tilgang til de samme helsetjenestene. Nå har Barack Obama omsider lyktes med å få gjennom en begrenset helsereform. Den vil, etter mange år, omfatte i hvert fall størstedelen av landets innbyggere.



10 historier om ame

Usikkerheten om hvordan helsereformen vil slå ut er stor, men én ting er sikkert: Med en helse-reform vil USA mangle både sykepleiere og annet helsepersonell.

Dette vil gi amerikanske sykepleiere en historisk sjanse. De tjener allerede bedre enn sine norske kolleger og har også flere strenger å spille på i faglig utvikling. Og de er langt mer kundeorienterte enn sykepleiere i Norge. Med Obamas helsereform ligger veien nå åpen til utvidede yrkesroller og enda større uavhengighet.

Fem av Sykepleiens journalister og en fotograf var denne våren en uke i San Francisco, en av USAs mest liberale byer. Vi snakket med 10 sykepleiere om deres hverdag. 🇺🇸

Sent, men godt? ›	28
Realiserte drømmen ›	32
Benner for praksis ›	34
Snart sykepleiedoktor ›	38
Helt i toppsjiktet ›	40
Fakta om sykepleiere i USA ›	47
A wonderful world ›	48
Et ganske privilegert hjem ›	52
Spiste Vicodin som drops ›	56
Jakter på gjerningsmenn og dødsårsaker ›	58
License to care ›	62



rikansk helsevesen

23. mars 2010 fikk USA vedtatt en omfattende helsereform, som blant annet Men hvorfor tok det så lang tid?

USA og helsereformen:



Nina Berven (1972) er doktor polit. i sammenliknende politikk (UiB, 2005). Hun arbeider som forsker på Rokkansenteret og er førsteamanuensis ved Institutt for sammenliknendepolitikk, Universitetet i Bergen.

A få gjennom en helsereform har vært en av president Barack Obamas fanesaker. Mange presidenter har forsøkt det før ham. Men hvorfor har det ikke lyktes før nå?

For å forstå debattene og kontroversene rundt det som er blitt karakterisert som en «revolusjon i amerikansk helsepolitikk» (Berven og Lindèn 2010), er det nødvendig å se nærmere på særtrekk i den amerikanske politiske kulturen.

DE SISTE TIÅRENE har USA vært det eneste landet i vesten uten et helsetilbud som dekker hele befolkningen. Samtidig er imidlertid USA, etterfulgt av Norge, det landet som bruker størst andel av bruttonasjonalproduktet (BNP) på helse og som bruker mest penger på helse per innbygger (se for eksempel OECD 2009). Dette kan se ut som litt av et paradoks. Men det blir likefullt en viktig innfallsvinkel for å forstå den politiske og folkelige motstanden mot et om ikke akkurat altomfattende, så i alle fall adskilleg mer inkluderende helsevesen enn tidligere.

Uttrykket «Don't fix it if it ain't broken», er i så måte illustrerende for å forklare motstanden mot reformer. For det store flertallet fungerer jo helsevesenet utmerket. De fleste amerikanere har tilgang til svært gode helsetjenester i et system der for eksempel «helsekø» er et fremmedord. Via arbeidsgiver og / eller private forsikringsselskaper kan de skaffe nødvendige helsetjenester og medisiner for seg selv og familien. I tillegg finnes det andre sterke aktører, som den amerikanske legeföreningen, de ulike forsikringsselskaperne, firma og arbeidsgivere som har klare interesser i å bevare systemet slik det har vært til nå. Gjennom tiår har fraværet av et universelt offentlig helsevesen ført til et omfattende privat, etablert og i all hovedsak velfungerende system. Så hvorfor da være tilhenger av omfattende endringer i retning av større offentlig ansvar?

USA ER ET STORT, men relativt nytt land. Både oppbygging og holdninger skiller seg

fra mye av det vi finner i Europa. Riktignok består USA i stor del av folk med avstamning fra Europa. Utflyttingen var massiv tidlig på 1900-tallet. Denne utvandrerulturen fra et stivnet og klassesdelt Europa, trekkes ofte frem som en forklaringsfaktor på amerikansk individualisme og såkalt «US exceptionalism» (O'Connor og Sabato 2008): Utvandrede europeere skapte et nytt samfunn, et mulighetenes land, der en hver kunne være sin egen lykkes smed uten unødige klassemessige, statlige eller byråkratiske hindringer.

Kort sagt, til langt ut på 1920-tallet var den generelle holdningen at staten, det være seg delstats- eller føderalstatsnivået, i minst mulig grad skulle blande seg inn i enkeltmenneskers liv. Det måtte være rom til å prøve, feile og lykkes på egenhånd. Gjennom infrastruktur som veier, jernbane, hindring av kartell- og monopolvirksomhet var myndighetenes rolle primært å legge til rette for livsutfoldelse, næringsmuligheter og fri konkurranse. Helse- og velferdsspør-



Ville innføre helsetjenester for alle



President Franklin D. Roosevelt (1933-45) fikk innført et system for sosialhjelp i USA i økonomisk vanskelige tider. Han var Demokrat.



President Harry S. Truman (1945-53) var også opptatt av å gi flere tilgang til helsetjenester på 40-tallet. Han var også Demokrat.



President John F. Kennedy (1961-63) forsøkte seg på reformer, men kom ikke langt. Demokrat.

vil gi 30 millioner fattige tilgang til helseforsikring.

Sent, men godt?

mål ble først satt på den politiske agendaen rundt 1930-tallet, da den massive økonomiske depresjonen gjorde at et stadig økende antall amerikanere ble kastet ut i et økonomisk og sosialt uføre.

DENNE KOLLAPSEN på verdensmarkedet er faktisk bakgrunnen, eller ryggraden, for mye av det amerikanske helse- og velferdssystemet slik vi hittil har kjent det. For den økonomiske krisen på 30-tallet gav større behov for offentlige løsninger, noe som resulterte i president Roosevelts såkalt «New deal» i 1935: Et todelt system med *social security*-ordninger på den ene siden og *social assistance* på den andre. Disse ordningene er basert på ulike logikker.

«Verdige» mottakere, som syke eldre mennesker, innbefattes i all hovedsak av ordninger som *Medicare*, mens såkalte «uverdige» mottakere (enslige forsørgere, arbeidsledige og så videre) faller inn under *Mecicaid*-delen, som er langt mindre sjenerøs. Disse ordnin-

gene utgjør fortsatt basisen i det amerikanske helse- (og velferds) systemet (Berven 2004).

Synet på stønadsmottakere er generelt mer negativt i USA enn i Norge. Spesielt gjelder dette «*welfare*» som er knyttet opp til *social assistance*-delen av det amerikanske velferdssystemet. Det tilsvarer norsk sosialhjelp. Mange oppfatter dette som å gi offentlig støtte til folk som er for uansvarlige og late til å ta vare på seg selv. «*Welfare*» er derfor noe som gir negative assosiasjoner.

Med helse stiller det seg derimot litt annerledes. Alle kan bli syke, så å si. I utgangspunktet er det derfor større politisk handlingsrom på helse- enn på velferdsfeltet. Men selv om ambisjonene har vært store, har demokratiske presidenter etter Roosevelt ikke klart å skape et offentlig og universelt helsevesen. For å forstå dette (og dermed i neste omgang forstå hvorfor Obama omsider fikk vedtatt en helsereform), må vi også trekke inn en del særtrekk ved amerikansk politisk kultur og beslutningssystemet som sådan.

USA HAR VELFERDSORDNINGER europeere ikke oppdager fordi de ikke er vant til den amerikanske formen for velferdspolitik. USA har riktignok lavere offentlige sosiale utgifter enn i Europa, men om man inkluderer private sosiale ytelser, samt støtte gjennom skattefradrag, blir forskjellen mindre. Den amerikanske velferdsstaten bygger altså på andre virkemidler enn for eksempel den norske: Man fokuserer på å gi folket mulighet til selv å ordne egen velferd.

Mye av velferden i USA kanaliseres gjennom private bedrifter. Disse tilbyr sine ansatte ulike velferdsgoder. Pensjon og helsetjenester er de viktigste arbeidsrelaterte ytelsene. Tilgang og kvalitet på helsetjenester bestemmes altså i stor grad av hvilken arbeidsgiver man har. I tillegg gis enkeltindividet skatteincentiv til å spare til egen livs- og pensjonsforsikring. Det forsterker den private karakteren ved amerikansk velferdspolitik.

Ca. 65 prosent, eller 2/3 av alle amerikanere, har privat helseforsikring (oftest via arbeidsgiver),



President **Bill Clinton** (1993-2001) lanserte en drastisk helsereform, frontet av kona Hillary. Clinton er Demokrat. Forslaget fikk aldri flertall blant de folkevalgte.



President **Barack Obama** lyktes i mars i år med å få flertall for en reform som vil gi flesteparten (men ikke alle) amerikanere rett til helsetjenester. Men mange er fortsatt imot. Også i Obamas eget parti, Demokratene.

vel 25 prosent dekkes av offentlige ordninger (*Medicare* og *Medicaid*) mens vel 15 prosent står uten forsikring (dobbeldekning gjør at summen overstiger 100 prosent). De offentlige ordningene er for spesielt utsatte enkeltgrupper som eldre, og de fattigste barn og voksne. Innbyggere uten forsikring har tilgang på gratis akutt behandling, men utover dette må de selv betale konsultasjoner hos lege eller en operasjon på sykehus.

DEN PRIVATE VELFERDSSTATEN skaper et skille mellom de som er dekket av og de som står utenfor yrkesbaserte velferdsordninger. Mange har en egeninteresse av å beholde dagens system. Ordninger som er til fordel for store grupper, i tilfellet helseforsikring cirka to tredjedeler av arbeiderne, har en tendens til å være vanskelig å reformere radikalt. Arbeidere som har en yrkesbasert ordning vil eksempelvis gjerne være kritiske til mottakere av offentlig støtte og mindre tilbøyelige til å kreve offentlige velferdsordninger.

I motsetning til det norske systemet, hvor staten blir sett på som en vennlig alliert og

«Ryker jobben, ryker som regel helseforsikringen også.»

problemløser, frykter mange amerikanere at større offentlig engasjement i helsevesenet medfører redusert tilgang til de beste legene og den nyeste teknologien, samt til lange helsetekøer. Dette kan forklare det som fremstår som et paradoks for mange norske avislesere: Hvorfor amerikanere er uenige i at staten tar mer ansvar på et område med åpenbare mangler. Gjentatte forsøk på å få til et nasjonalt helsevesen som innbefatter hele befolkningen (fra Roosevelt på 30-tallet, via Truman på 40-tallet og Kennedy på 60-tallet til Clinton på 1990-tallet) strandet etter manges mening nettopp på grunn av mektige interessegrupper (se for eksempel O'Connor og Sabato 2008).

IFORHOLD TIL Norge ligger USAs partipolitiske system mye lengre til høyre. Bill Clinton, en demokrat som fremdeles nyter høy anseelse i Europa og som har tatt flere viktige sosialpolitiske initiativ i for eksempel helsepolitikken, hadde følgende slagord for sin reform i 1996: «Ending welfare as we know it». Clintons

helsereform kuttet stønadperiodene, styrket arbeidskravene, strammet inn vilkårene for hvem som hadde rett til stønad og overlot mer ansvar til delstatene til å administrere og avgjøre stønadsnivå. Slagordet og reformene var populære blant velgere fra begge partier i USA, blant annet fordi mottakerne av *welfare* altså ses på som «uverdige trengende» (Berven 2004).

Jeg vil ikke hevde at kun parti på venstresiden innfører velferdsordninger. Men det er slik at fraværet av et «europaisk sosialdemokratisk parti» sammen med svake fagforeninger ofte blir nevnt som årsaker til at det er få offentlige velferdsordninger i USA. Den antatte forskjellen mellom Demokrater og Republikanere er delvis en myte. Det er ikke slik at Demokratene er liberale, stats- og velferdsvennlige (nærmest som «gode sosialdemokrater»), mens Republikanerne kun tjener overklassen. Fra et norsk og europeisk perspektiv er det mer betegnende å snakke om to høyrepartier, og ingen av dem ligner særlig på europeiske sosialdemokratiske partier.

Det politiske systemet i USA er en viktig forklaring på hvorfor årtiers forsøk på å reformere helsevesenet ikke har lyktes før nå. Med kun to dominante partier oppstår det et polarisert politisk system der det er viktig å fremheve forskjeller heller enn likheter. Lojaliteten hos den enkelte representant er dessuten splittet, mellom partitilhørighet på den ene siden og hjemstat /valgdistrikt på den andre.

Derfor er det langt fra noe selvfølge at de enkelte representantene stemmer på linje med partiet sitt (i den grad partiet har noen offisiell linje på saken det gjelder). Politikerne har altså langt større handlingsrom enn det som er vanlig i det norske systemet. På den ene siden gir dette fleksibilitet og dynamikk, men på den andre siden gjør det at stemmegivningen kan bli lite forutsigbar. Representantene behøver ikke nødvendigvis å være prinsipielt uenige med partiet sitt, men den splittede lojaliteten mellom valgdistrikt og parti gir rom for å forhandle om ulike typer av særordninger til egen delstat og valgdistrikt i "bytte" mot å stemme på linje med partiet. Denne uforutsigbarheten ble ytterligere forsterket siden det skal holdes mellomvalg til Kongressen allerede høsten 2010

Å presse gjennom en helsereform for en hver pris, kan derfor bli svært kostbart politisk. Det politiske vedtaket er kommet for å bli, og er

derfor tjent med bredest mulig tverrpolitisk støtte. Såkalt «blamesharing» er også et moment som kunne talt til fordel for et bredere støttegrunnlag. Skulle uforutsette problemer dukke opp, er det greit å ha noen å dele skylden med. Så for Obama og forkjemperne av en (omfattende) helsereform, ble det en avveining mellom å fremstå som effektiv og handlekraftig, men samtidig bygge bro og kompromisse på tvers av det politiske spekteret. I dette tilfellet veide hensynet til politisk handlekraft tyngst, og reformen ble til slutt vedtatt med 219 mot 204 stemmer.

EN NASJONAL HELSEREFORM er en sak som i større eller mindre grad har vært fremme på den amerikanske politiske agendaen gjennom årtier. For å forstå hvilke forhold som har bidratt til at reformen omsider gikk gjennom, bør vi se på den økonomiske og politiske situasjonen i dagens USA.

Finanskrisen i 2008 (som i omfang er blitt sammenlignet med den økonomiske depresjonen på 1930-tallet) startet i USA. De er også blant dem som er blitt hardest rammet. En arbeidsledighet på rundt 10 prosent er ikke bra for et samfunn uansett, men når tilgangen til helsetjenester i så stor grad er knyttet opp til ansettelsesforhold, får det ekstra store konsekvenser: Ryker jobben, ryker som regel helseforsikringen også.

Det er de «gode jobbene» (som inkluderer forsikring) som i størst grad er i nedgang, mens lavtlønnsyrkene er mer stabile, eller til og med i vekst. Dette er imidlertid hovedsakelig jobber uten forsikringer og sosiale goder. Antallet amerikanere som enten er underforsikret eller står uten forsikring har derfor økt markant de siste årene. I en politisk-ideologisk sammenheng betyr dette at det klassiske skillet mellom «vi» og «dem» i økende grad viskes ut på helsefeltet.

Det har også en viss betydning at presidenten er fra det Demokratiske partiet, per dags dato har flertall i hele Kongressen; altså både i Senatet og i Representantenes hus. Dette ble nok et moment for å få den kontroversielle reformen igjennom før mellomvalget til høsten, som potensielt kan endre denne flertalls-situasjonen.

Reformen er kontroversiell fordi den på mange måter bryter med den politiske kulturen i USA. Dette gjelder først og fremst i synet på staten og hvilken rolle den skal ha i



enkeltmenneskers liv. Obamas helseforsikring er nemlig obligatorisk. Så på den ene siden gjør reformen helsetjenester billigere og mer tilgjengelig for folk. Men på den andre siden er de pålagt å skaffe seg en slik forsikring. Dette bruddet på den individuelle valgfriheten, er den viktigste grunnen til at Obama blir beskyldt for å «sniksosialisere» helsevesenet i USA. Den bidrar også til å svekke forsikrings-selskapenes stilling, fordi de ikke lengre har lov å nekte å forsikre folk på bakgrunn av tidligere helsehistorie, kroniske sykdommer og så videre. Reformen skal iverksettes over en tiårsperiode. Det er altså ikke slik at tidligere uforsikrede amerikanere blir helseforsikret «over natten». Det er heller ikke slik at alle de uforsikrede nå gradvis vil få mulighet eller tilgang til å forsikre seg, men over de neste 10 årene vil cirka 32 av de rundt 50 millionene

uforsikrede falle inn under lovendringen. USA vil altså fortsatt være uten et universelt helsevesen, og det er vil antegeligvis være betydelige variasjoner mellom delstatene i forhold til ytelser og tjenestenivå.

Den nye loven er i hovedsak et rammeverk, et slags første steg mot det helsevesenet USA vil ha i fremtiden. Både tilhengere og motstandere må uansett forholde seg til dette rammeverket på en eller annen måte. Bordet fanger, så og si.

Og vel så viktig, begge parter er skuffet over rammen. Motstanderne er misfornøyde blant annet fordi de mener at reformen representerer en (snik-)sosialisme, som de vil gjøre mye for å snu. Tilhengerne er hovedsakelig skuffet fordi lovendringen foreløpig bare er

et lite, ufullstendig steg mot en mer omfattende, offentlig reformering av amerikansk helsevesen. Om helsereformene anno 2010 vil bli stående igjen som en revolusjon i amerikansk historie eller utsettes for en rask kontrarevolusjon er usikkert. At helse fremdeles vil være en viktig sak i amerikansk politikk er det imidlertid liten tvil om. 🇺🇸

LITTERATUR:

Berven, Nina (2004): National Politics and Cross-National Ideas. Welfare, Work and Legitimacy in the United States and Norway. Dr. polit. avhandling ved Institutt for sammenliknende politikk, Universitetet i Bergen

Berven, Nina og Tord Skogedal Lindén (2010): «Obamacare» – en revolusjon i amerikansk helsepolitikk?. I Stat og Styring 2:2010 (under utgivelse).

O' Connor, Karen og Larry J. Sabato (2008): American Government. Continuity and Change. PEARSON Longman. New York, San Francisco, Boston.

OECD (2009): OECD Health Data 2009 – Statistics and Indicators for 30 countries, online and on CDROM, Paris. www.oecd.org

10 sykepleiere forteller sin historie. Se de neste sidene. 🇺🇸



«Vi er veldig kreative i måten vi yter service på.»



– Jeg var fjorten år da jeg bestemte meg for å bli sykepleier.

Realiserte drømmen

Tekst **Susanne Dietrichson** Foto **Erik M. Sundt**

Glide Memorial Church ligger i Ellis Street i sentrum av San Francisco. Vi har så vidt snudd ryggen til Hennes & Mauritz og Zara i San Franciscos store handlegate Market Street, da vi får øye på spiret. På fortauet utenfor kirkebygget står en lang rekke med mennesker som bærer tydelig preg av et liv på gata. De er skitne og ustelte og har slitte klær. Noen har alt de eier i plastposen de holder i hånden. Flertallet er fargede. Disse menneskene har åpenbart ikke penger til å shoppe. De står i matkø.

IRESEPSJONEN rett innenfor døren blir vi henvist videre til heisen. Veggene er flekkete av gammel maling og gulvet er av røff betong. Helsesenteret hvor Esker-D Ligon jobber som «nurse practioner» og psykiatrisk sykepleier ligger i sjette etasje, og er derimot rent og nymalt i varme, lyse farger. Ligon er tydelig stolt når hun viser oss rundt. I tillegg til et stort venterom består senteret av tre – fire kontorer, samt diverse behandlingsrom.

– Jeg bestemte meg for å bli sykepleier da jeg var fjorten år, forteller hun.

– Jeg hadde en kusine som jobbet på sykehus og en bestemor som hadde fått slag. Derfor var jeg ofte på besøk på sykehuset. Jeg fulgte med på hvordan sykepleierne jobbet med pasientene og hjalp til med å stille bestemoren min. Og jeg tenkte at å bli sykepleier ikke var noen dårlig karriere, ler hun.

LIGON SYNES det beste med jobben er at senteret er sykepleiedrevet. Noe som blant annet innebærer en holistisk tilnærming til klientene.

– Vi er veldig kreative i måten vi yter service på. Vi har et godt forhold til menneskene vi jobber med og jeg opplever at arbeidet vi gjør innebærer en forskjell.

Glide helsesenter tilbyr helsehjelp til folk som ikke har råd til helseforsikring og derfor heller ikke kan behandles på private sykehus. Mange

av disse er arbeidsløse, husløse og stoffavhengige. I tillegg til heroinavhengighet, alkoholmisbruk og kroniske smerter sliter mange med psykiske lidelser.

– Vi ser at klientene våre gjør fremskritt. Mange av dem som oppsøker oss er fullstendig ute av kontroll psykisk når de kommer hit, men helsetilbudet vårt gjør dem mer stabile, forteller Ligon.

Ved helsesenteret jobber to psykiatriske sykepleiere og to sosionomer på fulltid og en deltidansatt lege. I tillegg tilbyr Glide Memorial Church krisehjelp til voldsutsatte kvinner, tre måltider om dagen til dem som trenger det og boligformidling til husløse. Glidefondet har dessuten finansiert bygging av to store leiegårder for bostedsløse i San Fransisco.

IDAG ER OGSÅ Jo Anne Saxe på Glide. Hun er professor og førsteamanuensis for Adult Nurse Practitioner Program ved University of California, San Francisco. Ligon har vært en av hennes studenter. Saxe understreker at det å bo er et av de mest primære og elementære av alle menneskelige behov. Samtidig er det mye lettere å følge opp klientenes medisinske og mentale behov når de har en fast bopel. De som bor i Glidefondets hus følges opp av en sykepleier som sørger for at de får den helsehjelpen de trenger, både medisinsk og mentalt. Saxe forteller at Glide helsesenteret er finansiert av det offentlige, gjennom skatter og avgifter.

– I USA har vi ikke universell helsehjelp, men San Francisco er unik i den forstand at byen garanterer primære helsetjenester for dem som ikke har midler til å kjøpe helseforsikring.

CALIFORNIA ER DEN STATEN i USA med flest hjemløse, til sammen 170 000. Men i San Francisco har det offentlige satt igang diverse tiltak, blant annet kjøpt opp gamle bygninger og gjort dem om til boliger for husløse. Dette har gitt



Navn: **Esker-D Ligon**
 Alder: **36**
 Utdanning: **Bachelor i sykepleie, mastergrad og videreutdanning i psykiatri.**
 Tittel: **Nurse practitioner**
 Årsinntekt: **Ca. 920 000 kroner**
 Arbeidstid: **32–40 timer i uken**
 Ferie: **To uker i året**
 Obamas helsereform?: **Ja, men det er langt igjen til målet om universell helsehjelp. Reformen er bedre enn ingenting og tross alt et skritt i riktig retning.**



resultater; San Francisco er ved siden av New York den eneste byen der antallet hjemløse har sunket siden 2002. Det ble klart etter at 500 frivillige deltok i en omfattende telling av bostedsløse i San Francisco i 2007. Tellingen viste at det bor til sammen 6377 hjemløse i byen.

– San Francisco er den byen i USA med flest husløse innbyggere med sosiale og stoffrelaterte problemer, forteller Vicky Smith, som sitter på kontoret ved siden av Ligon og er den andre sykepleieren på helsesenteret.

– Men det er samtidig i San Francisco vi har den beste sosialhjelpen. Derfor kommer folk hit fra andre stater for å få hjelp. De bare setter seg på bussen. Helsebudsjettet i San Francisco er enormt, derfor er også skatter og avgifter stadig økende, mener Smith.

GLIDE HELSESENTER bærer også preg av økonomiske nedgangstider. Ligon viser oss to behandlingsrom som står tomme.

– I fjor hadde vi en akupunktør og en fysioterapeut som jobbet deltid her. Mange av klientene kom og fikk satt nåler hver eneste morgen. De ble roligere av det. Men kutt i budsjettet gjorde at vi ikke hadde råd til å lønne dem i år, forteller hun.

Ligon bruker cirka 20 minutter med tog til jobben hver dag fra hjemstedet sitt i Oakland, der hun bor med mannen sin. De har ingen barn, og hun tviler på at hun ville greid å jobbe så mye som hun gjør i dag om hun hadde hatt det. Hun har aldri angret på yrkesvalget. De første årene som sykepleier jobbet hun på akuttmottak i sykehus, men det var hele tiden psykiatrisk sykepleier hun ville bli.

– Jeg syntes det var tøft å ta imot folk som kom på sykehus fordi de hadde vært med i ulykker eller hadde en sykdom som kom ut av kontroll. Vi behandlet dem og så forsvant de. Jeg hadde mer lyst til å jobbe for at folk ikke skulle bli lagt inn på sykehus. 🇺🇸



*«Det teoretiske nivået
i utdanningen
må oppgraderes.»*



– Å være sykepleier er som å lese briljant litteratur. Bare bedre, mener professor Patricia Benner.

Brenner for praksis

Tekst **Susanne Dietrichson** Foto **Erik M. Sundt** og **Susanne Dietrichson**

Det er tredje gang jeg sitter og venter på Patricia Benner, sykepleier, professor emeritus, og forfatter av flere fagbøker om sykepleie. Mange vil nikke gjenkjennende når de hører tittelen «Fra novise til ekspert», som utkom i USA i 1984. Boka har vært en faglig døråpner for sykepleiere over hele verden.

Men vil jeg noen gang treffe henne? To dager på rad har jeg troppet opp på kontoret hennes ved University of California, San Francisco (UCSF), som hun fremdeles disponerer. Selv om hun formelt sett er gått av med pensjon. Hver gang har jeg sittet og ventet en time etter avtalt tid, og hver gang har Benner vært like beklagende på telefon i etterkant. Hun har rett og slett glemt meg.

Kanskje hun ikke finnes? Har suksessen gått til hodet på henne, slik at hun ikke bryr seg om å bli intervjuet i et fagblad fra lille Norge? Eller er hun i ferd med å bli gammel og glemsk?

I dag har jeg tatt toget til Berkeley for å møte henne der hun bor. Og kort tid etter er alle mine bange anelser avkreftet. Jeg sitter i Benners bil og den store, blide damen er åpenbart innstilt på å gjøre opp for sin glemsomhet. Og vel så det. Da jeg etter to timer synker ned i hennes storbloomstrede, altfor myke sofa, har jeg blitt vist rundt på universitetet, sett redwood-trær, Indianerklippen, Rosehagen, spist pizza og hørt på livemusikk.

BENNER VOKSTE OPP i Hampton Roads i Virginia under krigen. Foreldrene kom opprinnelig fra North Carolina, men reiste til Hampton Roads for å jobbe i skipsindustrien. Allerede

på skolen var Benner fascinert av forskning og drømte om et liv på laboratoriet. Men hun ville også jobbe med mennesker.

– Valget falt på sykepleie, og det har jeg aldri angret på. Jeg har virkelig elsket faget fra første stund, forteller hun.

Benner jobbet fulltid som sykepleier i sju år før hun tok videreutdanning. Hun jobbet deltid i klinikken mens hun tok master og ved siden av doktorgradsstudiene. I 1982 begynte hun på UCSF som assisterende professor. Fra da av var hun forsker på heltid

– Den første problemstillingen som opptok meg var hvor vanskelig overgangen fra studier til jobb er for sykepleiere. Jeg ønsket å finne ut hvordan man kunne gjøre denne overgangen smidigere.

I flere år forsket Benner på hvordan man skulle trene opp sykepleiestudenter i praksis slik at overgangen til arbeidslivet skulle bli mindre. Hun fant ut at problemene hovedsakelig skyldes avstanden mellom utdanningen og praksis.

– De naturvitenskapelige og humanistiske fagene det undervises i på utdanningen er ikke tilpasset den kompleksiteten som finnes i praksis. Det er for stor avstand mellom det som blir fortalt i klasserommet og det som erfares i praksis.

HER HAR DET ifølge Benner skjedde en endring. Mens tidligere studier viste at praksisfeltet slet med å innarbeide teorien på utdanningen, er problemet nå blitt det omvendte: Utdanningen sliter med å holde tritt med det teoretiske nivået i praksis.



Navn: **Patricia Benner**
 Alder: **68 år**
 Utdanning: **Toårig grunnutdanning i sykepleie. Master i sykepleievitenskap. Doktorgrad i stressmestring og helse.**
 Tittel: **Professor emeritus**
 Årsinntekt: **Hemmelig**
 Arbeidstid: **40 timer i uka.**
 50–60 for ti år siden
 Ferie: **Tre uker i året**
 Obamas helsereform?: **Ja.**
 Fordi det er god begynnelsel.



Men avstanden mellom utdanning og praksis skyldes også den spesifikke kunnskapen som er knyttet til den enkelte arbeidsplassen og pasientpopulasjonen. Slik lokal kunnskap er vanskelig å innlemme i undervisningen.

– *Hva er løsningen på dette?*

– Det teoretiske nivået i utdanningen må oppgraderes, slik at det faglige gapet mellom praksis og utdanningen ikke blir så stort som det er i dag. Det er også viktig at klasseromsundervisningen integreres i klinikken og omvendt. Teoriundervisningen og praksis må ikke være så atskilte som de er i dag. I tillegg må vi etablere gode, lokale overgangssystemer som kan gjøre det lettere for sykepleiere å gå ut i jobb etter endt utdanning, mener Benner.

VI NIPPER TIL kaffen som serveres av mannen hennes i små orientalske kopper. Stuen er for øvrig full av japanske suvenirer, et land hun og mannen stadig vender tilbake til. Og hvor hun tydeligvis har mange beundrere: «They just love Patricia!» kan hennes mann fortelle. En av bøkene hennes er til og med bare gitt ut på japansk.

Den bereiste damen har vært i mer enn 40 land og presentert forskningen sin. Norge er blant favorittreisemålene. Hun har vært i Oslo, Trondheim og Tromsø og planlegger en Bergenstur. Men det ultimate reisemålet i Norge er Molde, som ifølge Benner er «adorable», med sine snødekte fjell.

– *Hva liker du best ved å forske?*

– Jeg har konsentrert meg mye om den kunnskapen som finnes blant sykepleiere i praksis, om å formulere denne, gi den et språk.

Og jeg har opplevd det som svært tilfredsstillende å beskrive kunnskap som faktisk ikke har vært beskrevet før jeg gjorde det. Det har vært veldig spennende på den måten gjøre den tilgjengelig utenfor praksis.

BENNER HAR FÅTT masse ros for arbeidet sitt som forsker.

– «Du har greid å sette ord på ting jeg alltid har visst, men aldri har greid å beskrive», sier

«Å være sykepleier er svært sammensatt.»

sykepleiere til meg. Det er den største komplimenten jeg kan få.

Men til tross for suksessen savner hun pasientene.

– Jeg har alltid savnet den sterke følelsen av mening pasientkontakten medfører, innrømmer hun.

– Jeg tror ikke jeg har opplevd å gjøre noe viktigere enn å gi intelligent og empatisk pleie til mennesker som trenger det. Selv om forskningen gir meg tett kontakt med praksis, blir det ikke det samme som kontakten med pasienter. Den er unik. Du kan ikke være sykepleier lenge før du konfronteres med din egen menneskelighet. Og andres. Det eneste man kan sammenligne det med er å lese briljant litteratur. Bare enda bedre.

– Hva er den viktigste egenskapen man må ha som sykepleier?

– Å være sykepleier er svært sammensatt.

Man må være faglig oppdatert, intelligent og empatisk. Den høyteknologiske virkeligheten sykepleiere jobber innenfor gjør det stadig både farligere og lettere å begå feil. Samtidig som du må være der for pasienten. Sykepleieren er pasientens siste forsvarer.

PATRICIA MENER AT en sykepleier ikke har valget mellom hånd, hjerte og hjerne. Man trenger alle egenskapene.

– Det hjelper ikke å være empatisk hvis du ikke har tilstrekkelig med kunnskap til å gjøre det som kreves av deg i den aktuelle situasjonen. Man må kunne bruke kunnskapen sin til å treffe de rette beslutningene i rette øyeblikk.

Det er sykepleieren som får med seg de endringene som skjer i pasientens tilstand over tid. Og som derfor står i en særstilling når det gjelder å tolke disse endringene, mener Benner.

– For å forstå pasientene må du være i stand til å kommunisere og bygge relasjoner til andre mennesker. Det er sykepleierens ansvar å legge til rette for kommunikasjonen mellom henne og pasienten.

I «Fra novise til ekspert» beskriver Benner hvordan den nyutdannede sykepleieren trinnsvis opparbeider seg ekspertkompetanse. Fra å være nyutdannet sykepleier proppet med teoretisk kunnskap til, gjennom erfaringene i praksis, å oppnå et stadig høyere kompetansenivå og til slutt bli ekspert.

MEN IKKE ALLE sykepleiere kan bli eksperter, ifølge Benner.

– Vi har intervjuet sykepleiere som har jobbet i mange år, ti–femten, og som likevel ikke har utviklet seg til å bli kompetente sykepleiere. De var uengasjerte og de hadde problemer mer å ha en relasjon til pasientene sine. En uengasjert sykepleier har store problemer med å lære av sine erfaringer, mener Benner.

– Føler du deg mest som en sykepleier eller mest som forsker?

– Jeg ser på meg selv som sykepleieforsker. Jeg er dypt engasjert i den kunnskapen som er selve utgangspunktet for sykepleiepraksisen. Jeg har brukt mye tid på å undersøke og beskrive praksis om og for sykepleiere.

Benner har rundt 15 fagbøker på samvittigheten, alene eller som medforfatter. Til høsten kommer hennes siste bok ut på Akribie forlag, oversatt til norsk av Kristin Hegggen. Selv er hun mest stolt av «Fra novise til ekspert».

– Jeg er mest stolt av den boken fordi den ga en helt ny og tidligere ubeskrevet forståelse av sykepleiepraksis.

– En annen ting som har opptatt meg sterkt er hvordan man skal undervise i en så kompleks praksis som sykepleie. Hvordan kan man oversette den kunnskapen sykepleiere utøver i praksis til teori, slik at den kan viderefremmes?

BENNER HAR DELTATT i en omfattende evaluering av sykepleierutdanningen i USA, finansiert av Carnegiefondet. Studien konkluderer blant annet med at kun et fåtall lærere er i stand til å formidle sykepleiefaget fra kate- teret.



Sykepleierutdanning i USA

Utdanningsinstitusjonene er forskjellige, kvaliteten varierer. Det gjør også tilgang til praksis og nivået på lærerkrefter. På høyere nivåer ligger amerikansk utdanning innen sykepleiefag lenger fremme enn mange europeiske, mens grunnutdanningen stort sett ikke er god nok til å tilfredsstille EUs utdanningsstandard.

Grunnutdanning:

ADN (associate degree in nursing), 2-årig utdanning med sykepleiereksamen. 45 prosent av sykepleierne i USA har denne utdanningen. Den gir ikke automatisk adgang til master, men man kan bli tatt opp etter en individuell vurdering via tester og gjennomgang av opplæring og erfaring.

Diplomutdanning, 2–3-årig sykepleierskole av eldre dato, 20 prosent av sykepleierne i USA har dette, og andelen synker.

BSN – bachelor, 4-årig universitetsutdanning, 34 prosent av sykepleierne i USA har dette. Gir adgang til videre studier på masternivå.

Master:

USA har hatt masterprogrammer i sykepleie i 20–30 år. Spesialitetene er egne masterprogrammer, for eksempel anestesi, kreft, operasjon osv.

Det er mange forskjellige tilbud, blant annet et mer klinisk rettet mastertilbud: Advanced practic nurse. Denne har to retninger:

Clinical nurse specialists, som er en sykehusrolle med en mer rådgivende funksjon.

Nurse practitioners, som er en mer praktisk og utøvende funksjon. I sykehus kan nurse practitioners sammenliknes med assistentlegens funksjon. I primærhelsetjenesten kan nurse practitioners være primærkontakt på helsesentre.

Bachelor i sykepleier gir adgang til masterprogrammer, men det er også mulig å starte på master i sykepleie med bachelor i andre fag enn sykepleie. Da gjennomføres sykepleierutdanning som et intensivt opplegg det første året av masterutdanningen. Gjør man det veldig bra første året på master, kan man søke opptak til doktorgradstudier direkte.



– Det å formidle teoretisk kunnskap om sykepleie til studentene på en måte som gjør dem i stand til å forstå den og omsette den til handling i praksis, har vist seg å være svært vanskelig. Og bare noen få, helt eksepsjonelle lærere mestrer denne oppgaven. De fleste lærere på sykepleieutdanningen greier bare å formidle den teoretiske kunnskapen.

En annen viktig årsak til dette er ifølge Benner lengden på utdanningen.

– 60 prosent av sykepleierne i USA har bare to års utdanning fra videregående skole. Dette er et problem. I Carnegie-studien anbefaler vi at alle sykepleiere skal ha masterutdanning om tjue år, for å holde tritt med kunnskapsnivået i praksis.

Benner ser uforstående på meg når jeg spør hvordan hun ser for seg livet som pensjonist. Hun er i gang med et nytt forskningsprosjekt der hun ser på sykepleie under militære ope-

rasjoner. Å forske er tydeligvis noe mer enn en jobb. Det er en livsstil.

Klokken nærmer seg fire og Benner ser ut som om hun er klar for en liten ettermiddagslur. Dette som i utgangspunktet var ment som en times samtale på universitetskontoret utviklet seg til sightseeing, lunsj og et to timers besøk hjemme i hennes egen stue.

Ikke så galt at hun glemte meg i første omgang, tenker jeg på toget tilbake. 🇺🇸



Nurse practitioner til Norge

Denne funksjonen har foreløpig ikke noe norsk navn, men dette jobbes det med. I forbindelse med samhandlingsreformen er det behov for nytenkning, og Sykepleierforbundet ønsker en funksjon som kalles kommunesykepleier. Den vil ha elementer av nurse practitioner-funksjonen.

I Danmark vil funksjonen bli kalt «klinisk sykepleierspesialist». I Sverige heter det «avansert spesialistsjukskötterska».

Nurse practitioners tok over noen av legens oppgaver da det var stor legemangel i USA på 70-tallet. Det er ikke innfallsvinkelen i Norge. Med samhandlingsreformen og eldrebølgen er tanken at pasienten skal få bedre oppfølging, og få en fast sykepleier å forholde seg til. Dette fordi det ikke alltid er nødvendig å møte legen.

Professor Marik Kirkevold ved Universitetet i Oslo leder arbeidet, som også støttes av Sykepleierforbundet, med et nytt mastertilbud i geriatri etter mønster av nurse practitioners som fins både i USA, Australia og England. Studieplanen er ferdig, men skal godkjennes og innarbeides og trenger finansiering før den kan settes i gang, forteller Kirkevold. Tilbudet vil trolig bli hetende «avansert klinisk sykepleie i geriatri».

Det vil bli en akademisk opplæring, men med veiledet klinisk praksis.

– Det er dokumentert at nurse practitioners er en viktig rolle som gir en positiv effekt for folks helse, sier Kirkevold til Sykepleien.

Les om Carey Martin som er nurse practitioner på neste side.



«Legene har tradisjonelt vært skeptiske til nurse practitioners.»



Når det gjelder lønninger og respekt for yrket ligger sykepleien i USA langt foran Europa, mener Carey Martin.



Snart sykepleiedoktor

Tekst **Ellen Morland** Foto **Erik M. Sundt**

Carey Martin er såkalt «nurse practitioner», en rolle som ikke finnes i Norge. Hun har tatt bachelor i sykepleie på universitetet i San Francisco. Etter det har hun tatt master som også ga henne nurse practitioner-tittelen i psykiatri, som er hennes spesialistutdanning. Som nurse practitioner har hun mer frihet i jobben til å foreta egne vurderinger uten hele tiden å konsultere legen. Martin kan stille diagnose, skrive ut medisiner og behandle sine pasienter, innenfor sin spesialitet.

– Jeg har møte med sjefen for å diskutere faglige spørsmål omtrent en gang i måneden, forteller hun.

MARTIN MØTER OSS I INNGANGSDØREN på South of Market Mental Health Service. Det er like før åpningstid etter pausen. Folk har begynt å samle seg på fortauet utenfor. Slitne og tynne er de fleste. Noen hilser med bleke smil, andre er mer inne i sin egen verden. Carey Martin veksler noen ord med noen av dem.

Kontoret hennes er lite og uten vindu. Ikke spesielt imponerende, men hun virker glad og stolt over å jobbe på dette stedet. Å jobbe i en statlig klinikk gir fordeler man ikke har hos de private, mener hun.

80 prosent av dem som kommer hit er rusmisbrukere og hjemløse. Klinikken ligger i et strøk med mange fattige. Pasientene kan komme rett inn fra gata eller ringe og bestille time. Noen blir også sendt hit fra andre klinikker og sykehus. Men det er ikke sengeplasser. Det er en måneds ventetid på å få time her. Det beklager hun.

KLINIKKEN MINNER OM et litt avdanket kontorbygg. På et grupperom med glassvegger sitter

mange filippinere som har gruppeterapi.

– På grunn av de økonomiske problemene byen har, blir dessverre disse tilbudene skåret ned på, konstaterer Carey Martin.

Hun merker godt at flere rammes av de økonomiske nedgangstidene i USA. Folk mister jobben og dermed helseforsikringen. Vanlige folk som før har klart seg bra, synker ned i fattigdom og får depresjoner.

MARTIN MØTER PASIENTENE etter at den første kartleggingen er gjort. Pasientene får lov å komme selv om de er beruset eller fulle.

– Vi tenker skadebegrensning. Jeg tror dette er annerledes enn i Europa, der kravet ofte er at folk må være nykter før behandlingen kan starte. Vi har funnet ut at det ikke fungerer. Vi er glad for at de kommer uansett.

TIL NOEN SKRIVER HUN UT CANNABIS, det er lov i California. Folk får resept og et kort som de kan bruke i spesielle utvalg. Cannabis kan brukes av folk med mageproblemer og smerter. For dem som har kreft eller aids er det bra for å øke appetitten, forklarer Martin.

– Hva synes du om det?

– Det passer ikke for alle, for eksempel dem som sliter med hallusinasjoner og paranoia. Men for andre kan det være veldig bra. Noen trenger det for å slippe bedre av.

– Jeg tror det er en trend i USA å åpne mer opp for dette, men i California er vi jo mest liberale, smiler hun.

CAREY MARTIN HAR JOBBET som sykepleier i 12 år, de siste sju årene på denne klinikken. Hun jobber fire dager i uken. Ved siden av underviser

Navn: **Carey Martin**
 Alder: **33 år**
 Utdanning: **Bachelor i sykepleie, master med videreutdanning i psykiatri og nurse practitioner, doktorgrad som skal være ferdig i desember**
 Tittel: **Nurse practitioner i psykiatri**
 Årsinntekt: **Ca. 1,4 millioner kroner**
 Arbeidstid: **9 timer fire dager per uke, pluss undervisning med studenter, doktorgradsarbeid og privat praksis en kveld i uka**
 Ferie: **6 uker**
 Obamas helsereform?: **For. Glad for forandring, særlig for familier som sliter i dagens system på grunn av kostnadene**



hun sykepleiestudenter på universitetet og holder på med en doktorgrad om rusavhengighet. Årslønnen hennes for dette er til sammen 200 000 dollar, altså over 1,2 millioner kroner. Det er like mye som hennes legekollega.

Martin driver i tillegg privat praksis der hun en kveld i uker tar imot velstående pasienter som trenger hjelp med rusproblemer.

– Mange nurse practitioners har sin egen praksis, særlig i grisgrendte områder der legedekningen er lav.

Pasientene betaler rundt 1100 kroner timen for å få hjelp uten å blande inn helseforsikringen.

– Den lønnen vil nok norske sykepleiere himle med øynene for.

– Ja, det er nok mye bedre betalt enn i Europa. Men det er også dyrt å leve her, legger hun til.

– Vi ligger nok 20 år foran Europa, både når det gjelder lønn og respekt for yrket.

PÅ KLINIKKEN JOBBET det tre vanlige sykepleiere og tre nurse practitioners, og en psykiater.

– Legene har tradisjonelt vært skeptiske til nurse practitioners, men jeg har alltid hatt et godt samarbeid med mine legekolleger. De er også skeptisk til at sykepleiere tar doktorgrad, og mener det er forvirrende, at folk vil tro at vi er leger.

– Hva er forskjellen på en lege og nurse practitioner på en klinikk som denne?

– Det er klart at legen kan mer om hele kroppen og medisinske problemer og psykoterapi. Men leger gjør ikke mye terapi lenger, for det er det så mange som driver med. De skriver mest ut medisiner. 🇺🇸



«Det nytter ikke å sende beskjed til alle avdelingene om at de nå skal ta pasientene på alvor.»

Nancy Lees kontor ligger i øverste etasje på Stanford Hospital. Det er ikke tilfeldig.

Helt i toppsjiktet

Tekst **Barth Tholens** Foto **Erik M. Sundt**

Denne dagen begynner sjefsyrkepleieren på Stanford Hospital på jobben klokka kvart på syv. Nancy Lee (55) gruer seg noe helt forferdelig – hele den 60 kilometer lange veien fra San José til sykehuset i San Francisco.

Det er USAs nasjonale sykepleieuke, og i dag er det planlagt en brunsj for alle sykepleiere på sykehuset. Men stemningen er mildt sagt vanskelig. Sykehusets ledelse har, etter lange og harde forhandlinger, fortsatt ikke kommet til enighet med fagforeningen om årets oppgjør. Vel har de ansatte gått med på tilbudet om fire prosents lønnsøkning. Men detaljene om et nytt system for lønnsopprykk er ikke kommet på plass. Faren for konflikt på Stanford er overhengende.

NANCY LEE HAR ANSVAR for alle pleietjenestene på sykehuset. Hun har deltatt i forhandlingene med den sterke lokale fagforeningen på Stanford. Sykepleierne er ellers i året hennes største ressurs og et stolt tema på mange foredrag utenfor huset. Det råder vanligvis en hyggelig stemning blant sykepleierne. Men nå mens hun skrur på pc-en på sitt kontor i fjerde etasje, er hun bekymret for at stemningen heller vil være

anspent, at de vil se på henne som «motpart» denne formiddagen.

Ute bader anleggene til universitetssykehuset i det vårlige sollyset. Grønne plener, friskt sprutende fontener, benker der du kan sette deg ned og fundere litt i varmen. Nybygget til det medisinske fakultetet ligger som en moderne ferje ved kai, et steinkast fra hovedinngangen til sykehuset. Og videre, forbi universitetsområdet, ligger Silicon Valley som en påminnelse om alt som den menneskelige hjernen kan frambringe.

Lee, hvis forfedre på fars side faktisk het Nielsen og kom fra Norge, er tankefull. Men ikke så lenge. Det ligger kanskje ikke hennes natur? Den høyreste 55-åringen, i dag i stram, blå bukse-drakt, er rask i vendingene og overveiende handlingsorientert. Og så forsøker hun å si til seg selv at problemene hennes faktisk er små når du ser stort på dem.

Stanford Hospitals rykte ute i verden forteller heller om berømmelse stjernestatus. Siden 2007 har sykehuset formelt kunnet smykke seg med utmerkelsen «Magnetsykehus». Magnet er, som det heter på Stanfords nettsider, et bevis på «excellence in nursing». Bare ganske få av USAs sykehus har oppnådd denne utmerkelsen. Med en bemanning på 1,395 sykepleier per pasient, omregnet i fulle stillinger, er Stanford blant de fremste i klassen. Da kan andre problemer virke små, må Lee innrømme for seg selv.

– Magnet betyr at vi tiltrekker oss sykepleiere, sier hun til Sykepleien når det verste tungsinnet har begynt å lette.

– Vi får de beste sykepleierne på markedet. Våre sykepleiere tjener bra. Det er prestisjefyllt å jobbe her.

Nå gjelder det bare å bli enige med dem – om lønn og opprykk.

PÅ 60-TALLET OPPLEVDE amerikanske sykehus kjempeproblemer med å rekruttere nok

sykepleiere. USAs sykepleierforbund ANA identifiserte et femtitalles sykehus som likevel hadde lav turnover. ANA forsøkte å finne ut hva det var som gjorde at nettopp disse sykehusene var mer attraktive enn andre. Svaret var at antallet sykepleiere per pasient var høyere enn hos andre, at sykepleierne hadde en mer uavhengig rolle i beslutningene rundt pasienten og at det ble gjort mer for å holde sykepleierne faglig oppdatert.

På 90-tallet utviklet man så et system som ga sykehusene poeng hvis de skåret bra på sykepleiefaglige parametre. Det var starten på Magnet-eventyret. Noen sykehusdirektører forsto raskt at de måtte henge med på disse parametrene om de skulle ha håp om å kunne tiltrekke seg de beste sykepleierne. Snart kunne sykehus med god score offisielt skilte med Magnetstatus. Etter hvert kom fenomenet til Europa og Asia. Særlig England er langt framme på Magnet-fronten, mens Skandinavia ennå famler i mørket.

FOR Å BESØKE NANCY LEE har vi måttet ta heisen opp til øverste etasje, og en egen kommunikasjonsrådgiver må åpne dørene for oss. Den dempede lyden og utsikten mot en frodig takterrasse indikerer at lønnsnivået er komfortabelt på avdelingen. Lees kontor ligger faktisk vegg i vegg med selve Martha Marsh, sykehusets direktør, og med sjefsoverlegen.

– Vi tre arbeider tett sammen og er i stand til å ta raske avgjørelser. Jeg er med på alle viktige prosesser på sykehuset og møter også på styremøtene. Jeg ser på det som uttrykk for at sykepleierne har en klar definert og anerkjent rolle. Sykepleierne har en avgjørende rolle med sikte på å forbedre pasientsikkerheten, få ned antallet feilbehandlinger og øke pasienttilfredsheten. Min plassering her på toppen av sykehuset synliggjør det, mener Lee.

Hun vipper litt utålmodig på kontorstolen. Tiden hennes er kostbar.



Navn: **Nancy Lee**
 Alder: **55 år**
 Utdanning: **Master i barnesykepleie**
 Yrkestittel/arbeidssted: **Sjefsyrkepleier på Stanford Hospital & Clinics**
 Årslønn: **Ca. 2 millioner kroner**
 Arbeidstid: **50–60 i uka**
 Antall ferieuker i året: **3**
 Obamas helsereform?: **Ja, det er på høy tid**



Stanford Hospital & Clinics

Rangert som nr. 15 blant USAs sykehus, av US News & World Report

Har 444 senger og er knyttet til Stanford universitet.

Kjent for kreftbehandling, hjerteoperasjoner, neurologi og organtransplantasjoner

Har også et barnesykehus, Packard, rangert som 5. beste i USA

Fikk status som Magnetsykehus i 2007



Magnetsykehus

- Sykehus som gjennom målrettet vektlegging av fagkompetanse, ledelse og kunnskapsutvikling setter en «gullstandard» for sykepleiepraksis.
- Bidrar til å redusere dødsfall blant pasientene og til å rekruttere og beholde medarbeidere.
- Magnetsykehus er en form for sertifisering. Sykehus som ønsker det, må søke om en slik anerkjennelse.
- Magnetmodellen ble utviklet i USA. England var første land ute i Europa. Norsk Sykepleierforbund ønsker at også norske sykehus skal jobbe for å få Magnetstatus, men foreløpig er ikke noen sykehus sertifisert.

DET ER NETTOPP SYKEPLEIERNES uavhengige rolle, i partnerskap med leger og andre yrkesgrupper på sykehuset, som er Lees hjertesak.

– Ikke misforstå. Det handler ikke om makt-kamp mellom profesjonene, men om å utnytte de ressursene som sykepleierne har. For en pasient vil sykepleierne alltid være der, mens legene bare er innom en gang iblant. Pasienten må føle tryggheten hos sykepleieren. Hun er sykehusets ansikt og trolig den første vedkommende møter i en sårbar situasjon. En lege vil i liten grad være opptatt av om en pasient har forstoppelse eller andre «trivielle» plager, men en sykepleier

kan følge mye bedre med i hele sykdomsbildet, mener Lee.

Hun viser til nye undersøkelser som understreker hvor viktig pleie og stell er i forhold til pasientens helseprognoser, blant annet i forhold til hjertelidelser. En pasient som føler seg komfortabel og trygg på sykehuset, har mye større sjanser til å bli frisk raskere enn pasienter som nærer skepsis til sykehusets ansatte. Og bildet som pasientene danner seg av et sykehus, blir i høy grad bestemt av møtet med den personen de møter først: I de fleste tilfeller en sykepleier.

LEE MENER AT SYKEPLEIERNE må trenes opp til å stole på sine observasjoner og sitt faglige skjønn om pasientens sykdomsbilde. Sykepleierens kliniske blikk må utvikles videre og bli pasientenes viktigste ressurs i behandlingen på sykehuset.

Samtidig må sykepleierne lære å utvikle kommunikasjonsstrategier med sine pasienter. Til det formål har Stanford egne service-coacher som observerer de ansatte i sitt daglige arbeid.

– Alle sykepleierne på sykehuset skal coaches for å forbedre samhandlingen med pasientene og deres pårørende. Det går på både holdninger og kunnskap. For 30 år siden var det lite i utdanningen som lærte sykepleiere hvor viktig pasienttilfredshet er i sykdomsprosessen. Men nå vet vi gjennom forskning at dette kan være

helt avgjørende. Derfor er våre holdninger noe av det viktigste vi jobber med her på sykehuset.

Servicecoachene på Stanford analyserer sykepleiernes atferd på posten, og de kommer med råd om hva yrkesutøverne kan gjøre annerledes.

– Kanskje Lisa ikke skal henge over senga med alle papirene sine og snakke nedover til pasienten? Men heller ta pasienten til et annet rom hvor de kan sitte og snakke sammen ved et bord? Slike ting kan være viktigere enn vi tror, mener Lee.

Hun mener god sykepleie kan ligge i slike detaljer – og at detaljene derfor også er hennes bord.

– Når jeg ser en sykepleier som er inn og ut hos pasientene og samtidig spiser maten sin uten å ivareta håndhygiene, så kan jeg bli riktig arg. Vi kan ikke akseptere slike holdninger. Derfor er den saken ikke «for liten» til at jeg kan være opptatt av den.

BRUNSJEN NÆRMER SEG og Lee er nå opptatt av hvor hun skal bli fotografert på sykehuset. Hun ber sin kommunikasjonsrådgiver finne et egnet sted, helst på en travel avdeling med mye folk. Imens følger hun interessert med når Sykepleiens utsendte forklarer henne at Barack Obamas helsereform var utløsende årsak til vår interesse for Stanford.

Da hun var masterstudent førte Lee ivrig kampanje for Hillary Clinton, som skulle «lande» Bill Clintons planer om en helsereform. Det var før Bush ble president. Planene strandet, men hennes entusiasme for å reformere helsevesenet og gjøre det tilgjengelig for alle, er ikke blitt mindre med åra.

Som mange andre sykepleiere gir Lee nå helhjertet støtte til Obamas planer om å gi alle amerikanerne rett til helsetjenester. Men mye er fortsatt uklart når det gjelder gjennomføring og finansiering, frykter hun.

– Det blir uansett en enorm utfordring for helsetjenesten å fange opp alle som fram til nå har falt helt utenfor forsikringssystemet. Utfordring nummer én er at det rett og slett ikke vil være nok leger og annet helsepersonell til å klare etterspørselen etter helsetjenester med et slikt system. Dette må løses. Jeg tror at USA vil trenge svært mange nurse practitioners som kan gjøre noen av legens oppgaver.

Cirka to tredeler av Stanfords pasienter har i dag egne private helseforsikringer som finansierer behandlingen ved sykehuset. Resten får sine kostnader dekket av det offentlige. Hvordan

«Sykepleieren er sykehusets ansikt og trolig den første pasienten møter i en sårbar situasjon.»



dette vil utvikle seg når helsereformen trer i kraft, er Lee usikker på. Men én ting er sikkert: Det vil nok ikke bli færre sykepleiere på sykehuset.

California har en lovgivning som gir en relativt høy bemanningsnorm for sykepleiere på sykehus. En undersøkelse i regi av Linda Aiken har nylig vist at sykehus i California har lavere pasientdødelighet enn det som er tilfelle i stater som ikke opererer med lovfestede bemanningsnormer, i dette tilfelle Pennsylvania og New Jersey. Undersøkelsen slo ikke akkurat ned som en bombe, men er likevel med på å demonstrere hvor mye bemanning betyr på et sykehus.

Nancy Lee er ikke overrasket over resultatene.

– Hvem er en bedre mamma? Det er helt banalt, men en mor med tolv barn vil være dårligere til å se etter dem enn en mor med bare fire barn. Det sier seg selv at bedre bemanning gir bedre tid til pasienten – og færre infeksjoner, feilmedisinering og feilbehandling. Jeg sier ikke dermed at hver pasient må ha sin sykepleier.

SOM UNIVERSITETSSYKEHUS er Stanford gjenstand for mye forskning på kvaliteten på sine tjenester. Det gjelder ikke bare pasienttilfredshet, som amerikanske sykehus nesten er tvunget til å delta i. Hvis ikke får de 3 prosent trekk i sine finansielle tilskudd fra det offentlige for å behandle pasienter.

Hver enhet på sykehuset blir også regelmessig gransket. Sykepleie-parametre utgjør halvparten av spørsmålene i en årlig undersøkelse. I tillegg blir sykepleiere på Stanford evaluert av sine kolleger.

– Forskning setter oss i stand til løpende å identifisere problemområder som vi må jobbe med i forhold til den enkelte sykepleieren. Klarer vedkommende for eksempel å møte pasientens emosjonelle behov? Hos oss har sykepleiernes samhandling med pasienten stort fokus, fastslår Lee.

Hun mener at ledelsen på gode sykehus må gå foran med sitt eksempel og vise holdninger som man ellers etterspør hos de ansatte. For Magnetstatus handler ikke minst om ledelse og hvordan denne holdningen skal gjennomføres alt sykehuset gjør.

– Det nytter ikke å sende ned en beskjed til alle avdelingene om at de nå skal ta pasientene på alvor. Ledelsen må selv ta sine pasienter og ansatte på alvor, stole på deres vurderinger og verdsette dem.



Amerikanske sykehus

Innleggelse på amerikanske sykehus blir enten finansiert av offentlige midler gjennom Medicaid eller gjennom pasientens private helseforsikring. Sykehus med stor andel av «private» pasienter har bedre økonomi enn offentlig finansierte.

Private sykehus tiltrekker seg de best kvalifiserte leger og annet helsepersonell. De er ofte organisert i større selskap som driver flere sykehus. Noen private sykehus er non-profit organisasjoner som ikke sikter mot overskudd.

Barn, handikappede, kronikere og eldre får finansiert innleggelse gjennom Medicaid.

Universitetssykehus får offentlige tilskudd til forskning og utvikling. De er attraktive arbeidsplasser og det er i dag vanskelig for sykepleiere å få jobb i disse. Nyutdannede sykepleiere havner i større grad på sykehjem og i kommunale tjenester.

50 millioner amerikanere har i dag ingen helseforsikring. Obamas helsereform tar sikte på å gi disse et helsetilbud.

Dagens system forhindrer å satse på forebyggende helsetjenester. Det gjør at mesteparten av helsepengene brukes på pasientens siste seks uker.

EN MÅTE Å NÅ DETTE MÅLET PÅ er å satse på bedre utdanning av sykepleierne på sykehuset. Det finnes en rekke videreutdanningstilbud og stipender for å finansiere det. Fra 2013 må sykehuset møte nye krav til utdanningsnivået blant sine sykepleiere hvis Stanford skal beholde sin Magnetstatus. I dag har 70 prosent av sykepleierstaben minst en utdanning på bachelornivå. Dette tallet skal økes.

– Magnetstatus betyr nettopp at man aldri egentlig er helt i mål. Å bli bedre er en kontinuerlig prosess som alle må jobbe med her hos meg, mener Lee.

Etter å ha grublet og gruet seg gjennom formiddagen, går hun til slutt ned til de ansattes kantine. Der er brunsjen godt i gang. Men når Lee kommer inn, er det ingen sure minner – til tross for at konflikten med fagforeningen ennå ikke er løst. Det er smil, latter og applaus når Lee fra talerstolen kunngjør hvem som har vunnet de såkalte Daisey Awards, priser til sykepleiere som har utmerket seg spesielt gjennom sitt kliniske blikk.

Etterpå pustet Lee lettet ut.

– Finnes det noe bedre enn Stanford? 🇺🇸



*«Fagforeningene er litt
for politisk orientert
etter min smak.»*



– Det er nesten umulig å jobbe her hvis du har barn og familie.

Liker pasienter, hater papir

Tekst Kari Anne Dolonen Foto Erik M. Sundt

Cathy Delles små pasienter sitter klar til behandling i stolene bak henne. Det er barn med kreft. Nå venter de på å få cellegiftbehandling ved et helsesenter som drives av Universitetet i San Francisco. De små har med seg en mamma eller pappa som sitter ved siden av og passer på.

Vinduene i sentret går fra gulv til tak og forsyner sykepleiere og pasienter med utsikt over den berømte broen Golden Gate og en park. Men barna sitter med ryggen til.

– Det beste med jobben min er pasientene. De fleste kommer hit til behandling over lang tid, så vi blir godt kjent med hverandre. Det gjelder også deres pårørende. Det føles meningsfylt å jobbe med kreftsyke barn og se at de blir bedre, sier Cathy Delle.

Hun har jobbet ved sentret i åtte av sin 20 år gamle karriere.

Det hun liker minst er alt papirarbeidet.

– Det føles ikke som sykepleie. Det er blitt mer og mer papir som skal fylles ut, sier hun.

CATHY DELLE ser ikke ut til å la utsikten forstyrre henne i arbeidet der hun står og fyller ut flere skjemaer. Hun er som regel førstemann på jobb. Hun gjør alt klart før pasientene kommer.

– Jeg går igjennom listen over alle pasientene som skal ha behandling i løpet av dagen. Det er store variasjoner. I dag er det en veldig rolig dag, med seks-sju pasienter. Andre dager kan det være svært hektisk med 20 pasienter på en dag.

– Det er nesten ingen ved denne avdelingen som jobber full tid. Det klarer vi ikke. Faren for å bli utbrent er stor. Det blir for tøft og er nesten umulig dersom du har barn og familie, forteller hun.

Delle kommer stort sett på jobb klokken 08.00 og går hjem i fire-fem tiden.

– Jeg har unger som må hentes, sier hun.

Kathy Delle er ikke fast ansatt ved avdelingen. Hun er en slags fast vikar som selv bestemmer når hun kan jobbe.

– Jeg jobber stort sett tre dager i uken. Skiftene her er 12 timer. Så de få som jobber full tid, har fire-dagers uke, sier hun.

ETTERSOM KATHY DELLE, ikke er fast ansatt, får hun ikke betalt ferie, sykepenger eller forsikring gjennom jobben. Det byr på både fordeler og ulemper.

– Jeg tjener i utgangspunktet mer enn de andre. Men når jeg er syk eller tar ferie, får jeg ikke betalt. Helseforsikring har vi gjennom mannen min sin jobb, sier hun.

I USA er det vanlig med 1-2 uker ferie og at helseforsikring er en del av frynsegodene som følger med en jobb. Kathy Delle og hennes familie har fått oppleve hvordan det er å være uten helseforsikring – en kort periode.

– Det var en periode min mann var mellom to jobber. Vi fikk ikke kjøpt helseforsikring privat fordi han hadde en sykehistorie med ryggproblemer. I tillegg hadde sønnen vår en del øreverk. Har du ikke jobb har du som regel ikke råd til å kjøpe helseforsikring som privatperson. Det er helt tullele. Jeg støtter Obamas helsereform. Alle bør få helseforsikring og tilgang til helsevesenet når de har behov for det, sier hun.

SELV OM KATHY DELLE jobber deltid, tjener hun rundt 540 000 kroner i året. Kathy Delle forhandler ikke fram sin egen lønn. Når man søker ny jobb, kan man forhandle om lønn. Ellers er det fagforeningen som forhandler for sykepleierne på sykehus. Ofte er det slik at hvert sykehus har sin lønnstige ut fra kompetanse og stilling.

Kathy Delle vet lite om hvordan forhandlin-

gene foregår og er ikke så interessert i fagforeningsarbeid.

– De er litt for politisk orientert etter min smak, sier hun.

Men alle er nødt til å melde seg inn i fagforening fordi i USA får de ikke sin autorisasjon for livet, men kun for to år om gangen. Da må lisensen fornyes.

– Hvordan foregår det?

– Hvert andre år må man fornye lisensen for å kunne jobbe som autorisert (RN) sykepleier. For å gjøre det kan man ta forskjellige kurs som gir poeng. Jeg tror kravet er at man må ha 30 poeng for å få fornyet lisensen, sier hun.

– Synes du dette er positivt eller negativt?

– Tanken er god. Meningen er å sikre at sykepleierne holder seg faglig oppdatert, men i praksis fungerer det ikke helt slik. Man kan ta kurs på nettet. Det pleier jeg å gjøre. Da tar jeg de prøvene som trengs for å få fornyet lisensen. Mange gjør det nok på den måten. 🇺🇸



Navn: Cathy Delle
Alder: 50 år
Utdanning: Bachelor i Sykepleie
Arbeidstitel: RN
Årslønn: Ca. 540 000 kroner
Arbeidstid per dag: 7-8 timer
Ferie: 1-2 uker
Obamas helsereform?: For. Alle mennesker trenger et helsevesen og en rett til tilgang til det



Verdens største

American Nursing Credentialing Center (ANCC) er verdens største og ifølge dem selv, den mest prestisjefulle akkrediteringsinstitusjon. Det er de som fornyer sykepleierens lisens og er underlagt American Nurses Association (ANA).

ANA er den største sykepleierorganisasjonen i USA og har 51 tilknyttede sykepleierorganisasjoner rundt om i de forskjellige statene. Det er denne sykepleierorganisasjonen som representerer USA i International Council of Nursing (ICN). I ICN har hvert land kun lov å være representert gjennom en organisasjon.

Faktakilde: The registered Nurse Population, National Sample Survey og registered Nurses, march 2010.

**EMERGENCY
PHONE
AND
CRISIS
COUNSELING**

CRISIS COUNSELING

THERE IS HOPE
MAKE THE CALL

THE CONSEQUENCES OF
JUMPING FROM THIS
BRIDGE ARE FATAL
AND TRAGIC.



Jobber mye

I snitt arbeider amerikanske sykepleiere 42,9 timer i uka.

Fulltidsansatte sykepleiere på sykehus jobber i snitt 42,6 timer, mens sykepleiere på sykehjem arbeider hele 45,8 timer i uka.



Hva jobber sykepleiere som?

Vanlig sykepleier: 66 prosent

Ledere: 13 prosent

Pasientkoordinator: 5 prosent

«Nurse practitioners»: 3,8 prosent

Klinisk sykepleierspesialist: 0,9 prosent

Jordmor: 0,3 prosent

Utdanning: 3,7 prosent

Det er totalt 158 000 «nurse practitioners» i USA. Disse utfører visse typer behandling som i Norge bare utføres av leger. Antallet er sterkt økende. (Se også side 36-37)



Tjener bra

I snitt tjente amerikanske sykepleiere 67 000 dollar i året (430 000 kroner). reallønnsveksten for amerikanske sykepleiere har vært liten siden 2004. Inflasjon har spist mesteparten av lønnsøkningene.

Amerikanere har betydelig lavere skatt (ca. 10 prosent) enn vi har i Norge. Til gjengjeld må de selv betale premier til blant annet helseforsikring osv. Slike premier er til dels fradragsberettiget.



Fornøyd

Fire av fem amerikanske sykepleiere er svært eller ganske fornøyd med jobben sin.

Kilde: The Registered Nurse Population, 2008
U.S. Department of Health and Human Services

Flest hvite sykepleiere



Hvite (ikke latino) utgjør 65 prosent av befolkningen, men hele 83 prosent av alle sykepleierne i USA. Bare 5 prosent av alle sykepleierne er svarte, mens de utgjør 12 prosent av USAs befolkning.

62% Flest på sykehus

62 prosent av sykepleiere i USA, jobber på sykehus.

Helsesøstre og sykepleiere ansatt i bedrifter, utgjør 7,8 prosent

6,4 prosent arbeider innen hjemmesykepleien

5,3 prosent jobber på sykehjem



Alderen øker

I gjennomsnitt er den amerikanske sykepleieren 47 år. Men stadig flere sykepleiere er nå over 50 år. Mens befolkningen i USA øker og blir eldre, er det reell fare for at andelen av sykepleiere vil falle på grunn av pensjonering.

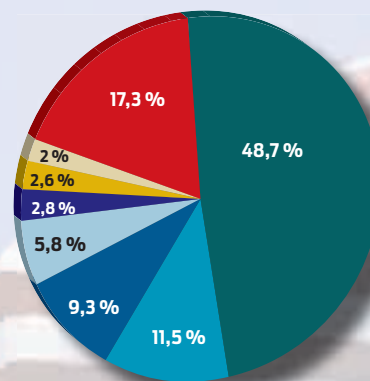
Flere jobber heltid

Det er registrert 2,6 million sykepleiere sysselsatt i USA.

63 prosent av alle utdannede sykepleiere er heltidsansatt (fra 52 prosent i 1980), 22 prosent jobber deltid, mens 15 prosent jobber utenfor helsevesenet.



Det er 854 sykepleiere pr 100 000 innbyggere i USA.



Utenlandske sykepleier sysselsatt i USA

Andel av alle utenlandske sykepleiere:

Filippinene:	48,7 %
Canada:	11,5 %
India:	9,3 %
Storbritannia:	5,8 %
U.S territories:	2,8 %
Korea:	2,6 %
Nigeria:	2,0 %
Andre:	17,3 %
Totalt:	100 %

Høy utdanning

13 prosent av de autoriserte sykepleierne i USA har utdanning utover bachelornivå (master eller doktorgrad).

28 400 sykepleiere har doktorgrad (2008)

Nesten halvparten av sykepleierne som har fått sin utdanning i et land utenfor USA, kommer fra Filippinene. 11 prosent kommer fra Canada, mens 9 prosent kommer fra India.

INTENSIVKURS I HELSELEDELSE - Lederkompetanse på ett semester

BI Drammen tilbyr Intensivkurs i helseledelse høsten 2010. Kurset henvender seg til helsefaglig tilsatte på leder- og mellomledernivå, som ønsker å konvertere realkompetanse til formalkompetanse.

Kurset foreleses over til sammen seks dager med følgende temaer:

- Organisasjon og ledelse
- Helseledelse
- Praktisk personalledelse
- Kompetanseutvikling i den lærende organisasjon
- Økonomistyring
- Prosjektledelse

Kurset gir 30 studiepoeng som kan inngå i graden Bachelor of Management med fordypning i helseledelse. Foreleser er høyskolelektor Geir Lahnstein, Handelshøyskolen BI.

Kurset foreleses følgende dager høsten 2010:
27. og 28. september, 25. og 26. oktober, 22. og 23. november

For mer informasjon se www.bi.no/helseledelse

BI Drammen
Telefon 98 25 16 20
bi-drammen@bi.no
www.bi.no/drammen

TYNGDEN DU TRENGER

BI



Forsikringssselskapet Kaiser Permanente inspirerer helsepolitikere i hele verden.

A wonderful world

Tekst **Ellen Morland** Foto **Erik M. Sundt**

Kaaiser Permanente har fått ord på seg for å være noe av det beste amerikansk helsevesen kan komme opp med. Særlig sett med europeiske øyne. Forsikringssselskapet som har bygget sine egne klinikker, befinner seg et skritt nærmere europeisk likhetstankegang. Kaiser er et non profit-foretak, men har private eiere. De budsjetterer ikke med overskudd, tar ikke ut utbytte, men investerer mest mulig i moderne utstyr.

Kaisers eiere er også mot stykkpristankegangen, altså at hver behandling gis en pris. For eksempel blir legene lønnet ut fra arbeidstid i stedet for provisjon av antall behandlinger, i motsetning til hva andre forsikringssselskap praktiserer. Målet er å foreta færrest mulig unødvendige undersøkelser. En behandling skal ikke utløse noe som er lønnsomt for systemet eller enkeltansatte.

Dermed kan det faktisk lønne seg – altså økonomisk – å satse på forebyggende behandling. Nettopp dette er ett av Kaisers varemerker. En sykehusinnleggelse som ikke skyldes en ulykke, blir nærmest sett på som en svipt i primærhelsetilbudet fordi man ikke har hindret at en sykdom utvikler seg. Målet er å holde kostnadene nede, til systemet og pasientens beste. Alt blir gjort for å gjøre pasienten frisk og utskrevet så fort som mulig. Metoden er kvalitet på tjenestene, god informasjonsflyt og effektivitet.

Kaiser er det største helseforsikringsfirmaet i USA. Det har 8,6 millioner medlemmer og 41 000 sykepleiere på lønnslisten. I en sammenlikning med det engelske helsevesenet, gjort av British Medical Journal, viser det seg at systemet har kortere sykehusopphold og lavere kostnader.

NÅR NOE ER FOR PERFEKT, og særlig hvis det kommer fra Amerika, er det lett å bli litt skep-

tisk. For innenfor de mest glattpolerte fasadene i USA kan bakgården være pill råtten. Det har vi sett i Michael Moore sine filmer. I filmen «Sicko» (2007) får helsevesenet unngjelde. Der er også Kaiser Permanente representert med en heller uheldig historie.

Dette har jeg i hodet mens drosjen suser nedover motorveien mot Santa Clara, om lag en times tur sørover fra San Francisco. Her ligger ett av de 22 sykehus og helsesentre til Kaiser Permanente i Nord-California.

– Helsevesenet i USA er helt bønn, slår drosjesjåføren fast.

– Alt handler bare om penger. Det er bygget opp for de rike. Men de vil aldri i verden fortelle deg sannheten om helsevesenet på Kaiser Permanente.

Nettopp.

KAISER PERMANENTE ER EN forsikringsordning folk kan melde seg inn i. De eier selv helse-tilbudet de tilbyr kundene. Tilbudet inneholder alt fra helse- og kostholdsrad i primærhelsetjeneste til høyspesialiserte sykehustjenester. Tanken er at ordningen skal følge kunden fra vugge til grav.

Grunnfjellet i helsetjenesten er helsesentrene. Kommer man hit, får man møte allmennleger, men også spesialister på forskjellige området. Ingen leger jobber alene i dette systemet. Det er tilgang på røntgen og laboratorium. Oppdages noe ekstra skal utredningen gå raskt. Pasienten kan enkelt kommunisere med legen sin på e-post og få ordnet ting som for eksempel fornye en resept.

Kaiser Permanente legger stor vekt på å lære opp folk til å ta vare på sin egen helse. Mange av helsesentrene i San Francisco-området har for eksempel frukt og grønt-marked en fast dag i uken.

DEN SOM MELDER SEG INN i forsikringsordningen, må betale forsikringspremie hver måned.



Navn: **Jehna Acedillo**
 Alder: **26 år**
 Utdanning: **Bachelor i sykepleie**
 Stilling: **Sykepleier på hjertesenteret**
 Lønn: **Ikke opplyst, men trolig 640 000 kroner i året.**
 Arbeidstid: **8 timers skift, 32 timer per uke, og annenhver helg**
 Ferie per år: **Ukjent, avhenger av ansiennitet**
 Obamas helsereform: **Ukjent, fikk ikke lov å svare**



Folk jeg møtte i San Francisco, for eksempel drosjesjåføren, klagde på at forsikringen koster flekk. For han, kona og de to barna koster den over 3000 kroner i måneden, en ordning de har gjennom konas jobb. Og da må de i tillegg betale for konsultasjonene når de trenger helsehjelp.

Kaiser Permanente forklarer at premien regnes ut etter en rekke kriterier som alder, kjønn, bosted, omfanget av avtalen og regler i den enkelte stat. En stor del av kundene har helseforsikring gjennom arbeidsgiver. Hvis man mister jobben, forsvinner også forsikringen og det blir gjerne for dyrt å skaffe seg en ny ordning på egen hånd.

SYKEHUSET I SANTA CLARA er en kombinasjon av helsesenter og sykehus. Det er nytt og moderne, det nyeste bygget er fra 2007. Her er det store vinduer som gir mye lys, et deilig sted å jobbe. Kaiser Permanente ønsker tydelig å vise meg det sykehuset de er aller mest stolt av.

To informasjonskonsulenter og sjefsykepleieren møter meg i vestibyen. De vil gjerne vise meg rundt. Og jo, jeg skal nok få hilse på en helt vanlig sykepleier også.

Dette er ett av de største sykehusene til Kaiser Permanente, med 327 senger. I delen for primærhelsetjenester jobbes det mye med forebyggende helse. Sykehuset har et avansert tilbud til gravide og svært syke barn. Det andre spesialområdet er hjertemedisin.

Bygningene er planlagt i ekte Kaiser-ånd: For effektivitet. Svangerskapskontroller foregår for eksempel i samme etasje som føden, gynekologisk avdeling og barneintensiv i nabobygningen, men med broforbindelse over. Så hvis noe oppdages på kontrollen, er veien kort til behandling.

PÅ KARDIOLOGISK SENGEPOST møter vi avdelingsleder Loretta Reagan, en blid og litt streng middelaldrende sykepleier. Følget vårt teller nå



fem personer, tre av dem sjefer. Dette er tydeligvis et velsmurt helsemaskineri, der ingenting som har med informasjon å gjøre overlates til tilfeldighetene.

Avdelingen har pasienter som har vært gjennom hjerteoperasjoner eller transplantasjon. Transplantasjonene foregår ikke her, bare forberedelser og etterbehandling. Dette og ett annet Kaiser-sykehus i området har spesiell hjertekompetanse, så pasienter blir overført hit fra andre sykehus i systemet.

Å få pasientene til å føle seg godt ivaretatt er høyt oppe i bevisstheten til lederne ved sykehuset. Dette innprentes systematisk hos pleiepersonalet. En pasient bør ikke ligge mer enn en time før noen kommer inn og hører hvordan det står til. Dette er med på å gjøre pasienten fortere frisk og reduserer medisinerbruken. Det koordineres med andre oppgaver, så ikke sykepleierne skal løpe frem og tilbake så mye, forklarer Reagan.

I prosedyrerommet henger lister over sykepleiere som har spesielt ansvar for dette denne uken. Reagan nikker fornøyd når hun ser navnene.

«– Å ja, jeg har Jehna her, en av mine superstars.»



På en plakat står det at man må huske å smile når man går inn til pasienten.

– Vi har en veldig høy kundetilfredshet på denne avdelingen, forteller Reagan stolt, og jeg merker meg at hun faktisk kaller pasientene kunder.

– Finner du en god sykepleier til oss? spør sjefsykepleieren i følget.

– Å ja, jeg har Jehna her, en av mine superstars.

LILLE JEHNA ACEDILLO kommer nærmest løpende. Plutselig står hun foran meg og begynner å snakke om jobben sin. Hun er opprinnelig fra Filippinene, og kom til USA i 1997. Hun er det man kaller en «staff nurse», en autorisert sykepleier uten ekstrautdanning. Dette er hennes første jobb etter at hun fullførte en bachelor i sykepleie for to og et halvt år siden.

Da hun ble ansatt, fikk hun opplæring i kardiologi av sykehuset og sertifikatet hun trenger for å kunne jobbe. Hver annen torsdag i måneden samles sykepleierne på avdelingen for faglig oppdatering.

Acedillo forteller om sykepleiernes vaktskifte, som foregår ved pasientens seng. Dette er en egen Kaiser-opppinnelse som kalles «sykepleiernes kunnskapsutveksling». De mobile datamasjinene blir med inn til pasienten, arbeidsstasjon på hjul der all informasjon om pasienten er samlet. Det står flere av dem bortover i korridoren. Denne type rapport har Kaiser svært god erfaring med. Sammen med pasienten snakker sykepleierne om planlagte prøver, ser på røntgenbilder og medisiner. Pasienten er med i samtalen om hvordan det går og hva som skal skje videre.

Arbeidsstasjonen har en skanner som kan kontrollere en barkode på pasientens armbånd, om det er riktig pasient, for å dobbeltsjekke. Den skanner også opp mot medisinskapskassen. Er det en feil, vil det komme opp en beskjed på skjermen. Dette er tilgjengelig for alle sykepleiere og leger i hele systemet. IKT-systemet Kaiser Permanente er kjent for, er utviklet over mange år og ble helt komplett rullet ut i sin nyeste versjon for omtrent ett år siden. Det er viden omtalt for å være helt i forkant av elektroniske løsninger for helse. Rask tilgang



Kaiser Permanente

ble startet i mellomkrigstiden som en helseordning for arbeidere, av en lege og en forretningsmann. Etter annen verdenskrig ble ordningen åpnet for alle.

Har 8,6 millioner medlemmer

Har 167 000 ansatte, av dem er 41 000 sykepleiere

På sykehuset i Santa Clara jobber de fleste sykepleierne enten 24 timers eller 32 timers uke og annenhver helg. Få har fulltidsstilling, som er 40 timer per uke.

Feriesystemet er tydeligvis knyttet til ansiennitet.


til informasjon bidrar til den effektiviteten Kaiser-systemet er så opptatt av.

– Ja, det gikk ikke smertefritt. Selve systemet er enkelt, men å lære seg å jobbe på en ny måte har vært vanskelig for noen, forteller Loretta Reagan.

DET BEGYNNER Å PLINGE MYKT i korridoren. Det varer ikke lenge. Venting er bannlyst i det amerikanske helsevesenet.

Jehna Acedillo jobber egentlig på en annen post, og er på en ekstravakt. Hun har ikke egne pasienter, men er en slags hjelper for de andre sykepleierne. Hun jobber fire dagers uke, noe som er ganske vanlig.

På avdelingen er de vant til besøk. Det kommer stadig delegasjoner fra fjern og nær på besøk for å se på Kaiser Permanentes sykehus og høre om deres system. Kaiser har allerede begynt med eksporten. I første omgang til England.

Norske helsepolitikere har også vært i San Francisco for å ta Kaiser Permanente nærmere i øyesyn, og latt seg inspirere i arbeidet med samhandlingsreformen. Leder av helsekomiteen Bent Høie (H) har flere ganger trukket fram Kaiser som eksempel i debatten om helsereformen og ikt- bruk i helsevesenet. Å ta i bruk nye ikt-løsninger er en vesentlig del av forslaget til ny samhandlingsreform. Det samme er planen om å viske ut skillene mellom første- og andrelinjetjenesten, som Kaiser Permanente har gjort. Pasienten kan ta med seg elektronisk informasjon på tvers av institusjonene. All informasjon om sykehistorien er samlet elektronisk på ett sted. Norske helsepolitikere har stilt spørsmål om taushetsplikt og personvern går fløyten med et slikt system. Men Høie argumenterer med at Kaiser Permanente har systemer som tar vare på det. Kanskje perfekt på det området også? Snart tar de kanskje over hele helseverden. 



AKTROMMET.NO
-nettbutikk for helsearbeidere



*«Vi kan ikke holde
beboerne helt friske
fram til de dør.»*

Edwin Cabigao jobber på et femstjerners sykehjem i Silver Avenue. Med sykepleie og pengeinnsamling.

Et ganske privilegert hjem

Tekst **Barth Tholens** Foto **Erik. M. Sundt**

Fra sin leilighet i sentrum av San Francisco, like ved rådhuset, er Edwin Cabigao bare tre metrostopp og en liten rusletur unna Jewish Home. Sykehjemmet ligger i et lavere middelklassestrøk med mange kinesiske innslag. Klokkene nærmer seg ni. Den spedbygde sykepleieren med grå bukse, hvit skjorte, slips og en liten ring i øret, skråer over parkeringsplassen mot hovedbygningen. Der markerer fire staselige søyler og et amerikansk flagg at man trår over terskelen til en institusjon med romslig selvtilitt.

CABIGAO GÅR RASKT gjennom lobbyen hvor en banner med «We love our nurses» er hengt opp i anledning den nasjonale sykepleieruken. Han hilser blidt på sekretæren sin – filippinsk, akkurat som han selv og cirka 90 prosent av sykepleierstaben – og forsvinner inn på sitt vindusløse kontor i første etasje. En ny, lang dags ferd mot kveld på kontoret har så vidt begynt. Først skal han pløye seg gjennom alle nattrapportene fra de elleve enhetene han leder.

Jewish Home i Silver Avenue har plass til 450 beboere. De fleste er av jødisk herkomst, men det er ikke et krav. Ventetiden for å få plass på

langtidsenhetene er oppe i to og et halvt år. Ikke så rart: Mursteinsbygningene som utgjør hjemmet, ser innbydende ut. Selv om rommene er beskjedne, er det lyse ganger overalt. Et kreativt verksted her, en synagoge med innleid rabbi der, en grønn hage med en liten dam, et bibliotek og en avdeling der man kan klappe kaniner eller se på fugler. Jewish Home ligner mer på et av Petter Stordalens spa-hoteller enn på Gran sykehjem i Oppland. 700 ansatte, hvorav 189 sykepleiere, står på pinne for å realisere de fete ambisjonene som er listet opp i Jewish Homes flotte brosjyrer, med bilder av blomster og vitale eldre.

– Vi ønsker å være best, innrømmer Cabigao, mens han skanner mailene sine i rasende fart.


35-åringen, med en lønn som avdelingsledere i Norge bare kan drømme om, holder trykket oppe i løpet av den lange dagen.

Nå følger han oss til husets nyeste tilvekst: The Barbara and Michael Rosenberg Family Center, et medisinsk senter i glass og betong der beboerne har tilgang til en rekke medisinske tjenester, blant dem tannlege, gynekolog, røntgenlege og ernæringsfysiolog. Mange spesialister fra det jødiske samfunnet stiller opp frivillig og gratis, ifølge lederen. Bygningen av det medisinske senteret er resultat av et vennligsinnet finansielt innfall fra et jødisk ektepar med penger til overs.

HJEMMET BLIR FOR EN STOR DEL drevet med offentlige midler, via Medicare-systemet, som omfatter alle pasienter over 65 år. Men de siste 13 prosent av totalbudsjettet kommer fra jødiske velgjørere som ønsker at de eldre skal bli tatt vare på.

– Det er klart at vi oppmuntrer det jødiske samfunnet til å engasjere seg i eldreomsorgen, det er vel ikke noe galt med det? spør Cabigao omtentksomt.

Han legger ikke skjul på at pengeinnsam-



Navn: **Edwin Cabigao**
 Alder: **35 år**
 Utdanning: **Sykepleier med doktorgrad i Healthcare Administration**
 Yrkestittel/arbeidssted: **Sjefsyrkepleier på sykehjemmet Jewish Home**
 Årslønn: **1 million kroner**
 Arbeidstid: **50–60 timer i uka**
 Antall ferieuker i året: **Tre**
 Obamas helsereform?: **For, men usikker på hvordan den vil slå ut**

ling er en del av jobben som sjefsyrkepleier. Akkurat som å sette opp turnus og ansette nye sykepleiere.

Han har ikke noe imot å «selge» sykehjemmet overfor personer som kan tenke seg å gå inn med midler. Det viser bare sosialt engasjement. Som takk får de velbeslåtte velgjørerne en stein med navnet sitt sirlig murt inn på korridoren, avdelingen eller rommet som pengene har vært med på å finansiere. Slike steiner er det mange av på Jewish Home.

– Hvorfor skulle jeg ikke markedsføre huset vårt? Vi er stolt av det vi får til og har ikke noe imot å fortelle andre om det, sier Cabigao ubesværet.

Pengeinnsamlinger kan ta forskjellige former og inkluderer blant annet en årlig golfturnering. Donasjonene bidrar til en høy standard på tjenestene på Jewish Home. Høyere enn på tilsvarende foretak andre steder. Sykepleierdekningen på Jewish Home ble rangert med fem stjerner da det statlige tilsynsorganet sist kom på besøk. Det hadde ikke vært mulig uten det lille ekstra i finansiell drahjelp.

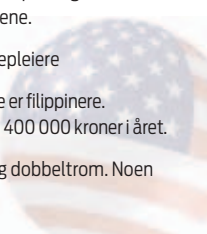
AMERIKANSKE SYKEHJEM blir strengt kontrollert. Årlig dukker statlige inspektører fra Californias helsedepartement opp i Silver Avenue. De har sjekklister lange som bibelen, som omfatter alt fra beboernes psykisk helsetilstand til brannapparater. Resultatene fra tilsynet legges så umiddelbart ut på en offentlig nettside. De dårligste sykehjem får én stakkarslig stjerne, de beste får fem. Tre stjerner betyr «gjennomsnittlig».

Sjefsyrkepleier Cabigao vrir seg ubehagelig i stolen med tanke på kommisjonens siste ranking. Han mener inspektørene er for mye ute etter «å ta» sykehjemmet for sine svake sider, mens de nonchalant ser bort fra alt det positive de jobber med. Selv om Jewish Home skårer



Jewish Home

- Har plass til cirka 400 beboere på langtidsenhetene og 50 på korttidsenhetene.
- 700 ansatte, hvorav 180 sykepleiere
- 90 prosent av de sykepleierne er filippinere. De tjener i gjennomsnitt cirka 400 000 kroner i året.
- Huset har både enkeltrom og dobbeltrom. Noen må dele rom.





Får stjerner

Alle amerikanske sykehjem som drives med offentlige midler får et årlig tilsyn fra helsemyndigheter. I teamet som utfører inspeksjonen, inngår også en sykepleier. De kontrollerer sykehjemmene på 180 lovpålagte minimumsstandarder. Tilsynet offentliggjør alle resultater på regjeringens nettside www.Medicare.gov.

Tilsynet rangerer resultatene etter et stjernesystem der det dårligste sykehjemmet får én stjerne og det beste sykehjemmet fem stjerner. Vurderingen har fire hovedelementer:

● Kvalitetsindikatorer for god pleie

● Bemanning

● Beboernes helsetilstand

● Brannsikkerhet

Totalkarakteren kan ikke være høyere enn den laveste skåren på en av underdelene.



toppkarakter på bemanning, fikk de magre to stjerner på en indikator som viser beboernes helsetilstand, psykiske problemer og generell tilfredshet.

– Det kjennes så urettferdig. Våre beboere blir stadig eldre. De blir her til de dør. Gjennomsnittsalderen på langtidsenhetene er nå 87 år. De statlige inspektørene ser etter om det er flere som ikke kan spise lenger uten hjelp, om det er en økning i antallet liggesår eller om det er økt bruk av tvang. Men det er klart at vi ikke kan holde beboerne helt friske fram til de dør. Det er umulig. Det betyr jo ikke at pleien

høye krav om å melde fra om avvik. Det være seg feil i tildeling av medisiner, fall eller når beboerne kommer med alvorlige beskyldninger. Da må sykehjemmet umiddelbart ringe det statlige tilsynet. Med mange demente beboere kan dette lett bli en utfordring. Når avvik er rapportert kommer helseinspektørene og undersøker saken. Inspektørene er ikke lette å ha med å gjøre, beklager Cabigao.

EDWIN CABIGAOS FORELDRE var filippinske innvandrere. Men selv ble han født i USA. At filippinerne i dag utgjør den største kontingenten av utenlandske sykepleiere sysselsatt i USA, har derfor ikke noe med hans personlige historie å gjøre. Han er amerikaner på sin hals. Elsker hardt arbeid og hårete ambisjoner.

Han utdannet seg til sykepleier og har gått gradene i universitetssystemet, med appetitt på ansvar og resultater. Med sine 35 år har han nå arbeidserfaring fra en rekke sykehjem i California, samt en doktorgrad i helseadministrasjon.

Å si at han føler seg hjemme på Jewish Home, ville være for svakt. Han elsker det. At han bekjenner seg til den katolske troen, spiller sånt sett ingen rolle. Mens de fleste beboerne holder Rosh Hashaná, Jom Kippúr og de andre jødiske tradisjonene i hevd, er de fleste av de ansatte katolikker. No problem, mener sjefsykepleieren.

IDEN ROMSLIGE HALLEN utenfor Cabigaos kontor har et hundretall beboere plutselig samlet seg foran en scene der ansatte med store solhatter og gitarer synger viser i anled-

natta. Det er kanskje klager eller prøver som er ikke blitt tatt. Nå skal han ha møte med sine avdelingsledere for å diskutere status.

Det er et utfordrende møte med en tyvetalls deltakere fra alle enhetene. Mye informasjon blir utvekslet på kort tid. Noen av deltakerne står, noen sitter og temperaturen kan til tider bli høy. Hva skal de blant annet gjøre med sønnen til en døende pasient som lager vanskeligheter. Sønnen er misfornøyd med behandlingen faren får, men bak dette ligger kanskje skyldfølelse og mismot når livet nærmer seg slutten. Sønnens stadige utfall skaper uro og Cabigao skal veilede og hjelpe avdelingslederen å håndtere saken. Avdelingslederen føler at familien «tar rotta på» henne. Til slutt foreslår Cabigao at familien må støttes mest mulig i den vonde prosessen. Forstå familiens situasjon. Og ikke minst: Sørg for at alt som blir gjort, blir dokumentert. For bak ethvert problem skjuler det seg en potensiell klage. Eller det som verre er: Et søksmål.

– JEG HAR HELDIGVIS ALDRI OPPLEVD å bli saksøkt. Men det ligger nok i bakhodet et sted at det kan skje en gang. Dette er en side ved helsevesenet i USA og ved det amerikanske samfunnet som vi må leve med. At man ikke skal godta feilbehandling og kan søke rettferdighet gjennom penger. Hos oss har vi mye fokus på god kundebehandling. Vi gjør alt det vi kan for å være mest mulig proaktive. Men det er litt som å kjøre bil. Det hjelper veldig med gode rutiner. Likevel vet du aldri hva som kan skje.

Etter møtet med enhetslederne går sjefsykepleieren opp til administrasjonslederen for å diskutere budsjettet. Cabigao priser seg lykkelig for å jobbe på et sykehjem som anerkjenner nødvendigheten av å ha mange nok kompetente sykepleiere på plass.

– Jewish Home er ikke et kommersielt selskap eller del av en større kjede, slik mange andre sykehjem er i USA. Der er det stort fokus på kostnadskutt hele tiden. De spekulerer gjerne i korttidsplasser og sparer på bemanning og tilbud til beboerne. Hos oss sørger donasjonene fra det jødiske samfunnet i San Francisco for at vi har råd til å opprettholde en høy standard og at vi ikke behøver å gå på akkord når det gjelder kvaliteten på våre pleietjenester.

ETTER AT DET TIDLIGERE var vanskelig å rekruttere sykepleiere fordi de fleste studen-

«Det er klart at vi oppmuntrer det jødiske samfunnet til å engasjere seg i eldreomsorgen.»

er dårligere. Derfor blir det feil å laste oss for at deres helsetilstand etter hvert forverrer seg, klager Edwin Cabigao indignert.

Han er likevel ikke mot at sykehjemets score blir offentliggjort, fordi det kan være et bra utgangspunkt for framtidige beboere og deres familier. Men de må ikke svelge all informasjon råt, mener Cabigao.

HAN MENER AT SYKEHJEM er blant de mest regulerte virksomheter i USA. I tillegg til de årlige inspeksjonene møter institusjonene

ning nasjonaldagen i Mexico. Visegruppen høster latter og applaus blant rullestolene i salen. Noen av beboerne henger bare så vidt med, med senkede hoder og skjelvende hender. De er utstyrt med et sikkerhetsarmbånd som utløser alarm når de går ut av bygningen.

Inne på sitt kontor har Cabigao gått gjennom alle rapportene. Han ser etter risikomomenter, som han sier. Jewish Home er en stor virksomhet og til syvende og sist er han den som er ansvarlig. Noen har falt, noen har utviklet sår, andre har forsøkt å forlate huset om

ter ønsket jobb på sykehus, har utviklingen nå snudd. Sykehusene er blitt mer kresne og sliter også med dårlig økonomi. Flere dyktige sykepleiere tar nå til takke med jobber på sykehjem.

– Det er lettere å rekruttere sykepleiere, ja. Men når jeg ansetter folk er motivasjon det aller viktigste. Jeg vil at ansatte skal brenne for jobben, ikke bare at de skal tjene til livets opphold.

Han vil ikke være med på at det ansettes flest filippinske sykepleiere fordi de er rimeligere eller fordi han selv er filippinsk. Han ansetter de beste sykepleiere – uansett hvor de kommer fra. At mange sykepleiere selv helst skulle ha jobbet på sykehus, ser han som en utfordring.

– USA trenger langt flere sykepleiere på sine sykehjem i fremtiden. Ellers går ikke regnestykket opp. Jeg skulle ønske at det var større interesse for å jobbe på sykehjem. Det er vel slik det er i Norge også? Mange skjønner ikke hvor interessant en jobb på et sykehjem kan være.

Obama-tilhenger Cabigao mener at mediene i USA dessverre må bære mye av ansvaret for det dårlige imaget som sykehjemmet har i befolkningen. Folk flest hører veldig ofte om de dårlige sidene ved eldreomsorgen. Søksmål mot sykehjem blir slått opp stort. Sykepleiere og leger på sykehjem får mye kritikk. Han mener det er urettferdig og at det hindrer god rekruttering.

– Jeg vil at alle sykepleiere hos meg skal være stolte av det de gjør. Men mediene og de statlige helseinspektørene gjør det ikke lett. Det er bare sørgelig. 🇺🇸



Amerikanske sykehjem

Amerikanske sykehjem drives både av kommersielle organisasjoner og av ikke-kommersielle stiftelser

Det offentlige finansieringssystemet for helse-tjenester, Medicare/Medical, finansierer en del av tilbudet til sykehjemspasienter, men beboerne må også bruke av private midler.

Det er en rekke store kjeder som driver sykehjemsdrift på ren kommersiell basis



«Det ligger nok i bakhodet et sted at vi kan bli saksøkt en gang.»

Jobben forsynte Jennifer med vareprøver på sterke smertestillende piller. Til slutt tok hun hundre per dag.



Spiste Vicodin som drops

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

Det begynte med en kneoperasjon da Jennifer jobbet som sykepleier på østkysten. Da hun fikk Vicodin mot de postoperative smertene, var det som et lys ble slått på for henne.

– Jeg hadde ingen idé om at jeg skulle komme til å like de pillene så godt, sier hun der hun sitter i en dyp, beige sofa på terrassen til Alta Mira Treatment Centre.

Det ligger oppi åsen over alle de små boutique-ene i Sausalito, med utsikt til sjøen og San Francisco.

Sykepleieren er akkurat ferdig med sin første dag i ny jobb. Stedet har vært et ærverdig hotell som nå er i ferd med å bli ombygd til et fasnabelt behandlingssenter for opptil 30 personer med rusproblemer og tykke lommebøker.

JENNIFER TROR HUN VIL egne seg godt for dette arbeidet. Hun vet akkurat hva klientene vil streve med når de skal gå gjennom det mye brukte 12-trinns-behandlingsprogrammet og den krevende avrusningen. Hun har selv vært der to ganger.

– Da jeg var student, ble det bare nevnt kort at sykepleiere er en utsatt gruppe når det gjelder rusmisbruk. Jeg hadde riktignok drukket og festet litt gjennom college, men jeg trodde aldri jeg skulle bli avhengig av piller.

Da Jennifer fikk Vicodin, slet hun også med å



Vicodin

Vicodin er et sterkt smertestillende reseptpliktig legemiddel, klassifisert som narkotika. Det inneholder paracetamol og et opiat. Vicodin er kjent blant amerikansk helsepersonell. Det er det preparatet Dr House (fra tv-serien) er avhengig av, samt et av de to stoffene Nurse Jackie (en annen tv-serie) foretrekker.

komme over et overgrep. Hun ble voldtatt av en legekollega da de var på seminar. Hun anmeldte ikke episoden, snakket ikke med noen om det og lot som om det ikke hadde hendt.

– Jeg jobbet med ham et helt år etterpå og assisterte ham under operasjon. Pillene gjorde at jeg følte meg mer komfortabel med situasjonen.

SÅ BYTTET HUN JOBB. Det var som å gå fra asken til ilden, for på den private ortopedi- og sportsmedisin-klinikken lå det en boks med gratis vareprøver på Vicodin.

– Jeg kunne bare dyppe hånda mi i boksen og ta så mye jeg ville.

Toleransen økte i været som en rakett, og hun trengte mer og mer.

– På det meste tok jeg 100 tabletter per dag.

I USA regner de med at 10 prosent av den generelle befolkningen vil ha et problem med alkohol eller andre stoffer i løpet av livet sitt.


«Helsepersonell, inkludert sykepleiere, vil være spesielt mottakelig for rusproblemer på grunn av stresset ved å jobbe i et helsetjenestemiljø, samt større mulighet til å få tak i kontrollerte stoffer», skriver The Board of Registered Nursing. Det styrer både autorisasjonene og hjelpeprogrammene som tilbys sykepleiere med rusproblem.

Jennifer trodde hun gjorde det bra på jobben, men i sine nyktre øyeblikk kunne hun se at hun bare så vidt klarte oppgavene. Hun tok grep og forsøkte å avruse seg i helgene.

– Problemet var bare at symptomene starter på dag tre. Jeg fikk dem derfor på jobb på mandagen. Jeg ble redd og visste ikke hva jeg skulle gjøre.

Etter flere år søkte hun hjelp. I 1999 ble hun innlagt på en klinikk i Oregon. Det ble sju dagers avrusning og 40 dagers oppfølging. Hun ønsket i tillegg monitorering – tilfeldig testing av blant annet urin – og et nettverk rundt seg, og gikk derfor til et poliklinisk rehabiliteringssenter i

Navn: Jennifer
 Alder: 44
 Utdanning: Nurse practitioner. Seks års høyere utdanning med bachelor- og mastergrad.
 Arbeidssted: Alta Mira Treatment Centre i Sausalito
 Arbeidstid: 4 timer per dag
 Årslønn: Vet ikke ennå. Ca 450 000 kr. for tre år siden, i annen jobb
 Ferie: To uker i året, men kan ta mer hvis hun skaffer vikar.
 Obamas helsereform?: Mot. Vi har ikke nok penger til helse for alle. Obama skaper forventninger som ikke vil bli innfridd.



Bay-området ved San Francisco i åtte uker. Hun går fortsatt til monitorering og til en lege for rådgiving.

ALT GIKK BRA I FEM ÅR, helt til 2004. I mellomtiden hadde hun giftet seg og fått en sønn.

– Jeg var opptatt av mann og barn og trakk meg litt vekk fra livsstilen som 12-trinnsprogrammet krever. Sønnen min ble født med et stort hode og var gjennom masse helseundersøkelser. De trodde han var døv, men han er helt fin. Uansett var dette veldig stressende.

Hun begynte å bruke piller igjen.

– Jeg tok ikke bare opp telefonen og bestilte Vicodin. Det var en mer slu prosess.

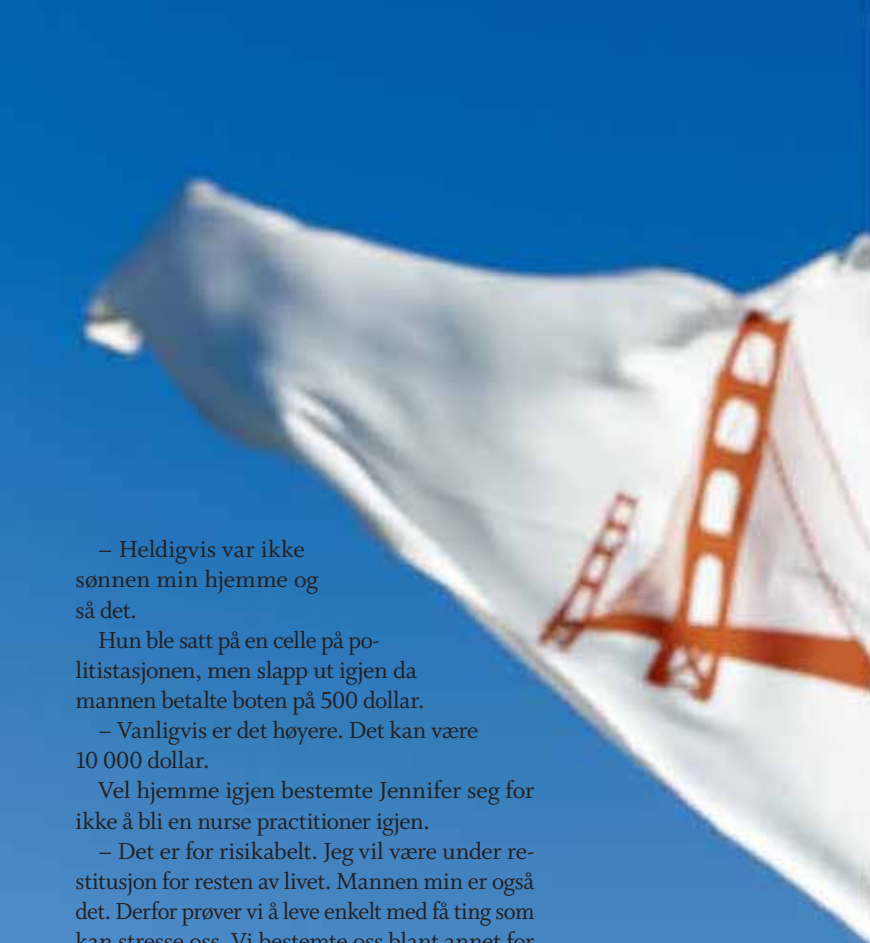
I California kan nurse practitioner forskrive legemidler med underskrift fra lege. Hun ringte inn til ulike apotek og startet med diettpill, som inneholdt amfetamin.

– I hodet mitt argumenterte jeg med at jeg trengte å bli tynnere etter fødselen. Så fikk jeg en hoste, og forskrev en hostemedisin med kodein. Til meg selv sa jeg at jeg bare skulle bruke den av og til. Det tok meg et halvt år, så var jeg tungt avhengig igjen.

Denne gangen var det myndighetene som grep inn. En farmasøyt så at legens underskrift på resepten så forfalsket ut. Hun fikk sparken og ble rapportert til politiet. På ny ble hun lagt inn på et behandlingssenter.

– Det ble mye selvutforskning. Det viktigste jeg lærte var at jeg må prioritere min egen rehabilitering først. Det er ikke en småbarnsmors måte å tenke på. Heller ikke en sykepleiers, legger hun til.

TILBAKE FRA BEHANDLING, var hun hjemme om dagene. Plutselig kom det to politimenn hjem og satte på henne håndjern. De skulle følge opp anmeldelsen fra arbeidsgiveren.



– Heldigvis var ikke sønnen min hjemme og så det.

Hun ble satt på en celle på politistasjonen, men slapp ut igjen da mannen betalte boten på 500 dollar.

– Vanligvis er det høyere. Det kan være 10 000 dollar.

Vel hjemme igjen bestemte Jennifer seg for ikke å bli en nurse practitioner igjen.

– Det er for risikabelt. Jeg vil være under restitusjon for resten av livet. Mannen min er også det. Derfor prøver vi å leve enkelt med få ting som kan stress oss. Vi bestemte oss blant annet for ikke å få et barn til på grunn av det.

JOBBTILBUDET PÅ ALTA MIRA dukket opp da hun trengte det som mest.

– Jeg er så takknemlig. Jeg lurte på hva jeg skulle skrive på cv-en min om min siste jobb hvor jeg fikk sparken. Her slipper jeg å lyve. De fleste av de 15 som jobber her er selv under restitusjon.

Når Alta Mira åpner i sommer, vil klientene bli servert den mest eksotiske økologiske mat tilberedt av gourmetkokker. Massører vil stå klare med oljene sine og en indiansk sjaman er ansatt for å ha seremonier i «svettehytta». Der skal brennende kull gjøre det så hett at beboerne får trent opp viljestyrken over kroppen sin. Hester skal de også ha. Ikke for å ri på, men for å bli mer kjent med seg selv, all den tid en hest kjenner din personlighet bedre enn deg selv.

Dette er første gangen Jennifer forteller sin historie offentlig. Hun er blitt spurt om å gjøre det fra høsten av på ulike sykepleierutdanninger.

– Det skal jeg gjøre. Det er kjempeviktig at sykepleiere får vite at de er en utsatt gruppe for å bli avhengig av rusmidler. 🇺🇸



«Jeg kunne bare dyppe
hånda mi i boksen og
ta så mye jeg ville.»



*«Vi skal være helt nøytrale
og ikke ta parti. Vi skal kun
legge frem våre funn.»*



Rettsmedisinsk sykepleier samler inn bevis som fører til at kriminelle havner bak lås og slå. Akkurat som på tv.



Jakter på gjerningsmenn og dødsårsaker

Tekst **Kari Anne Dolonen** Foto **Erik M. Sundt**

Bak rattet i bilen på vei til Contra Costa County utenfor San Francisco sitter Carmen Henesy. Hvis du er en av dem som følger med på tv-serier som CSI og Bones, kan jobben til Henesy virke forlokkende. Hun er nemlig «forensic nurse», rettsmedisinsk sykepleier.

Denne sykepleierrollen finnes ikke i Norge.

DET HELE STARTET for litt over 20 år siden. Carmen Henesy var med da en gruppe sykepleiere startet International Association of Forensic Nurses (IAFN).

Personer som jobber som rettsmedisinsk sykepleier sikrer bevis i saker der helsevesen og rettsvesen overlapper hverandre. De fleste jobber med seksuelle overgrep av barn og med voldtekte.

Det er dette området Carmen har jobbet mest med.

– Drømmen var imidlertid å bli dødsårsaks-etterforsker, sier Henesy.

– Hvorfor ble du ikke det?

– I San Francisco har de ikke hatt egne stillinger for dette. Men jeg klager ikke. Jeg har elsket hvert minutt i jobben min som SANE-sykepleier (Sexual Abuse Nurse Examiner) sier hun.

Økonomiske nedgangstider er en av årsakene til at Carmen Henesy ble pensjonist for et år siden.

– Alle må kutte i budsjettene. Omorganisering og sammenslåing av tjenester gjorde at

jeg måtte slutte. SANE-programet i San Francisco var imidlertid et meget godt organisert tilbud før de begynte å kutte. Nå er det nesten ødelagt. Det er derfor jeg vil at vi skal dra til Contra Costa County. Deres program er fremdeles godt. Det vil gi deg et bedre bilde på hvordan et godt tilbud er organisert, sier hun mens bilen fortsetter på veien nordover.

Henesy har selv jobbet i Contra Costa da fylkes skulle bygge opp sitt SANE-program.

– Jeg skulle gjerne fortsatt der, men det ble litt lang vei å pendle, sier hun.

Gjennom bilvinduet har landskapet endret seg. Høyhusene i San Francisco sentrum er erstattet med grønklede åser og trær.

RETTSMEDISINSKE SYKEPLEIERE kan jobbe innenfor mange felt. De kan jobbe med enkeltmennesker, være konsulenter for andre sykepleiere som jobber med pasienter de mistenker har vært utsatt for seksuelt misbruk. De kan jobbe for rettssystemet og som ekspertvitner under rettsaker. Noen jobber også som dødsårsaks-etterforskere. De er som regel tilknyttet rettsvesenet, ikke helsevesenet.

En av de viktigste oppgavene til rettsmedisinske sykepleiere er å hjelpe ofrene å takle det de har vært utsatt for, samtidig som de ivaretar deres rettigheter. Både fysisk og psykisk.

– Vi må ofte i rettsalen for å vitne dersom politiet klarer å få tak i gjerningsmannen. Etter at sykehus og politi begynte å bruke

rettsmedisinske sykepleiere for å sikre bevis, er bevisinnsamlingen blitt bedre. Det vil si at det er mindre «forurensede» bevis, og det blir gjort færre feil. Når bevisene er bedre, er det lettere å få dømt de skyldige, sier hun.

Henesy har vært i rettsalen mange ganger.

– Synes du det er ubehagelig?

– Det er litt spesielt. Vi skal være helt nøytrale og ikke ta parti. Vi skal kun legge frem våre funn. Det er ekstremt viktig at vi klarer å gjøre dette så nøytralt som mulig. Dersom vi begynner å spekulere, vil forsvarerne angripe oss og si at vi har forhånds dømt den tiltalte. Noen ganger kan det være vanskelig. Spesielt i saker hvor overfallene har vært svært grove. Å møte mennesker som har vært utsatt for slikt gjør inntrykk, sier hun.

FOR Å BLI en god rettsmedisinsk sykepleier må du klarer å holde hodet kaldt under press, mener Henesy. Du skal samle inn bevis samtidig som du skal trøste og hjelpe pasientene.

– Pasientene du skal håndtere har kanskje vært utsatt for sitt livs største traume, sier hun.

Ettersom pasienter som har vært utsatt for grov vold ofte kommer inn på akuttotakene på sykehusene, er det her man oftest finner rettsmedisinske sykepleiere.

– Men vi er som regel organisert i egne team og har eget undersøkelsesrom. På den måten kan vi ta den tiden det tar å gjennomføre de nødvendige undersøkelsene. Pasientene er ikke

Navn: **Carmen Henesy**

Alder: **65 år**

Utdanning: **Bachelor i sykepleie, videreutdanning som rettssykepleier, seksuelle misbruk**

Tittel: **Pensjonist i ett år, og forfatter**

Årsinntekt: **Ca 930 000 kr i 2008, siste arbeidsåret, nå ca. 330 000 kr i pensjon**

Arbeidstid: **Hadde 8 timers skift per dag, eller bakvakt 16 timer**

Ferie: **3 uker før pensjalderen**

Obamas helsereform?: **Vet ikke**





Dødsetterforskere

Ikke alle stater bruker sykepleiere som dødsårsaksetterforskere. I de statene de bruker sykepleiere, er de som regel ikke ansatt i politiet, men er underlagt den medisinske etterforskeren, eller Coroners. I California har de ansatt sykepleiere ved Los Angeles Coroners office. I Houston er sykepleierne underlagt Medical Examiners Office.

alltid like villige til å fortelle hva de har vært utsatt for. Men gjennom våre undersøkelser, og gjennom pasientene medisinske historie, klarer vi ofte å gjenskape det som har skjedd, ut fra et medisinsk ståsted, sier hun.

NÅR MAN SKAL hente ut bevis, er tiden viktig.

– Biologiske bevisprøver er utrolig tidssensitive. Hvis vi skal finne spor av sæd, må det gjøres innen det har gått 72 timer. Samtidig må prøvene tas på en slik måte at ikke pasienten opplever det som et ekstra traume.

For å kunne bli rettsmedisinske sykepleier må du være autorisert sykepleier.

– De fleste sykepleierhøyskoler tilbyr nå en toårig utdanning som ved eksamen gir en Master of Science in Nursing (MSN).

Skal du jobbe som en SANE-sykepleier, må du ha noen tilleggskurs og praksis som dokumenterer at du er i stand til å håndtere

«Vi kan så å si aldri si at overgrep har skjedd uten en skygge av tvil.»

pasienter som har vært utsatt for voldsomme traumer. Når du har fått autorisasjon som SANE-sykepleier, må autorisasjonen fornyes hvert tredje år.

EN RETTSMEDISINSK SYKEPLEIER kan tjene mellom 170 og 650 kroner timen.

– Det kommer an på hvilken stat du jobber i, hvilken spesialitet du har, og hvor lang ansiennitet du har, sier Henesy.

Selv om rettsmedisinsk sykepleier er blitt en populær utdanning, er jobbmulighetene begrenset og for tiden er det vanskelig å få jobb



på grunn av nedskjæringer.

– Rettsmedisinske sykepleiere som knytter seg til sykehus er vanligvis ikke fast ansatt, men går i tilkallingsvakter. Enkelte får deltidstilting, og blir brukt til andre oppgaver i tillegg. Det kan være undervisning eller rådgivning, sier hun.

Henesy parkerer utenfor en passelig stor sykehusbygning som ser nokså ny ut og ligger i landlige omgivelser.

NÅ SKAL VI besøke Jim Carpenter. Han er lege og sjef for pediatrik avdeling ved Contra Costa Regional Medical Center. Han er også medisinsk ansvarlig for SANE-programmet for Contra Costa County, sier Henesy.

Carpenter er en tidligere kollega av Henesy, og lovvordene om ham er mange. Henesy er bekymret for hva som vil skje når han bestemmer seg for å gå av med pensjon.

– Han gjør en kjempejobb, konstaterer Henesy.

Nestkommanderende Ana Rea er sykepleier. Hun er i retten og vitner i en overgrepssak.

Så hvordan jobber de i praksis? Carpenter må være forsiktig med alt han viser frem. Det er strenge regler for å sikre rettighetene til pasienter som har vært utsatt for overgrep.

– Jeg begynte å jobbe her i 1981. Planen var å

jobbe her ett år, for så å åpne privat praksis. Det har ikke skjedd. Jeg er her ennå. Denne jobben kommer under huden på deg. Det er til tider tøft. Du ser og hører ting som er tøft å bære på. Men det gjør også at jobben føles meningsfull. Hvis ikke vi orker å stå i dette, hvem skal da sørge for at ofrene blir ivaretatt, og skyldige straffet? sier Carpenter.

Jobben ved sykehuset og å ivareta pasienter som er utsatt for overgrep, er blitt hans livsverk.

– Selv om jeg har sett og opplevd mye fælt, må jeg si jeg beundrer SANE-sykepleierne. De har mange flere saker enn meg og ser verre ting. Det er nok også en av grunnene til at mange blir utbrent, eller vegrer seg for å ta slike jobber, sier han.

VED DETTE SYKEHUSET har de per dags dato tre SANE-sykepleiere. En av sykepleierne deres har nettopp gått av med pensjon.

– Hun var bare 76 år gammel, sier Carpenter ironisk.

I Contra Costa County er det påtalemyndighetenes (politiet) budsjetter som dekker undersøkelser av voldtektsofre. Både når det gjelder voksne og barn.

– Det betyr at vi ikke gjennomfører slike undersøkelser uten at det er godkjent av politiet. Det fører til at når det skal spares i politiet,



Tall om forbrytelser i USA (2009)

- Antallet registrerte voldtekter: 95 136
- Ran: 420 637
- Drap: 16 204
- Drap begått av ungdom: 8226
- Personer i fengsel: 2 019 234



kutter de ned på slike undersøkelser fordi det koster. I andre stater, som for eksempel i Florida, betales undersøkelsene over vanlig skattebudsjetter, sier Carpenter.

Ettersom reglene for hva vi får se og høre er strenge, går dr. Carpenter med på å konstruere en sak som kan være typisk.

TELEFONEN RINGER på akuttmottaket. En triage-sykepleier tar telefonen. Det er politiet. De vil ha gjort en undersøkelse på et sju år gammelt barn. De mistenker at hun har vært utsatt for seksuelle overgrep.

Sykepleieren fyller ut de nødvendige skjemaene og ber politiet bringe jenta inn. De gir en kort briefing til sykepleieren om hva mistankene går ut på.

– I dette tilfellet har vi fått inn en sju år gammel pike. Hun hadde besøkt naboen. Hun kom gråtende tilbake. Når moren spurte hva som var galt, svarer jenta at naboen hadde klødd henne på tissen. Moren ringer til politiet fordi datteren er sår nedentil og hun finner blodspor i trusen.

Politiet kommer og tar forklaring fra moren før de bestemmer om de vil ha en grundigere undersøkelse. Noe de vil i dette tilfellet. Og ringer sykehuset.

SANE-sykepleierne som er tilknyttet sykehuset blir tilkalt av triage-sykepleieren i akuttmottaket. De skal være på plass innen 40 minutter.

Piken blir ført til et undersøkelsesrom i egne lokaler hvor det er rolig. Samtidig blir det også sendt ut en kode, 288. Denne meldingen går til en frivillig organisasjon som har ressurspersoner og advokater som bistår offeret etter seksuelt misbruk. De kommer til akuttmottaket og har også en responstid på rundt 40 minutter. De er støttepersoner for offeret og følger opp i etterkant. Det hender også at de er med under rettsaken som en støtte.

– Dette er noe vi faktisk har penger til. Det

kalles victim witness money, sier Carpenter og forklarer:

Når politiet for eksempel gjør et pengebeslag under en narkotikarazzia, går noen av disse pengene i denne potten. Men tilbake til vår case:

En lege gjør en kjapp undersøkelse av piken. Men uten å røre henne. Eventuelle beviser må ikke ødelegges.

SANE-sykepleieren kan så sette i gang med sin undersøkelse.

Sykepleieren åpner en pose som inneholder skjema over alle prøver som skal tas. Det stilles også mange spørsmål til jenta.

Har du vært på do?

Har du spist?

Har du dusjet?

Det er et hav av spørsmål og prøver som skal tas. Alt skal gjøres på en rolig og trygg måte. Det er viktig at barnet ikke utsettes for flere traumer.

De fleste bevisene sykepleierne finner i barneovergrepssaker er ikke å finne på barnets kropp, fordi de har badet, spist og gått på do etter at overgrepet har skjedd. Men i dette tilfellet finner sykepleieren skrapemerker i underlivet og klarer å hente ut DNA. Saken til piken står dermed sterkere. Pikens historie og bevisene sykepleieren finner stemmer overens.

– Men vi kan så å si aldri si at overgrep har skjedd uten en skygge av tvil, slik påtalemyndighetene ønsker. Når sykepleieren er ferdig med innsamlingen av prøver og piken er intervjuet om hva som har skjedd, er det opp til påtalemyndighetene om de vil anlegge sak, sier han.

SELV I SAKER hvor det er funnet gode bevis for at barn er seksuelt misbrukt, er det sjelden de havner i retten.

– De fleste sakene ender med et forlik. Seksuelle overgrep er vanskelige saker å føre for retten. Det er også saker hvor man ikke ønsker at barna skal vitne, fordi man ikke ønsker å utsette dem flere vonde opplevelser, sier han.

Derfor er forlik en løsning som ofte blir brukt.

– Jeg blir ofte innkalt som vitne i saker. Jeg sitte da «stand by». Bare trusselen om at jeg sitter klar til å gå opp i vitneboksen er enkelte ganger nok til at tiltalte medgir skyld og inngår forlik. Det er en del av det juridiske spillet.

DR. CARPENTER FORTELLER om en annen historie som endte i retten.

– Det er en forferelig historie om en 14 år gammel jente i Richmond som ble gruppevoldtatt på en fest. Etter voldtekten kom hun rett til sykehuset. Hun var oppskrapet og forslått. SANE-sykepleierne som undersøkte henne fikk skilt ut seks eller sju forskjellige DNA. Saken var så grov at den vakte nasjonal interesse. Gjerningsmennene er tatt og flere av dem venter seg lange fengselsstraffer. Det positive med hele denne saken er at jenta som ble voldtatt tidligere var en sjenert og usikker pike. Etter dette traumat har hun blitt en sterk person. Hun har byttet skole og er blitt en person som andre ser opp til. Hun har klart å snu noe grusomt til noe positivt. Det er litt av en helningsprosess hun har gjennomgått, sier han. 🇺🇸

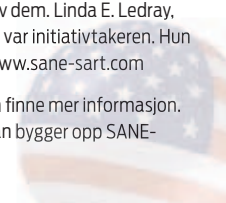


Vil du vite mer?

The International Association of Forensic Nurses (IAFN) ble startet av 72 sykepleiere i Minneapolis, Minnesota i 1992.

Carmen Hensy var en av dem. Linda E. Ledray, PhD, RN, SANE-A, FAAN, var initiativtakeren. Hun driver også websiden: www.sane-sart.com

På denne siden kan man finne mer informasjon. Spesielt om hvordan man bygger opp SANE-program.





«Dødsstraff er ineffektivt og usivilisert.»

Susan Patricks jobb er å gi omsorg og pleie til mennesker hennes kolleger snart skal drepe.

License to care

Tekst Eivor Hofstad Foto Erik M. Sundt og Eivor Hofstad

Bare en halvtimes fergetur nordover fra trivelige San Francisco, midt i et dyrt boligstrøk med strandsone og utsikt mot sjøen, dukker det opp et skittengult murgufs fra fortiden: San Quentin-fengselet fra 1852. Det eneste fengselet i California som oppbevarer og henretter dødsdømte menn. Ved siste telling i vår var det 703 stykker.

De mange bygningene er samlet på et enormt område. Kapasiteten er 3 302 fanger, men i fjor huset fengselet hele 5 247. Dermed må fangene som ikke er dømt til døden, fanger som krever ekstra beskyttelse eller er farlige for sine medfanger, dele rom.

SYKEPLEIEN HAR fått tildelt to skarve timer innenfor de mange lagene med sorte jernporter som skiller fengselsverdenen fra den frie. «Don't slam the doors», står det på dem med strenge bokstaver.

Vi blir eskortert inn av en dresskledd mann fra fengselsadministrasjonen. Han presenterer seg som løytnant Luna og sier han har dårlig tid fordi han skal organisere en begravelsseremoni for en avdød vakt.

– Vi bryr oss om våre ansatte, bedyrer han mens han skritter raskt foran oss over en gårds plass hvor grisgrendte rosebed ser ut til å være rammet av finanskrisen.

På veien passerer vi en vakt med batong som sakte geleider en fange med hvit kjeledress og hender bundet på ryggen. Fangen er mørk i huden og har blikket spikret i bakken.

– Hvitt betyr at han er en ad seg, informerer Luna.

– Ad seg?

Administrative segregation. Disiplinrøbbel. Han er disiplinrøbbel!

LUNA STRENER RETT MOT det splitter nye etasjer høye medisinske senteret til 1,3 milliarder kroner, som gir helt motsatt inntrykk enn de skabbete rosebedene. Men så tas også pengene til de somatiske fengselshelsetjenestene fra et annet og øremerket budsjett enn resten av fengselsdriften i California.

For fire år siden var helsestellet blant fangene i California så elendig at juridiske myndigheter grep inn. Driften av helsetjenestene i alle fengslene ble satt under en egen administrasjon utpekt av de føderale myndighetene, som kunne forsyne seg godt av staten Californias midler, til guvernør Arnold Schwarzeneggers store irritasjon. Han synes de har brukt altfor mye og ønsker ifølge Los Angeles Times å overføre ansvaret til Universitetet i California, kutte stillinger og bruke mer telemedisin og elektroniske løsninger for å spare penger.

Vi kommer inn i et lyst og reint resepsjonsområde hvor blåkledd fanger sitter i en klynge og venter. Blått er tøyfargen til de fleste fangene. De følger oss vaksomt med brune øyne. Noen hilser. Rundt 65 prosent av fangene er afrikansk-amerikanske, mens 25 prosent er spansk-amerikanske, får vi vite.

Vi blir henvist til Jackie Clarks kontor i tredje etasje. Hun er sjefen for helsetjenestene i fengselet og 377 helseansatte.

Løytnant Luna blir stående utenfor glassdøren, men har oss hele tiden under oppsikt.

ETTER AT DEN NYE HELSEADMINISTRASJONEN tok over, har de fått mer kontinuitet i pleien av fangene og kan tidligere gå inn med intervensjon, diagnose og behandling.

– Dermed kan vi forhindre en del dødsfall, sier den andre damen som er på kontoret. Hun

heter Diane Beetham og er leder for de 130 sykepleierne som jobber i fengselet.

94 prosent av dem har fulle stillinger. Lønningene er økt med 30 prosent etter at den nye administrasjonen kom og mange nye helsepersonellstillinger er opprettet. Men guvernør Schwarzenegger har nå bestemt at alle statsansatte skal ha permisjon tre dager i måneden, for å kutte ned på lønningsutgiftene. Det motsatte har skjedd enkelte steder: Unge, uetablerte sykepleiere jobber ekstra mye overtid og får ekstra god lønn.

På San Quentin utgjør permisjonstvangen minus 15 prosent i lønna.

Vi må fremdeles gi den samme pleien og folk må ta igjen det tapte når de kommer tilbake. Permisjonsordningen gjør det vanskelig å rekruttere, sier Beetham.

– I internavisen som fangene lager står det at

«Klaustrofobi er en ganske stor diagnose her.»

nedskjæringene i fengselet vil ramme flere av rehabiliterings- og rusprogrammene dere har?

– Det er kun de tilbudene som er drevet av fengselet. Vi har ingen nedskjæring hos oss. Budsjettet mitt er på 30 millioner dollar i året, sier Jackie Clark.

Besparselsene fengslene er pålagt å følge, vil gå ut over det psykiatriske helsetilbudet, som den nye administrasjonen ikke kontrollerer. Tilbakefallsprosenten for kriminelle i California er 70, den høyeste i USA. Mange spår at den vil bli høyere når staten i år skal kutte 850 fengselsansatte som blant annet driver rusav-



Navn: Susan Patrick
Alder: 54
Utdanning: Registered Nurse (RN) med associate degree (en intensiv grunnutdanning på to år) fra Maine
Arbeidssted: San Quentin State Prison, med dødsdømte fanger
Årslønn: Ca. 780 000 kroner
Arbeidstid: Kl. 07.00 til 15.00, fri i helgene
Ferie: Fire uker i året. Nyansatte får bare to uker.
Obamas helsereform?: For, fordi jeg er for Obama. Let's get started!





OPERERTE TÆR: Sykepleier Noemi Nisperos steller en fange som har fått rettet ut tærne.



ESKORTERT: Alle fangene blir eskortert av vakt når de skal til og fra det nye medisinske senteret. Denne fangen skal snart løslates og har ikke hendene bundet, som mange av de andre.



vennings- og sinnemestringsprogrammer. Bare i San Quentin vil 13 av 19 tilbud forsvinne, skriver avisen San Francisco Gate.

VI HAR PÅ FORHÅND fått beskjed om at det er umulig å møte en sykepleier som jobber med de dødsdømte fangene. Sikkerheten der er alt for høy. Vi klarer å få det til seinere, men fengselet vil bare la oss snakke med en sykepleier nede på den medisinske klinikken mens hun gjør et



Dødsstraff i California

California er den amerikanske delstaten som har flest dødsdømte, men siden januar 2006 har det vært midlertidig stans i henrettelsene. Jurister krangler om hvorvidt de tre legemidlene som brukes i injeksjonene, kan føre til at personen får en «grusom og uvanlig straff», i strid med grunnloven. I mellomtiden har mannlige dødsdømte i California økt til 703 personer. Florida, som er nummer to på listen, hadde totalt 403 for et år siden.

30. april ble det levert et lovforslag til nye prosedyrer for gjennomføringen av dødsstraff i California. Det er mindre justeringer, og innebærer ingen endring på de tre legemidlene som brukes. Bli endringene godtatt, vil henrettelsene kunne begynne igjen mot slutten av året.

Kilde: Death Penalty Information Centre, Los Angeles Times

sårskift på en operert fot til en blåkledd fange som snart skal spankulere ut i det fri.

– Pasientene her er som alle andre pasienter, de trenger ikke noen spesiell oppfølging, sier Noemi Nisperos.

Hun har jobbet der i tre år og er tydeligvis vant til å måtte forsvare at fanger har krav på helsestell.

En gammel mann dukker plutselig opp ved siden av oss og viser med skjelvende hender hvordan tærne til fangen før lå skjevt til den ene siden.

– Men så kuttet jeg over alle leddene og rettet dem ut. Det er 45 dager siden nå.

– Er du kirurgen?

– Ja, sier den gamle og fortsetter å snakke ustopelig til Beetham som står ved siden av.

Fotografen blir nektet av løytnant Luna å ta bilder av fangens ansikt, selv om mannen selv ikke har noe imot det.

Andre fanger vil da kanskje ikke komme hit til senteret fordi man blir fotografert av pressen, lyder begrunnelsen.

– Ha-ha. Han er for stygg til å være på bildet, ler kirurgen.

– Dere kan heller ta bilder av ansiktene på fangene utenfor denne bygningen, sier Luna.

Senere får vi vite at grunnen antakelig er frykt for at fangen etterpå vil gå til sin advokat og si at han er blitt fotografert mot sin vilje, og at han så vil saksøke fengselet i håp om å få en aldri så liten erstatning.

EN LANG REKKE med oransjekledd, bakbundne menn kommer gjennom korridoren. En brysk vakt går ved siden av og slår batongen sin i den ene hånden. Han roper ut når de svinger inn til venstre rett under det runde sladrespeilet i taket. Oransje er klesfargen på de nyankomne fangene. Det må observeres hvordan de tilpasser seg fengselslivet, slik at de kan plasseres på rett sted for videre soning.

Løytnant Luna har dårlig tid og vil ha oss ut. Vi får ikke lov til å ringe Nisperos for å gjøre ferdig intervjuet. All kommunikasjon med henne må gå på mail gjennom Beetham først.

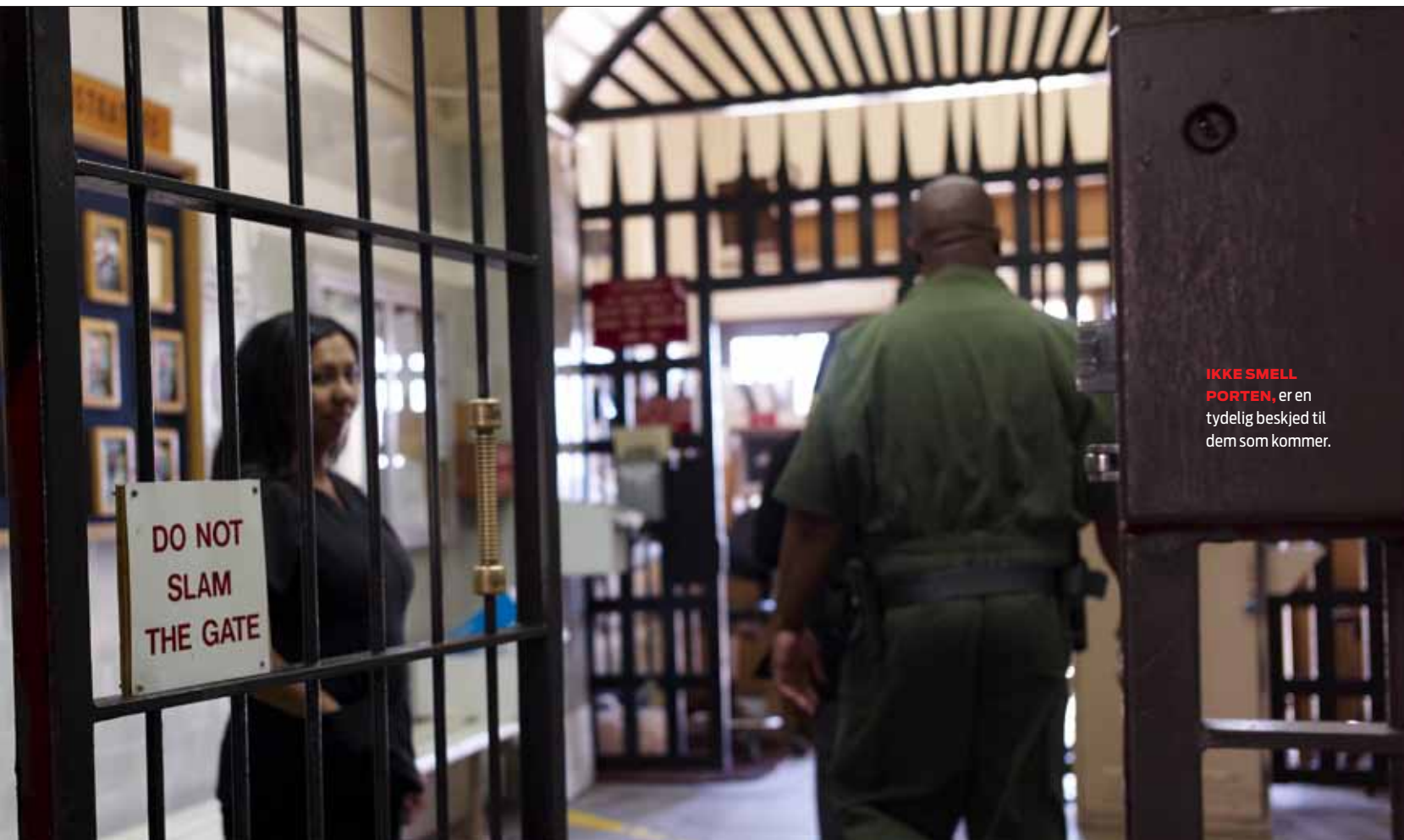
På vei ut går vi forbi fanger i lysende grønne kjeledresser som driver med anleggsarbeid. Dette er lavsikkerhetsfanger som får jobbe under oppsyn utenfor portene. Fotografen spør en av dem om han kan ta et bilde, får ja til svar og knipser i vei. Når Luna ser det, snur han og går tilbake for å hente fotografen.

– Tok du bilde av ansiktet hans? spør han stresset.

Tålmodigheten er slutt. Han konverserer ikke på høflig amerikansk vis lenger, men viser oss ordknap ut.

DAGEN ETTER, PÅ EN PUB ET STYKKE FRA SAN QUENTIN-FENGSELET:

– Åh, dette var en grusom dag! Jeg hadde tolv pasienter på lista mi pluss fire akutte i tillegg, summerer Susan Patrick, og tar en slurk lyst sommerøl.



IKKE SMELL
PORTEN, er en
tydelig beskjed til
dem som kommer.

Hun har lagt kredittkortet i baren og ber Sykepleieren bestille også.

Patrick er den eneste sykepleieren som jobber med de 703 dødsdømte fangene. Det har hun gjort i ett og et halvt år, men har jobbet i fengselet 17 år før det. Vi fikk tak i henne via fagforeningen til de statlig ansatte sykepleierne. Hun er akkurat ferdig med dagens vakt og tropper opp i arbeidstøyet. Amerikanske sykepleiere vasker uniformen hjemme hver dag.

Foruten Patrick, består det medisinske personalet på «death row» av en lege og en sykepleier med toårig utdanning. De har også sine lister med dødsdømte fanger de skal ta imot på kontorene sine i løpet av en dag. Den andre sykepleieren gjør mest sårskift, assisterer legen og setter sprøyter, blant annet mot hepatitt og influensa, mens Patrick tar seg av alt det andre. I tillegg har de to tillatelse til å dele ut medisiner. Det finnes også ulike gruppeterapitilbud som fangene kan delta i. De må da sitte i små telefonbokslignende bur, slik at sikkerheten opprettholdes, mens de likevel kan høre hva som blir sagt av de andre.

FANGENE HAR ALLTID hendene bundet bak når de skal transporteres, men når de skal til Patrick, blir de bundet med hendene til siden, lenket fast til midjen. En vakt blir alltid med inn til henne.

– Vi har behov for at de er mer mobile, blant annet for å ta blodtrykket. Men det er ikke så lett bestandig. I dag fikk jeg for eksempel en med sopninfeksjon under armene. Jeg måtte lyse som best

jeg kunne med den lille lommelykta mi.

Patrick stortrives med jobben sin, men synes det er tøft.

– Det er jo meg og 700 fyrer! Jeg ønsker meg en sykepleier til. Men det er bedre enn før den nye administrasjonen kom. Da kunne jeg være alene på morgenvakten for hele fengselet. På den tiden fungerte vekten som doktor og jeg som farmasøyt. Nå er det mer helsepersonell her, og takk for det! Dessverre får ikke fengsler alltid rekruttert de beste spesialistene.

Sykepleieren bruker mye tid på å dokumentere. Alt forgår på papir. Fengselet har ikke hatt råd til å skaffe seg et elektronisk journalsystem ennå, noe ledelse har som nummer én på ønskelista. Og selv om Patrick også har fått et splitter nytt kontor, er det så trangt at hun må bruke undersøkelsesbenken som skrivebord, og hun har ikke varmt vann. Det må hun varme i mikroen når hun skal skylle ører. Dessuten lekker det vann inn i rommet, både når det regner og ellers fra airconditionanlegget. Det nye medisinske sentret vi besøkte dagen før, mistet for en stund siden strømmen i to uker.

– Vi lever fremdeles på 1800-tallet, bortsett fra at vi ikke rir på hester, kommenterer Patrick.

DE DØDSDØMTE FANGENE bor alle i hver sin celle og alle har rett til advokat, i motsetning til resten av fangene. De er inndelt i et eget «kastesystem», unikt for San Quentin.

De fleste, rundt 600 stykker, bor i østblokka,

der Susan Patrick har kontoret sitt. Blokka er delt opp i fem etasjer med cirka 50 celler på hver side i hver etasje. De kan rope til hverandre gjennom gitrene. De spiser de tre måltidene de får i cella si og går til luftgården to-tre ganger i uka hvor de kan møte andre, gå, jogge, trene på skranke, boksesekk eller spille kort. De blir delt opp i fem ulike gårder, avhengig

«De dødsdømte er som dyr i bur i en zoologisk hage.»

av hvilke fiender de har. Spesielt de som har droppet ut av spesielle gjenger eller har drept barn, må skjermes fra de andre. Men selv om de sikrer seg på denne måten, blir det tilfeller med slagsmål rundt annenhver måned. Da skyter vaktene gummikuler som skreller skinnet rett av og fangene må plastres opp og sys. Alle får dusje tre til fire ganger i uka, alene, låst inn i et dusjbur.

Runt 60 stykker holder til i nordenden, en hyggeligere del av fengselet hvor de roligste fangene får bo. Her kan de mingle med de andre om dagen, og cellene er åpne mot en felles del hvor de også kan spise måltidene sine sammen. Det er lang venteliste med fanger som vil hit.

Det absolutt verste stedet å havne, er «AC», som står for Adjustment Centre. Dette er feng-





DYSTER ARBEIDSPASS: Til høyre er østblokk, hvor rundt 600 av de dødsdømte sitter og Susan Patrick har kontoret sitt. I midten er det gamle kvinnefengselet som nå står tomt fordi det er fullt av asbest og bly, og til venstre er vestblokk.

HAR PROTESTERT: Leder for helsetjenestene i fengselet, Jackie Clark, har protestert mot planene om å begynne med henrettelser igjen. Hun lover at så lenge hun er sjef, skal ingen helseansatte måtte assistere ved henrettelsene.



Dødscocktailen

Først gis anestesimiddelet thiopental for å stoppe åndedrettet og gjøre fangen bevisstløs innen ett minutt etter administrasjon. Deretter gis det paralyserende stoffet pankuronium etterfulgt av kaliumklorid som gir rask hjertedød. De siste to legemidlene gis for å unngå at fangen gisper, kjemper eller får kramper, som kan skje dersom man gir thiopental alene.

Kritikken fra leger er at ved lav dose thiopental, eller feil justering av slangen eller feil klargjøring av kjemikaliene, vil fangen ikke få dyp nok anestesi eller effekten kan forsvinne så fort at fangen vil oppleve alvorlig smerte når kaliumkloriden gis. Fordi de da er lammet av pankuronium, vil de ikke kunne uttrykke sin smerte. Staten Ohio har begynt å sette en ekstra høy dose av kun thiopental, men graden av «humanitet» i dette debatteres.

Kilde: *New England Journal of Medicine, Amnesty International*

selet i fengselet med celler av betongvegger og bare en luke i døra de kan snakke gjennom og hvor vaktene kan kikke inn. Fangene får komme ut av cellene tre ganger i uka for å dusje og kanskje to ganger for å luften seg mutters alene i et lite bur. Dette er stedet alle nye dødsdømte fanger kommer til, for å se hvordan de tilpasser seg fengselslivet. Gjør de det slik det forventes, avanserer de til østblokk. Hvis ikke, forblir de på AC. Noen har vært der opptil 20 år.

– De dødsdømte er som dyr i bur i en zoologisk hage. Jeg tenker ikke på det ofte, men når jeg gjør det, wow! Men jeg må la det gå, må være på toppen av følelsene, ellers ... gosh! Jeg kunne brutt sammen med tanke på hver eneste en av dem. De har alle mødre. De har

alle vært babyer og de fleste har vært misbrukt, sier Patrick.

ALL STILLESITTINGEN gjør at hypertensjon og diabetes er de lidelsene Patrick ser mest av. Omtrent alle har ortopediske problem, mange har trøbbel med tennene og hun tipper at en av tre har en psykiatrisk diagnose.

– De bruker mye antidepressiva. Klaustrofobi er en ganske stor diagnose her. Mange har blitt slått i hodet flere ganger og hører stemmer. De har schizofreni og er paranoide.

– *Hvorfor er det ikke flere psykiatriske sykepleiere her?*

Vi spesialiserte oss ikke på samme måte her som dere gjør i Norge. Psykiatrien er mer innbygd i grunntutdanningen.

Mange av fangene foretrekker å snakke med Patrick fremfor psykiatere når de sliter psykisk, siden de kjenner henne fordi hun er førstelinjetjeneste for de dødsdømte.

– *Hvordan får du fangene til å finne håp i hverdagen så de holder ut?*

– Jeg prøver å være positiv og bringe en lettelse og humor inn i livene deres. Jeg forsøker å få dem til å føle seg spesielle. Jeg lytter til dem og prøver å hjelpe dem med det de ber om. Sykepleiere er jo pasientenes advokater. Vi bryr oss, i motsetning til vaktene som læres opp til å hate fangene.

Vaktene har spurt henne hvordan hun klarer å bry seg og gi pleie til fangene. Da svarer hun:

«For det første: Det er min natur. For det andre: Det er min autorisasjon. Det er det jeg driver med. Jeg bryr meg!»

– De respekterer det og holder kjeften nå.

FORDI HUN BRYR SEG, har hun også rapportert de gangene hun ser fangene behandles etisk forkastelig. Som den gangen en fange med en stor vorte i ansiktet lurte på om han kunne få operere den vekk og betale for det selv. Da han spurte hudlegen, fikk han til svar at siden han var dødsdømt, ville det være som å smøre lepestift på en dritt.

– Jeg ble kvalm. Jeg gikk etter fangen og ba om unnskyldning og sa at dette var veldig uproft og lite respektfullt. Så anmeldte jeg legen både til hans og vår sjef. Vi brukte ham aldri igjen.

Fangene liker «Nurse Sue», som de kaller henne. En hadde nylig tegnet flere hjerter rundt navnet hennes på skjemaet alle må fylle ut for å få time hos henne. Det ble inndratt av vaktene så Susan Patrick aldri fikk se det. Fangen fikk en «115» i straff, som er en disiplinær rapport. Får en fange to 115, kan han bli gradert som B-fange, det vil si at han ikke får ha noen personlige eiendeler. Er han riktig gjenstridig, kan han havne på AC.

– *Er det mange som forelsker seg i deg?*

– En dag sa en fange «Nurse Patrick er så flørtete!» Han begrunnet det med at jeg var så hyggelig mot ham at han trodde jeg var interes-



Sykepleiere som dødsassistenter

Bruken av dødelige injeksjoner som henrettelsesmetode i USA har vært utsatt for mye kritikk (se faktaboksen «Dødscocktailen»).

– Delvis er myndighetenes reaksjon på det å involvere helsepersonell i henrettelsene, sier Gerald Kador Folkvord, politisk rådgiver i Amnesty International, Norge.

De ledende amerikanske yrkesorganisasjonene for leger og sykepleiere forbyr enhver deltakelse av helsepersonell i henrettelser.



FRIERE I GRØNT: Noen fanger får jobbe utenfor portene, under oppsyn.

sert. Da han så at jeg behandlet de andre likedan, sa han at han ble skuffet. Andre forsøker å flørte, men jeg blåser det vekk ved å fortelle hvor gammel jeg er og at de må se seg om etter en yngre dame. Så ler jeg litt ukomfortabelt og skifter tema så fort som mulig ...

DET JOBBES INTENST i det juridiske apparatet for å få gjenopptatt henrettelsene som har vært midlertidig stanset i California siden januar 2006. Dødsdømte fanger er dyrere i drift enn livstidsdømte, og California går jo på sparebluss. I 2005 skrev avisen Los Angeles Times at dødsstraffsystemet koster skattebetalerne i California 114 millioner dollar mer per år enn kostnadene hadde vært dersom fangene i stedet fikk livstidsstraff.

Det ventes at det limegrønne henrettelsesrommet i nordblokkas som tidligere var gasskammer, kan åpnes for aktivitet igjen innen året er omme.

– Ryktet sier de vil starte opp igjen i november. Fængselsdirektøren har nedsatt en hemmelig gruppe med folk som skal læres opp. De har vært i Ohio på kurs. Jeg antar det handlet om hvordan de skal leve med seg selv etterpå, samt om jussen i det hele. Vi vet ikke hvem de som assisterer er, men etter en henrettelse kan vi finne det ut. De får fri to uker før og to uker etterpå.

– Får de ekstra betalt?

– Ja. Kanskje den ekstra lønnen er de ekstra friukene. Men hva slags ferie er det egentlig?

Jeg ville aldri assistert ved en henrettelse. Jeg måtte levde med det etterpå, og det vil jeg ikke. Jeg er en helbreder, ikke en morder.

Helsesjef Jackie Clark og farmasøyten har protestert mot planene. Clark innrømmet til oss at henrettelsene er en konflikt innad i fengselet:

– Så lenge jeg er sjef for helsen i fengselet, vil ingen av mitt helsepersonell assistere ved henrettelsene. Men siden flere av vaktene har sykepleierutdanning, vil det sannsynligvis bli noen av dem, eller de vil hente inn helsepersonell utenfra, sa hun.

Susan Patrick sier mange av de påbudte ankerne til de dødsdømte fangene er ferdigbehandlet.

– Når henrettelsene starter opp igjen, vil det derfor være mange som går. De vil tikke bort ganske kjapt, sier hun.

Hun tror hun skal takle å arbeide med de dødsdømte også etter at henrettelsene tas opp igjen.

– Jeg har det ok med døden. Jeg har ingen kontroll over denne loven. Jeg stemte virkelig ikke for den, men jeg tror mange av fangene er klare mentalt.

HVERT ÅR ER DET TO-TRE SELVMORD i hele San Quentin fengselet. Patrick er forbauset over at det ikke er flere.

– De henger seg som regel eller skjærer over håndleddene. Eller de sparer medisinen og tar overdoser. De er som hamstere og kan gjemme unna det utroligste. Mange selger medisinen

videre. Noen svelger først og kaster det opp etterpå. Noen knuser det, tar det i drikken sin, later som de drikker, men spytter ut drikken etterpå som de så selger videre.

– Hvordan er det å jobbe med mennesker som venter på å bli drept?

– Jeg dveler ikke ved det. Jeg kjenner til hva de har gjort, eller kan lett få vite det. Det er historien deres. Men jeg skiller mellom den og personen som sitter foran meg i stolen. Jeg kunne ikke tenke på hva de har gjort og fremdeles smile og si «hei, hvordan har du det?»

– Men noen kan være uskyldig dømt, noen har forandret seg i fengselet og angrer på det de har gjort. Du har kanskje blitt ekstra godt kjent med noen. Tror du ikke at du vil få en sorgreaksjon?

– Jeg vet ikke. Dødsstraff er forferdelig trist og tragisk. Hvis det noen ganger føles normalt, vil jeg slutte.

Hun har et støtteam hun kan kontakte, men Patrick tror ikke hun kommer til å trenge det.

– Det kommer an på hvordan fangene tar det. Jeg snakket nettopp med legen om hvordan vi skal fortelle dem at henrettelsene skal starte igjen. Jeg tror ikke det er noe vi kan si, vi får bare være der og lytte til tankene deres. De kommer til å være åpne om følelsene sine på dette. Du får maile meg når de har startet igjen, så skal jeg fortelle hvordan det går.





Terje Anderssen er anestesisykepleier med fagansvar Anestesiservice på Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet. E-post: terje.anderssen@rikshospitalet.no

I serien «Verkstedet» ser han på tekniske nyvinninger i helsetjenesten.

Vår tekniske hverdag

Vi blir hele tiden mer avhengig av tekniske hjelpemidler som gjør jobben vår enklere og «sikrere» så lenge utstyret fungerer som det skal og brukeren kan betjene utstyret riktig. Dessverre så er ikke alltid dette tilfelle.

Utstyret får tøff behandling og brukerne blir pådyttet bruk av «nytt» utstyr uten at de har fått spesifikk opplæring i bruken av det. Dette medfører en del problemer som vi som brukere bør være klar over. Det sies at sykehussikkert utstyr er den høyeste sikkerhetsklassifiseringen noe utstyr kan få. Jeg har dessverre ikke sett noe utstyr med denne klassifiseringen. (Sannsynligvis fordi den ikke finnes). **Elektromedisinsk utstyr:** Ethvert medisinsk utstyr, inkludert systemløsninger, beregnet for mennesker eller dyr og som for å fungere er avhengig av en elektrisk energikilde samt nødvendig tilbehør til slikt utstyr.

Dessverre skjer feil som kunne vært unngått hvis vi som brukere hadde vært mer oppmerksomme på alle punkter til enhver tid, men vi er også mennesker og ikke maskiner.

Menneskelige feil kan skyldes:

- › For dårlig total erfaring.
- › For dårlig kjennskap til utstyret.
- › For dårlig sjekk av utstyret før bruk.

De uheldige innvirkningene av flere av disse faktorene kan føre til alvorlige feil som kan få konsekvenser for både pasient og behandler.

Derfor er det viktig at:

- › Personalet kan bruke utstyret riktig og at de kjenner utstyrets muligheter og begrensninger.
- › Personalet kan de enkelte systemers fordeler og ulemper i ulike situasjoner.
- › Personalet kan nødvendige prosedyrer hvis en kritisk situasjon skulle oppstå.
- › Utstyret gjennomgår den brukerkontroll som er nødvendig før hver gangs bruk.
- › Utstyret gjennomgår periodisk kvalifisert ettersyn som blir dokumentert.

Brukeransvaret: De ansatte ved avdelingene har ansvaret for å følge avdelingens rutiner, enten de er skriftlige eller muntlige. De er også ansvarlige for å ta opp behov for nye eller endrede rutiner, opplæring osv.

Hvis du opplever problemer med utstyr så glem aldri pasienten! Selv om moderne utstyr kan fortelle oss veldig mye, så skal en heller ikke glemme at vi ved å ta, føle og se på pasienten kan få veldig mye informasjon som kan styrke våre observasjoner som vi får fra utstyret. Hvis utstyret svikter, så kan dette være det vi må forholde



HUSK Å OBSERVERE pasienten også. Foto: Colourbox

oss til. Den kliniske vurderingen er alltid viktig. Pasienten er alltid fasiten selv om svarene kan være vanskelige å tolke.

Ta deg tid til å «leke» og prøv deg frem med apparaturen, gjerne sammen med en kollega. Prøv ut apparatet under trygge forhold!! Dette gjelder all apparatur. Les bruksanvisningen. Den inneholder nyttig og nødvendig informasjon.

De forskjellige apparater inneholder forskjellige komponenter som gir forskjellige muligheter, alt etter modell, type og antall enheter som er koblet til/satt inn.

Lær deg å utnytte apparaturen. Apparatene er der for å gjøre jobben din lettere! Alt er enkelt når en kan det!

Ved å kombinere data fra flere kilder kan en ofte få ut mer informasjon enn hva de enkelte opplysningene sier hver for seg.

Tenk igjennom hvordan dataene/innformasjonen registreres/samles inn for dermed lettere å forstå hvordan utstyret virker og hvordan eventuelle feilkilder kan oppstå.

Enhver informasjonskilde kan være en feilkilde!! Derfor:

- › Husk pasienten!
- › Se på pasienten!
- › Ta på pasienten!
- › Ikke se deg blind!
- › Den kliniske vurderingen er meget viktig!

Skader på utstyr: Før du starter: Se etter at det ikke er synlige skader som ødelagt støpsel, skader på kabel etc. Er du uheldig og slipper et apparat i gulvet, skal det sendes til Medisinsk Teknisk Avdeling, MTA, selv om det «virker» etterpå.

Skader du utstyr, er du ansvarlig for at det blir sendt til reparasjon og ikke satt vekk.

Alle avdelinger som har elektromedisinsk utstyr bør også ha ett nært samarbeide med MTA. Det er til stor nytte for begge parter også totalt sett. ■■■

Andre faste bidragsytere:



Bodil Bach er utdannet sykepleier og arbeider som rådgiver ved Nasjonalt Senter for Telemedisin. E-post: bodil.bach@telemed.no



Espen Helge Aspnes er seniorrådgiver i Sintef og innovasjonsrådgiver for InnoMed i Midt-Norge. E-post: EspenHelge.H.Aspnes@sintef.no



Brita Noorland er anestesisykepleier på Bærum sykehus. E-post: noorland@online.no

Lars Vilhelm Isungset

Alder: 43 år

Yrke: Sykepleier

Jobber: Geilomo barnesykehus for allergi, astma, eksem og barn med medfødt hjertefeil

Hjelper barn å mestre livet

Barn med astma og allergi kan klare klatrevæggen, men det er ikke det første vi prøver.

Jeg var 25 år da jeg kom til Geilomo barnesykehus første gang som ferdig utdannet sykepleier. Å arbeide for barn med allergi og astma krever både tålmodighet og systematisk sans. Vi har mange barn som skal medisineres og alle krever en individuell oppfølging.

Det viktigste i jobben min er å gi barna en opplevelse av mestring. Barn med kronisk sykdom relatert til hjerte og lunger tør ofte ikke ta ut så mye krefter til vanlig som det de kan med riktig opptrening og medisinerings. Jeg kan hjelpe barn med nettopp det. Her er de med på aktiviteter og utflukter de ellers ikke kunne deltatt i av helsemessige årsaker. Fjellklatring er ikke det første vi starter med, men å klatre et stykke opp en klatrevegg er noe de aller fleste barna klarer. Vi forsøker å finne gode løsninger for de som sliter med litt overvekt. Vi arbeider også forebyggende ved å planlegge og finne aktiviteter som passer for barna når de kommer hjem.

I disse dager har vi en stor gruppe barn med allergi. De kom 5. mai og skal bli her i fem uker. Noen av disse er sterkt plaget av pollenallergi, men flere er blitt bedre i løpet av de to ukene de har vært her. Når de drar hjem er pollensesongen over. Geilo ligger 750 meter over havet, her kommer det ikke bjørkepollen før et godt stykke ut på sommeren. Søkermengden hit er geografisk ujevn.

Geilomo barnesykehus var en gave fra dr. Gral Madsen til Norges Astma- og allergiforbund i 1969. Kanskje fordi Gral var fra Bergen at mange søkere kommer fra Bergensområdet, men stedet er til for hele landet. Fastlegen kan også søke om plass hvis barnet er ferdig utredet og er tilknyttet en barneklinnikk.

Barnesykehuset driftes av Kvinne- og barneklinnikken ved Rikshospitalet. I dag har vi 27 barn her i aldersgruppen seks til 16 år, men det er egentlig bare plass til 26. Barnas foreldre bor i hybelhus slik at de kan ha daglig kontakt med barna.

Min jobb innebærer mye frihet og stort ansvar. Arbeidsdagen starter klokken sju med en rapport og oppsummering sammen med nattevaktene. Hver morgen har jeg et morgenmøte med lærerne, etterfulgt av avdelingsmøte med alle sykepleierne og helsearbeiderne. Etterpå vekker jeg barna og hjelper de minste med morgenstell og frokost før de drar til skolen. Jeg samarbeider med kjøkkenet om det enkelte barns forhold til matallergi. Jeg følger opp barna med trening, mestring, omsorg, og medisinerings. Dessuten tilrettelegger og skreddersyr jeg opplegget slik at barna får oppleve at livet ikke behøver å være så vanskelig. En stor del av jobben består i å være i aktivitet med barna på fjellturer, sykkelturner, fiske og i slalombakken, med medisinsekken på ryggen. ■■■

Fortalt til Laila S. Berg Foto Terje Bjørnsen

Utgivelsesplan Sykepleien 2010

Nr		MateriellFrist	Utgivelsesdato
9	Sykepleien	4. august	12. august
10	Sykepleien	25. august	2. september
11	Sykepleien	15. september	23. september
12	Sykepleien og Sykepleien Forskning	6. oktober	14. oktober
13	Sykepleien	27. oktober	4. november
14	Sykepleien	17. november	25. november
15	Sykepleien og Sykepleien Forskning	8. desember	16. desember

Vi tilbyr

- Treff 205.000 helseinteresserte lesere!
- Masse fagstoff og annet relevant stoff i blad og på nett
- Stillingsannonser – i blad og på nett, eller bare nett
- Annonsegaranti – få ansatt en, eller annonsen gratis en gang til
- Gratis annonseutforming – lever kun tekst og ide
- Gratis nettannonser – både flash og vanlige bildeannonser
- Dokumentasjon på lesing av blad og nett – kontakt markedsavdelingen

God sommer!

Hilsen Ingunn, Lise og Finn
Markedsavdelingen

FAGARTIKKEL:
Lav kompetanse i natur-
vitenskaplige fag Side 75

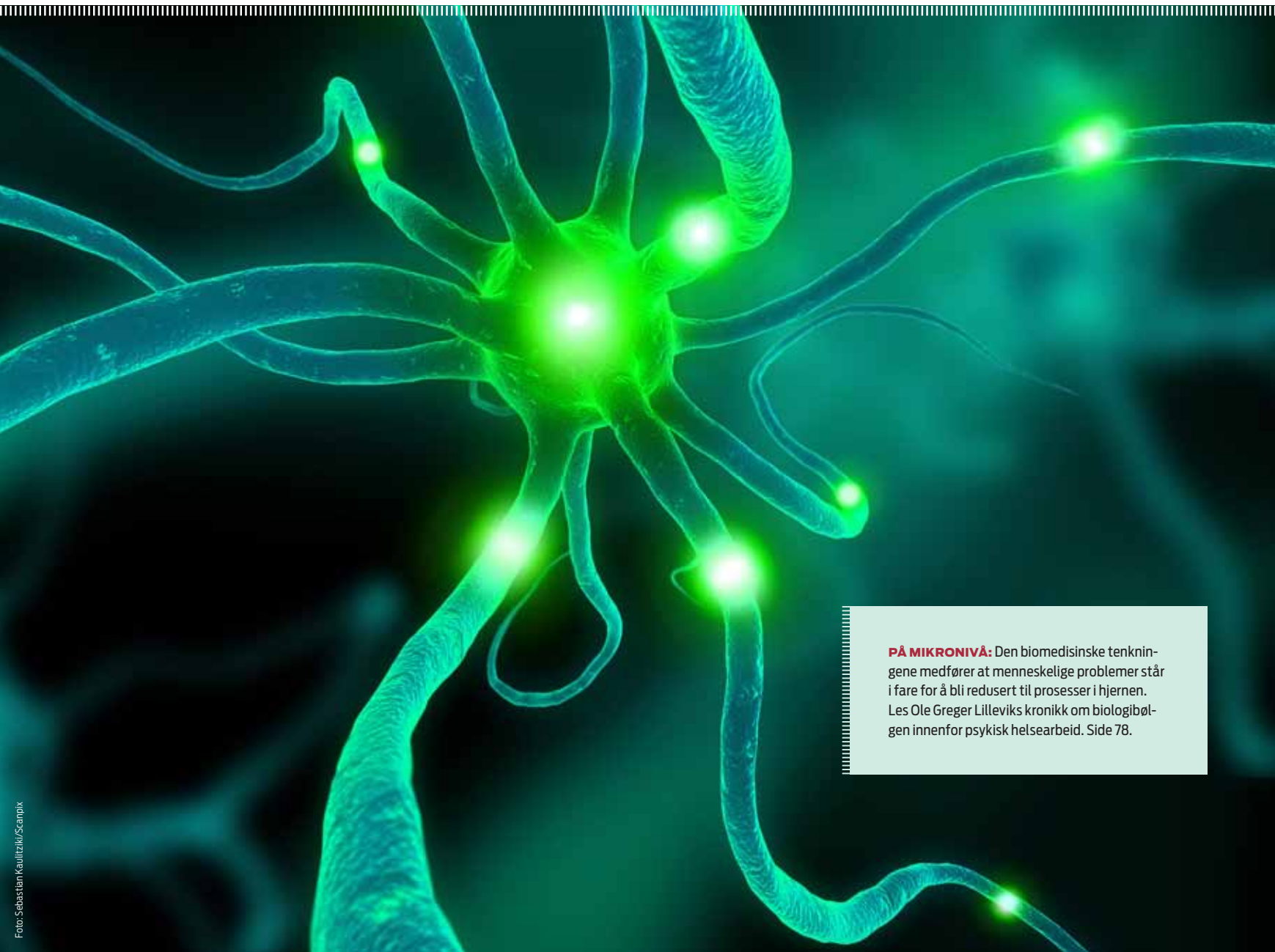
FORFATTERINTERVJU:
Gir kunnskap om
selvskading Side 80

FAGNYHET:
Hpv-vaksine til
8. klasse Side 84

Om
vegetarmat
**Se bokan-
meldelser**
Side 83

Sykepleien

Fag & bøøker



PÅ MIKRONIVÅ: Den biomedisinske tenknin-
gene medfører at menneskelige problemer står
i fare for å bli redusert til prosesser i hjernen.
Les Ole Greger Lilleviks kronikk om biologibøl-
gen innenfor psykisk helsearbeid. Side 78.

3
om
streik

RICHARD HYMAN
Strikes

En riktig klassiker. Ser på streik
ut fra et sosiologisk perspektiv.

JENS SOLLI
Lockout og streik 1986

Gir innblikk i et av de mest dramatiske
lønnsoppgjørene i Norges historie.

MARIT BENTERUD
**Lønnsforhandlinger, strategivalg og
forhandlingsaktører: En vurdering av
Sykepleieraksjonen -72 dens årsak og
virkninger**

Solid hovedoppgave som tar for seg en av Sykepleier-
forbundets tidlige lønnsaksjoner.

Anbefalt av
Torgeir Aarvaag Stokke,
forskningsleder på Fafo



Ger Wackers,
avdeling for Helse og Samfunn,
Høgskolen i Narvik.

Mange svake studenter

Nivået er for lavt i medisinske og naturvitenskapelige emner i sykepleierutdanningen.

Spredningen i reell kompetanse i medisinske og naturvitenskapelige emner (MNE) blant sykepleierstudentene er stor, og bunnivået for lavt. I kombinasjon med for liten avstand mellom bestått og ikke-bestått på den formelle karakterskalaen betyr dette at en del studenter som er for svake, men likevel blir tatt opp, klarer seg gjennom utdanningen. Til tross for mange studenter med høy kompetanse utarmes verdien av den formelle kvalifiseringen i bachelor sykepleie.

Ulik organisering

I 2009 publiserte Sykepleien et par artikler om de medisinske og naturvitenskapelige emnene i sykepleierutdanningen. I en fagkronikk argumenterte Foss, Harbin og Sæterdal for en presisering og styrking av de biologiske fagenes betydning som nødvendig grunnlag for å utøve sykepleiefaget (1). Sykepleien Forskning publiserte en original forskningsartikkel, ved Kyte, Kleiven og Elzer; en landsdekkende studie av organiseringen av hovedemnet «medisinske og naturvitenskapelige emner» i sykepleierutdanningen (2). I en kommentar til artikkelen uttrykker Anne Saltnes bekymring over variasjonen mellom ulike sykepleierutdanninger i disse emners organisering i studieplanen, variasjonen i vurderingsformer og variasjonen i strykporsent (3). Sykepleiestudenter får dermed ulike utdanningsforløp med varierende innhold.

For lesere av Sykepleien vil Kyte, Kleiven og Elzers konklusjoner ikke være oppsiktsvekkende. De medisinske og naturvitenskapelige emnene organiseres på mange forskjellige måter. Det er variasjon i strykporsent ved eksamener, men det er ingen signifikant forskjell i strykporsent mellom studiesteder der hovedtyngden av undervisere hadde førstekompetanse og studiesteder der hovedtyngden ikke hadde denne kompetansen. Mer usikkerhet er knyttet til konklusjonen at underviseres yrkesbakgrunn kan ha konsekvenser for valg av vurderingsform (2). I metodologisk forstand mangler den kvantitative studien kontekst og prosess, men dens fortjeneste er at den setter posisjonen til MNE i sykepleierutdanningen på dagsordenen.

Lav strykporsent

Jeg er med i Kyte, Kleiven og Elzers anonymiserte datamateriale. Sannsynligvis er jeg kategorisert som lege, ansatt i en førsteamanuensisstilling, som underviser i sykdomslære i tredje semester. Eksamensformen var en femtimers skoleeksamen under tilsyn og

uten hjelpemidler. Strykporsenten var svært lavt (cirka 40 studenter). Kan man ha det bedre: lege/førsteamanuensis, skoleeksamen, lav strykporsent? Sannsynligvis bidrar jeg til den positive, men ikke fullt ut signifikante korrelasjonen mellom underviserens yrkesbakgrunn og valg av vurderingsform. En kvalitativ tilnærming hadde avslørt at jeg har rukket å bli utdannet til fysiokjemiker, lege og teknikkssosiolog. I et spørreskjema om underviserens faglige yrkesbakgrunn ble jeg sikkert kryssset av som lege, mens fysiokjemikeren og teknikkssosiologen forsvant ut av bildet. Jeg beskriver min egen faglige profil gjerne som mellomfaglig. Men mine didaktiske valg, inklusive valg av vurderingsformer, påvirkes mest av at jeg kommer fra et problembasert læringsmiljø hvor jeg ble utdannet til lege, fikk min doktorgrad og fortsatte som samfunnsvitenskapelig forsker på et kulturvitenskapelig fakultet. Skoleeksamen i sykdomslære i 2007 var ikke mitt valg og sensuren ble gjennomført av to eksterne sensorer. Det tok meg to år å forandre eksamensopplegget i emnet. Karakterene i seg selv og strykporsenten er lite relevant som variabler for å måle kvaliteten i undervisningen og i studentenes læringsprosess. Hvis man da ikke samtidig tar høyde for den eksamenstekniske kvaliteten i kombinasjonen av oppgaver, sensorveiledning og sensur i forhold til nivået man ønsker å opprettholde.

Lav kompetanse

Problemstillingen jeg vil løfte frem her er plasseringen av skillelinjen mellom bestått og strykkarakterer i de norske karakterskalaene. I forhold til den reelle kompetansen man burde kunne forvente ved laveste ståkarakter ligger skillet for lavt.

Kvantitative forskningsmetoder er ikke egnet for problemstillinger og fenomener som har å gjøre med sosiale undervisnings- og læringsprosesser som muliggjøres, begrenses og påvirkes av lov-messige, økonomiske, materielle og faglige rammebetingelser. Jeg støtter behovet for mer forskning, men av en type som er sensitiv til kontekst, rammebetingelser og prosess. Jeg etterlyser mer horisontalt samarbeid mellom sykepleierutdanningene angående fagenes målsettinger, innhold, vurderingsformer og relasjon til de andre hovedemner i rammeplanen. Her skal jeg prøve å forklare hvor jeg ser et behov for mer forskning. Jeg presenterer et debattinnlegg og en forskningsagenda, ikke resultater av et forskningsprosjekt. Jeg ønsker å formidle mine observasjoner fordi de bekymrer meg. For jeg har tilpasset meg for mye.

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

Søkeord:

- ▶ Sykepleier utdanning
- ▶ Undervisning
- ▶ Sykepleierstudent
- ▶ Ferdigheter





Lav opptaksterskel

Kanskje jeg tar feil, men jeg mener det eksisterer en lavterskelrenne når det gjelder MNE ved sykepleierutdanningene i Norge. Rennen er et resultat av kontekstbetingede rammevilkår for sykepleierutdanningen og påvirkes av skolens interne prosesser. Spredningen i studentenes reelle studiekompetanse ved opptak er stor, med et for lavt bunnivå; lavere enn man skulle forvente ut fra studentenes formelle kvalifikasjoner. På grunn av lavt søkertall og lav opptaksterskel er en relativt stor del av studentmassen svake studenter. Når antall søkere overstiger utdanningens studieplasser, kan høyskolen velge bort de aller svakeste studentene. Når studie plassene ikke fylles opp, tvinges skolen av økonomiske hensyn til å ta inn for svake studenter for å fylle opp kapasiteten.

Lav reell studiekompetanse

Internasjonale undersøkelser som PISA viste at kunnskapsnivået i norsk skole var langt dårligere enn forventet. Forskning viser dessuten at 10–15 prosent av elevmassen sliter med matematikk (4). Videregående skoler rapporterer at en tredjedel av elevene ikke fullfører skolen. Enkelte høyskoleutdanninger har et stort frafall av studenter sent i studieløpet, i femte eller sjette semester. Solli refererer til blant annet Førland, som viser at 35–60 prosent av de nyutdannede sykepleiere skifter arbeidsplass allerede i løpet av det første året (5,6). Fasen som nyutdannet sykepleier er preget av ustabilitet og diskontinuitet i stillinger og arbeidsforhold. Statistikk fra Statistisk sentralbyrå viser årlig til at mange helsefaglige personell tar seg arbeid i andre næringer. Det er i denne konteksten vi må se på MNE i sykepleierutdanningen.

Med tanke på MNEs stilling i sykepleierutdanningen ser jeg et behov for forskning på det reelle kunnskapsnivået i relevante (real-) fag og generelle ferdigheter ved utgangen av den videregående

skolen. Dette må sees på i forhold til opptaksnivået som høyskolebaserte sykepleierutdanninger ønsker å forutsette. Reell kompetanse må ikke forveksles med realkompetanse. Reell kompetanse handler om hva studentene faktisk kan på et visst tidspunkt. Våre erfaringer fra undervisningen i anatomi, fysiologi, sykdomslære og medikamentregning viser at flertallet av studentene klarer seg bra, men at relativt mange har et for lavt inngangsnivå i biologiske fag og i praktiske regneferdigheter. Nivået etter videregående sier i seg selv lite om hvor mye studentene kan løfte seg og hva de kan oppnå under studiets løp, men det er åpenbart at de som starter på et lavt nivå har en lang vei å gå på kort tid. Den store spredningen skaper

LAV KOMPETANSE:

Erfaringer fra undervisning i medisinske og naturvitenskapelige fag ved sykepleierutdanningene, viser at studentene har for dårlig kompetanse i disse fagene fra videregående skole. Arkivfoto: Erik M. Sundt

På grunn av lavt søkertall og lav opptaksterskel er en relativt stor del av studentmassen svake studenter.

pedagogiske utfordringer i undervisningen fordi man uunngåelig beveger seg, som Kyte, Kleiven og Elzer sier med Vygotski, utenfor den sonen (en del av) studentene har forutsetninger for å forstå (3).

For lett å bestå

Problemet med spriket mellom formell kvalifisering og reell kompetanse videreføres langt inn i utdanningsløpet. Også i karakterskalaen som høyskolene bruker ligger skillet mellom bestått og ikke-bestått lavt, sammenlignet med andre land. I eksamener i sykdomslære som består av flere oppgaver bruker vi en fempoengskala for å vurdere oppgavene, for så å regne poengsummen om til bokstavkarakterer. For omregningen bruker vi omregningstabellen som har sitt opphav



i universitets- og høyskolerådet. I den ligger skillet ved 40 prosent. Dette vil si at en skår på 0–39 prosent av mulige poeng gir en F og stryk. 40 prosent gir E og bestått. I en del andre land ligger skillet ved 60 prosent. Dette er et av stedene hvor min faglige overbevisning ikke samsvarer med rammebetingelsene for undervisningen. Etter sensur av besvarelsene teller jeg opp poengsummen og er tvunget til å gi en bestått karakter (E eller D) for et arbeid som jeg ifølge mine faglige vurderinger burde stryke.

Tre eksamensmuligheter

Studentene har dessuten en lovfestet rett til å gå opp til eksamen tre ganger. Når en student trekker seg fra oppmeldt eksamen to uker før eksamensdato kan studenten velge å utsette sin første eksamen og ta det ved en av de neste eksamensmuligheter. Kandidatene ved en ekstraordinær eksamen kan derfor være studenter som tar eksamen i emnet for første gang og studenter som allerede

Mange nyutdannede sykepleiere opplever et realitetssjokk når de begynner i jobb.

har strøket en eller to ganger. Utfordringen for faglæreren som skriver eksamensoppgaver og sensorveiledninger er å oppnå likeverdighet mellom ordinær og ekstraordinære eksamener, samtidig som eksamens diskrimineringssevne skal være i samsvar med en minimumsstandard man vil holde ved like. Eksamensreglementet åpner for muligheten av å søke om ytterlige eksamensmuligheter utover de lovfestede tre. Det ville være interessant å se et regnskap over ressursforbruket i forhold til studiepoengene som produseres på denne måten. Det er ikke vanskelig å se at faglæreren og høyskolen ville spare mye arbeidstid og midler ved å senke listen i eksamensoppgavene, sensorveiledning og sensur. Eller ved å velge en av vurderingsformene som Foss, Harbin og Sæterdal reagerte på: en eksamen hvor studentene selv får velge hva de vil skrive om. Enda en mulighet er integrert eksamen, hvor eksamineringen av anatomi, fysiologi eller sykdomslære integreres med eksamineringen i sykepleiefagene (1). Strykprosenten går ned og det gjør også behovet for kontinueringseksamener. Studiepoengene produseres for mindre penger. Dette er en kraftig økonomisk kostnadsgradient. Jeg ser et behov for forskning som viser hvordan den håndteres på de ulike studiesteder og hvordan den håndteringen påvirker studentenes kunnskapsutvikling i MNE. En del av de svakere studentene er glad for å slippe lettere igjennom, men verdien av karakterene er blitt utarmet. Dette rammer også de gode studentene som får A, B eller C på en eksamen som ikke i tilstrekkelig grad skiller mellom sterke og svake studenter.

Kvalifisering i praksis

Problemet føres videre. Emnebeskrivelsen i praksisperioden stiller krav om gjennomgått undervisning og beståtte eksamener. Som juridisk dokument gjelder kravet i emnebeskrivelsen kun den

formelle kvalifiseringen som oppnås ved å bestå eksamen, selv om det er med en D eller E. I praksis har man ingen muligheter for å stille forkunnskapskrav som gjelder reell kompetanse. Noen studenter går inn i praksis med for svake forkunnskaper i anatomi, fysiologi og sykdomslære. De får et dårligere læringsutbytte og praksisveiledere opplever at studenten er i en gråsoner. Det vil variere i hvilken grad studentene i en praksisperiode blir utfordret på sine kunnskaper i MNE. Det vil også variere i hvilken grad kunnskapene i MNE blir trukket inn i sluttvurderingen av en praksisperiode. Av åpenbare grunner må den vurderingen være integrert og legge vekt på sykepleiefaglige kunnskaper og ferdigheter og på sosiale og kommunikasjonsferdigheter. Det hender at studenter stryker i praksis og kanskje etter flere stryk velger å trekke seg uten å ha noe igjen for de årene og penger de har brukt på utdanningen. Årsakene til en ikke-bestått vurdering vil være mangfoldig og sammensatt. Jeg skulle gjerne se mer forskning på hvordan disse praksisperiodevurderingene tar høyde for kunnskapen i MNE. Hvordan vurderer kontaktsykepleierne som veileder studentene i praksis det aktuelle kunnskapsnivået, i for eksempel sykdomslære, i forhold til kravene arbeidsplassen stiller? I hvilken grad er manglende kunnskaper i biologiske fag en del av den sammensatte begrunnelse for en ikke-bestått vurdering?

Realitetssjokket

Mange nyutdannede sykepleiere opplever et realitetssjokk når de begynner i jobb. Det er ikke unikt for sykepleieryrket, og dyktige sykepleiere vil også oppleve dette. Det avgjørende vil være hvilke ressurser den nyutdannede sykepleier tar med seg inn i yrket. Studentenes undervurdering av kravene yrkesutøvelsen stiller er en mulig (del-) forklaring på realitetssjokket. Men hvis mine observasjoner er riktige, er en viktig del av forklaringen at det eksisterer et lavterskelnivå ved studieforløpet som gjør det mulig for studenter å slippe igjennom uten at den ønskede balanserte og integrerte kompetansehevingen når opp til nivået som yrkesutøvelsen krever. Studenten har kanskje heller ikke oppfylt sin del av den sosiale kontrakten med utdanningsinstitusjonen ved å ta ansvar for sin andel i læringsprosessen. Hvis de klarer seg gjennom realitetssjokket og det første året kan de fortsatt, etter en bratt læringskurve, bli gode sykepleiere. Jeg skulle gjerne se mer forskning som følger opp nyutdannede sykepleieres erfaringer og utvikling gjennom det første året og på ulike arbeidsplasser, relatert til kompetansenivået i MNE ved studiets slutt.

Jeg etterlyser ikke flere ovenfra og nedføringer gjennom nasjonale rammeplaner. Som faglærer i MNE har jeg behov for at det blir utarbeidet en referanseramme for innhold og nivå av reelle forkunnskapskrav ved de viktigste milepælene i utdanningen: inngang, midtveis og utgang. En slik referanseramme bør utarbeides i et horisontalt samarbeid mellom MNE-faglærere i sykepleierutdanningene. Videre er det viktig at det eksamenstekniske arbeidet styrkes. I en studentpopulasjon med stor spredning og lavt bunnivå i reell studiekompetanse og kunnskap i MNE er en for lav strykprosent ikke troverdig. ■■■

LITTERATUR

1. Foss B, Harbin E, Sæterdal LR. Mer enn støttefag. Solide basiskunnskaper i anatomi og fysiologi er nødvendig for å utøve sykepleiefaget. Sykepleien 2009; 97 (07): 66–8.
2. Kyte L, Kleiven OT, Elzer TO. Medisinske og naturvitenskapelige emner i sykepleierutdanningen. Sykepleien forskning nr. 2, 2009; 4: 134–40.
3. Saltnes A. Flere føringer inn i utdanningen. Organisering av emner og vurderingsformer i sykepleierutdanningen varierer fra studiested til studiested. Sykepleien forskning nr 2, 2009; 4: 141.
4. Johnsen F. Matematikkvansker. En kognitiv tilnærming. I: Johnsen F. Spesifikke matematikkvansker. Statped skriftserie nr. 33. Sortland: PPD for Vesterålen og Lødingen; 2004. s. 13–25.
5. Solli H. Nyutdannede sykepleieres utvikling fra handlingsberedskap til handlingskompetanse. Sykepleien Forskning nr 1, 2009; 4: 52 – 60.
6. Førland O. Yrkesdeltakelse og jobbpreferanser blant nyutdannede sykepleiere ett år etter endt sykepleierutdanning. FoU-rapport 4/2004. Bergen: Diakonissehjemetts Høgskole; 2004.



Astrid Kjøllesdal, universitetslektor ved Universitetet i Stavanger. (Nå pensjonist.)

Er teknologisk kompetanse omsorg?

Det er viktig at sykepleieren både har teknologisk kompetanse og omsorgskompetanse.

Teknologi og omsorg er begreper hentet fra to ulike vitenskapelige tradisjoner; humanisme og naturvitenskap. Sykepleiere i praksis kan ha ulikt forhold til hvordan teknologi og omsorg preger hverdagen, avhengig av hvor de arbeider og hvor bevisste de er på begrepenes innhold. Det er tidligere skrevet mye om teknologi i sykepleien relatert til intensivpasienten. I dag er det mange pasienter i kommunehelsetjenesten som er avhengige av for eksempel respiratorer. Pasienter og sykepleiere møter teknologien også gjennom alle systemene som regulerer og kvalitetssikrer helsetjenesten. utfordringene vil først og fremst være at disse systemene preges av teknologiske verdier og at personen som har behov for hjelp lett kan bli usynlig i systemet.

Ulike verdier

Det brukes mye tid på å definere omsorgsbegrepet i sykepleierutdanningen, mens teknologibegrepet knapt blir berørt. Studentene møter ulike former for teknologi i den kliniske undervisningen. Det er usikkert i hvilken grad de reflekterer over hvordan forskjellige former for teknologi påvirker deres utøvelse av sykepleie. Kunnskap, refleksjon og erfaring er en forutsetning for teknologisk kompetanse og omsorgskompetanse.

Teknologi og omsorg representerer ulike verdier. Noen mener at teknologi- og omsorgsverdiene er uforenlige, mens andre sier de utfyller hverandre. Forskning viser at pasienter ønsker seg teknisk dyktige sykepleiere, og at de også vil bli møtt og sett som personer. Sofie Almerud (1) sier at pasienter ikke føler seg sett til tross for kontinuerlig overvåking. De opplever sykepleierne hender først og fremst som teknologiens forlengede arm.

Det er et tankekors at pasienter på en intensivavdeling, hvor forholdet mellom antall pasienter og sykepleiere er høyere enn i andre avdelinger, kan føle seg usynlige.

Teknologi

Sykepleierne møter sammen med pasienten en virkelighet som er gjennomsyret av teknologi og beslutninger basert på teknologiske verdier. Eksempler på slike verdier er: effektivitet, hurtighet, produktivitet, ressursutnyttelse, forenkling og nøyaktighet. De fleste pasienter ønsker at tilbudet de får skal være preget av disse verdiene. Fremtidige pasienter er omgitt av ulik teknologi,

Kunnskap, refleksjon og erfaring er en forutsetning for teknologisk kompetanse og omsorgskompetanse.

ikke minst datateknologi, i hjemmet, på arbeidsplassen og i samfunnet for øvrig. De vil inneha en kompetanse i møte med helsetjenesten som forrige generasjons pasienter ikke har. Til tross for dette vil pasienter, også i fremtiden, være sårbare i møte med sykdom og behandling.

Når man spør studenter på bachelor- og videreutdanningene hva de forbinder med begrepet teknologi, svarer de maskiner og apparater. Noen sier



www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturreferanser på våre nettsider.

Søkeord:

- › Medisinsk-teknisk utstyr
- › Prosedyre
- › Omsorg
- › Sykepleie





Illustrasjon: Lene Ask

også prosedyrer og kunnskap. Alan Barnard (2) ved Queensland University of Technology, som har forsket på sykepleieres opplevelse av teknologi, sier at det er viktig å være klar over at teknologi også er atferd, organisasjon og systemer. Systemene pasienter møter er teknologiske og dermed styrt av teknologiske verdier. Eksempler på slike systemer er standardiserte sykepleiejournaler og prioriteringsredskapet triage, som er viktige elementer i pasientbehandlingen. De skal bidra til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp, slik det står i Lov om helsepersonell §4.

Omsorg

Å utøve omsorg er ikke unikt for sykepleiere, men det er en viktig grunnpilar i faget. Et helhetlig menneskesyn med respekt for personens integritet er verdier som bør prege omsorgen. Det å forstå en persons sårbarhet i møte med ulykke, sykdom og død er kjennetegn på god omsorg.

Sykepleiere og studenter kan ha vansker med å konkretisere begrepet omsorg. De beskriver det heller ved hjelp av pasient-situasjoner. «Jeg gir omsorg når jeg lytter, trøster, og sitter ned sammen med pasienten,» sier de, og føyer til at det er lite tid til. Dette er en altfor snever beskrivelse av omsorg i sykepleien. Omsorg forutsetter en relasjon mellom sykepleier og pasient og vises ved at sykepleier har fokus hos pasienten. Sykepleieforskere er ikke samstemte om hva omsorg er. Er det holdninger eller handlinger? Sigrun Halldorsdottir (3) har i sin doktoravhandling sett på omsorg og mangel på omsorg i møte mellom sykepleiere og pasienter. For henne er profesjonell omsorg noe som inneholder kompetanse og omsorg, så vel som forbindelsen mellom omsorgsgiver og omsorgsmottaker. Kompetanse forstår hun som spesielle ferdigheter, for eksempel å myndiggjøre pasienten, bygge relasjoner, undervise pasienter, gjøre kliniske vurderinger, handle og utføre tjenester. Hun sier

Omsorg forutsetter en relasjon mellom sykepleier og pasient og vises ved at sykepleier har fokus hos pasienten.

at kompetanse formidlet med sympati og et ønske om å hjelpe, er en vesentlig komponent ved profesjonell omsorg. Omsorg blir da både holdning og handling.

Fokus på pasienten

En pasient måtte suges i svelget gjennom en nasofaryngaltube etter en operasjon. Det var ubehagelig når sugekateret kom borti tungeroten og pasienten fikk lett brekningsfølelser. To dyktige sykepleiere sugde flere ganger. Begge brukte riktig utstyr og utførte prosedyren korrekt. Forskjellen på dem var hvordan de involverte seg i situasjonen. Den ene så tydelig pasientens ubehag og hun hadde øyekontakt med pasienten mens hun prøvde å unngå at kateteret sugde seg fast der det gjorde vondt. Hun var til stede i situasjonen sammen med pasienten. Hun hadde både teknologisk- og omsorgskompetanse. Den andre sykepleieren fokuserte bare på prosedyren.

Utfordringene i dag er ikke bare apparater, maskiner og prosedyrer, men like mye alle systemene som skal kvalitetssikre helsetjenesten. Disse systemene er nødvendige og utviklet for å sikre pasienten et faglig forsvarlig tilbud, og sørge for at de pasientene som trenger det mest, får hjelp først. Samtidig kan noen systemer være dokumentasjons og/ eller måleverktøy for institusjonens effektivitet og produktivitet.

Pasienten møter systemene med det samme de kommer inn i et sykehus. Sykepleierne er i kjente omgivelser, har klare manualer å følge, og vet hvorfor de enkelte tingene skal skje for at pasienten skal bli godt ivaretatt. Det står lite i manualene om hvordan man skal møte pasientens og pårørendes eventuelle sårbarhet, angst og uro, mens det fremgår tydelig når man skal koble til surstoff, ta blodtrykk og puls, legge inn venekanyler og bestille blodprøver. Dette er viktige oppgaver som pasienten ønsker skal skje på en sikker måte. Det må imidlertid tilpasses den enkelte pasient og kombineres med informasjon, årvåkenhet og engasjement fra sykepleier. Han eller hun bør fokusere på pasienten som person og de opplevelser og reaksjoner pasienten kan ha. Sykepleiestudenter og uerfarne sykepleiere kan streve i situasjoner hvor omsorg og teknologi kan se ut til å konkurrere om deres oppmerksomhet og tid. De kan oppleve at det handler om et enten eller, mens profesjonell omsorg handler om et både og. Da er det viktig at forholdet mellom teknologi og omsorg er diskusjonstemaer i avdelingen og sykepleie utdanningen slik at den uerfarne sykepleier og studenten får utvikle både teknologisk- og omsorgskompetanse. Dette vil bidra til at pasienten får både faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp.

Forutsetter tillit

I Sykepleien nr. 16 og 17, 2009 debatteres noe som kalles omsorgsteknologi (4). Det kan se ut som teknologirådet mener at omsorgsteknologi er sensorer, smarthusteknologi, sporings-teknologi, automatiserte maskiner og administrativ teknologi.

Alle disse teknologiene er nyttige i seg selv, men det blir helt feil å kalle dette omsorgsteknologi. De er først og fremst sikkerhetsforanstaltninger som kan lette og forenkle hverdagen for pasienter og helsepersonell. Det er ikke utenkelig at de også kan bidra til fremmedgjøring av pasienten, noe som lett kan skje dersom man hovedsakelig fokuserer på systemene i stedet for på pasientene som skal ha nytte av dem. Det er problematisk at ordninger som for eksempel bruk av elektroniske fotlenker på demente personers bein kan kalles omsorgsteknologi. Omsorg forutsetter en relasjon og tillit mellom personer. Pasienten og pårørende kan ha behov for hjelp og støtte når teknologi av ulikt slag tas i bruk. Sykepleierens oppgave kan være å hjelpe pasienten til å forstå, tilpasse seg, og ikke minst stole på de nevnte teknologiske løsningene. Sykepleier skal også ha et moralsk perspektiv på hvorvidt løsningene tjener pasientens beste. Dette er omsorg i den teknologiske verden.

Inn i utdanningen

Teknologisk kompetanse er omsorg i en sykepleiesammenheng. Sykepleier møter pasienten i mer eller mindre komplekse situasjoner hvor teknologi og omsorgsverdier utfordrer hans eller hennes kompetanse. Sykepleieren møter organisasjoner og systemer som stadig er i utvikling rundt pasienten. Det er derfor behov for kunnskap om hvordan man kan integrere omsorg og teknologi i utøvelsen av sykepleie.

Norsk Sykepleierforbund mener det er viktig å få temaet teknologi inn i sykepleieutdanningen. Omsorg, etikk, kvalitetssikring, administrasjon og ledelse er noen av temaene som påvirkes av teknologi. Det er viktig at dette begrepet defineres vidt og at det blir diskutert i forhold den kliniske hverdagen. Teknologibegrepet bør diskuteres både ut fra et pasient- og sykepleierperspektiv. Pasienten har behov for omsorgsfulle møter med teknisk dyktige sykepleiere. Sykepleieren påvirkes av de teknologiske verdiene, men må samtidig ha omsorgs-verdiene som ideal. For å kunne gi profesjonell omsorg, må teknologisk kompetanse og omsorgskompetanse være integrert i sykepleieutøvelsen. ■■■

LITTERATUR

1. Almerud S. Vigilance & Invisibility. Care in technologically intense environments. Acta Wexionensia 2007; No 120
2. Barnard A. Towards an Understanding of Technology and Nursing Practice. In: Greenwood J.ed. Nursing Theory in Australia: Development and application. Australia: Prentice Hall Health, 2000.
3. Halldórsdóttir S. Caring and Uncaring Encounters in Nursing and Health care – Developing a Theory. Linköping University: Department of Caring Sciences, Faculty of Health Sciences, 1996.
4. Hofstad E. Omsorgsteknologi blir løsning for 68'erne. Sykepleien 2009;16:12-13.



Ole Greger Lillevik,
høyskolelektor ved
Høgskolen i Narvik.

Ikke glem relasjonen

Det biologiske perspektivet har fått ny oppsving innenfor psykisk helsearbeid. Dette kan medføre at helsearbeideren mister mennesket bak lidelsen av syne.

Jeg er utdannet psykiatrisk sykepleier, og har jobbet i mange år innenfor psykisk helse. Nå er jeg høyskolelektor, og en viktig del av jobben min er å veilede og utdanne studenter til å bli kompetente sykepleiere. Det er en spennende oppgave, samtidig som jeg holder kunnskapen min om hva som rører seg i praksisfeltet ved like. Jeg har inntrykk av at hjelpen til mennesker som opplever å få psykiske vansker i stadig større grad er biologisk fundert. Det er vokst fram hva jeg mener er en overdreven tro på «metoden» og «prosedyren» som den viktigste virksomme mekanismen i behandlingen. Bruk av medisiner, elektrosjokkbehandling og et utall ulike terapeutiske tilnæringsmetoder har fått stor oppmerksomhet. Dette synes å ha bidratt til en behandlingsoptimisme og en tro på at vi mestrer alt, bare det finnes en diagnose og en metode.

Relasjonen viktigst

En kollega og jeg jobber for tiden med et forskningsprosjekt hvor vi fokuserer på forebygging av trusler og vold i klientarbeid. Her ser jeg at strukturerte kliniske verktøy bidrar til en stor optimisme og tro på at vi kan identifisere personer som kan være farlige. Tilliten til metode og prosedyre har vokst fram, samtidig som mye forskning viser at kvaliteten på relasjonen faktisk utgjør den vesentligste variabelen i forhold til hva som virker i terapi. I den sammenheng kan jeg anbefale en artikkel av Grete Salicath Halvorsen, «Relasjonen mellom hjelper og hjelpesøkende, hva gjør den virksom?» Vi trenger å minne oss selv på at relasjon er det viktigste, selv om det ikke er det eneste elementet i behandlingen. I det følgende vil jeg dele noen tanker rundt dette.

Det mekaniske verdensbilde

René Descartes utviklet en filosofi basert på et mekanisk verdensbilde. Han var en fremtredende filosof i en tid hvor det å betrakte menneskekroppen ut fra en maskinmodelltenkning var allment akseptert. Maskiner er bygd opp av deler som kan plukkes fra hverandre, og settes sammen igjen. Dersom noe er galt med en maskin, kan man reparere den ødelagte delen.

For Descartes var det innlysende at det kun finnes to slags

vesener. Det tenkende vesen, sjelen, og et utstrakt vesen, materien. Dette betraktet han som to fundamentalt ulike og atskilte fenomener. Sjelen er bare bevisst og ikke utstrakt, og materien er bare utstrekning og ikke bevisst. Dette skillet mellom kropp og sjel kalles psykofysisk dualisme. Materien blir forstått med mekanikken alene (mekanistisk materialistisk verdensbilde), og kroppen så han som kun materie (Skirbekk & Gilje, 1980). Dette ga grobunn for en maskinfeilmodell, der kroppen er en maskin som kan repareres dersom det oppstår en feil.

Maskinfeilmodellen

Naturvitenskapen har tatt med seg den cartianske arven, og moderne medisin bygger nettopp på denne maskinfeilmodellen. Man kan si at utviklingen har gått fra det syke mennesket, hvor vi sto i direkte samhandling med klienten, til å fokusere på det syke organet. I dag retter vi oppmerksomheten ytterligere mot kroppen, til mikronivå. Fysiologiske prosesser fanger vår interesse og årsaksforklaringene finnes på laboratoriet. Det som før var usynlig, blir synliggjort ved hjelp av teknologi. Dette er den biomedisinske tenkningen, hvor man spissformulert kan si at forelskelse reduseres til fysiologiske prosesser og hormoner i aksjon.

I psykiatrien har det vært en utvikling hvor det biologiske perspektivet har fått stor oppmerksomhet. Menneskelige problemer står i fare for å bli redusert til prosesser i hjernen, og klienten står i fare for å reduseres til en diagnostisk kategori. Den kognitive atferdsterapien er et eksempel på hvordan vanskeligheter i et liv blir redusert til feil tanker; om bare klienten tenker de riktige tankene og korrigerer sin atferd, vil vanskelighetene overvinnes. Dette er en behavioristisk tenkning som innebærer at alt kan reduseres til stimuli og respons. Denne overdrevne troen på metoden kan frata oss muligheten til å møte klienter med større åpenhet.

Lite tid til refleksjon

I vår kliniske hverdag er det travelt, og vi må ofte handle der og da. Det blir ikke alltid rom for å trekke seg tilbake og reflektere før man handler. Dette er den kliniske virkeligheten vi arbeider

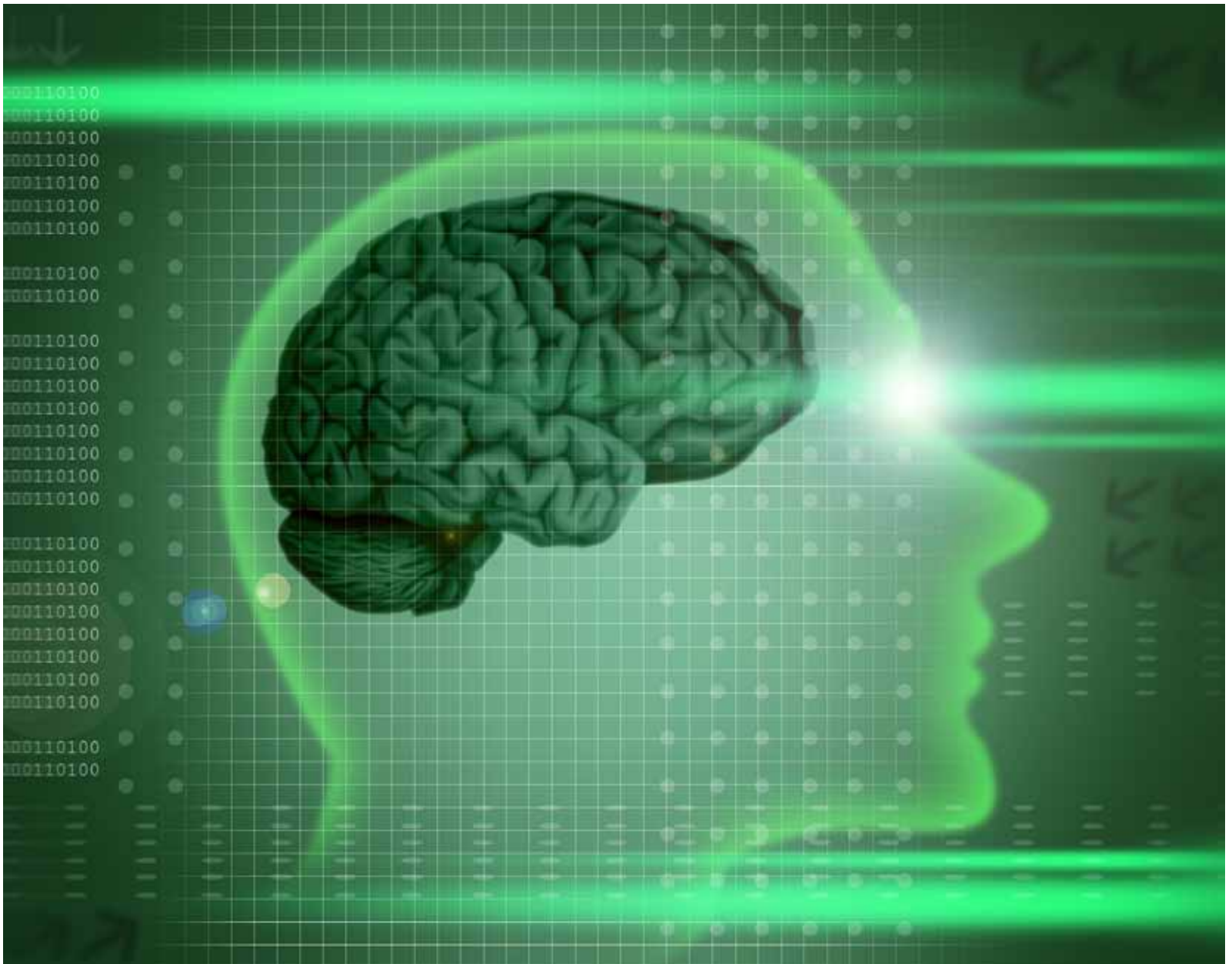
www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

Søkeord:

- ▶ Psykisk helse
- ▶ Psykisk lidelse
- ▶ Sykepleie-pasientforhold
- ▶ Terapi
- ▶ Årsak





HJERNEN ER ALENE? Kognitiv atferdsterapi forklarer vanskeligheter i menneskets liv med «feil tanker» og representerer dermed et reduksjonistisk menneskesyn. Foto: Orlando Florin Rosu/Scanpix

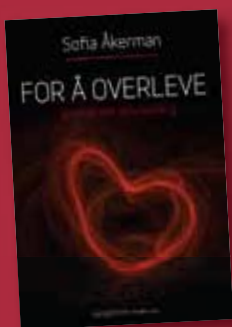
innenfor. Den risikoen vi løper er at vi ureflektert viderefører den cartianske arven. Vi kan komme til å kategorisere og diagnostisere svært raskt, og dermed adoptere en psykofysisk dualisme, der kroppen er avpersonifisert. Vi vil for eksempel ureflektert kunne overta begreper fra en vitenskapstradisjon som har et dualistisk utgangspunkt. Ord og begreper påvirker oss, og de gjør noe med oss. Når vi ureflektert overtar en medisinsk terminologi, vil det kunne påvirke oss på en slik måte at pasienten blir «han med schizofrenien». Dermed fratrar vi oss selv muligheten til å se pasienten og forstå pasienten som det menneske han eller hun er.

I en travel hverdag kan vi som sykepleiere frata oss selv muligheten til en utvidet forståelse. Først når vi er oppmerksomme på dette, kan vi utgjøre en motvekt innenfor en psykiatri hvor hjernen står i fare for å bli personløs, og personen hjerneløs. Som sykepleiere blir vi påvirket av det «tingliggjorte» synet på hjernen. Man kan kanskje si at vi sitter i det cartianske «klistret».

Det er vokst fram en overdreven tro på «metoden» og «prosedyren».

Ta oss tid

Jeg mener det reiser seg viktige etiske problemstillinger knyttet til dualismen og maskinfeilmodellen. Hvordan oppleves det for en pasient «å ha en sykdom» framfor «å være syk»? Og hvordan er det for et menneske med en lidelse å bli sett med «objektiv bevissthet». Klienten blir i en slik situasjon objektivert, og gjort til et medisinsk mekanisk kasus som er av vitenskapelig interesse. Vi skaper kunstige kategorier og sorterer vår viten i forhold til disse. Vi må innnta en annen posisjon. Vi må være tvilende, undrende og lyttende. Vi må stille oss selv flere spørsmål og ta oss bedre tid. Først da kan vi bli i stand til i større grad å forstå, i stedet for å forklare. ■■■



Sofia Åkerman

Aktuell med: For å overleve –
en bok om selvskading
Yrke: Utdannet sykepleier.
Foredragsholder og skribent
Bosted: Lund i Sverige
Alder: 26 år

Sykepleier med

I flere av tenårene hadde Sofia Åkerman spiseforstyrrelser og skadet seg selv.

Tekst **Marit Fonn** Foto **Privat**

Ifjor skrev hun boken «For å overleve» for å bøte på kunnskapsmangelen om selvskading. I mars kom den på norsk.

Sofia Åkerman er sykepleier, men tar bare noen ekstravakter av og til. Hovedgeskjeften hennes er å holde foredrag.

– Du skriver at mange selvskadere utdanner seg til hjelpere. Hvorfor gjør de det?

– Fordi de er meningssøkende mennesker. I helsevesenet møter de eksistensielle tema.

Pasienterfaring kan være nyttig når man skal hjelpe andre. Men det kan også bli problematisk.

– Jeg har truffet flere aktive selvskadere som utdanner seg til sykepleiere. Jeg får e-post fra dem når de skal ha praksis og må ha kortermet trøye.

«Hva skal jeg si når de spør om sårene?» lurer de på.

– Det spiller ingen rolle hvor mye sykepleieren anstrenger seg for å gi omsorg, hvis pasienten ser at sykepleieren ikke har det bra. Pasientene vil bli redde for å belaste sykepleieren. Slik kan det jo ikke være.

Mange selvskadere henvender seg til Åkerman for å fortelle sine livshistorier.

– Men de absolutt vanligste spørsmålene jeg får er om arr. «Skal jeg tørre å gå i kortermet?» «Kan jeg operere vekk arrene?»

I kapitlet «Merket for livet» skriver Åkerman om sine erfaringer med å leve med arr. Hun gir tips om hvordan man kan møte spørsmål, og nyansere

svarene avhengig av hvem som spør. Hun begrunner hvorfor åpne sår og mørkelilla arr bør skjules, i hvert fall på en psykiatrisk avdeling. Men hun mener også at når arrene blekner, kan de vises. Ja, sannsynligvis bør de vises.

Selv har hun fått dempet arrene med operasjon, men har likevel synlige spor over hele kroppen. Nå kler hun seg etter været og har gjerne arrene bare i solen.

Hun betrakter ikke seg selv som pasient lenger, men tar erfaringene med seg.

– Etter hvert ønsker jeg at oppmerksomheten flyttes fra mine pasienterfaringer til den kunnskap jeg har i dag. Å være sykepleier er et kvalitetsstempel som har hjulpet til med det.

Utdanningen og utgivelsen av boken gir henne større tyngde og større mulighet til å påvirke.

– Bli du aldri lei av temaet selvskading?

– Jo, slik alle kan bli lei av det man driver med. Samtidig er det vanskelig å finne noe mer meningsfylt. Det er et enormt kunnskapsbehov.

– Hva er den aller største fordømmen?

– At selvskadere vil ha oppmerksomhet. Det er så mange grunner til selvskading. Det er aldri noen som skjærer seg selv bare for å få oppmerksomhet. Men jo mer du skader deg, jo høyere prioritet får du i helsevesenet. Slik kan det forsterkes. En aktiv selvskader vil alltid bli prioritert foran dem som ikke har kommet så langt, eller dem som vil slutte. Det

et rikt indre liv

er vanskelig å søke hjelp ved å si: «Jeg har det ikke bra.» Man når lettere fram med et eksakt bevis.

Hun karakteriserer selvskadere som følelsemessig intense mennesker. Om seg selv liker hun bedre å si at hun har et «rikt indre liv» enn at hun er «emosjonell sårbar».

– Du skriver at hvem som helst kan bli selvskadet?

– I dag er ikke selvskading lenger synonymt med en psykiatrisk diagnose. Det er mer normalisert. Man kan ikke si hva som er en typisk selvskadet, det er så utrolig komplekst. Det kan kanskje ikke ramme alle, for

– Plutselig hadde jeg fått friske forventninger.

For helsevesenet blir det derfor særlig viktig å sørge for at pasientene har forutsetninger for å komme til slike vendepunkt.

– Det er jo vanskelig hvis man er innelåst i flere år og borte fra livet på utsiden. Personalet må støtte pasientene til å leve sitt eget liv.

– Har du et råd å gi til sykepleierne?

– Ett? Oj, oj, oj ... Selvskading kan være vanskelig å forstå, og da blir man lett dømmende. Men det hjelper sjelden noen. Selv om selvskading virker kjempemerkelig, så se bakom det ytre.

De vanligste spørsmålene jeg får er om arr.

man søker ulike mestringsstrategier.

To spørsmål blir hun stadig stilt: «Hvorfor begynte du å skade seg selv?» Og: «Hvordan kom du deg ut av det?» Det er like vanskelig å svare hver gang, forteller hun i boken.

– Er det fortsatt vanskelig?

– Jeg funderer mindre på hvorfor jeg begynte. Tror ikke det store konkrete svaret finnes.

Hun bruker mer tid på det andre spørsmålet og har kommet fram til at det som ofte blir den langsiktige forandringen er sånt som skjer i livet selv. Det er visse biter som skal falle på plass. Ny tilhørighet er et stikkord. Åkerman har nettopp besøkt flere kvinnefengsler og truffet mange narkomane.

– De fortalte at de klarte å slutte å ruse seg når de kom i en ny sammenheng. For meg skjedde forandringen da jeg begynte å spille teater.

Hun fikk nye venner. Ingen så rart på henne når hun spiste is – hun som i årevis hadde hatt spiseforstyrrelser. Hun fikk ansvar.

Det fins adekvate forklaringer, sier hun og påpeker at selvskading er det som vekker mest fordommer i psykiatrien i dag.

Lesere som ikke kan noe om selvskading fra før, kjenner seg igjen i boken.

– Jeg beskriver hva som ofte rører seg i hodet på personer som skader seg selv. Tanker om verdiløshet, ambivalens, angst ... Alt dette er jo sånt som rammer de fleste, kanskje særlig kvinner. Disse allmenne tankene og følelsene forsterkes hos dem som skader seg selv.

Hun har skrevet boken med særlig tanke på foreldre og helsesøstre, som ikke har så mye utdanning om dette, men som samtidig har et stort behov for å forstå. Hun tror boken kan være en bro mellom elev og helsesøster og fungere som diskusjonsunderlag.

– Selvskading vekker mye følelser og usikkerhet. Jeg håper boken kan gi trygghet og tanker. ■■■



Biblioteket

MIN SVIGERFAR VAR EN LÆRD MANN. Han leste mye. Bøkene lånte han for det mest på biblioteket. Han noterte på små lapper fra det han leste. Notatene hans har vi tatt vare på, men kunnskapen hans er borte. Da han døde var det som om et bibliotek hadde brent ned.

Bibliotek har hatt stor betydning i de fleste skriftkulturer. Å ta vare på kulturens og historiens tekster har vært og er en sentral oppgave for ethvert bibliotek. De er vår kulturs hukommelse.

Alberto Manguel, som har skrevet En historie om lesning og Biblioteket om natten omtaler biblioteket som orden, rom, makt, skygge, form, tilfeldighet, arbeidssted, sinn, øy, overlevelser, glemsel, fantasi, identitet og hjem.

Om jeg skulle bygge en by, ville jeg ha hatt biblioteket i sentrum. Der europeerne først anla en kirke og amerikanerne anla en park, ville jeg ha hatt et bibliotek. Et fristed for kunnskap og oppbevaring av de tekster, som har skapt vår kultur.

Biblioteket ble i min barndom en åpning mot noe mer enn det jeg så hjemme – en åpning mot det toget som skulle ta meg med på en klassereise ut i den skapende villfarelsen det er å ikke høre hjemme noe sted – annet enn i bibliotekets mørke saler der lysene som tennes, både i konkret og overført betydning, skaper grunnlag for overskridende kulturer basert på en evigvarende kritisk refleksjon.

Roen mellom bokhyllene gjorde meg døsig, jeg havnet noen ganger i en drømmeaktig tilstand. Jeg kunne sitte der lenge og bla i store bind med bilder av kunst, nakne, ferme kvinner malt av kunstens mestere, teknologiske nyvinninger skapt med visjoner om galaktiske ferder mot andre planeter eller landskap på andre kontinenter. Jeg fant bøker om hva gutter bør vite om jenter og motsatt.

Fremdeles er biblioteket viktig for meg. Jeg er innom et par ganger i uken og låner bøker jeg stort sett ikke får lest. Jeg drar dem med meg hjem og føler det er venner jeg har invitert inn i min stue der det også er mange bøker som ulest roper mot meg om bli brettet ut for å åpne sin dyd og sin kunnskap om livet, døden og kjærligheten.

Biblioteket er mitt hjem. Hjemmet er mitt bibliotek. Der vil jeg leve. Der vil jeg dø. Jeg elsker biblioteket slik Alberto Manguel så vakkert og inspirerende skriver om sitt eget og andres bibliotek.



K.H. Mygaard



Rus og rusmidler gjennom tidene

Av Ragnar Hauge
234 sider
Universitetsforlaget, 2009
ISBN 978-82-15-01543-9
Anmelder: Inger Frogg Jørgensen,
psykiatrisk sykepleier

Fordomsfritt om rus

ANMELDELSE: Ragnar Hauge har selv uttalt at dette er en bok uten budskap. Jeg er helt enig. Det er befriende å lese en bok uten fordømmende innhold.

Rus og rusmidler gjennom tidene er en informativ bok som nøkternt forteller oss det meste vi trenger å vite om rusmidler, også i en historisk og internasjonal sammenheng. Slik sett er dette et lite stykke kulturhistorie.

Mye av boken er viet alkohol. Naturlig nok, fordi det er alkohol vi lettest har tilgang på og som påfører flest helseskader. Her snakker vi om gram, ikke milligram.

Også den medisinske bruken av alkohol gjennom tidene, ofte i mangel av opium, belyses grundig. Opium ble i store deler av verden sett på som relativt harmløst helt fram til begynnelsen av 1900-tallet, og man gikk heller ikke av veien for å gi spedbarn en skje for å roe dem ned. Også amfetamin var i stor grad akseptert, også i Skandinavia, til etter andre verdenskrig. Sverige var først ute med reseptblokken, uten at det gjorde stoffet særlig vanskelig tilgjengelig. Langt de fleste holdt forbruket under kontroll, og benyttet det sentralstimulerende

stoffet fortrinnsvis i slankeøyemed eller for å holde seg våken og opplagt i krevende situasjoner. Også depresjon var en indikasjon. Andre utviklet ikke overraskende avhengighet og klarte seg derav dårlig.

En liten kuriositet: Afrikanske elefanter som spiser gjærede frukter til de blir synlig påvirket har jeg hørt om før, men at det i Norge finnes kjente eksempler på både berusede fugler og skogsdyr var nytt. Ellers finner vi en kostelig beskrivelse av den nordiske

seg til slutt. Å lese boken fra perm til perm anbefaler jeg likevel ikke. Den egner seg derimot utmerket som oppslagsverk.

På ett punkt har jeg innvendinger. Det gjelder påstanden om at kloralhydrat – tidligere brukt som beroligende og søvnfremkallende middel – er tatt helt ut av bruk. Det anvendes fortsatt, om enn i svært beskjeden grad, som profylakse på urolige pasienter før EEG-undersøkelser fordi det ikke påvirker hjernebølgene

Opium ble i store deler av verden sett på som relativt harmløst.

befolknings alkoholvaner allerede fra 1600-tallet – beskrevet av sjøkerterte franskmenn. Spørsmålet om vi har skjerpet oss siden den gang, eller bare lagt de kontinentale vanene til vår egen berserkerangang, tas også nyansert opp.

Etter endt lesning sitter jeg igjen med stor respekt for forfatterens verk. Jeg lærte mye underveis, og siste del av boken er direkte underholdende. Skulle teksten til tider for tone seg noe tørr, er det bare å glede

i samme grad som for eksempel benzodiazepiner.

Til slutt sitter jeg igjen med et litt dulgt spørsmål: Kan boken anvendes som en resept på å lage egne rusmidler i kjøkkenmaskinen ut fra planter og sopper vi finner i vår mangfoldige natur? Svaret krever større ekspertise enn det jeg har, men litt uortodokse lesere får i alle fall gode oppskrifter på å fremstille hasj. Men et visst areal og et amatørlaboratorium må til.



Les flere anmeldelser på nett

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



Verdt å vite om vegetarmat

Av Vibeke Videm
204 sider
Dyade forlag, 2010
ISBN 978-82-914-0519-3
Anmelder: Thore K. Aalberg,
fagbokforfatter, cand.polit.
og homøopat

Vegetarmat i vitenskapelig lys

ANMELDELSE: «Verdt å vite om vegetarmat» handler mye om viktige bestanddeler i kosten og matvarer i et vegetarisk kosthold. Forfatteren Vibeke Videm er lege og professor i immunologi.

Vibeke Videm skal ha respekt for at hun tilkjenner sitt vitenskapelige ståsted, som baserer seg på såkalt anerkjent medisinsk-vitenskapelig ernæringskunnskap, i motsetning til mye annet som publiseres. Jeg forstår det slik at det kun er medisiner som ser verden slik som forfatteren, som inkluderes. Videm vil neppe betrakte en fenomenologisk tilnærming som vitenskap.

For dem som deler hennes syn er dette en meget god bok.

Videm skriver om negative helseeffekter av koffeinholdige drikker som kaffe, kakao, grønn og svart te. Hun viser til svakheter

ved forskning som viser at spesielle innholdsstoffer i grønnsaker er gunstige. Innvingingen hennes er at studiene er gjort med isolerte substanser i høye konsentrasjoner i cellekulturer. Et synspunkt som vil være musikk i ørene til alle som har hevdet at det ikke holder å plukke ut en bestanddel fra en plante og lage et helsebringende eller kurativt produkt ut av det.

Gjennom boken får jeg en forståelse av at alt myndighetene godkjenner, er bygget på såkalt objektiv forskning hvor ingen næringsinteresser er involvert. Her mener jeg Videm fungerer som et mikrofonstativ for myndighetens politikk. Hun har ingen motforestillinger til klor i drikkevann, fluortannkrem, kunstige søtningsmidler og bruk av mikro-bølgeovn.

Det er en krevende øvelse å trekke

ut det som er verdt å vite om vegetarmat, men det er i begrensningens kunst at mesteren viser seg. Boken er meget godt skrevet. Videm er flink til å forklare begrep og faguttrykk. Men det er ikke sikkert alle er fortrolige med de matematiske tegnene for større og mindre enn og forkortelser som bygger på det greske alfabet.

Oversikten over de rundt 170 kilder er svært ryddig, og det er interessant at den eneste kilden som er funnet verdig når det gjelder alternativt medisin er den som hevder helseisiko ved bruk av fennikelte. Stikkordregisteret er imponerende.

Allerede på forsiden signaliserer fargerike og vakre bildet av belgfrukter hva boken skal handle om og at forfatteren vektlegger belgfrukter i et vegetarisk kosthold. Bildebruken er forbilledlig og fantastisk flott. Det sammen gjelder bokens layout.

Jeg leser aldri en bok før jeg anmelder den, det gjør meg så forutinntatt.

Sydney Smith



Oscar og den rosa damen

Av Eric-Emmanuel Schmitt
Pantagruel Forlag AS, 2004
95 sider
ISBN 978-82-7900-423-0
Anmelder: Anett Skorpen Tarberg,
kreftsjukepleiar

Eit heilt liv på ti dagar

ANMELDELSE: Denne boka handlar om Oscar på ti år som har leukemi og kort forventa levetid. Oscar finn ein besøksvenn på sjukehuset som han kallar bestemor Rosa. Ho råder han til å leve ti år kvar dag, og på den måten kan Oscar leve eit heilt liv på få dagar i tankane sine. Han opplever sitt første kyss, gifter seg og vert ein gammal mann gjennom både handlingar og refleksjon.

I si reise gjennom livet skriv han kvar dag til Gud for å fortelje korleis dagen i dag har vore. Dette er noko bestemor Rosa meiner kan vere nyttig slik at han ikkje føler seg så åleine.

Eg har tidlegare lese ein del bø-

ker om menneske med alvorlege sjukdommar der fokuset er livet og døden, men ikkje ei bok som er laga som ei filosofisk forteljing. Boka er lita og tynn, men har likevel med mykje innhald. Den er original på ein litt snodig måte. Om ein ikkje reflekterer over innhaldet i ettertid, trur eg nokon vil synest den kan virke både litt enkel og lite interessant.

Førsteintrykket er at den nesten er ferdig før eg har fått begynt. Den er lettlest og dei få sidene gjer at det nesten ikkje kan kallast ei bok. Men ei bok er det, og kvar einaste sida har mykje innhald om ein klarer å følgje den filosofiske tankegangen. Den raude tråden, slik eg ser det, er

kor viktig det er å akseptere for å finne glede i kvardagen. Han bruker bestemor Rosa som støttespelar då han sjølv veit at han snart skal dø, samtidig som foreldra og andre vaksne rundt han oppfører seg som om dette ikkje er tilfelle.

Forfattaren får fram kor viktig det er å verte sett og høyrte også som barn, og å kunne få dele tankane sine både skriftleg og munnleg. Dette får han fram gjennom den spesielle filosofiske måten han skriv på.

Eg anbefaler den til alle som synest det gir mening å reflektere over aksept, det å bli sett og høyrte og å kunne sette ord på tankane sine.

Quiz

Tekst **Nina Hernæs**

Er du en kompetent sykepleier?

Test kunnskapene med vår aktuelle og nådeløse quiz!

1 Hva står forkortelsen SAFH for?

- A Statens autorisasjonskontor for helsepersonell
- B Statens autorisasjonskontor for helseinteresserte
- C Statens attestasjonskontor for hysterektomerte

2 Hvem er sjefen for SAFH?

- A Lisbeth Normann
- B Per Haugum
- C Anders Folkestad

3 Kan man arbeide som sykepleier i Norge uten autorisasjon?

- A Ja
- B Nei
- C Vet ikke hva autorisasjon er

4 P-pillen har jubileum i år. Hvor gammel er den?

- A 50 år
- B 70 år
- C 250 år

5 Hva står p'en i p-pille for?

- A Pincus, etter legen som utviklet den
- B Pülleman, etter selskapet som lanserte den
- C Prevensjon

6 Hva ble kondomer laget av på 1700-tallet?

- A Øgleskinn
- B Sevje
- C Dyretarmer

7 Må en psykolog ha legeutdanning?

- A Ja
- B Nei
- C Har ingen utdanning

8 Hvem regnes som psykoanalysens far?


- A Sigmund Freud
- B Sigvald Freudmann
- C Ernst G. Psycho


9 Et annet navn på juvenil idiopatisk artritt?


- A Armbetennelse
- B Voksenleddgikt
- C Barneleddgikt


10 Hva er revmatoid faktor?

- A Et antistoff
- B En spesiell form på ledd
- C En hudmanifestasjon

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

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

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

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

JUBILANT: Men hva står p i p-pille for? Foto: Scanpix

SVAR: 1A Statens autorisasjonskontor for helsepersonell, 2B Per Haugum, 3B Nei, 4A 50 år, 5A Pincus, etter legen som utviklet den, 6C Dyretarmer, 7B Nei, 8A Sigmund Freud, 9C Barneleddgikt, 10A Et antistoff.

FAG NYHETER

Utvider vaksinerings mot hpv

Jenter født i 1997 får tilbud om hpv-vaksine også i åttende klasse.

Tekst **Nina Hernæs**

Hpv-vaksinen tilbys jenter i sjuende klasse, og årets kull er det første som får tilbud om vaksinen. Men på grunn av pandemien med influensa H1N1 måtte mange helsesøstre nedprioritere vaksineringsen mot hpv.

Trenger ressurser

Ifølge Folkehelseinstituttet har færre enn 60 prosent av jentene født i 1997 fått vaksinen. Derfor har Helse- og omsorgsdepartementet bestemt at disse jentene også skal få tilbudet når de går i åttende klasse.

– Vi har påpekt at vi er forsinket i forhold til pandemien, men vi har også påpekt behovet for flere ressurser, sier Astrid Grydeland Ersvik, leder i Landsgruppen av helsesøstre i Norsk Sykepleierforbund.

Det er helsesøstrene som har fått i oppdrag å sette vaksinen.

– Flere oppgaver må gi flere res-

surser. Det gjelder alt som innføres i skolehelsetjenesten fordi den er så marginalt bemannet, sier hun.

Helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen sier i en pressemelding at det å tilby vaksinen også til åttendeklassinger vil sikre at tilbudet blir likt for alle, og ikke avgjøres av den enkelte helsesøsters kapasitet eller kommunens økonomi.

– Men hva mener hun med det, under Grydeland Ersvik.

Forhindrer kreft

Hpv-vaksinen ble fra høsten 2009 tilbudt alle jenter i sjuende klasse. Vaksinen beskytter mot flere typer hpv-virus som kan gi celledforandringer på livmorhalsen. Slike celledforandringer kan utvikle seg videre til kreft. Årlig får rundt 300 norske kvinner livmorhalskreft. Ved å tilby hpv-vaksine håper myndighetene å halvere dette tallet. ■■■

Up to date for alle

Det medisinske oppslagsverket UpToDate er nå gratis tilgjengelig for alle norske innbyggere som fysisk befinner seg i Norge.

Helsebiblioteket har inngått en avtale som sikrer fri tilgang til verktøyet fra norske data-maskiner.

7 700 emner innenfor 14 medisinske spesialiteter kan UpToDate lokke med. Oppslagsverket er kunnskapsbasert og har flere enn 80 000 sider med mer enn 260 000 referanser. Det oppdateres tre ganger i året.

Finn ut mer på helsebiblioteket.no



Foto: Scanpix

Regjeringen har sviktet
i likelønnsaken Side 86

Sykepleien henger
ut AD/HD-barn Side 88

En holdning til sykehusledelse som har
gått ut på dato for lenge siden Side 87

Sterke
synspunkter?
Skriv til oss!

Mennesker & meninger

Sykepleien

Send inn din
mening på e.post til:
redaksjonen@
sykepleien.no
eller som brev til:
Sykepleien,
p.b. 456 Sentrum
0104 Oslo

KRONIKK BENTE ABRAHAMSEN

«Sykepleieryrket trekker til seg kvinner
som planlegger å jobbe deltid.»

90

DILEMMA MARIE AAKRE

«Maktkamper er ikke noe nytt.
Men vi snakker ikke åpent om dem.»

92



NSF HAR ORDET

Forbundsleder Lisbeth Normann

Stilling: Forbundsleder i NSF

E-post: lisbeth.normann@sykepleierforbundet.no

Regjeringen misbrukte sin historiske mulighet

I skrivende stund er det et par timer siden streiken i KS ble avblåst og partene fant en løsning – en uke etter at streiken i Spekter fikk sin slutt.

Jeg må begynne med å si tusen takk til dere som ble tatt ut i streik og sto i front for kravene våre. Og til dere som lojalt har støttet opp om kolleger i streik. Flere har tatt pennen fatt, skrevet innlegg til lokalaviser og ellers stilt villig opp i mediene når det har vært behov. Det har vært en glede å være streikeleder med slik entusiasme.

Så til selve resultatet: Vi kan oppsummere med at dette ikke ble det likelønnsoppgjøret regjeringen varslet, rett og slett fordi regjeringen ikke dukket opp i oppgjøret.

Om resultatet ikke er hva forbundet og alle våre medlemmer håpet på, har streiken likevel gitt resultater. Vi streiket for et bedre resultat enn det arbeidsgiverne la frem, og det har vi fått. Både i Spekter og KS. Det er første gang vi i offentlig sektor har oppnådd bedre resultat etter en streik. Vi har fått bedre ramme enn frontfaget. Mens industrien havnet på 3 prosent, har vi oppnådd 3,5 prosent i den totale rammen for sykepleierne i Spekter og KS. Uten regjeringsdeltakelse, og med KS og Spekter som ikke ønsket ekstra midler i form av likelønnsnett, sier det seg selv at noe stort løft var umulig.

Vi fikk også på plass skift/turnus-reformen. Nå

Jeg er hellig overbevist om at dette ville vi ikke oppnådd uten streik.

skal den iverksettes på arbeidsplassene – uten at det skal koste de ansatte en krone. Jeg er hellig overbevist om at dette ville vi ikke oppnådd uten streik. For politikerne kom oss ikke i møte, og vår motpart ville at de ansatte selv skulle betale for denne arbeidstidsforkortelsen.

Noen mener kanskje vi ga oss for lett. Det er jeg ikke enig i. For da må vi spørre: Hva var al-



LØNNER SEG: Uten streiken ville ikke kravet om å likestille skift og turnus uten at sykepleierne selv må betale for det blitt innfridd, påpeker Normann. Foto: Stig Weston.

ternativet? Alternativet til forhandlingsløsning er ikke å fortsette å streike til alle krav er innfridd. Alternativet ville være tvungen lønnsnemnd. Det innebærer å overlate resultatet til andre. Vi kunne fått «frontfagsmodellen» med en ramme på under 3 prosent og en protokoll som slår fast at det er likelønn i Norge. Eller vi kunne fått en variant av resultatet i staten. Det resultatet vi faktisk oppnådde, er bedre enn disse alternativene, og NSF hadde kontroll over utfallet.

En ting er uansett helt klart etter dette tariffoppgjøret: Arbeidslivets parter er ikke i stand til å løse likelønnsutfordringene alene. Regjeringen har ikke fulgt opp sine løfter om å bidra til likelønnsløft fra valgkampen og regjeringserklæringen. Da likelønnskommisjonen la fram sin rapport, ønsket mange, inkludert statsministeren, LO og samtlige arbeidsgiverorganisasjoner å begrave forslaget om et likelønnsløft i offentlig sektor. Takket være NSF's utrettelige innsats – lokalt som sentralt – har vi vært vaktbikkja som har sørget for å holde likelønn på den politiske dagsorden.

Vi sørget for at fokus for dette hovedtariffoppgjøret har vært likelønn. I alle tariffområder. Den

innsatsen er det all grunn til å være stolt av! Det er i den anledning godt å se at også politiske kommentatorer har sett vår innsats i dette spørsmålet. Dagbladets Stein Aabø skriver 2. juni blant annet: «Når statistikkene for årets oppgjør blir klare, vil det vise seg at kvinnelederte grupper (...), ikke minst i helseforetakene, har fått mer enn menn i år.»

Og for å gjøre det helt klart: Jeg og resten av NSF's ledelse er klare til å fortsette kampen for likelønn. Vi skal ikke la oss stanse av skuffelse over at årets oppgjør ikke ga det likelønnsløftet vi hadde håpet og trodd på. Vi skal videre benytte enhver anledning til å fortelle politikerne at dette oppgjøret ikke har gitt gode nok signaler om at den jobben sykepleierne utfører verdsettes, og heller ikke tilstrekkelig med tanke på rekruttering til disse yrkene som må til for at regjeringen skal nå sine politiske mål innen helse og eldreomsorg.

Resultat viktigere enn profesjon

Forbundsleder Lisbeth Nordmann skriver i Sykepleien nr. 6/ 2010 en artikkel som er et innlegg i debatten om hvem som bør lede og styre norske sykehus. Debatten ble, i denne omgang, startet av professor Jan Grund som i en artikkel i Dagens Næringsliv den 3. mai etterlyste flere helsebyråkrater. Debatten ble fulgt opp av legene Thomas Grünfeld og Klara Hammerlund (Dagens Næringsliv 11.mai) som advokerer en mer langsiktig planlegging, gjerne med innslag av private aktører, men uansett ledet av ledere, med eller uten helsefaglig bakgrunn.

I Sykepleien skriver Normann at lederne i helsevesenet er «nederst på rangstigen, omdømmemessig, prestisjemessig og lønnsmessig!» og «Slike holdninger fratår Gutteklubben Grei muligheten til å skaffe seg verdifull kompetanse, erfaring, kunnskap, innsikt og nye ideer!»

Normann er klar på at helsevesenet bør ledes av fagpersoner. «De må kunne fagspråket og forstå fagets kompleksitet. På den måten skaffer de seg den nødvendige legitimiteten slik at de kan styre og lede tunge fagprofesjoner og spesialister.»

Til inntekt for sine synspunkter fremfører hun argumenter som at vi nå ser sykehus i økonomisk balanse og at vi har omtrent 90% kundetilfredshet med sykehusene. Normann mener at vi som er ledere i helsevesenet derfor bør inn i styrer i næringslivet, slik at vi kan lære dem hvordan det skal gjøres.

Skal en følge Normanns logikk på dette området, vil for eksempel tidligere Ullevål direktør Tove Strand (sosialøkonom) og nåværende OUS direktør Siri Hatlen (sivilingenør) være dårlig egnede som ledere for sine organisasjoner kun på grunn av manglende helsefaglig bakgrunn.

Som sykepleier og leder tar jeg avstand fra påstanden. Den vitner om en organisasjons økonomi- og samfunnsforståelse som har gått ut på dato for flere årtier siden.

Jeg skal gi Normann rett i at ledere som jobber nærmest pasientene, altså de operative ledere, med fordel kan ha helsefaglig bakgrunn. Men å ha som forutsetning at det kun er personer med helsefaglig utdanning som kan være strategiske ledere i helsevesenet, blir helt feil.

Normann skriver selv at sykehusene er komplekse organisasjoner med til dels svært kompliserte strukturer. Dette berger for at vi må ha dyktige, strategiske ledere, som ser hele bildet. Vi trenger ledere som klarer å se organisasjonen de leder i sammenheng med det samfunnet de skal tjene og som følger med på de endringene som skjer der, slik at helsevesenet kan endre seg i takt med befolkningens ønsker og behov.

Helsepersonell må ha en sentral rolle i slike prosesser, men det kan godt være som rådgivere, ikke eksklusivt som beslutningstakere. Her handler det like mye om person som profesjon. Det beste resultatet får vi når flere profesjoner er representert i ledelsen: helsefag, økonomi, teknikk, jus, logistikk og HR, for å nevne noen. Teamledelse er nøkkeldet. Hvilken faglig bakgrunn teamlederen har, er mindre viktig.

Normann glemmer også å nevne at økonomien først bedret seg når staten overtok ansvaret for sykehusene fra fylkene i 2002 og sykehusene ble tvunget til å tenke som andre bedrifter, når de som HF ble underlagt regnskapsloven. Sykehusene har med andre ord måtte lære av private bedrifter, ikke omvendt.

At noen sykehus etter hvert oppnår økonomisk balanse, betyr ikke at vi har knekket noen koder eller funnet opp kruttet. Oppskriften for å komme dit, har vært såre enkelt. Adm.dir. Bente Mikkelsen i Helse SørØst RHF har formulert det genialt enkelt: Vi må slutte å bruke penger vi ikke har!

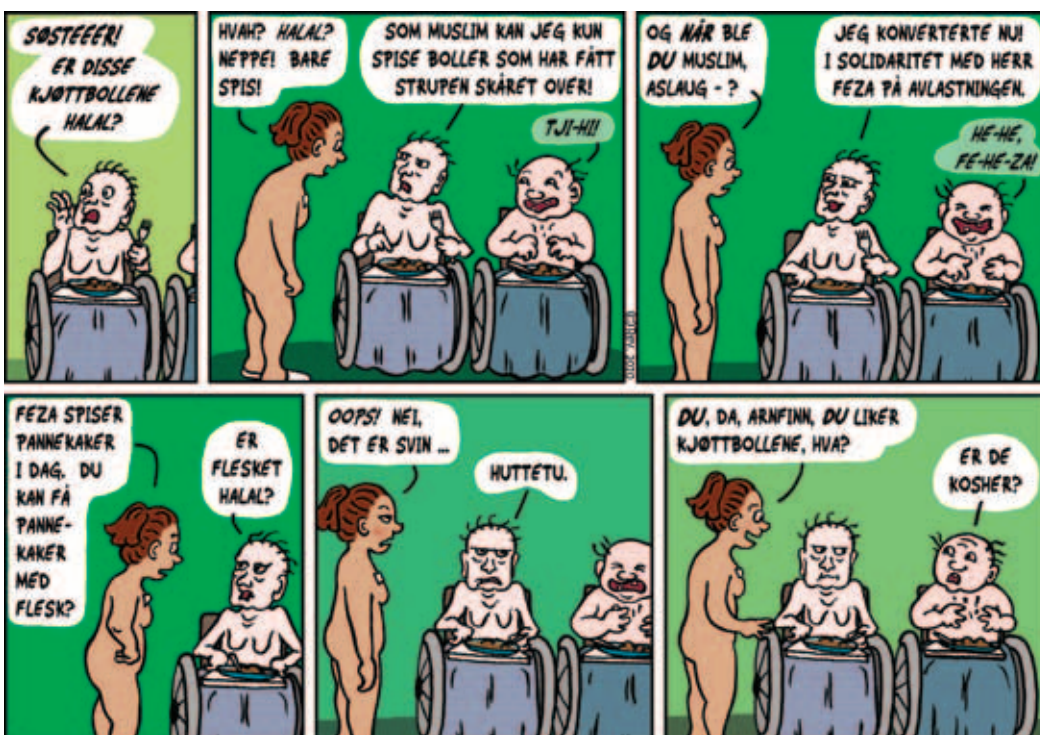
I konkurranseutsatt virksomhet har man vært

klar over dette i svært lang tid. Bedrifter som over tid bruker penger de ikke har, går ganske enkelt konkurs.

Sykehusenes historie har vært en helt annen. Før staten overtok, kunne det virke som om enkelte sykehusledere hadde egen nøkkel til Norges Bank. Pre 1997, eid av fylkene, ble sykehusene rammefinansiert. Sykehusene fikk et fastsatt budsjett som de skulle holde seg innenfor. Et evt. overforbruk skulle de da ikke få kompensert. Naturlig nok med unntak for ekstraordinære, uforutsette utgifter.

I praksis fungerte det ikke slik. Finansieringen var i praksis «open ended», overforbruk ble «tilgitt» og dekket av staten hvert eneste år. Det var ingen incitamenter for sykehusene til å holde budsjettene, heller tvert i mot. Dersom man fra et år til et annet skulle øke budsjettene med for eksempel 4%, tok man ikke utgangspunkt i foregående års budsjett, men det faktiske forbruket. Man tok budsjett og overforbruk og la på 4%. Man trenger ikke å være økonom for å forstå at kostnadene ved en slik praksis, kommer helt ut av kontroll.

TERAPI av Bodil Revhaug



Innføringen av innsatsstyrtefinansiering, ISF, skulle bidra til å rette på dette, men som kjent endte det med at staten tok over ansvaret. Sykehusene ble særlovsforetak, underlagt regnskapsloven fra 2002. Underskuddene fortsatte, mye på grunn av en underfinansiering av avskrivningsforpliktelsene i perioden 2002 til 2008 med 2 mrd. per år. Dette er nå rettet opp. Det er altså ikke bare geniale ledere med helsefaglig bakgrunn som har æren for at enkelte sykehus nå går i økonomisk balanse.

Når det gjelder kundetilfredshet, som tross alt er høy, er det for så vidt ikke så merkelig. Vi har i dag et så å si ikke eksisterende marked, med sykehusene som de facto monopoler. En kundetilfredshet på 90% i et marked uten reell konkurranse, sier svært lite. Selv NSB kunne oppnådd slike tall, dersom det ikke hadde vært noen konkurrenter i transportmarkedet.

Et annet argument for å slippe til andre i sykehuses ledelse, er det som fremkommer i et annet innlegg i samme nummer av Sykepleien. Innlegget er skrevet av seksjonssykepleierne Lillian Reiten og Anita Østlund på vegne av 10 seksjonssykepleiere i Divisjon for sykepleie på AHUS. Innlegget er et forsvar for å beholde Divisjon for sykepleie. Ett av argumentene, er at de har negative erfaringer med den tradisjonelle måten å organisere sykepleierne på. Mange av dem var tidligere organisert under ledere med medisinskfaglig bakgrunn, altså leger. De opplevde da liten forståelse og interesse for sykepleiefaget og for driften av sengeposten. Kollegaene Reiten og Østlund argumenterer godt for sitt syn og de setter fingeren på kjernen i ledel-

sessspørsmålet: Dersom det blir slik at bare ledere med helsefaglig bakgrunn kan lede sykehus, så kommer konflikten internt. Sykepleier vil ikke ledes av leger, og jeg antar at mange leger har tilsvarende reservasjoner mot å få sykepleiere som ledere. Skal vi trekke dette lenger, kan vi stille spørsmålet om kirurger kan akseptere en indremedisiner som sjef? Om anestesisykepleierne kan leve med en psykiatrisk sykepleier som sjef? Her er det mange potensielle kilder til konflikt.

I mine øyne er dette kun symptomer på dårlig ledelse, ikke nødvendigvis feil organisering. En god leder skal ivareta alle aspekter ved driften, uavhengig av sin egen faglige bakgrunn. Det er ikke gitt at en som ikke har helsefaglig bakgrunn, vil gjøre en dårlig jobb på dette området.

Normann trekker frem at det er nødvendig for en leder å ha helsefaglig bakgrunn for "å ha nødvendig legitimitet i fagmiljøene." I følge European Employee Index 2010, gir annenhver ansatt sine ledere strykkarakter. De mener at lederne mangler lederegenskaper. Lederne får derimot forholdsvis høy score på faglig dyktighet. I følge Even Bolstad, daglig leder i HR- Norge, skyldes dette rekrutteringsstraksjonen i Norge. Mange bedrifter ser kun på faglige kvalifikasjoner hos en lederkandidat, de legger ikke vekt på lederegenskaper. Dette bekreftes av Ennovas direktør, Henrik D. Sørensen, som også sier at dette er noe vi har til felles med de øvrige nordiske land. (aftenposten.no 27.05.2010) Det er mulig at ledere med faglig bakgrunn, blir respektert som fagpersoner men de blir ikke respektert som ledere.

Ledelse er et eget fag, jeg vil til og med påstå at det er en egen profesjon. Det er en krevende profesjon, som vanskelig kan kombineres med andre profesjoner på høyt nivå. For å si det med Ibsen: Den som forsøker å være både lege og statsminister på en gang, vil gjøre begge deler like dårlig. Og det finnes det mange eksempler på.

Jeg mener ikke at vi som har helsefaglig bakgrunn ikke kan være gode ledere, tvert i mot. Vi har i kraft av vår utdanning en menneskekunnskap og psykologisk innsikt som er svært verdifull. Ledelse handler om interaksjon med andre mennesker. Ledere bruker så mye som 70% av tiden sin i dialog med andre mennesker. Mitt poeng, er at ledere med helsefaglig bakgrunn må velge: ledelse eller klinikk. Velger man ledelse, må man innse at den kliniske karrieren må legges på hyl- len og man må vie seg til sin nye profesjon med 110%.

Vi bør ta i mot ledere med annen enn helsefaglig bakgrunn med åpne armer, vi bør lytte til deres erfaringer og prøve ut råd og tips. Det kan være at vi kan lære noe. Litt ydmykhet, for eksempel.

Normann vil ikke ha andre enn fagpersoner til å lede helsevesenet, men vil gjerne fortelle andre hvordan de skal drive. Jeg er overbevist om at det er en dårlig ide.

En ide som fratar oss muligheten til å skaffe oss verdifull kompetanse, erfaring, kunnskap, innsikt og nye ideer.

Egil Johannessen
Sykepleier/ Pleie- og omsorgsleder

Brøler, i beste fall

Forbundsleder Lisbeth Normann tar opp Olsen utvalgets arbeid hvor dobbeltdiagnosepasienter omtales. På motsatt side en tegneserie som prøver å være morsom med den medikamentelle behandlingen av den vanligste barnepsykiatriske tilstanden. På den ene siden skriver ledere om hvorledes en kan bidra til å hjelpe psykisk syke i voksen psykiatrien, mens en på motsatt side bidrar til å opprettholde uheldige holdninger til psykiatri, og spesielt barn. Enkelte av de som omfattes av Olsen-utvalget ville sannsynligvis ikke vært i den gruppen om de hadde fått Ritalin. Det bryter ned seriositeten i forbundslederens artikkel, men viser og en holdning til barnepsykiatri som er

skremmende i en organisasjon for helsearbeidere.

I beste fall er dette en brøler i brekningen av tidsskriftet. Hvis dette er gjort bevisst bør noen gi redaksjonen en elementær innføring i etikk og holdnings skapende arbeid.

Tegneserien bidrar også til å forsterke en uheldig myte, at AD/HD skyldes uheldige hjemmeforhold (Vi har visst ikke mottatt noen bekymringsmelding på henne. Pus-sig nok). AD/HD har en meget høy grad av arvelighet, og skyldes ikke manglende oppdragelse.

Som foreldre ønsker vi alt vel for våre barn og sorgprosessen ved å få barn som har en eller annen funksjonshemming er til stede selv om det er en diagnose innen psykisk helse. Tegneserien i en tabloidavis er noe annet enn i et fagtidsskrift. Hvor mange

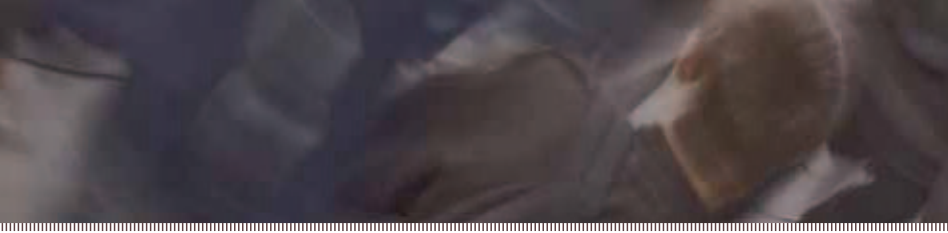
av de som omtales i Olsen-utvalget har hatt en vanskelig barndom? Samfunnets holdninger har heldigvis endret seg når det gjelder psykiske lidelser i de snart 40 år jeg har arbeidet innen psykisk helse, men at mitt eget fagforbund skal bidra til å skape uheldige holdninger hadde jeg ikke ventet.

Berit Støre Brinchmann inviterer i forrige nummer av Sykepleien til refleksjon over de vanskene noen voksne med AD/HD kan møte, i artikkelen «Regelrytteri eller faglig skjønn?» Så kommer harseleringen i neste nummer. Det blir inkonsekvent.

Bør sykepleierne fagtidsskrift bidra til å opprettholde myter om psykiske lidelser? Bør ikke sykepleiere beskytte barn som har en diagnose, i stedet for å henge dem ut? Noen kan oppleve mitt innlegg som om jeg er hårsår og overreagerer. Men barn

SIDEN SIST
Siden sist inneholder korrigererte og nye synspunkter på fakta gjengitt i tidligere utgaver. Vil du hjelpe? Kontakt oss på interaktiv@sykepleien.no





Feilaktig bilde

I den siste tiden har det vært flere oppslag i VG om filippinske sykepleiere når det gjelder forfalskning av utdannings- og godkjenningsdokumenter fra hjemlandet og juksing ved medikamenteksamen ved en av sykepleierhøgskolene i landet. Jeg tar avstand fra disse anklagene. Jeg er også klar over at disse anklagene generelt handler om utlendinger og ikke bare filippinere. Jeg reagerer likevel sterkt på hvordan media har fremstilt disse sakene med et entydig fokus på filippinske sykepleiere. Dette gir, etter min mening, et feilaktig bilde av virkeligheten. Som en direkte konsekvens av dette opplever enkelte filippinske sykepleiere mobbing på arbeidsplassen. Noen ble anklaget direkte av kolleger på jobben, andre får kommentarer. For de filippinske sykepleiere dette angår er det problematisk. Det skaper usikkerhet og dårlig trivsel. En må være svært forsiktig med å generalisere enkeltindividers feil, da dette fører til betydelige konsekvenser for de filippinske sykepleiernes arbeidsmiljø. Hvis anklagene fører med seg sannhet, ønsker jeg å rette en oppfordring til de institusjonene som har ansvar for medikamenteksamen og godkjenning av utdanningsdokumenter, til å revurdere og videreutvikle kvalitetssikring i virksomheten.

Filippinske sykepleiere er lei av disse generaliserte anklagene. Vi jobber så godt vi kan med å tilpasse oss norske forhold. De fleste skjønner at det tar tid å lære det norske språket og få innsikt i den norske helse-systemet, men vi er uansett innstilt på å integrere oss. Vi håper at norske kolleger aksepterer oss som kolleger og at begge parter hjelper til i integreringsprosessen

Cynthia Adan Baluyot, tidligere president ved Filippinske Sykepleierforening i Norge

www.sykepleien.no

Du kan si din mening om aktuelle saker på sykepleien.no



som ikke får hjelp utvikler ofte sekundærproblematikk, dessverre blir noen av disse kriminelle og havner i den gruppen Olsen-utvalget beskriver. Dessverre har jeg i min yrkeskarriere og som tillitsvalgt i pasientorganisasjon truffet flere av dem, og deres spørsmål er ofte: Ville jeg havnet her hvis jeg hadde fått hjelp da jeg var liten?

Hvorfor blir jeg så oppbrakt over en tegneserie? Som mange andre sykepleiere har jeg selv diagnosen og har barn med diagnosen AD/HD. Å få stilt diagnosen tok i 2004 i gjennomsnitt 4,5 år på barn og medisinerer kan kun igangsettes av spesialist med spesiell forskrivningstillatelse.

I stedet for å henge ut en gruppe barn (og voksne) burde heller Sykepleien bidra med fakta til sine lesere. 50 % av norske foreldre (2004) vurderte hjelpen de hadde

fått av en gruppe sykepleiere som ikke særlig nyttig, eller overhodet ikke nyttig når det gjaldt utredning for AD/HD.

*Åros 6.6.2010
Knut Hallvard Brønder*

Svar:

Den faste stripen under tittelen «Terapi» står på Sykepleiens debattsider og blir laget av frilanstegneren Bodil Revhaug, som har gode kunnskaper om ADHD. Den aktuelle tegningen i Sykepleien nr. 7/2010 må ses på som skråblikk på den pågående debatten om diagnostisering og medikalisering av barn med ADHD-symptomer. Stripen har ikke noe sammenheng med Lisbeth Normanns kommentar på motsatt side og er ikke uttrykk for NSF's syn.

Barth Tholens (red)

MINNEORD

May Brit Bisgaard

Det er ufattelig at vår venninne og kollega May Brit plutselig har gått bort etter knappe to måneders kamp mot kreft, bare 55 år gammel. Mot og håp hadde hun til det siste, og hun hadde planlagt hyggelige ting og reiser for nær fremtid.

May Brit ble utdannet ved Ullevål sykepleierskole ved Ullevål sykehus for vel 30 år siden. Hun gjorde seg bemerket som en direkte og uredd student og hennes refleksjoner førte til mange fruktbare diskusjoner. I kollokviegrupper var hun tydelig på hva som var fag og hva som var sosialt, selv om begge sider måtte med.

Da hun startet sin praksis ved hjer-temedisinsk overvåking ved Ullevål sykehus utviklet hun sin interesse for akuttmedisin, noe som skulle prege hele hennes sykepleierkarriere. Og hun ble en pioner innen sitt fagfelt. May Brit var en pådriver for etablering av videreutdanning i akutt-sykepleie og var aktivt med i oppstart og videreføring av den landsomfattende konferansen «Akuttdagene». Hun hadde også en sentral rolle i planlegging og oppbygging av akuttmottaket på Ullevål sykehus og var svært stolt av avdelingen, en avdeling som ble modell for flere nybygde mottak i Skandinavia.

Rettferdighet og faglig dyktighet var fremtredende egenskaper hos May Brit. Hun hadde pasientene i fokus og talte deres sak. May Brit fremsto som en trygg person med store faglige krav til seg selv og sine kolleger. Det er ikke til å tro at hun ikke skal komme tilbake på jobb igjen. Hun var vår gode venn og kollega og samværet med May Brit var preget av mye humor, hygge samt interessante og utfordrende samtaler.

Vi vil alltid savne May Brit og minnes henne med glede. Våre tanker går til Fredrik, May Brits største glede og stolthet.

*Kjerstin S. Johansen, Ketil Brevik, Gunnar Bjølseth,
Inger Ann Namtvedt og Gerd Lilledahl*



Seniorforsker ved Høgskolen i Oslo
Bente Abrahamsen

Vil ha full jobb - og tid til familien

Blant dagens unge sykepleiere er deltidsarbeidet halvert sammenlignet med dem som ble utdannet ti år tidligere. Men de er likevel flere enn kvinner i andre høyskoleyrker.

Siden 1970-tallet har deltidsarbeid vært svært utbredt blant sykepleiere. Det har dessuten vært langt vanligere i denne yrkesgruppen enn blant andre norske kvinner med tilsvarende utdanningsnivå.

Mye tyder på at sykepleieres interesse for deltidsarbeid er på retur. I årene framover kan vi vente en kraftig økning i etterspørselen etter sykepleiere. Dette er derfor en svært positiv utvikling.

Tre årskull sykepleiere

I en studie som nylig er publisert i «Søkelys på arbeidslivet» sammenligner jeg bruken av deltid i tre årskull sykepleiere. De avsluttet utdanningen i henholdsvis 1977, 1992 og 2003.

Resultatene viser at de aller fleste sykepleiere begynner yrkeskarrieren med heltidsarbeid. Overgangen fra heltid til deltid skjer gjerne i forbindelse med at kvinnene får omsorgsansvar for egne barn. Dette mønsteret finner vi for alle tre kullene. Jo flere barn, jo vanligere er det å arbeide deltid. Det yngste årskullet av

Sykepleieryrket rekrutterer flere deltidsorienterte kvinner enn andre høyskoleyrker.

sykepleiere skiller seg likevel klart fra de to eldste, fordi de arbeider langt mindre deltid. Omfanget av deltidsarbeid er halvert fra 1992-kullet til 2003-kullet. Mens halvparten av kvinnelige sykepleiere utdannet i 1977 og 1992 arbeidet deltid seks år etter at de hadde fullført utdanningen, gjelder dette 25 prosent av sykepleiere utdannet i 2003.

Mer deltid enn i andre grupper

Sykepleiere har altså fulgt samme utvikling som andre norske kvinner. Flere arbeider heltid også etter at de blir mødre. Men denne studien viser at det fortsatt er store forskjeller i arbeids-tidsmønsteret til sykepleiere og andre høyt utdannede kvinner.

Innenfor andre høyskoleyrker arbeider rundt ti prosent av kvinnene deltid seks år etter fullført utdanning. Dette gjelder både de som arbeider i yrker med kvinnemajoritet og i yrker med en mer likelig fordeling av kvinner og menn.

Tradisjonelle sykepleiere?

En forklaring på at det jobbes mer deltid blant sykepleiere enn blant andre høyskoleutdannede kvinner kan være at sykepleiere er mer tradisjonelle i sine holdninger til arbeidstid. Resultatene tyder på at det er tilfelle. Sykepleieryrket rekrutterer flere deltidsorienterte kvinner enn andre høyskoleyrker. Selv i dag hvor det er relativt få unge sykepleiere som arbeider deltid, rapporterer et stort flertall at de er opptatt av å ha gode muligheter til deltidsarbeid. Riktignok avtar deltidsorienteringen noe utover i yrkesløpet, men fortsatt er det forskjeller mellom sykepleiere og andre høyskoleutdannede kvinner.

Svekket deltidskultur?

Det er vanlig å vise til at sykepleieryrket er preget av en deltidskultur og at denne påvirker kvinnenes holdning til arbeidstid. Deltidskulturen speiler tradisjonelle holdninger til kvinners yrkesdeltakelse og bygger på en forestilling om at den «gode mor» arbeider deltid for å ha mer tid til familien.

Resultatene i denne studien gir grunnlag for å spørre om deltidskulturen fortsatt er levende i sykepleieryrket. Hvordan skal vi forstå at flertallet av unge sykepleiere med egne barn arbeider heltid? Det gjelder også de som er positive til deltidsarbeid. En forklaring kan være at den økonomiske situasjonen til unge sykepleiere gir lite rom for å redusere arbeidstiden selv om de skulle ønske det. Vi kan heller ikke se bort fra at kvinnene ønsker å ha muligheten til å redusere arbeidstiden, men at de holder det åpent om de skal arbeide deltid når de får barn.

Stillingsstrukturen bremser

Mekanismene bak sykepleieres arbeidstidsutvikling er sammensatt. Sykepleieres positive holdning til deltidsarbeid kan ikke forklare etterslepet i bruk av deltid alene. Det er liten tvil om at



TRADISJONELLE: Deltidskulturen bygger på en forestilling om at den «gode mor» arbeider deltid for å ha mer tid til familien. Foto: Colourbox

stillingsstrukturen – fordelingen av heltids- og deltidstillinger – spiller en viktig rolle. Dette gjelder særlig for utviklingen av heltid det siste tiåret.

For å endre arbeidstiden i retning av mer heltidsarbeid, er det en nødvendig forutsetning at flere sykepleiere ønsker å arbeide heltid. Men dette er ikke tilstrekkelig. Utøverne må også gis mulighet til å få heltidsstillinger. Dette har ikke alltid vært tilfelle for sykepleiere. Stillingsstrukturen har de siste årene hatt for få heltidsstillinger og lange deltidstillinger i forhold til etterspørselen. Mangelen på heltidsstillinger tilsier at stillingsstrukturen har fungert som en brems på heltidsarbeid.

Haster med flere heltidsstillinger

Dersom arbeidstidsmønsteret til 2003-kullet representerer en ny

utvikling blant sykepleiere, vil omfanget heltidsarbeid øke kraftig i årene framover. Men da vil den stillingsstrukturen vi har i dag bli et problem. Det er for få heltidsstillinger. Studien «Deltidsarbeid på retur?» viser at det haster med å tilby heltidsstillinger og store deltidstillinger til alle pleiere som ønsker det. Underskuddet av heltidsstillinger knyttes vanligvis til arbeidsgivernes behov for fleksibel arbeidskraft som kan dekke behovet for pleiere ved sykefravær og permisjoner. Men ifølge Skift- og turnusutvalget er det flere kompliserende momenter. Det kan være vanskelig å oppnå et tilstrekkelig antall heltidsstillinger uten samtidig å endre forholdet mellom arbeid i ukedager og helg for sykepleiere. Ved å løse denne utfordringen reduserer ikke bare undersyssetning i en sektor med mangel på arbeidskraft, men også et framtidig underskudd på pleiepersonell. ■■■



DILEMMA

Marie Aakre om dårlig behandling av sykepleieledere

Navn: Marie Aakre

Bakgrunn: Leder Rådet for sykepleieetik

E-post: marie.aakre@sykepleieforbundet.no

Sykepleielederne krenkes av

Sykepleieledere skvises ut. Overordnede aksepterer det stilletiende. Dette er respektløst.

Rådet for sykepleieetik mottar stadig saker som stort sett sendes i retur begrundet med at det er en personalsak. Men moralen i sakene er ofte særdeles betenkelig og magesfølelsen reagerer. Mennekehåndteringen i kollegiale forhold bør vi vel også mene noe om i lys av vår profesjonsetikk?

Kollegaetik

Om sykepleieren og medarbeidere heter det i yrkesetiske retningslinjer:

Sykepleieledere skvises nå fra sine posisjoner med et pennestrøk.

Sykepleieren viser respekt for kollegers og andres arbeid og er til støtte i vanskelige situasjoner. Dette er ikke til hinder for å ta oppbrudd på faglige, etiske eller kollegiale normer. Sykepleieren tar initiativ til og fremmer et faglig og tverrfaglig samarbeid i alle deler av helsetjenesten. (...) Dersom interessekonflikter oppstår mellom kolleger i forbindelse med løsningen av en oppgave, skal hensynet til pasientens liv og helse alltid prioriteres. Sykepleieren motarbeider enhver form for diskriminerende atferd overfor kolleger.

I lys av disse føringer er det betimelig å reagere på flere innspill om hva som skjer med sykepleieledere i omstillingenes og innsparingenes navn. Temaet er krevende, særlig fordi det handler om forvaltning av posisjonsmakt og profesjonsmakt i sårbare endringsprosesser. Makt er nødvendig og naturlig i alle relasjoner, og anvendt etik

handler mye om hvordan makt forvaltes av den enkelte. Sykepleieprofesjonen og sykepleieposisjoner er i skvis i våre helseforetak, der medisinsk dominante kulturer med sterk akademisk og markedsideologisk styring har stor innflytelse.

Maktkamper er ikke noe nytt. Men vi snakker ikke åpent om det. Det er krevende å forstå andres profesjonskultur og tenkning. I travle hverdager ser det ut til at både leger og sykepleiere har mer enn nok med eget faglig og kollegialt ansvar. Vi har ingen felles forståelse for hva fagutvikling i sykepleie er, eller hva godt lederskap er. Det er heller ikke lett å finne felles forståelse for intensjoner og konsekvenser av omstillingsprosessene som gjennomføres.

Aksepterer i det stille

I Sykepleien nr. 7/2010 leser vi om prosessen ved Ahus, der divisjon for sykepleie nå er borte. Spørsmål reises om hvem som skal styre sykepleierne, sykepleiefagets utvikling og kvalitet i sykepleietjenester. Det diskuteres om dette er posisjonskrig, noe som benektes av legenes tillitsvalgte. Leder i overlegeforeningen bruker pasientsikkerhet og manglende resultater som sine argumenter. Hva snakker han egentlig om?

Ved andre helseforetak byttes seksjons- og avdelingssykepleiere ut med søkere som har forskningskompetanse, og prosessene ser ut til å være på kollisjonskurs både med arbeidsmiljølov, kjerneverdier og profesjonsetiske føringer. Overordnet ledelse ser ut til å være stilletiende aksepterende. I flere slike prosesser er det sterke signaler om respektløs og krenkende kollega-atferd, særlig overfor sykepleieledere.

Hvem skal lede pleiekulturer?

Sykehus er avanserte pleieinstitusjoner,

ikke bare behandlingsinstitusjoner. Den største profesjonsgruppen ved norske sykehus er sykepleiere. Det er ikke mulig å gjennomføre medisinsk behandling uten sykepleiere og spesialsykepleiere. Dette omfattende faglige, administrative og personalmessige arbeidet må ledes tydelig og kompetent. Det er mange år siden de fleste sjefsykepleiere og oversykepleiere ble fjernet, med de omkostninger det har hatt for fag og funksjoner. Vi ser nå en forsterket usynliggjøring av sykepleien, der lederposisjoner for sykepleiere ønskes byttet ut på enda et nivå, altså på sengeposter og seksjoner der sykepleietjenester utføres døgnet rundt.

Avdelingssykepleiere er kulturbyggere. De skjerner sykepleiens grunnlag og sykepleiens profesjonsetikk i praksis. Tilstedeværende lederskap er nødvendig for å sikre faglig forsvarlighet i sykepleiefaget. Dyktighet og klokskap i reflektert praksis må ledes frem av ledere som forstår fagets praktiske kompleksitet. Fagutvikling og forskning er viktig i alle fag, og det er betenkelig at noen fortsatt stiller spørsmål ved det.

Bred erfaring som ledere

Sykepleieledere med formell lederkompetanse, videreutdanning i et klinisk fagområde, veilederutdanning og mange års solid ledererfaring skvises nå fra sine posisjoner med et pennestrøk. De har lenge ivaretatt både faglig, personaladministrativt og økonomisk lederskap med stor dyktighet. De har solid erfaring med personal- og fagutvikling og logistikk. De har fremmet trivsel og arbeidsglede, fulgt opp sykmeldte og tatt ansvar for langsiktig planlegging, omstilling, tverrfaglig samhandling og daglig drift. Nå lyses stillingene ut med krav om

Faste bidragsytere



Professor i sykepleier ved Høgskolen i Bodø
Berit Støre Brinchmann



Professor ved seksjon for medisinsk etik, Universitetet i Oslo
Per Nortvedt

kolleger

forskningskompetanse, men uten krav om lederkompetanse. Forskere kan tilsynelatende lede hva som helst uten de kompetansekrav som stilles til andre ledere. Skal ikke ledelse også være faglig forsvarlig?

Juridisk holdbart og etisk forkastelig? Mange omstillinger er dessverre «keiserens nye klær». De har medført store kostnader, både økonomisk og menneskelig. Kompetente, motiverte samhandlingskulturer splittes og utraderes. Det er mulig at prosessene er juridisk holdbare, men det rapporteres om både krenkelser og respektløshet fra involverte parter. Det investeres i mye støtte og veiledning i egen profesjon for å beholde og holde motet oppe hos dyktige kolleger i vanskelige tider. Fra andre er det taust.

God kollegial samhandling i vanskelige tider er krevende. Splid og misforståelser oppstår lett, og refleksjonen over egen innflytelse bør fremmes. Det normative ansvaret for kollegial samhandling tilsier at likeverdsarbeidet må forsterkes og forpliktes. Respektfulle modige tilbakemeldingskulturer må styrkes og faglig ansvarlighet tydeliggjøres. Det er etisk å melde fra om krenkelser, også i kollegiale forhold.

Bekymringene for motkreftene til sykepleieledelse på sengeposter er et stort og alvorlig tema i seg selv. Hvis pleiekulturer skal ledes av forskere fra andre profesjoner, særlig leger, vil mye av hverdagsledelse og faglig ledelse bli borte. Når endringsprosessen i tillegg gjennomføres ved misbruk av posisjons- og profesjonsmakt, må vi reagere.

Sykepleieekvalitet er helt avgjørende for gode behandlingsresultater. Jeg vet ikke noe som er viktigere enn verdibevisst, kompetent sykepleieledelse for å få dette til. ■■■



LAGT NED: Sykepleieledelsen på Ahus er borte. Og divisjonens leder Janne Sonerud fant seg ny jobb.



Til refleksjon

- › Hva kjennetegner hverdagskulturen der du arbeider?
- › Har dere et godt tverrfaglig samarbeid?
- › Hvem leder sykepleietjenesten hos dere?
- › Hvordan reagerer du/dere hvis en kollega oppfører seg respektløst?

Send din mening på epost til interaktivt@sykepleien.no, eller skriv til Sykepleien, boks 456 Sentrum, 0104 Oslo. Du kan også lese inn din reaksjon på telefon 22 04 33 65. Reaksjoner fra leserne trykkes i neste nummer.

www.sykepleien.no

Flere dilemma på [sykepleien.no](http://www.sykepleien.no) under fanen interaktivt.





Treff 9 av 10 sykepleiere
som vil skifte jobb!

Kontakt Finn Simonsen på 22 04 33 52 eller finn.simonsen@sykepleien.no
(eller Ingunn Roald 22 04 33 70 ingunn.roald@sykepleien.no)

Sykepleien

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





- når du vil merkes!

Alt av merkeprodukter for helsesektoren

www.sabo.no



SABO - det miljøvennlige alternativet!



Klokker



Saks



Pupillykt



Klokker