



Mann med kølle Side 46

«Gratis» lunsjpause

Mange sykepleiere får ikke betalt lunsjpause på dagtid. Side 32



Nøytral om lokalsykehus

Lisbeth Normann vil heller ha gode fagmiljøer enn et sykehus i hver by. Side 21



Sykepleien

NSF Politikk: Ved hjelp av NSF har sykepleierforbundet i Zambia endelig fått forhandlingsrett.

15 | 2010
16. desember 2010
98. årgang



Europa blør

Etter finanskrisen opplever sykepleiere i EU dramatiske kutt.

Rekrutterer du sykepleiere?

Annonser i Sykepleien og treff hele målgruppen på en gang!



For annonsebestilling kontakt: ingunn.roald@sykepleien.no • Tlf 22 04 33 04

Sykepleien

Dalacin Pfizer

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

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

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

Indikasjoner: Bakteriell vaginose.

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

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

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

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

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

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

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

Absorpsjon:

Vaginalkrem: Ca. 4% (varierer mellom 0,6-10%) absorberes systemisk. Vagitorier: Ca. 30% (varierer mellom 6,5-70%).

Oppbevaring og holdbarhet: Skal oppbevares <25°C.

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

Sist endret: 27.01.2004

E2010-1542

Pfizer AS - Postboks 3 - 1324 Lysaker

Telefon 67526100 - Telefax 67526192 - www.pfizer.no

Sopp eller bakteriell vaginose?

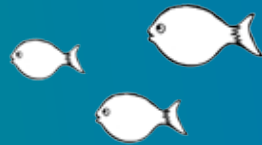
Kjennetegn²:

Soppinfeksjon

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

Bakteriell vaginose

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



Effektiv lokalbehandling av

bakteriell vaginose på

kun 3 dager¹

med Dalacin Vagitorier



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:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Markedssjef Ingunn Roald
Kontaktperson, stillingsannonser
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

Repro og trykk
Stibo Graphic AS



SYKEPLEIENS FORMÅLSPARAGRAF:

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

Gjesteskribenter:



Hilde Karlsen skriver om at menn opplever sykepleien på høyst variable måter. Menn med innvandrerbakgrunn blir i jobber på sykehjem, mens de «hvite» fort forsvinner til mer administrative og bedre betalte stillinger. Kronikk side 80.



Berit Støre Brinchmann skriver om de vanskelige valgene om hvor vidt man skal behandle eller avslutte. Og hvem skal prioriteres? Hun har særlig erfaring fra nyfødtmedisinsk avdeling. Det er umulig å si hva slags liv de premature og alvorlig syke barna vil få. Dilemma side 82.



Martine Aurdal synes det er deilig med mammapermisjon. Men hun innser at far må stille barn like mye som mor hvis far skal bli like god til det som mor. Dermed synes hun regjeringens forslag om utvidet permisjon til far er på sin plass. Side 90.



Bodil Bach forteller om Snow, et overvåkingssystem som gir en anonym oversikt over forekomst av smittsomme sykdommer i et område. Dette kan helsepersonell få tilgang til. Verkstedet side 70.



Innhold

Sykepleien

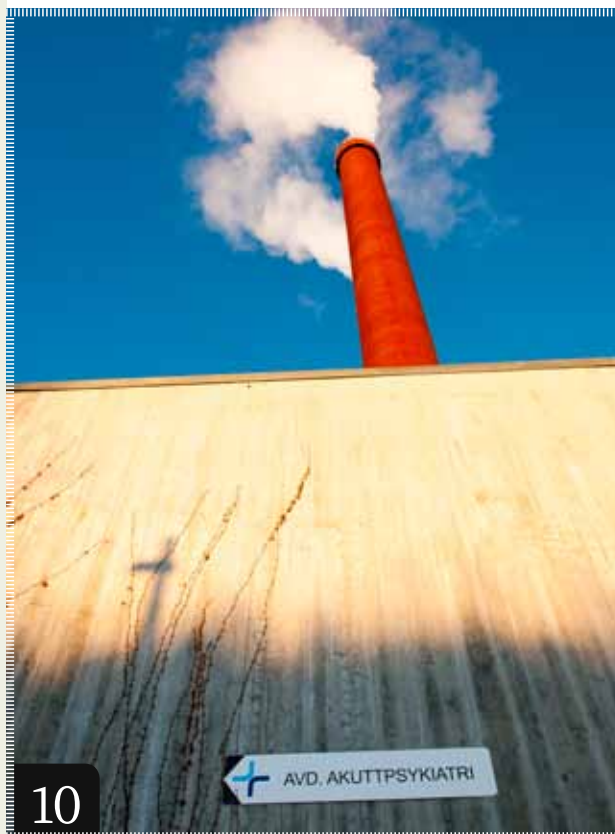
AKSJONISTEN: «Statens rikdom får

Hva skjer

- 7 Aksjonisten
- 8 Hva skjer – småstoff
- 10 Sykepleiere fratatt ansvarsvakt
- 14 Stortingssykepleiere: Opposisjonen spør mest
- 16 Utsetter hpv-avgjørelse
- 18 – Pass på tekoppen!
- 20 Kartlegger tilbudet til de eldste
- 21 Vi bare spør Lisbeth Normann

Der ute

- 32 – Grov forskjellsbehandling!
 - «Stjeler» sykepleiernes lunsjpause
 - – Bør ha råd til å følge loven!
- 38 I «hemmelig» tjeneste
- 40 Øyeblikket
- 42 Unge og gamle – og You Tube
- 44 – Pøs på til helsesøstrene
- 45 Min jobb: Siv Nordholm
- 46 Ishockeypleieren



20



68

10



- 22 Europa kutter
- 24 – Vi vet dette er dumt, vi har erfart det før
- 28 Fri flyt med bedre utdanning
- 30 Senker grensene
- 31 4 i Europa

22



oss til å føle at vi liksom er utvalgt til å leve i luksus.»

15 · 2010

16. desember 2010 · 98. årgang

Fag og bøker

- 50 Hjem til kreftpasienten
 - Gir god kreftomsorg
- 58 Bruker praksis til å belyse teori
- 62 Pasientundervisning krever kunnskap
- 65 Hvordan informere om sjeldne diagnoser
- 68 Forfatterintervjuet: Hilde Larsen Damsgaard
- 70 Verkstedet
- 71 Bokanmeldelser
- 72 Quiz
- 72 Ro i Kristiansund, uro i Molde

Mennesker og meninger

- 74 Lisbeth Normann om kompetanse
- 75 Siden sist og meninger
- 80 Hilde Karlsen om menn i sykepleien
- 82 Dilemma: Berit Støre Brinchmann
- 84 Tett på Bent Høie
- 88 Rigmor Hogstad vs. Christine Meyer
- 90 Refleks: Martine Aurdal

- 91 Stillingsannonser
- 96 Kunngjøringer

GJESTESKRIBENTEN:

««Blålys»-medisin har alltid vært høyt prioritert.»

Berit Støre Brinchmann

82



«De på laget har nok fått mer respekt for sykepleieryrket.»

46



84

UTGIVELSESPLAN 2011

Nummer		Materiellfrist	Utgivelsesdato	Utgivelsesuke
1	Sykepleien	12. januar	20. januar	3
2	Sykepleien	2. februar	10. februar	6
3	Sykepleien	23. februar	3. mars	9
4	Sykepleien med Forskning*	16. mars	24. mars	12
5	Sykepleien	6. april	14. april	15
6	Sykepleien	27. april	5. mai	18
7	Sykepleien	18. mai	26. mai	21
8	Sykepleien med Forskning*	8. juni	16. juni	24
9	Sykepleien	10. august	18. august	33
10	Sykepleien	31. august	8. september	36
11	Sykepleien med Forskning*	21. september	29. september	39
12	Sykepleien	12. oktober	20. oktober	42
13	Sykepleien	2. november	10. november	45
14	Sykepleien med Forskning*	23. november	1. desember	48

*) *Inneholder i tillegg Sykepleien Forskning. Kommer 4 ganger i året. Bladet imøtekommer sykepleiernes krav til sykepleieforskning fra hele verden presentert på norsk. Snitt lesetid er på 36 minutter ifølge Synovates leserundersøkelse.*

I Sykepleien treffer du 201.000 lesere hver 3. uke, og med en gjennomsnittlig lesetid på 64 minutter vet vi at både stoffet og annonsene blir lest.

Merkevareannonser har økt jevnt og trutt og stilling ledig er også et godt alternativ for arbeidsgiver som skal rekruttere. Stillingsannonser annonseres i blad og nett, eller kun nett. Det vil alltid være noen flere annonser på nett enn i blad, så husk og sjekke om du er på jobb jakt. Vil du abonnere på stillinger kan du også gjøre det – både til e-post og sms.

Kontakt oss om du vil ha mer informasjon om målgruppen, eller bestille annonseplass.

Lise Dyrkoren
E-post: lise.dyrkoren@sykepleien.no
Telefon: 22 04 33 72
Mobil: 995 04 005

Ingunn Roald
E-post: ingunn.roald@sykepleien.no
Telefon: 22 04 33 70
Mobil: 916 03 812

Sykepleien

Barth Tholens om Europa

Stilling: Redaktør i Sykepleien

E-post: barth.tholens@sykepleien.no

NORSK OPPSKRIFT: Norge har overlevd finanskrisen selv om hver tredje arbeidstaker går på offentlige lønninger. Men det er ikke lett å eksportere oppskriften. Illustrasjon: Sykepleien

Lykkelandet Norge

Hallo? Er det ingen der ute som har forstått det norske økonomiske miraklet?

Siden det nå er jul, er det lov å se litt stort på det. Og når jeg ser stort på det, kan jeg få den norske velstanden litt opp i halsen. Jeg kjenner snart ingen som ikke har pusset opp kjøkkenet, kjøpt hytte på fjellet, vært på jordomseiling eller realisert seg selv på andre måter. Fyller du runde år, inviterer du helst dine venner til en romantisk herregård i Spania. Noen kjøper sågar en leilighet til gullungen for at han skal slippe å ta opp lån. God investering, ikke sant?

Ikke bare mesker vi oss grenseløst privat. Også som nasjon ønsker vi oss vegg-til-vegg velstand. Til tross for at det i store deler av vårt land er vanskelig å få øye på et menneske, skal alle helst ha en helsestasjon, en fødeavdeling og et kirurgisk ekspertteam rett opp i gata. Vi blunker ikke lenger av at Norge allerede bruker flere kroner per hode på helse enn de aller fleste andre. Statens rikdom får oss til å føle at vi liksom er utvalgt til å leve i luksus.

Protestmarsjene kan virke en smule fjerne.

Luksus er opphøyd til å bli en normaltilstand. Å få mindre blir straks opplevd som «urettferdig».

Sykepleien har i denne utgaven forsøkt å titte utover landegrensene (side 22). Mens Norge er blitt forskånet for rystelsene etter finanskrisen, er virkeligheten brutal andre steder. Ikke minst sykepleiere har fått kjenne på kroppen hva som skjer når staten ikke er en rik onkel, men tvert om en tiggende tante. Det er kutt, kutt, kutt hele veien.

Mens Norge har kunnet betale seg ut av finanskrisen, måtte de fleste landene i Europa låne penger for å holde hjulene i gang. Ikke noe land har råd til at bankene går over ende. Da bråstopper økonomien. For å forhindre dette måtte mange land bruke penger de ikke hadde.

Nå er det payback time. For å redde stumpene på bankene og næringslivet fra konkurs, har myndighetene i Europa nå satt sparekniven i offentlig sektor. Mens årsaken til finanskrisen lå

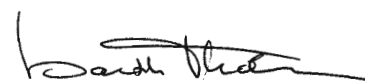
i dårlig kontroll med bankvesenet, må offentlig ansatte nå betale prisen for å komme seg ut av den. Uten forhandlinger har myndighetene innført økt pensjonsalder, lønnsfrys, lavere ytelser og kutt i offentlig sektor. Ikke rart at europeisk fagbevegelse raser! De føler at offentlig sektor blir «kriminalisert», mens næringslivet får alle gavepakkene.

Sammenlignet med andre land har Norge en stor offentlig sektor. Hver tredje arbeidstaker er ansatt i det offentlige. Mange mener at vi bør ha flere. Protestmarsjene i Europa kan derfor virke en smule fjerne fra de nyoppussede sofakrokene i Lykkelandet Norge. Derfra kan det være vanskelig å forstå at ikke alle i verden bekjenner seg til det norske mirakelgrepet, «arbeidslinjen». Man holder rett og slett alle i jobb, de forbruker mer, betaler mer i skatt og holder økonomien i gang. Og vips, så har også staten penger til å ansette lærere og sykepleiere!

Det er mulig å hevde at et godt utbygd velferdstilbud er en forutsetning for å gjøre «arbeidslinjen» mulig. Vi slipper å passe barn, eldre og syke selv. Vi får hjelp til å bli raskt friske etter sykdom. Vi er sunnere, sprekere og mer forbruksvillige enn våre stakkars europeiske søstre og brødre, og bidrar derfor i større grad til en sunn økonomi.

Sett fra Lykkelandet Norge kan man lett bli fristet til å spørre seg hvorfor ikke europeiske politikere har skjont den norske ideen som går ut på å fyre opp kjelene i det offentlige tilbudet for så å høste gevinsten i form av velfylte lommebøker og høyt forbruk?

Men det er kanskje det som er så farlig med alt dette snakket om at Norge liksom skal være best i alt mulig: Vi er blitt småblinde og har mistet evnen til å bry oss med virkeligheten der ute. For når det kommer til stykket, er vi i Norge ikke særlig smartrere enn andre. Det eneste vi er best på er å forvalte vår egen rikdom.



Mer kritikk til Nordlandssykehuset

En intern rapport slår fast at Bodø Service har fått oppgjør fra Nordlandssykehuset for tusenvis av pasientreiser uten at det er levert kvitteringer. Bodø Service AS må nå betale tilbake i underkant av én million kroner. Saken ble oppdaget etter at Avis Nordland skrev om saken i februar i år.



Foto: Colourbox

Avisa Nordland



Foto: Colourbox

Bivirkninger av HPV-vaksine

Per 30. november hadde 40 752 jenter fått minst en vaksinedose. Det utgjør 67 prosent av alle jenter på 7. og 8. klassetrinn i Norge. Det er så langt meldt inn 221 bivirkninger til Statens legemiddelverk. Av disse betegnes 11 som alvorlige bivirkninger.

Vaksinen gis i tre doser i løpet av 6–12 måneder. I Norge benyttes HPV-vaksinen Gardasil.

Statens legemiddelverk

Oslo Hospital i fare

Landets eldste sykehus, Oslo Hospital psykiatrisk sykehus, står i fare for å bli nedlagt etter at Helse Sør-Øst (HSØ), etter en anbudsrunde, trekker all økonomisk støtte.

Sykehuset er en ikke-kommersiell stiftelse, og det første psykiatriske sykehus i Norge med ISO kvalitets-sikring. I dag har sykehuset 31 døgnplasser innen spesialisthelsetjenesten i Oslo, samt tar pasienter på fritt sykehusvalg fra hele landet. Plassene erstattes ikke.

Legeforeningen, Sykepleierforbundet og Landsforeningen for pårørende innen psykiatri har alle uttalt seg svært kritiske til nedleggelsen. Oslo Hospital har levert klage til Helse Sør-Øst. Det har kommet et svar som kan tyde på at avgjørelsen skal revurderes, i skrivende stund forhandler sykehuset med Helse Sør-Øst om en løsning.

Sykehuset ble opprettet som et kloster i 1290 av fransiskanermunker, som basis for omsorgsarbeid blant byens syke og svake.



Vil ha garanti for lokalsykehus

Stortingsrepresentant Borghild Tenden (V) fra Akershus har sendt et brev til helseministeren. Der krever hun garanti fra ministeren om at det ikke bygges ned, eller legges ned lokalsykehus. I det minste ikke før det er foretatt en uavhengig gjennomgang av konsekvensene ved de strukturendringene helseforetakene har foreslått. – Vi må ha en debatt om hva et lokalsykehus skal være og hvor det skal ligge, sier Tenden til Nationen.

Hva skjer

Les mer om:

- 10 Sykepleierne fratatt ansvarsvakter >
- 14 Opposisjonen spør mest >
- 16 Utsetter hpv-avgjørelse >
- 18 – Pass på tekoppen! >
- 20 Kartlegger tilbudet til de eldste >

sykepleien.no

Ahus overtar nye pasientområder 1. januar, men har ikke ansatt nok sykepleiere. Følg med på sykepleien.no



Foto: Colourbox

Innvandrerens kompetanse blir ikke forstått

Fafo har gjennomført en undersøkelse som viser at norske arbeidsgivere ikke klarer å vurdere kompetansen til innvandrere fra ikke-vestlige land. Verst er det i offentlig sektor. Over halvparten av arbeidsgiverne i offentlig sektor sier de har problemer med å vurdere ikke-vestlig kompetanse. 40 prosent av sjefene i privat sektor har hatt samme erfaring.

Dagsavisen

Immunforsvaret gikk amok

H1N1-pandemien i fjor vinter tok livet av omkring 18 000 mennesker. De på forhånd sunneste og friskeste – de mellom 20 og 50 år – ble sykest av viruset.

En studie offentliggjort i Nature Medicine viser at noen av de mange som døde, ble drept av sitt eget immunforsvar, skriver videnskap.dk

Barnelegen Fernando Polack fra Vanderbilt University i Nashville i USA mener at de sterkeste immunforsvarene ga de sterkeste kampene mot viruset, og at det paradoksalt nok endte med å ta livet av pasienten. Hypotesen er bygget på bakgrunn av lungevevsprøver fra 75 unge og middaldrende ofre for pandemien.

– Det er litt som den siste utvei, hvis vi ikke kan identifisere deg nøyaktig nok, men vi vet at det er mange nok av deg, så sprenger vi bare alt i lufta, sier Thomas Reichert fra Entropy Research Institute i USA til Science Now.

Les mer på Science Now, videnskap.dk og Nature Medicine.

NSF er miljøfyrtårn

Norsk Sykepleierforbunds hovedkontor i Oslo er blitt sertifisert som miljøfyrtårn. I 2007 vedtok NSF's landsmøte at klimapolitikk skulle være et innsatsområde i perioden 2008-2011.

– Sertifiseringen er en klapp på skulderen til alle ansatte og de som er ansvarlige for miljøtiltakene vi har gjennomført, sier generalsekretær Martin Olsen.



Selv mord øker

I 2008 tok 505 nordmenn sitt eget liv. Tallet økte 573 i 2009. Dette er det høyeste selvmordstallet siden 1999. Økningen er på 13 prosent.

Fra 2007 til 2009 har antall selvmord økt med nesten 100. Tall er fra Statistisk sentralbyrå, og er bearbejdet av Folkehelseinstituttet.

Det er for tidlig å si noe om hvorfor flere ser ut til å velge å dø for egen hånd.

– Vi har ikke grunnlag for å uttale oss om mulige årsaker til økningen i selvmord fra 2008 til 2009, sier avdelingsleder Gudrun Dieserud ved Folkehelseinstituttet til NTB.



STADIG MER BRUK AV ANTIBIOTIKA - EFFEKTEN AVTAR...

Forventet levealder ved fødselen i utvalgte land. 2006

	Kvinner	Menn
Japan	85,8	79,0
Spania	84,4	77,7
Frankrike	84,4	77,3
Sveits	84,2	79,2
Finland	83,1	75,9
Sverige	83,1	78,8
Norge	82,9	78,2
Island	82,9	79,5
Østerrike	82,8	77,2
Tyskland	82,4	77,2
Belgia	82,3	76,6
Portugal	82,3	75,5
Irland	82,1	77,3
Nederland	82,0	77,7
Hellas	81,9	77,2
Danmark	80,7	76,1
Polen	79,7	70,9



Kilde: SSB. Foto: Colourbox

Nøkkeltall:

3 av 10 sier de har helseproblemer som påvirker hverdagen

1 av 4 har en sykdom i muskler eller skjelettet

10-15 prosent har psykiske problemer

1 av 8 har ligget på sykehus det siste året

1 av 10 i yrkesaktiv alder er uføretrygdet

21 prosent av 16-74 åringer røyker daglig (2008)

2 av 5 dør av hjerte- og karsykdom

Meninger fra www.sykepleien.no

– Uholdbart med mer deltid!

” Lov og avtaleverk må snart sikre at kvinners yrkesdeltakelse og pensjonsrettigheter blir ivarettatt.

Lilly Anne Bindheim Rødal

” Dette er uhørt. Det hadde aldri blitt foreslått i et mansdominert yrke. Det skal i hovedsak ansettes i hel stilling. Det må snart også gjelde for sykepleiere.

Gunhild Rolandsen

» Hele innlegget finner du på: www.sykepleien.no_debatt

Sykepleiere fratatt

Flere med ansvarsvakter i akuttpsykiatrien på Ahus mangler sykepleiefaglig Forsvarlig eller ikke? Tekst Eivor Hofstad Foto Erik M Sundt og Stig M Weston

NYE ANSVARSRUTINER: Tøyer akuttpsykiatrisk avdeling ved Ahus grensene for forsvarlighet, eller følger de bare den tverrfaglige trenden?

I 2008 skrev Sykepleien om den noe ukonvensjonelle praksisen ved akuttpsykiatrien på Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN): Der kunne både lærere, førskolelærere og andre med høyskole- eller universitetsfaglig bakgrunn uten helsefaglig innhold, bli satt til å være ansvarsvakter.

Nå skjer det samme ved akuttpsykiatrien på Akershus universitetssykehus (Ahus), får Sykepleien tips om. Og det til tross for at det i sykehusets egne prosedyrer heter at «Som hovedregel skal ansvarsvakt være sykepleier».

På seksjon B er det særlig få sykepleiere ansatt, forteller tipseren. Der er det mer regelen enn unntaket at ansvarsvakt ikke er sykepleier.

Ukjent for ledelsen

Vi ringer direktøren ved sykehusets divisjon psykisk helsevern, Trond Rangnes, og spør hvorfor.

– Jeg forstår ikke spørsmålet. Dette skjer ikke. Det er i så fall

bare unntaksvis. Det er en ukjent problemstilling for meg. Jeg har aldri vært varslet og prosedyrene er helt klare på at det er sykepleiere som skal ha ansvarsvakter som hovedregel, sier han.

Har tipseren vår løyet? Vi fikk beskjed om at det for tre uker siden var varslet om at det var altfor få sykepleiere på vakt på den nyopprettede seksjon B, samtidig som det var rapportert at ansvarsvaktene var inkompetente. Tidligere er det også ført avvik på at det ikke var dokumentert viktige ting og hendelser med pasientene fordi personalet manglet sykepleiefaglig bakgrunn.

Vi ringer Mette Garvoll Værøy, avdelingssjef for akuttpsykiatrien ved Ahus. Hun forteller at avviksmeldingen har blitt registrert lokalt på seksjonen.

– At én person synes noe er uforsvarlig medfører ikke nødvendigvis riktighet. Vi driver i høyeste grad forsvarlig, sier hun.

Værøy bekrefter at det forekommer at andre yrkesgrupper enn sykepleiere kan ha an-

«En person uten tilstrekkelig helsefaglig utdanning ville aldri fått ansvarsvakt på et akuttmottak.»

Lisbeth Normann, leder i NSF

ansvarsvakter



OPPSIKTSVEKKENDE: Lisbeth Normann synes praksisen for ansvarsvakter på Ahus og UNN er oppsiktsvekkende.

bakgrunn.

svarsvakt på alle fire seksjoner ved avdelingen.

– Men det er jo imot hovedregelen i prosedyrene deres?

– Prosedyrene åpner også for at andre yrkesgrupper kan ha ansvarsvakter. Det dreier seg primært om personer med treårig høyskoleutdanning.

– Men direktøren for divisjonen visste ikke at dette skjer?

– Han har 1200 ansatte under seg og kan ikke ha oversikt over alt. Det er ingenting i lovverket som tilsier at kun sykepleiere kan ha ansvarsvakter, påpeker hun.

Og det har hun fullstendig rett i. Ser vi reint lovmessig og knusktørt juridisk på det, kan en amøbe settes til å ha ansvarsvakt i psykiatrien.

Så lenge det er forsvarlig.

– Oppsiktsvekkende praksis

Spørsmålet er altså om det er forsvarlig at et menneske som ikke har sykepleiefaglig bakgrunn, som ikke er utdannet i å vurdere symptomer eller forstå alvorlighetsgraden i et sykdomsbilde, skal ha an-

svarsvakt i akuttpsykiatrien. Der kan pasientene i tillegg til et psykisk sykdomsbilde også ha mange somatiske lidelser.

– Det blir dårligere kvalitet på tjenestene. Spesialisthelsetjenesten skal også gi gode faglige råd til førstelinjetjenesten ute i kommunene. Man gir da råd til noen som kan mye mer. Dette blir for dumt, sier tipseren til Sykepleien.

Lederen i Norsk Sykepleierforbund (NSF), Lisbeth Normann, synes praksisen er oppsiktsvekkende. Og hun sammenligner med et vanlig akuttmottak for å få fram urimeligheten:

– Dersom en traumepasient kommer til et akuttmottak, blir pasienten møtt av personell med toppekspertise innen fagfeltet. En person uten tilstrekkelig helsefaglig utdanning ville aldri fått ansvarsvakt på et akuttmottak. I akuttpsykiatrien er det kanskje enda viktigere at pasienten blir møtt på samme måte, ettersom denne pasientgruppen er ekstra sårbar, sier hun.

Vi ringer Helsetilsynet i Oslo og Akershus og får snakke med fylkeslege Petter Schau:

– Myndighetene har ikke satt noen krav om profesjoner eller pleiefaktor på dette, noe vi har protestert litt på tidligere. Bemanningen og ansvarsområdene må alltid vurderes opp mot forsvarlighet. Man må se på hvert enkelt tilfelle hvor lista skal ligge. Det går en grense et sted, men den er ikke fastlagt utenfra, sier fylkeslegen.

Han har ikke mottatt noen meldinger om Ahus sin praksis, men har en klar oppfordring til tilsitsvalgte ved sykehuset:

– De har plikt til å melde fra til oss, dersom de mener det drives uforsvarlig og de ikke kommer noen vei gjennom å melde internt først. Da vil vi se nærmere på det. I første omgang vil vi etterspørre vurderinger fra ansvarlig ledelse, som må redegjøre for systemet, sier Schau.

Faglig eller driftsmessig ansvar

«Ansvarsvakt» er et begrep som avdelingene kan definere innholdet i selv. Fylkeslege Schau synes derfor akuttpsykiatrien ved Oslo universitetssykehus, Ullevål og Aker, gjør klokt i å holde seg borte fra begrepet. De opererer i stedet med henholdsvis «vaktansvarlig sykepleier»/«vaktansvarlig lege» og «ansvarshavende sykepleier»/«ansvarshavende lege».

På akuttpsykiatrisk avdeling på Ahus verserer to ulike definisjoner av hva ansvarsvaktene skal gjøre:

– Ansvarsvakten har det faglige og administrative ansvaret når seksjonssjef eller stedfortreder ikke er til stede, sier tipseren til oss og henviser til prosedyre for ansvarsvaktens arbeidsoppgaver, som fantes i det interne EQS-systemet tidligere i år.

Der står det også at ansvarsvakten skal vurdere intervensjon overfor suicidalpasienter, og lede rapporten til forvakten/vakthavende lege i helgene.

Avdelingssjef Værøy sier ansvarsvaktene ikke skal ha noe faglig ansvar, men at det kun dreier seg om et driftsmessig ansvar. Hun henviser til gjeldende prosedyre for ansvarsvaktens oppgaver, gyldig til juni 2011.

Der står det også at «hvis ansvarsvakt ikke er sykepleier, skal det være en definert sykepleier som avgjør om en skal kontakte vakthavende lege ved medisinske og somatiske spørsmål».

– Men forholdene blir spesielle fordi den som har mest kunnskap ikke har myndighet. Man kan heller ikke diskutere fag med noen som ikke har den teoretiske bakgrunnen for å forstå det man snakker om, påpeker tipseren til Sykepleien.

Tipseren forteller også at de som jobber på golvet ikke kjenner til at ansvarsvaktens oppgaver har blitt endret fra et faglig til et driftsmessig ansvar.

Lav sykepleierdekning

– Sykepleierdekningen på seksjon B har blitt faretruende lav, sier den anonyme tipseren og utdyper:

– Det er ofte bare én sykepleier på avdelingen. Sykepleierne blir tilsidesatt og fagmiljøet blir deretter. Flere sykepleiere protesterte i begynnelsen på at det ble ansatt for mange uten sykepleiefaglig bakgrunn, men ble ikke hørt. De orker ikke skrive avvik fordi de mener de ikke blir hørt, eller de tør ikke, fordi de frykter at det skal bli brukt mot dem.

– Hvordan da?

– Enten i arbeidssituasjonen eller dersom de søker seg ny jobb ved sykehuset. Men ledelsen har ikke sagt noe som gjør at de trenger å frykte



det. Selv har jeg alltid skrevet mye avvik og føler det er helt greit.

Avdelingen har også flere ansatte som har bakgrunn som håndverkere. Nylig var tipseren på vakt med en av dem. Vanligvis bytter de ansatte på å sitte fast vakt hos pasienter i belter som krever kontinuerlig observasjon. Men håndverkeren ønsket ikke dette, da han ikke visste hvordan han skulle takle det når en slik pasient skulle på do.

– Dette er en helt typisk situasjon. Når man ikke har helsefaglig utdanning skjer slike ting, kommenterer tipseren.

Vedkommende forstår ikke at det kan være lov å ansette personale i spesialisthelsetjenesten som ikke er helsefaglig utdannet.

– Jeg synes pasientene våre har krav på å vite at de blir møtt av lærere, sosionomer, barnevernspedagoger og håndverkere. Pasientene prater jo til disse personene som om de er helsefaglig utdannet, sier tipseren til Sykepleien.

– Akuttpsykiatri særlig sårbar

NSFs fylkesleder i Akershus, Ragnhild Hegg, sier det er en kjent utfordring at det er mye personell uten tilstrekkelig helsefaglig kompetanse i psykiatrien.

– Jeg vil henstille til alle ledere å tenke forsvarelig. Det er helt ok med tverrfaglighet, men kompetansen til de ulike grupper må brukes spesifikt. Er det snakk om pasienter som er

i utskrivingsfasen fra psykiatrisk avdeling, vil det kanskje være mer naturlig at en sosionom er ansvarsvakt. Men en psykiatrisk pasient som legges akutt inn har helt andre behov. Der er det viktig at ansvarsvaktene har sykepleiefaglig bakgrunn.

– *Oppfordrer du sykepleiere til å melde avvik dersom ansvarsvaktene i akuttpsykiatrien mangler sykepleiefaglig bakgrunn?*

– Hvis det får konsekvenser for pasientene, definitivt! Og husk kopi til tillitsvalgte. Det er viktig for dem å vite hva som skjer.

Hegg frykter at pasientsikkerheten vil lide ved at personell uten sykepleiefaglig kunnskap blir satt til å ha ansvarsvakter.

– Det vil gå ut over vurderingen av ulike symptomer. De kan være lett å overse når man ikke har helsefaglig bakgrunn, sier fylkeslederen.

Nye teamledere

Mens saken skrives får vi beskjed om at de nye teamlederne er klare på seksjon B. Teamlederne på dagtid er også ansvarsvakter. Det er en barnevernspedagog og to sosionomer. Den fjerde begynner i 2011 og tipseren kjenner ikke yrkesbakgrunnen.

Det plinger inn en e-post fra divisjonsdirektør Rangnes, som har blitt oppdatert av avdelingsleder Værøy. Vi har spurt ham om hva han synes om at akuttpsykiatrisk avdeling

Hvem kan ha ansvarsvakt hvor?

- › Sykepleien har spurt hvilke yrkesgrupper som har ansvarsvakt ved noen av landets psykiatriske akuttavdelinger.
- › Bærum sykehus, psykisk helse og rus, avdeling Blakstad:
- › Kun sykepleiere, som regel psykiatriske sykepleiere.
- › Stavanger universitetssykehus, Seksjon for akuttpsykiatri:
- › Kun sykepleiere.
- › Haukeland universitetssjukehus, psykiatrisk klinikk:
- › I tillegg til sykepleiere, også vernepleiere med fireårig utdanning og tilleggskurs innen medikamentadministrering.
- › St. Olavs Hospital, Divisjon psykisk helsevern, avd. Østmarka, akutteneheten:
- › Kun sykepleiere, i første omgang psykiatriske sykepleiere.
- › Oslo universitetssykehus, Aker, akuttpsykiatrisk avdeling:
- › Bruker ikke begrepet ansvarsvakt, men «ansvarshavende sykepleier» og «ansvarshavende lege».
- › Oslo universitetssykehus, Ullevål, akuttpsykiatrisk avdeling:
- › Bruker ikke begrepet ansvarsvakt, men «vaktansvarlig sykepleier» og «vaktansvarlig lege».

ikke følger hovedregelen i prosedyren om at ansvarsvakt skal være sykepleier. Han skriver:

– Jeg kan ikke på årsbasis se at hovedregel ikke er fulgt – skulle den ikke være det, er det fremdeles innenfor det forsvarlige som er vurdert av dem som har ansvaret for driften – det er som kjent ikke sykepleierne som har det ansvaret. Mer er det vel ikke mulig å si i denne saken.

– Tverrfaglighet er bra

Kurt Lyngved, leder av NSF's Landsgruppe av psykiatriske sykepleiere, mener tverrfaglighet er bra og er kommet for å bli.

Tekst **Eivor Hofstad** Foto **Marit Fonn**

Kurt Lyngved har ikke fått meldinger om at det er noen andre enn UNN og Ahus som lar personer uten sykepleiefaglig bakgrunn være ansvarsvakter.

– Hvis sykepleierne reagerer på at en slik praksis er uforsvarlig, bør de melde avvik, sier han.

– Synes du det er uforsvarlig?

– Helsepersonelloven åpner for tolkning for

det. I mange rapporter fra myndighetsnivå står det nå bare om leger, psykologer og «annet personell».

– Og hvem er egentlig «annet personell»? Der de før snakket om psykiatriske sykepleiere heter det nå «psykisk helsearbeider», sier Lyngved.

Ny forskning antyder at personer med psykiske lidelser lever kortere enn personer som ikke har slike lidelser.

– Man kan derfor diskutere om det finnes en helsekomponent som ikke blir ivarettatt i psykiatrien, men dermed er det ikke sagt at det kun er sykepleiere som kan ha ansvarsvakt. Tverr-



MÅ TÅLE DISKUSJON:

– Verden er hele tiden i endring og vi må tåle å ta opp diskusjoner om vårt fag og vårt ståsted når det kreves, sier Kurt Lyngved, leder av NSF's Landsgruppe av psykiatriske sykepleiere.

faglighet i psykisk helse er bra og er kommet for å bli, sier Lyngved.

– *Men det er vel ingen motsetning i å være for tverrfaglighet, samtidig som man mener at den ansvarlige på vakt i akuttpsykiatrien trenger sykepleierkompetanse?*

– Nei. Sykepleiere har en bred kompetanse og en lang tradisjon i å være ansvarlige i akuttpsykiatriske avdelinger. Men verden er hele tiden i endring og vi må tåle å ta opp diskusjoner om vårt fag og vårt ståsted når det kreves, sier Kurt Lyngved.

Han mener at ny forskning på eget fag og erfaringskompetanse fra brukerne vil være de beste indikatorer i fremtiden på hvem som skal ha hvilke roller i akuttavdelinger og andre steder i det psykiske helsefeltet. ■■■

«Hvem er egentlig «annet personell»?»

hva som er relevant kompetanse, og denne diskusjonen må vi ta om nødvendig.

Han forklarer at rollene i psykisk helsevern er blitt uklare som følge av mange flere aktører i fel-

Weifa



© Bates Dialog © Foto: 1-images.no PAR 09/28

Når hodepinen forsvinner, kommer leselysten tilbake

Paracet er effektiv mot smerte. Og de virker lenge – opptil 5 timer ved smerter som for eksempel hodepine. Paracet er skånsom mot magen, men effektiv mot smerter og kan brukes av både voksne og barn.

Angitt dosering må ikke overskrides uten etter avtale med lege. Høye doser eller langvarig bruk kan gi alvorlig leverskade. Bruk ikke flere slag smertestillende midler samtidig uten etter avtale med lege. Les nøye på pakningen og pakningsvedlegget.



Effektiv mot smerte, snill mot magen

Spør
mest



46 spørsmål
KRF: Laila Dævøy. Stortingsrepresentant siden 2005 for Hordaland. Medlem av Helse- og omsorgskomiteen. Haukeland sykepleierskole 1967–1970. Jobbet som sykepleier fram til 1989.



35 spørsmål
FRP: Laila Marie Reiertsen. Stortingsrepresentant siden 2009 for Hordaland. Medlem av Arbeids- og sosialkomiteen. Betanien sykepleierhøyskole 1992–1995. Jobbet som sykepleier fram til 2009.



29 spørsmål
HØYRE: Ingjerd Schou. Stortingsrepresentant 2001–2005 og fra 2009 for Østfold. Medlem av Transport- og kommunikasjonskomiteen. Østfold sykepleierskole 1974–1977. Jobbet som sykepleier fram til 1987.



15 spørsmål
HØYRE: Sonja Sjøli. Stortingsrepresentant siden 1997 for Akershus. Medlem av Helse- og omsorgskomiteen. Hedmark fylkes sykepleierhøyskole 1971–1973. Jobbet som sykepleier/jordmor til 1989.

Ujevn spørrelyst hos

STORTINGSSYKEPLEIERNE 2010

Laila Dævøy	43 innlegg
Ingjerd Schou	38 innlegg
Sonja Sjøli	35 innlegg
Tove-Lise Torve	26 innlegg
Gerd Janne Kristoffersen	20 innlegg
Kari Henriksen	19 innlegg
Sonja Mandt	16 innlegg
Laila Marie Reiertsen	11 innlegg

Det er åtte sykepleiere blant stortingsrepresentantene. De som er i opposisjonen har vært de mest aktive i 2010.

Tekst **Bjørn Arild Østby** Foto **Stortinget**

Den norske nasjonalforsamlingen har totalt 169 medlemmer. Åtte av dem er sykepleiere. Blant dem en tidligere sosialminister, leder i Norsk Sykepleierforbund, fylkesleder i Norsk Sykepleierforbund og leder i Den norske Jordmorforening.

Sykepleien har gjort en opptelling fra representantenes nettsted per 1. desember. Den viser at sykepleierne i opposisjon har vært svært aktive med å sende skriftlige spørsmål til statsrådene, mens det har vært uaktuelt for regjeringssykepleierne. Her rår opposisjonen grunnen alene. Og av totalt 208 registrerte innlegg står opposisjonen for 127 av innleggene.

Laila Dævøy (KrF) har vært den mest aktive både når det gjelder spørsmål til skriftlig besvarelse og innlegg i Stortinget.

– Hva er din største seier i 2010?

– At verdighetsgarantien mellom regjeringspartiene, Venstre og KrF ble vedtatt, og at regjeringen kom med 1 milliard ekstra for å styrke gjennomføringsmuligheten. Men milliarden må videreføres og styrkes neste år dersom verdighetsgarantien skal la seg gjennomføre fullt ut, sier Laila Dævøy.

– Og den største nedturen?



O spørsmål

AP: Gerd Janne Kristoffersen. Stortingsrepresentant siden 2005 for Nord-Trøndelag. Medlem av finanskomiteen. Innherred Sykepleierhøgskole 1971–1974. Jobbet som sykepleier fram til 1999.



O spørsmål

AP: Kari Henriksen. Stortingsrepresentant siden 2009 for Aust-Agder. Medlem av Arbeids- og sosialkomiteen. Sykepleierhøgskolen i Kristiansand 1982–1985. Jobbet som sykepleier fram til 2007.



O spørsmål

AP: Tove-Lise Torve. Stortingsrepresentant siden 2009 for Møre og Romsdal. Medlem av justiskomiteen. Sykepleierutdanning ved Høgskolen i Molde 1985–1987. Jobbet som sykepleier fram til 2003.



O spørsmål

AP: Sonja Mandt. Stortingsrepresentant siden 2005 for Vestfold. Medlem av Helse- og omsorgskomiteen. Sykepleierutdanning ved Høgskolen i Vestfold 1993–1995. Jobbet som sykepleier fram til 2005.

sykepleierne

– At ideelle institusjoner må avvikle fordi de ikke når opp i anbudsregimet som praktiseres. Det gjelder både innen rus, psykisk helse, eldreomsorg og barnevern. Mange titalls institusjoner en nedlagt, har tapt anbud, eller har fått avtale for bare en del av sin kapasitet. Dersom ikke noe gjøres raskt vil ideelle institusjoner så å si være radert ut i løpet av få år.

Og hva mener regjeringssykepleier Tove-Lise Torve (Ap)?

– Den mest positive opplevelsen i 2010 har vært arbeidet med statsbudsjettet for 2011. Selv

om man selvsagt kan ønske seg mye mer penger til mange gode formål, er jeg samlet sett godt fornøyd. Regjeringen bygger videre på tre solide pilarer:

- › Gode velferdsordninger finansiert gjennom felleskassa, hvor folk betaler inn etter evne og mottar tjenester tilbake etter behov.
- › En stor og aktiv offentlig sektor med kompetente medarbeidere.
- › Et solid trepartssamarbeid i arbeidslivet hvor alle partene viser stort ansvar for å finne gode løsninger.

– Den største nedturen vet jeg ikke om blir noen nedtur ennå. Jeg tenker da på den pågående debatten om strukturen på lokalsykehuse våre. Flere helseforetak har foreslått å legge ned fødeavdelinger og akuttkirurgiske avdelinger ved mange lokalsykehus. Jeg vil arbeide for at nedleggelse av disse funksjonene ikke blir en realitet, i hvert fall ikke der avstandene blir flere timer. Blir ikke distriktene hørt i denne saken så blir det den største politiske nedturen så langt for mitt vedkommende, sier Tove-Lise Torve. ■■■

INTENSIVKURS I HELSELEDELSE

- Lederkompetanse
på ett semester

BI Drammen tilbyr Intensivkurs i helseledelse våren 2011. 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
- Kompetansutvikling i den lærende organisasjon
- Økonomistyring
- Prosjektledelse

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

Kurset foreleses følgende dager våren 2011:
14. og 15. februar, 21. og 22. mars, 2. og 3. mai

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

Utsetter hpv-avgjørelse

Helseminister Anne-Grete Strøm-Erichsen sender Helsedirektoratets forslag om å kutte hpv-test i retur. Tekst Ann-Kristin Bloch Helmers og Nina Hernæs

Dette er jeg glad for, sier Sveinung Wer-
geland Sørbye, overlege i patologi ved
Universitetssykehuset i Nord-Norge.

Han og flere andre i fagmiljøet har vært sterkt kritiske til direktoratets forslag om å stoppe hpv-testing av norske kvinner.

«Dagens system utsetter kvinner for en risiko»

Hans Petter Aarseth, Helsedirektoratet



MÅ VURDERE PÅ NYTT: Divisjonsdirektør Hans-Petter Aarseth i Helsedirektoratet må vurdere hpv-testing på nytt. Foto: Helsedirektoratet

– Vi trenger et verktøy i tillegg til celleprøver, og det får vi nå beholde, sier han.

Forventer fortsettelse

Teknisk finansieres hpv-testing gjennom en egen takst. I sommer foreslo Helsedirektoratet å fjerne denne taksten. Helse- og omsorgsdepartementet varslet mulig takstendring fra nyttår. Dette har helseminister Anne-Grete Strøm-Erichsen nå sagt nei til. Hun har bedt direktoratet vurdere saken på nytt.

Sonja Sjøli, som sitter i helse- og omsorgskomiteen for Høyre, mener avgjørelsen er klok.

– Men jeg forventer at helseministeren holder fast ved den, sier hun.

– Sånn jeg forstår det, er dette en utsettelse av avgjørelsen. Mitt inntrykk er at hpv-test er et viktig supplement til andre undersøkelser. Her er fagmiljøene veldig tydelige.

Forhindrer kreft

Hpv-test brukes for å følge opp kvinner med lette eller usikre celleforandringer på livmorhalsen. Slike celleforandringer trenger sjelden å behandles, men noen kan være tegn på mer alvorlig sykdom. Hpv-test brukes for å skille mellom «ufarlige» forandringer og forandringer som bør følges tettere opp. Sørbye anslår at testen hvert år forhindrer 20 tilfeller av livmorhalskreft.

Helsedirektoratets opprinnelige begrunnelse for å kutte ut testen var at den utsatte kvinner for unødig risiko. Det er møtt med sterke protester fra fagmiljøet.

Falske svar

– Dagens system utsetter kvinner for en risiko for at livmorhalskreft ikke blir oppdaget, sa divisjonsdirektør Hans Petter Aarseth i Helse-

direktoratet til Sykepleien før helseministeren kom på banen.

I Norge brukes det flere ulike hpv-tester basert på to forskjellige teknologier. Det er ulikt hvor mange typer hpv testene identifiserer. Til sammen tolv til femten typer regnes for å ha høy risiko for kreftutvikling.

Et argument er at testene som bare avslører noen typer kan gi falske negative svar. Det vil si at kvinnen blir hpv-testet, men hvis hun har en type som ikke inngår i testen, vil hun teste negativt, selv om hun i realiteten er positiv.

– Hvis det fins tester som utsetter kvinner for unødig risiko, hvorfor er ikke denne testingen stoppet med umiddelbar virkning?

– Vi har ikke mulighet til å stoppe omsetning av et CE-merket produkt, og for egnet formål kan de ha verdi. Men ikke som sekundær screening i dagens program.

– Men hvis noen hpv-tester er problemet, hvorfor ville dere fjerne alle?

– Vi mener at det i dag ikke er stort nok grunnlag for å si hvilke tester som skal brukes, sier han.

– Vi ønsket å ha en lengre prosess for å finne ut hvilke som eventuelt skal tilbys.

Helsedirektoratet utreder for tiden om hpv-test på sikt skal erstatte celleprøver i den generelle screeningen av kvinner, kalt primær-screening.

Ikke like aggressive

Sørbye, som jobber på UNN, bruker en test som avslører færre hpv-typer enn andre tester. Han er uenig i at det innebærer risiko. Tvert imot.

– I studier som har undersøkt kvinner med kreft, har de ulike hpv-testene fanget opp like mange, sier han.

– Det er nemlig stor forskjell på hvor aggressive de ulike hpv-virusene er. I testen vi bruker undersøkes det for de fem mest aggressive type-
ne, og som i realiteten står bak over nitti prosent av krefttilfellene.

Han viser dessuten til at denne testen påviser kreftfremkallende aktivitet, noe som tyder på at cellens arvemateriale er blitt endret. Det er først da det er risiko for kreft.

Livmorhalskreft

› Hvert år får rundt 300 norske kvinner livmorhalskreft. 100 dør. Sykdommen gir få symptomer før den er kommet i et sent stadium.

› Oppdages den i et tidlig stadium, er prognosene gode. Oppdages forstadiene, kan kreft unngås.

– Testene som avslører flest typer, viser bare at hpv er til stede. Siden hpv er så vanlig, og de fleste bare har en forbigående infeksjon, plukker disse testene også ut kvinner som ikke egentlig har behov for å følges opp, påpeker han.

Studier han har gjort, publisert i Journal of Virological Methods og PLoS ONE, viser at kvinner som tester positivt på testen UNN bruker høyst sannsynlig har celleforandringer som bør behandles.

– Kan du være helt trygg på at dere ikke utsetter kvinner for unødig risiko?

– Ja. Helsedirektoratet glemmer at det ikke er hpv-testen alene som avgjør hvordan kvinnene følges opp. Hpv-test brukes sammen med celleprøve. Vi slipper ingen kvinner med celleforandringer. Selv om de har negativ hpv-test, blir de fulgt opp med celleprøver.

Antall tilfeller av livmorhalskreft har de siste årene gått ned ved UNN, ifølge Sørbye.

– Vi tar færre celleprøver og færre vevsprøver, men finner minst like mange alvorlige forandringer som før, opplyser han.

Uforsvarlig praksis

Da hpv-testing ble innført i 2005, var det som et treårig prøveprosjekt. Kreftregisteret skulle levert en evaluering for ett år siden, men den er ennå ikke ferdig. Flere patologer og virologer gikk i sommer ut i Dagens Medisin og advarte mot å stoppe testingen før dagens praksis er evaluert.

Men Ole-Erik Iversen, professor og overlege ved Kvinneklinikken ved Haukeland universitetssykehus, mente klinisk praksis flere steder var uforsvarlig.

Han er medlem i styringsgruppa for rådgivningsgruppa for masseundersøkelsen av livmorhalskreft. Styringsgruppa har gitt Helsedirektoratet råd i denne saken.

– Hpv-testene må ha samme vitenskapelige krav som Verdens helseorganisasjon (WHO) mener, og holde en internasjonal vitenskapelig standard. Da kan klinisk bruk forsvares. Slik standarden er ved flere norske sykehus i dag, er det bedre for kvinnehelsen at testene ikke brukes, sier han.

– Hovedproblemet i dag, er at noen tester

bare påviser fem hpv-typer, mens 13 typer er nødvendig ifølge Who, sier han.

Geir Morland, daglig leder i Norchip, produsent av testen som kun tester for fem virus sier dette:

– Det viktige er ikke antall hpv-typer, men hvor nøyaktig testen er til å finne forstadier til kreft eller kreft.

Til Sykepleien innrømmet Hans Petter Aarseth at saken hadde vært vanskelig. Nå får han den tilbake på sitt bord. ■■■



VIL HA NY VURDERING: Helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen sier nei til å stoppe hpv-testing fra nyttår. Foto: Bo Mathisen

Fagorganisasjonen for deg som har lederoppgaver og lederansvar

Lederne ble stiftet i 1910 og er en selvstendig, partipolitisk uavhengig arbeidstaker- og interesseorganisasjon med ca. 16.000 ledere og merkantile ansatte i offentlig og privat sektor.

Lederne har avtaler med de fleste arbeidsgiverorganisasjoner, og kan tilby individuell service, rådgivning, forhandlingservice, juridisk støtte til medlemmene, kompetanseutvikling, omfattende støtte til kurs og etterutdanning, attraktive forsikringer for medlemmet og familien og økonomisk støtte ved arbeidsledighet.

Vi er stor nok til reell innflytelse, liten nok til personlig service, og har enkeltmedlemmets individuelle behov i sentrum!

Ta gjerne kontakt med bransjeansvarlig i Lederne, Marit Garmannslund Nortun, E-post: marit@lederne.no, tlf. 982 88 864.



– Pass på tekoppen

En liten kopp med varm drikke kan gjøre store skader på små barn.

Nå reiser sykepleierne på Ullevål ut for å forebygge. Tekst Nina Hernæs Foto Stig Weston



Hittil i år har barnekirurgen på Oslo universitetssykehus Ullevål behandlet 66 barn med brannskader. De fleste skyldes skålding.

– Veldig ofte har barna veltet en kopp med kaffe eller te, sier ledende spesialsykepleier Inger-Lise Bråtelund.

Hun leder prosjektet «Forebygging av brannskader hos barn». Hun samarbeider med Lærings- og mestringscenteret for barn om å nå ut til foreldre og helsepersonell. Sammen

har de fått midler av Helsedirektoratet til å spre kunnskap om hvordan slike skader kan unngås.

Langvarig behandling

De fleste barna med skåldingsskader er mellom ett og to år.

– Det er gjerne når de begynner å bevege seg at ulykken skjer, erfarer Bråtelund.

For barn, med små kropper og tynn hud, kan innholdet i en tekopp lage store skader.

Typisk er dype brannskader i ansiktet, på halsen, bryst og mage.

Skadene krever sykehusinnleggelse, noen ganger intensivbehandling, og mange barn må i narkose for å få stelt sårene. Noen må også transplantere hud.

– Foreldrene blir veldig sjokkerte over hvor dårlige barna kan bli, og strever med enorm skyldfølelse, sier Bråtelund.

Akkurat nå ligger det fem små barn med skåldingsskader på Ullevål.

– Vi tenker at vi må bidra til at slike ulykker ikke skjer.

Informerer helsesøstre

I vår arrangerte barnekirurgen fagdag for helsesøstre. De ønsket at sykepleiere fra barnekirurgen skulle komme ut til dem og informere. Bråtelund regner med å kunne tilby å komme fra april.

– Men er ikke dette noe helsesøstre kan?

– Jo, men jeg tror heller ikke de er klar over hvor stor skade varm te eller kaffe kan lage. Kanskje har det kommet litt i skyggen av alt det andre de må gjøre.

Bråtelund presiserer at hensikten ikke er å løfte pekefingeren.

– Å sette fra seg en tekopp der små fingre kan komme til, er fort gjort. Plutselig skjer det noe, og man glemmer at koppen står der den står. Tipsene for å forebygge er enkle.

– Plasser kopper med varm drikke utenfor rekkevidde, ikke drikk noe varmt under amming og la være å bruke duk på bordet, sier Inger-Lise Bråtelund. ■■■

«Foreldrene blir veldig sjokkerte over hvor dårlige barna kan bli, og strever med enorm skyldfølelse.»

Inger-Lise Bråtelund.



EN KOPP: Dette barnet fikk en kopp med varm drikke over seg. Foto: Oslo universitetssykehus, Ullevål.



STORE SKADER: Ledende spesialsykepleier Inger-Lise Bråtelund foran badekaret hvor brannskadde barn kjøles ned.



Verv og vinn!

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

Hva koster medlemskap i NSF?

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

Dine medlemsfordeler er:

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



Verv 3

3 vervinger: Leatherman verktøy



Verv 1

Verv 1

1 verving: Brødpose pistasje

1 verving: Brødpose sort



Verv 4

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



Verv 1

1 verving: Termos



Verv 2

2 vervinger: Bok. Sår



Verv 2

2 vervinger: Bok: Godt Rett Rettfærdig



Verv 2

2 vervinger: Grand Cru 3 skåler

VENNLIGST BRUK BLOKKBOKSTAVER

Ververs navn: _____ Verrens medlemsnr.: _____

Navn på nytt medlem: _____

Har du vært medlem tidligere? _____ Tidsrom: _____

Fødselsnummer (11 siffer) _____

Adresse: _____

Postnr: _____ Poststed: _____

E-post: _____

Telefon privat: _____ Mobil: _____

Eksamensdato: _____

Sykepleierhøgskole/sted: _____

Arbeidsgiver: _____

Arbeidssted: _____

Ansatt dato: _____

Avdeling: _____

Stillingsbenevnelse: _____

Medlemmer i lønnet arbeid innbetaler kontingenten ved månedlige trekk i lønn

Kryss av:

- Brødpose Sort
- Brødpose Pistasje
- Brødpose Sort/Sand
- Termos

- Jeg sparer vervingen

Vervepremiene gjelder ikke for verving av studentmedlemmer

Vervepremie sendes i posten etter at innmeldingen er godkjent.

VERVEKUPONG

Kartlegger tilbudet til de eldste

Hvor god er eldreomsorgen i din kommune? Det spørsmålet vil du snart få i form av en e-post. Forsker Heidi Gautun i Fafo skal analysere svarene. Tekst Barth Tholens Foto Marit Fonn

I løpet av januar vil de fleste Norsk Sykepleierforbunds medlemmer som jobber i eldreomsorgen, motta en e-post fra forskningsinstitusjonen Fafo. Her blir de bedt om å delta i en landsomfattende spørreundersøkelse som skal kartlegge kvaliteten på eldreomsorgen i kommunene. Sykepleierne skal gi sin vurdering av tilbudet til de eldste pasientene i sin kommune. Hvordan er sammensetningen av tiltakene til denne pasientgruppen? Hvordan vurderer sykepleierne sykehjemstilbudet og hjemmesykepleien? I hvilken grad tror de som jobber i tjenestetilbudet, at de eldres behov blir dekket? Og er det, etter sykepleiernes mening, nok kompetanse i kommunen til å gi et godt tilbud til de eldste pasientene?

Større svarprosent

Det er Fafo-forskerne Heidi Gautun og Osmund Hermansen som har søkt om tillatelse fra personvernombudet for forskning til å bruke sykepleiernes e-postadresser. Bruk av e-post er rimelig og gir større svarprosent enn postale undersøkelser og telefonundersøkelser. Svak-

heten er imidlertid at det er vanskelig å analysere hvorfor noen eventuelt ikke svarer. Det vil ta cirka 10 minutter å jobbe seg gjennom hele undersøkelsen.

Fri forskning

Gautun har forsket mye på eldreomsorg i Norge. De siste årene har hun publisert en rekke artikler om hvordan arbeidstakere i Norge kombinerer jobb og omsorg for gamle foreldre. Hun har blant annet påvist at arbeidstakere som har eldre foreldre med sykehjemsplass har mindre fravær fra jobb enn arbeidstakere som har eldre foreldre som bor hjemme og mottar hjemmetjenester.

Det er NSF som er oppdragsgiver for undersøkelsen som vil bli gjennomført i løpet av januar. Undersøkelsen skal, sammen med andre datainnsamlinger og analyser, være ferdig i løpet av 2011. Som kjent er det både kommunevalg og NSF's landsmøte dette året. Både NSF og Gautun understreker for øvrig at alle resultatene fra prosjektet vil bli publisert. Fafo har inngått en standardkontrakt med NSF som gir forskningsinstitusjonen full frihet.



UNDERSØKER: Fafo-forsker Heidi Gautun håper på høy svarprosent når hun i januar sender ut tusenvis av e-poster til sykepleiere ansatt i kommunene.

– Det meste av utgiftene til eldreomsorgen går til pasienter over 80 år. Nå vil vi undersøke om tiltakene er godt sammensatt slik at pasienten får den hjelpen de trenger, sier Gautun.

Hun understreker at sykepleierne først og fremst vil bli spurt om å gi sine vurderinger, for eksempel om de mener at det er en bra balanse mellom hjemmetjenesten og sykehjemstilbudet.

Fakta og vurderinger

I tillegg til de svarene forskerne får fra sykepleierne, vil de også se på annen forskning og statistikk for å finne ut hvordan kommunene har organisert sitt tilbud og hvordan tilbudet dekker pasientens reelle behov. Og de vil se på utviklingen i eldreomsorgstilbudet over tid. ■■■

VERVEKUPONG

Verv og vinn!



Norsk Sykepleierforbund
Svarsending 1016
0090 Oslo

Lisbeth Normann

Alder: 50 år

Aktuell som: Leder i Norsk Sykepleierforbund (NSF), som har mange medlemmer i kamp for sine lokalsykehus.

BAKGRUNN:

Demonstrasjoner. Medlem mot medlem. Når lokalsykehusene står i fare, mobiliseres innbyggere og ansatte. De kjemper for sine helsetilbud og arbeidsplasser. «NSF tør ikke ta debatten om lokalsykehus. NSF er helt taus», sa en Kristiansund-tillitsvalgt i forrige utgave av Sykepleien. Hun savner støtte av forbundet sitt.

Er nøytral om lokalsykehus

Lokalsykehus – hvilke assosiasjoner får du?

– De er mange. Tilgjengelige. Ulike.

Er det greit å legge ned fødetilbud og akutttilbud?

– Umulig å svare på. For å definere gode tilbud til befolkningen, må vi først snakke om overordnede mål.

Hvilke da?

– Gode, forsvarlige tjenester som er rekrutteringsattraktive for fagfolk med nyttig kompetanse.

Som kan innebære færre fødetilbud?

– Når Aker flytter fødetilbudet til Ullevål, viser det seg å bli et godt tilbud.

Flytting fra Kristiansund til Molde da?

– Det spørsmålet må stilles til lokale tillitsvalgte. Jeg kjenner ikke de lokale forholdene.

Hva legger du vekt på?

– Fagmiljøene må være store nok for å gi trygge helsetjenester. Det vil bety lokale forskjeller. Jeg kan ikke si hva de skal mene lokalt. De som er nær, har de tyngste argumentene om hvordan man bør organisere. Geografien kommer vi ikke unna som argument.

Hvorfor ikke?

– Det er forskjell på Finnmark og Oslo, der det er bare noen trikkestasjoner mellom sykehusene.

Er det mulig å ivareta alle medlemmene i lokalstriden?

– Vi har god erfaring med at våre folk i fylkene takler dette.

Men når medlem står mot medlem, som i Molde og Kristiansund?

– Noen ganger er man ikke enig. Da er det viktig å tenke pasientens beste. Det må være det førende.

Er det kvinnefiendtlig å legge ned fødetilbud?

– Nei. Grunnene kan være så ulike. Vi har også et ressursansvar.

Hva når reisetiden blir mer enn tre timer?

– Hva som er den medisinskfaglige risikoen skal ikke sykepleiere avgjøre. Men sikkerheten må selvsagt ivaretas. Det er behov for å se med nye øyne på prehospitaltjenester og bygge ut ambulanse- og flytjenester.

Skjønner du kritikken om taushet?

– Nei. Vi flagger vår politikk. På de 19 fylkeskontorene våre jobbes det hardt og godt. Deres meninger har vekt.

Må lokalsykehus ha akutttilbud?

– Ikke nødvendigvis. Det er behov for å rasjonalisere. Man kan godt ha nytte av helsetilbud selv om de er ti mil unna. Det gir oss mulighet til å tenke nytt.

Noen sykepleiere melder overgang til Fagforbundet. Er det greit?

– NSF har det beste faglige fellesskapet. Derfor velger ni av ti sykepleiere oss.

Men bekymrer det deg?

– Vi er alltid opptatt av å beholde dem vi har. Der majoriteten er organisert, blir resultatene best.

Har legene for mye makt når strukturer legges?

– Nei, det er feil å si. Vi har forskjellige roller. Legene har ansvar for å definere hva som er medisinsk forsvarlig.

Ville du demonstrert for et lokalsykehus?

– Ja, hvis folk ikke fikk et godt nok helsetilbud.

Tar mange kontakt om lokale strider?

– Jeg diskuterer mye med fylkesledere. Men personlig får jeg ikke mange spørsmål. Jeg vil holde en nøytral profil.

Hva sier du til dem som står midt oppi det?

– Jeg skjønner det setter i gang følelser og kjennes urettferdig. Men selv de som risi-

kerer å bytte arbeidsplass må tenke at for oss sykepleiere må et godt tilbud for pasienten være retningsgivende for hvor sykehusene skal være. (Se også side 72.)

Tekst og foto Marit Fonn





Tema EU

- 24 – Vi vet at dette er dumt ›
- 28 Bedre flyt med bedre utdanning ›
- 30 Senker grensene ›
- 31 4 i Europa ›



Europa

Mange millioner sykepleiere i Europa opplever trange tider. Etter finanskrisen er de rammet av nedskjæringer og kutt i lønninger og pensjoner.



kutter

Samtidig jobber EU videre for at folk lettere kan krysse grensene på jobb jakt og for å få helsebehandling. Nye EU-direktiv kan få store konsekvenser for norske sykepleiere.





«Vi vet at dette er dumt, vi har erfart det før.» Liam Doran, generalsekretær i INMO

Nå ser alle mot Irland. Men i mange europeiske land opplever sykepleierne å få redusert lønna og miste goder på grunn av harde budsjettkutt. Tekst Ellen Morland Foto Scanpix og Colourbox

Den 18. oktober skulle være en gledens dag i Dublin for en gruppe unge irer. Denne dagen fikk de vitnemålet som viser at fire års sykepleierutdanning er fullført. I Irland består sykepleierutdanningen av tre år på høyskolenivå pluss et fjerde praksisår, en slags turnustjeneste, der studentene jobber i praksis og får studentlønn.

Irland trenger unge og godt utdannede mennesker. Og irene er stolte av sin sykepleierutdanning. Sykepleierforbundet jobber for at flere skal gå videre på masternivå, og kanskje oppnå tittelen «advanced nurse practitioner».

Likevel har generalsekretær Liam Doran i det irske sykepleierforbundet (INMO) flere bekymrede rynker i pannen på tv-innslaget fra vitnemålsutdelingen. Den syv minutter lange videosnutten som ligger på forbundets hjemmeside handler utelukkende om de håpløse fremtidsutsiktene de ferske sykepleierne nå møter. Faktum er at de fleste av dem kommer til å forlate landet. De blir rekruttert til jobber i London og andre engelske byer, og får betalt flyreisen over, boutgifter den første måneden og introduksjonskurs. Noen drar også til Canada og Australia.

Doran forteller at ingen av de uteksaminerte har fått tilbud om en fast stilling i Irland, bare noen få har fått korte, midlertidige engasjementer.

– At så mange nyutdannede sykepleiere og jordmødre forlater dette landet er en forferdelig dom over vår evne til å planlegge fremtiden, lære av våre feil fra fortiden og sikre at vi har nok sykepleiere og jordmødre i helsevesenet i fremtiden.

– Vi vet at dette er dumt, vi har erfart det før. La oss ikke gjøre den samme dumheten igjen, ber Doran.

Lønnskutt

Dorans bønner er rettet mot myndighetene. Men nå er det bare penger og politiske liv som tar oppmerksomheten. Irland har dette året gått inn i en tung økonomisk krise etter mange år med optimisme og økende levestandard. Landet har, etter hva ekspertene mener, levd over evne. Finanskrisen tvang mange land i Europa til å ta opp lån for å redde bankene fra konkurs. Dette har gått hardest ut over landene med mest sårbare økonomier. Lånene fra EUs krisefond har som betingelse at landene må spare milliarder på sine offentlige budsjetter.

Dermed har helsevesenet blitt sterkt rammet i mange land. Sykepleiere over hele Europa har måttet gå ned i lønn, ikke fått betalt for overtid, fått høyere skatt eller mistet jobben.

I Irland innførte myndighetene et såkalt moratorium da finanskrisen satte inn i 2008. For sykepleierne var konsekvensen 14 prosent lønnskutt og total ansettelsesstopp, forteller Annette



Irland:

Sykepleierlønningene i Irland er senket 14 prosent i 2009 og det er full ansettelsesstopp. I november ble en ny fireårig sparepakke presentert som kan senke sykepleiernes begynnerlønn med 10 prosent hvis den blir vedtatt. Budsjettet vil redusere arbeidsstokken i helsevesenet med 6000 ved naturlig avgang.

Storbritannia:

De rundt 665 000 sykepleierne har fått en viss lønnsøkning de siste årene, og 2,5 prosent i 2010–2011. Men regjeringen varsler at neste år fryses lønnsnivået i to år for ansatte i offentlig sektor som tjener mer enn 201 000 kroner i året, som tilsvarer minimum begynnerlønn for sykepleiere. Gjennomsnittslønn for sykepleiere er cirka 278 000 kroner per år.

I høst har regjeringen varslet at offentlige budsjetter skal kuttes minst 20 prosent. Regjeringens egne tall sier at dette betyr nesten 500 000 færre jobber i offentlig sektor. I tillegg

kuttes sosiale stønader og barnetrygden gjøres behovsprøvet. Offentlige innkjøp kuttes også, noe som rammer privat sektor. Dette vil ramme de med lave og middels høye inntekter hardest.

Norden:

Landene i Norden har sammen med Benelux-landene og Sveits, Østerrike og Tyskland og noen land i Øst-Europa klart seg ganske bra gjennom finanskrisen.

I Danmark er det foreslått å kutte i førtidspensjonen. Arbeidsledigheten er 6,9 prosent, nesten en fordobling på noen få år. De offentlige nedskjæringene kan ifølge Arbejderbevægelsens Erhvervsråd koste opp til 20 000 jobber. Finland har en arbeidsledighet på 8,5 prosent, Sverige 8,2 og Norge 3,5 prosent.

Romania og Bulgaria:

I sommer ble det kjent at Romania må gjennomføre omfattende budsjettkutt. Alle offentlig ansatte går ned 25



PROTEST: I november protesterte irene da det ble kjent hvilket omfang budsjettkuttene ville få.

Kennedy i det irske sykepleierforbundet til Sykepleien.

– Vi har mistet minst 2500 stillinger, når folk har gått av med pensjon eller sluttet av andre grunner. Dette merkes nå veldig godt i helsevesenet. I tillegg er det innført en frivillig førtidspensjonering. Vi regner med at en del helsepersonell vil slå til på det, og da forsvinner de allerede nå i desember.

Redd nedleggelser

Kennedy har mye å gjøre om dagen. 7. desember legges statsbudsjettet for neste år frem. Sparepakken for de neste fire årene har nylig blitt kjent: 15 milliarder euro (ca. 121 mrd. kr.) skal spares på fire år. I begynnelsen av desember blir det klart om parlamentet godtar sparepakken. Kennedy og hennes kolleger jobber på spreng for å påvirke politikerne til ikke å vedta flere kutt i helsevesenet. Forslaget til spareplan innebærer blant annet at:

- › 746 millioner euro (ca. 6 mrd. kr.) skal spares i helsevesenet på statsbudsjettet i 2011. 1,4 milliarder euro (ca. 11,3 mrd. kr.) før 2014.
- › Reduksjon av helsepersonell på 6000 personer, ved naturlig avgang.
- › Lønnskutt for alle nyansatte i helsevesenet, inkludert sykepleiere og jordmødre (10 prosent). Begynnerlønnen for en nyutdannet er nå 244 000 kroner per år, og rundt 40 prosent går bort

i skatt, pluss at rundt halvparten velger å kjøpe ekstra helseforsikring.

– Vi har fått en avtale med myndighetene om at sykepleierlønningene ikke skal røres denne gangen. Men vi aner jo ikke i disse tider. Avtalen kan bli satt til side, sier Kennedy oppgitt.

– Vi jobber nå for å opprettholde aktiviteten og sørge for en forsvarlig pasientbehandling, spesielt i førstelinjetjenesten. For å få dette til må ansettelsesstoppen oppheves. Det er hovedmålet nå.

Men hun er redd spareplanen vil gi høyere skatter og at en del mindre sykehus og helsetilbud blir lagt ned.

Det er ikke lett. Kennedy konstaterer at folk virkelig er deprimeret av denne situasjonen. Og veldig oppgitt over politikerne.

– Uforsvarlig pengepolitikk har ført oss opp i dette uføret. Men folk føler også litt skyld selv. Mange har tatt opp store boliglån i den tro at de gode tidene vil fortsette. Nå er verdien på husene halvert og rentene stiger. Folk er fortvilet.

– Kjære landsmenn

24. juni sendte den britiske statsministeren David Cameron og hans visestatsminister Nick Clegg et brev til alle de statlig ansatte



prosent i lønn, også de med minstelønn. Statlig pensjon og arbeidsledighetstrygd senkes med 15 prosent.

Snittlønnen i Romania ligger i dag på omtrent 2 800 kroner i måneden. Sykepleierforbundet rapporterer at prisene har steget. Det hender pasientene selv må betale for medisiner som trengs til egen behandling på sykehusene. Romania opplever samtidig mangel på sykepleiere. Men det opprettes ingen nye stillinger. Bare en av sju stillinger der folk slutter blir fylt.

Bulgaria, er visstnok enda verre stilt økonomisk, ifølge LO, og det har vært demonstrasjoner mot økt pensjonsalder.

Andre land i Øst-Europa:

Landene i Øst-Europa har opplevd kutt i helsebudsjettene etter finanskrisen. Grunnen er at lånene landene (Latvia, Romania, Serbia og Ungarn) har hos EU og IMF krever at

budsjettene kuttes og lønningene fryses. Landene har lave lønninger, og hadde inntil krisen en svak vekst som har stoppet opp. I Ungarn blir den 13. lønningen kuttet ut, som er en slags bonus.

Slovakia er vanskelig stilt og har hatt store demonstrasjoner mot offentlige budsjettkutt. Tsjekkia og Slovenia er ikke sterkt rammet av finanskrisen, men veksten har stoppet opp. I Tsjekkia skal offentlige lønnskostnader ned med 10 prosent.

Polen har klart seg ganske bra gjennom finanskrisen og har lavere arbeidsledighet generelt enn gjennomsnittet i EU, 8,8 prosent.

Latvia, Litauen og Estland:

Latvia er svært kraftig rammet av finanskrisen. Sykepleiernes lønninger er senket 20–40 prosent og er nå rundt 3200 kroner per måned. Det er 5–6 prosent arbeidsledighet for sykepleiere, altså mye lavere enn for landet totalt (14 prosent).

Det er vanskelig å rekruttere sykepleiere på grunn av lav lønn, aggressiv rekruttering fra andre land som Storbritannia og Tyskland og restriksjoner i ansettelsesforholdene. Sykepleiere som jobber i utlandet, får ofte jobb som hjelpepleiere. Latvierne ønsker å styrke sykepleierutdanningen for å motvirke dette.

Litauen og Estland er ikke like ille ute som Latvia, men har opplevd sterk øking i arbeidsledighet i 2009. For ansatte i helse- og sosialsektoren falt lønningene i gjennomsnitt med 9,8 prosent i 2009.

Estland har vært i god vekst, men fikk problemer i 2009 og arbeidsledigheten spratt opp i 15 prosent. For ansatte i helse- og sosialsektoren falt lønningene i gjennomsnitt med 6,3 prosent i 2009.

Spania:

Offentlig gjeld har ført til at de 250 000 sykepleierne i landet har måttet gå 5 prosent ned i lønn. En undersøkelse viste at 90 prosent av sykepleierne synes



LEI: Annette Kennedy, fagsjef i det irske sykepleierforbundet håper folk i Irland snart får slippe alt det negative fokuset. Foto: INMO.

i Storbritannia. På høflig, engelsk vis ble de rost opp i skyene, for hvilken strålende og viktig innsats de gjør for at hjulene skal gå rundt i samfunnet. Det går mange linjer før statsministeren kommer til sitt «men»: For landet skal nå, dessverre, og tvingende nødvendig, spare inn 20 milliarder pund (ca. 193 mrd.kr.). Ja, ikke lite, så derfor: Er det noen som har gode ideer til hvordan vi kan spare? Anyone? Og meld det inn på nettsiden regjeringen har opprettet!

Det engelske sykepleierforbundet RCN svarte med å oppfordre medlemmene til å fortelle sine historier. For det kunne ikke stemme at myndighetene virkelig trodde at man kunne spare litt her og litt der, og så var de 20 milliardene i boks? Helseministeren hadde lovet at sykepleierstillingene ikke skulle røres, men det hadde allerede kommet signaler fra medlemmene om at stillinger forsvant. Dessuten var det etablert en praksis at man ikke lenger skulle bruke vikarbyråer til å fylle opp ved sykefravær.

Gjennom kampanjen Frontline First rant historiene fra det ganske Britannia inn. Forbundet ønsket også å få vite om konkrete eksempler på sløsing, og forslag til innsparinger. I november ble

« Det er merkelig stille om dette i EUs helsedepartement. *Unni Hembre.*

kampanjen avsluttet. Rapporten har samlet inn tall fra regionene og sammenstilt dem med historiene. Resultatet var svært avslørende: 26 000 jobber er øremerket til å forsvinne fra det engelske helsevesenet. Rapporten peker på at konsekvensene blir lavere sykepleierdekning, lavere pasientsikkerhet, at opprinnelige sykepleierstillinger ikke blir fylt med sykepleiere og at teamene blir «vannet ut» med flere ufaglærte.

I høst har det litt etter litt lekket ut informasjon om hvordan sparetiltakene skal gjennomføres i det britiske samfunnet. De sinteste akkurat nå er kanskje studentene, som får over dobbelt så høy studieavgift.

Vil vite hva som skjer

I oktober inviterte den europeiske sykepleiersammenslutningen EFN til en konferanse der representanter fra medlemslandene fortalte hvordan finanskrisen hadde rammet deres sykepleiere. I EFN er alle sykepleierorganisasjonene fra EU-landene med, pluss den norske, den kroatisk, den sveitsiske og den islandske.

– Vi ønsket å få oversikt over situasjonen. Så kan vi vurdere om EFN skal ta kontakt med helsemyndighetene i landene som er hardest rammet, sier Unni Hembre, nyvalgt president for EFN.

– EFN er en lobbyorganisasjon og vil gjerne bli oppfattet som sykepleiernes stemme inn til EU-systemet. Det er en stemme vi ønsker EUs politikere skal lytte til når spørsmål som angår europeernes helse diskuteres. Og vi blir ofte invitert med på møter.

– Det er mest snakk om penger i EU nå. Er EUs helsepolitikere bekymret for at helsevesen «ofres» for å redde bankene?

– Det er merkelig stille om dette i EUs helsedepartement. Jeg har ikke fanget opp at dette diskuteres. Og det ville jo vært veldig interessant om noen nå undersøkte hvordan disse kuttene vil påvirke folks helse i de forskjellige landene. Hvordan går det for eksempel med pasientdødeligheten?

Lav profil

På konferansen til EFN hadde ikke de nordiske landene, Sveits og Østerrike så mye å rapportere. Franz Wagner fra det tyske sykepleierforbundet holdt også en lav profil. Tyskland har kommet seg ganske bra etter finanskrisen. Landet hadde store reformer og kutt i velferdsordninger for noen år siden, og var på en måte bedre forberedt på finanskrisen. I Tyskland tjener en sykepleier rundt 210 000 kroner i året. Halvparten går bort i skatter og forsikringer.

Johanna Knüppel i det tyske sykepleierforbundet forteller at sykepleierne ikke merket finanskrisen så godt, men at helsevesenet er veldig preget av tidligere kutt. Det største problemet er at ingen vil jobbe der. De unge blir ikke sykepleiere. Hvis de blir det, vil de jobbe i andre land med bedre lønn og arbeidsvilkår. Tyskland har dermed stor sykepleiermangel, særlig på spesialistutdannete sykepleiere.



dette er greit hvis det kunne hjelpe på økonomien landet var i etter finanskrisen. Det er stor arbeidsledighet i Spania, 20,5 prosent, men ikke blant sykepleiere.

Helsemyndighetene og sykepleierforbundet har nylig blitt enige om en kompetansereform som gir sykepleiere mulighet til å etterutdanne seg til å få mer ansvar på områder som kroniske sykdommer, forskrivning av medikamenter og å stille diagnose. Krisen leder til forandring. Den er en mulighet for å utvikle nye personalressurser og det kunne være perfekt timing for å prøve og nå den samme balansen i helsepersonell i hele Europa, mener sykepleierforbundet. Ifølge LO er det også store endringer i ansettelsesbeskyttelsen og mer bruk av deltid og vikarer i offentlig sektor.

Portugal:

Har bestemt å ikke øke lønninger i offentlig sektor i fire år. Landet gjennomfører nå en ekstra sparepakke, som gir nedskjæring på 5 prosent i offentlige lønninger, økt moms, ingen økning i pensjonene og nedskjæring på opptil 25 prosent i velferdsytelser.

Frankrike:

Økt pensjonsalder og innstramminger på velferdsgoder førte til store demonstrasjoner frem til oktober, da planen ble vedtatt. Regjeringen legger opp til kutt på 40 milliarder euro ved å droppe en planlagt stimulanspakke og kutte i offentlige budsjetter.

Hellas:

Begynnerlønn for sykepleier med treårig bachelor i Hellas er omtrent 8000 kroner per måned pluss overtid/tilllegg. Fra mai gikk den ned 10 prosent. Skattene er samtidig økt med 10 prosent. På årsbasis er også lønnen redusert da bonuser/feriepenger har blitt kuttet ned på. Dette har også konsekvenser for pensjonistene som kutt i pensjonen. Det blir også kutt i overtidsbetaling og andre tillegg. Lønningene vil ikke økes på tre år. Pensjonsalderen går opp og blir 67 år for både kvinner og menn, med mulighet for førtidspensjonering etter 60 år.

Lønnen for sykepleiere i offentlig sektor, der de fleste

– De som jobber, orker ikke stå i fulltidsstillinger fordi arbeidspresset er så stort. Mange jobber 75 prosent. De trenger noen fridager for å komme seg etter de hektiske vaktene, sier Johanna Knüppel.

Hun forteller at et sykehus i München nylig avverterte etter spesialsykepleiere i en berlineravis: 8000 euro til den som vil ta jobb hos dem.

Knüppel er bekymret for kvaliteten på de offentlige helsetjenestene. Forbundet har kjørt i gang en såkalt «Gult kort-kampanje» der folk oppfordres til å klage til forbundskansler Angela Merkel på dårlige arbeidsforhold i helsevesenet. Aksjonen har ført til at departementet nå har lovet å se nærmere på problemet, forteller Knüppel fornøyd.

– Tenk mer på faget!

Tyskland skal dessuten gjennomføre en reform av sykepleierutdanningen, som til nå har vært delt opp i sykehus-, barne- og eldresykepleierutdanning. Forbundet er fornøyd med at det blir en enhetlig utdanning med høyere faglig kvalitet.

Å høyne kvaliteten på utdanningen er et arbeid som også foregår i EU-regi (se egen sak s. 28) På EFN-konferansen var også Spania opptatt av å rette fokuset mot kvalitet og utdanning. «Denne situasjonen kan bli en mulighet til å utvikle nye strategier for personellressurser, en perfekt anledning til å jobbe for at det blir et jevnt forhold mellom antall leger og sykepleiere i Europa» oppsummerer det spanske sykepleierforbundet.

Direktør for sykepleier- og jordmortjenesten i det irske helsedirektoratet, professor Siobhan O'Halloran, er av samme oppfatning.

– Å utvide sykepleierens rolle, og gi dem mer faglig ansvar og utvikle flere masterprogrammer, er veien å gå i disse tider.

– Men de får jo ikke jobber der de får brukt kunnskapen?

– Det vil være bruk for denne kunnskapen i fremtiden.

– Så du deler ikke Liam Dorans bekymring for at de nyutdannede reiser ut?

– Det er hans jobb å være bekymret. Han er jo fagforeningsleder. Irske sykepleiere har alltid reist ut. I fjor fikk nesten hele kullet jobb, så det vil variere fra år til år. Vi må prøve å holde antallet



HARDT: Nedskjæringene i offentlig sektor går hardt ut over mange familier. Foto: Scanpix.

vi utdanner oppe. Nå reiser de utenlandske sykepleierne hjem. Dette er sårbart og det varierer. Plutselig kan det bli mangel igjen.

Mer bråk i vente

Nå venter Europa på at Portugal og Spania skal få trøbbel med å innfri lånevilkårene til EUs krisefond. Demonstrasjonene mot budsjettkuttene er ikke over.

– Vi venter virkelig på at flomlyset skal vende en annen vei enn mot oss, sier Annette Kennedy i Irland.



sykepleiere jobber, har stått stille i ti år. Privat ansatte har litt bedre lønn.

Ingen flere stillinger blir opprettet, selv om sykepleiermangelen er stor. Det er omtrent 30 000 sykepleiere på en befolkning på 12 millioner. Regjeringen har meldt at bare for hver femte sykepleier som går av med pensjon vil stillingen fylles. Sykepleierforbundet mener det trengs 85 000 nye sykepleiere, og det er et moderat anslag.

Kroatia:

Nedgangstidene er merkbare med stram økonomi og omorganisering av helsevesenet, som har resultert i at gjennomsnittslønnen har gått ned. Kroatisk myndigheter innførte en ekstra skatt på 4 prosent i ett år, fra 2009 til 2010, som nå er opphørt. Begynnerlønn for sykepleiere er 4–5000 kroner per måned. Etter fem år inkludert turnustillegg kan den komme opp i 8000.

Italia:

Regjeringen har annonsert at offentlige lønninger skal frysnes i tre år.

En sykepleier tjener omtrent 12 000 kroner per måned. Det har vært kutt i antall stillinger. Ingen erstatning av pensjonister. Ingen nye stillinger er opprettet. Eldreomsorgen er preget av private ufaglærte immigranter.

Det er svært vanskelig å få jobb som nyutdannet. Sykepleierforbundet ønsker seg en lov som sikrer rekruttering av helsepersonell.

Benelux-landene:

Nederland, Belgia og Luxembourg har klart seg bedre gjennom finanskrisen enn mange av sine naboer. Nederlandske sykepleiere kan vente seg en 2–3 prosent i lønnsøkning i år. Den nye koalisjonsregjeringen mellom konservative og kristendemokratene gjennomfører en rekke kutt i de offentlige utgiftene neste år. Dette er ettervirkningene etter finanskrisen. Men det høyreekstre

støttepartiet til Gerd Wilders tvang gjennom ekstrabevilgning på 7 milliarder til eldreomsorgen for å høyne kvaliteten. Det skal ansettes 12 000 nye personer i denne sektoren. Det er foreløpig uklart hvor disse skal rekrutteres fra.

Nederland vil på sikt øke pensjonsalderen fra 65 til 66 år. Helsepersonell vil allerede fra neste år måtte jobbe fire måneder lenger for å opparbeide full tjenestepensjon. De som starter i arbeidslivet vil måtte jobbe 7 måneder lenger. Utsatt pensjonsalder er resultat av justert levealder, men vil også bidra til å fylle personalgapet i helsesektoren. Det er for øvrig lite arbeidsledighet blant sykepleierne i Nederland og det meldes ikke om omfattende oppsigelser. En gjennomsnittssykepleier tjener cirka 22 000 kroner i måneden.





UNNI HEMBRE : leder European Federation of Nurses, med totalt seks millioner sykepleiere. Hun mener Norge må skjerpe seg for å henge med på EUs utdanningskrav.

Fri flyt med bedre utdanning

Mange europeiske land innfrir ikke kravene som EU stiller til sykepleierutdanningen. Norge er et av dem. – Beklagelig, mener Unni Hembre. Tekst Barth Tholens Foto Marit Fonn

Unni Hembre ble i høst valgt til president i EFN, en sammenlutning av 32 europeiske sykepleierorganisasjoner. Utdanningsspørsmål står høyt på agendaen.

Hembre er positiv til at EU i 2005 utarbeidet et direktiv som satte en minstandard for sykepleierutdanningen i medlemslandene. Minstekravene skal sikre at sykepleiere innenfor EU kan utøve sitt yrke i et annet EU-land enn sitt eget. I tillegg skal de gi vertslandet trygghet om at sykepleiere som er utdannet innenfor EU, kan jobben sin. Fri flyt av arbeidskraft i det indre marked er en av grunnpilarene i EUs grunnlov.

Halvparten praksis

EUs direktiv 36/2005 om gjensidig godkjenning av yrkeskvalifikasjoner, omfatter leger, sykepleiere, jordmødre, tannleger, farmasøyter, dyrleger og arkitekter. Direktivet slår fast at man må ha minst 10 års grunnskole for å kunne starte på sykepleierutdanningen. Utdanningen skal være treårig og tilsvare minst 4600 skoletimer. Minst

50 prosent av disse skal bestå av praksis og minst en tredel teori.

Det jobbes med en evaluering av hvordan de forskjellige EU-landene har fulgt opp direktivet. Resultatene hittil har vært nedslående: Mange land tilbyr ikke studentene nok praksis. Det betyr at nivået på utdanningen i mange EU-land er for dårlig.

Selv når man tar med såkalte «øvingsposter» på skolen som del av praksisdelen, når ikke Norge opp til 50 prosent-kravet. Mange norske studenter går dessuten gjennom studiet uten tilstrekkelig «erfaring» fra mor-barn-området, slik direktivet krever.

Må følge loven

– Et EU-direktiv er å betrakte som en lov. Vi mener at det bør etterleves, slår Hembre fast.

– Men sykepleierorganisasjonene kan ikke selv styre hvordan utdanningen organiseres. Det er de nasjonale myndighetene som har ansvar for dette. Vi forventer nå at de gjør det, men noen bruker tydeligvis lengre tid enn andre.



Hembre er også nestleder i Norsk Sykepleierforbund (NSF), men uttaler seg i denne saken først og fremst som europeisk representant.

Det er ingen hemmelighet at mange sykepleierorganisasjoner har sett på direktivet som en «redningsplanke» for profesjonsutdanningen: EU har gitt drahjelp for å øke presset på nasjonale myndigheter.

Fleire land har i mellomtiden fått en pekefinger fra kommisjonen for ikke å ta direktivet alvorlig nok. Da EU-domstolen advarte Luxemburg var landets regjering snar med å utvide praksisdelen i sykepleierutdanningen. 26 andre land er også meldt til Domstolen.

Hembre mener at medlemsorganisasjonene i EFN ikke «trykker på» for å få innskjerpet direktivet ytterligere. Men hun medgir at det likevel er stort behov for at sykepleierstudenter må lære seg hvordan de skal kunne jobbe kunnskapsbasert. Studenter må tilegne seg kunnskap som gjør dem i stand til å lese og anvende sykepleieforskning når de kommer ut i arbeidslivet. Særlig land i Øst-Europa, hvor det har vært tradisjon med mer yrkesskole-aktige utdanninger, har et stykke igjen for å komme dit.

– Men flere østeuropeiske land, blant dem Kroatia, er nå i ferd med å løfte sin utdanning opp på bachelornivå. Det er positivt, mener Hembre.

– Kan strengere krav til utdanningen i EU gjøre det enda vanskeligere å rekruttere tilstrekkelig med helsepersonell i årene som kommer?

– Nei, det store behovet for helsepersonell gjør det enda viktigere at sykepleiere får høy kompetanse på sitt område. Hvis det blir færre mennesker på en oljeplattform, er det desto viktigere at de som er der, har høy kompetanse. Slik må det også være i helsesektoren, slår Hembre fast.

Faglig ajour

Mens EU i år har evaluert direktivet og forbereder skritt for å fornye det, jobber myndighetene i Norge parallelt med å reformere de såkalte velferdsutdanningene, deriblant sykepleierutdanningen. Kunnskapsminister Tora Aasland står dermed i fare for å foreslå grep som fort kan bli foreldet i lys av det som skjer i Europa.

– Ja, Norge må henge med når de nå skal utforme sitt utdanningssystem for helsepersonell. For eksempel er det mulig at kravet om «kontinuerlig faglig oppdatering» kan få gjennomslag i EU. Dette setter krav om at sykepleiere, ved fastsatte intervaller, må dokumentere at de holder seg faglig oppdatert. Både Storbritannia og USA har et slikt system, mens det mangler helt i Norge foreløpig. Hvis EU vedtar et nytt direktiv om dette, må de angi hvem som skal ha ansvar for en slik ordning. Det må vi i EFN og Norge være med og diskutere. Når direktivet en gang er utformet, kan ingen la være å forholde seg til det.

– Hvorfor er harmonisering av kravene til utdanningen så viktig?

– For Norge er det viktig at norske sykepleiere skal kunne jobbe i utlandet uten problemer. De har historisk sett reist ut av landet for å hente erfaringer og tilegne seg kompetanse. Det er naturlig at sykepleiere fra alle land i Europa i framtiden skal kunne ha slike muligheter. Da trenger vi bedre systemer for gjensidig godkjenning av yrkeskvalifikasjoner.

– Ser du også farer ved at sykepleiere skal kunne hentes overalt fra?

– Ja, EFN er i mot den aggressive rekrutteringen i land som har dårlig sykepleierdekning fra før. I Latvia for eksempel er de redde for at rike Norge henter deres «eksperter» og støvsuger helsemarkedet der. Jeg er enig i at det kan være uheldig. WHO har vedtatt etiske retningslinjer mot aggressiv rekruttering i land med et underskudd på helsepersonell. Også Norge har vedtatt at de skal følge disse. Så lenge man respekterer disse reglene, har jeg ingenting imot migrasjon av sykepleiere i Europa, mener Hembre.

Superspesialisering

Hun mener at EU står foran en rekke avgjørelser som vil kunne få stor innvirkning på norsk helsepolitikk. Ikke bare vil det kunne bli fri flyt av helsepersonell i Europa, også pasientene vil

« Når direktivet en gang er utformet, kan ingen la være å forholde seg til det.

fritt kunne velge hvor de skal behandles. Det frie sykehusvalget vil i framtiden strekke seg til Roma og Madrid.

– Det kan gjøre noe med sykehusstrukturen i Norge. På samme måte som vi i dag opplever debatt om sentralisering av helsetilbudet i Norge, kan vi i framtiden få oppleve at enkelte spesialiseringer bare vil være å finne i utlandet, tror Hembre. Hun priser seg lykkelig for at NSF i dag er fullverdig medlem i den europeiske sykepleierorganisasjonen. Mens norske myndigheter må stå på gangen når viktige EU-avgjørelser tas, kan NSF påvirke på den Europeiske sykepleierarenaen.

Strengere krav



EFN mener at det trengs enkelte endringer i direktivet for gjensidig godkjenning av sykepleierkvalifikasjoner i EU:

» Utdanningen skal sykepleierstudenter bli undervist i å forstå og anvende sykepleieforskning.

» Det skal være et krav at sykepleiere må gå gjennom en grundig språktest før de blir godkjent til å jobbe i et annet EU-land.

» Direktiv 36 bør stille krav om at sykepleiere må holde seg kontinuerlig faglig oppdatert – og at de må dokumentere dette.

» Nyutdannede sykepleiere skal i framtiden få et slags felles EU-lisenskort som kan brukes i alle EU-land. Lisensen må utstedes av myndighetene og knyttes sammen i et informasjonssystem som hindrer at sykepleiere som har mistet autorisasjon i ett land, kan flytte til et annet for å utøve yrket.





Senker grensene

Pasienter skal kunne velge helsetjenester i andre land, og helsepersonell skal lettere kunne jobbe utenlands. Denne virkeligheten er EU nå i ferd med å vedta.

Tekst **Ellen Morland**

Grensene mellom helsevesenet i europeiske land blir bygget ned, i tråd med EUs grunnidé, EU-traktaten. EU-skeptikerne er opptatt av at prinsippet går på bekostning av landenes suverenitet. Man mister kontrollen over hvordan man vil ha det i sitt eget land, til et system mange oppfatter som litt ullent, der de største landene har mest å si.

La gå med tollbarrierer og vareflyt. Men når vi kommer til tjenester er ikke ideen om fri flyt like lett å svelge. For noen år siden ble tjenstedirektivet lansert, som ble godkjent av Norge i 2009, etter lang tids heftig diskusjon.

Skepsis

Fagbevegelsen har vært særs skeptisk til å se på tjenester som en vare. Direktivet innebærer konkurranseutsetting av tjenester i langt høyere grad enn det vi er vant til. Resultatet kan bli sosial dumping og at goder forhandlet frem over mange år går tapt.

Det ble kjempet en innbitt kamp for å ta helsetjenester ut av tjenstedirektivet. Nå er et eget direktiv for helsetjenester i ferd med å bli ferdig behandlet i EU-systemet. Direktivet vil også gjelde for EØS-landene.

Kamp om tekst

Direktivet kalles pasientrettighetsdirektivet. Det vil gi en person mulighet for å søke om behandling, som for eksempel en operasjon, i et annet land. Kostnaden skal dekkes av pasientens hjemland, tilsvarende hva behandlingen ville kostet hjemme. Og retten til



SNART kan det komme et EU-direktiv som åpner for friere flyt av sykepleiere over grensene.

refusjon gjelder bare helsetjenester som tilbys i hjemlandet. Direktivet gjelder planlagte behandlinger. Gjennom den europeiske helsetrygdeordningen har man fra før rett til nødvendig helsehjelp som oppstår mens man er på reise. Det nye direktivet er ment å supplere den ordningen.

Det har tatt tid å bli enige om ordlyden i direktivet, og for ett år siden måtte det danske formannskapet gi opp å få til en avtale. Fremdeles var mange detaljer uklare. For eksempel godtok ikke Spania avtalen. Det var ikke klart nok om alle de utenlandske pensjonister bosatt i Spania skulle kunne få behandling der på lik linje med spanjolene. Opprinnelseslandene måtte få et tydeligere ansvar for refusjonene, og nå har spanjolene fått det som de ønsker.

Andre land var skeptiske fordi forslaget også var ment å gjelde private klinikker som har avtaler med det offentlige. De var trolig redd for en utvanning av sitt offentlige helsevesen.

Et tredje stridsspørsmål var kravet om forhåndsgodkjenning. Dette klinger ikke godt med EU-idealet om fri bevegelse. Men det har nå kommet inn i direktivteksten at et land må godkjenne behandlingen for å gi refusjon i etterkant når det gjelder behandlinger på sykehus.

Fri bakterieflyt

Det er myndighetene i de enkelte land som har ansvaret for kvalitet og god informasjon om helsetilbudene. Det er behandlerlandets regler for ytelse av helsetjenester som gjelder for tilreisende pasienter. Landet skal også sørge for systemer for å



Bedre informasjon til pasienter

I september godtok EU-parlamentet en avtale inngått med rådet som oppdaterer EUs lovverk om informasjon til pasienter. Forslaget skal gjøre pasientene bedre informert om hvordan de bruker medisiner og gjøre dem i stand til å rapportere bivirkninger direkte til nasjonale myndigheter.

Nådde ikke målene

I 2000 lanserte EU den såkalte Lisboastrategien. Den inneholdt planer om vekst for å gjøre Europa til verdens mest konkurransedyktig økonomi innen 2010 ved å høyne

kunnskapsnivået i arbeidslivet. Et av målene var å skape 5 millioner nye arbeidsplasser. Det målet ble nådd, men finanskrisen har gjort at de nå er borte. Oppfølgeren til Lisboastrategien ble lansert i våres, og fikk navnet Europa 2020.

Falske medisiner

I april gikk Europaparlamentets miljøkomité inn for forslaget fra Europakommisjonen om falske medisiner og legemiddelovervåking. Miljøkomiteen vil at internett salg skal inkluderes i utkastet til EU-lovgivning for å hindre at «forfalskede» medisiner havner i omloop. Komiteen vil også

at det skal innføres obligatorisk sikkerhetsmerking for medisiner på resept. Hensikten er å bekjempe falske medisiner.

Lik lønn for vikarer

Det nye vikarbyrådirektivet skal settes ut i livet i 2011. Det skal sikre lik lønn for ansatte i byråer med dem som utfører tilsvarende arbeid i bedriften de arbeider. Det vil også gjøre det lettere for arbeidsgivere å bruke vikarbyråer, noe som bekymrer fagbevegelsen. Til våren vil Stortinget avgjøre om direktivet skal gjelde for Norge.





« Særlig sør i Europa er spredningen av de resistente bakteriene et stort problem.

Smittevernlege Bjørg Marit Andersen ved Oslo universitetssykehus til Klassekampen

klage på pasientbehandlingen og søke erstatning.

En bekymring er at fri flyt av pasienter også inkluderer fri flyt av sykehusbakterier.

Smittevernlege Bjørg Marit Andersen ved Oslo universitetssykehus ble intervjuet om dette i Klassekampen i oktober:

– I Europa har en begynt å snakke om de MRSA-smittede som det 21. århundres spedalske. Særlig sør i Europa er spredningen av de resistente bakteriene et stort problem, med alvorlige infeksjoner og sykdom som følge, påpeker hun.

Faren vil også bli større for spredning av andre og nye typer antibiotikaresistente bakterier, mener hun.

NSF positive

Norsk Sykepleierforbund (NSF) er positive til direktivet, men har påpekt svakhetene. Blant annet at ordningen med refusjon gjør at rettigheten vil favorisere de mer velstående da kostnadene er noe pasienten må legge ut for selv, og så få refusjon i ettertid. Hvis behandlingen er dyr, er det mange som ikke vil ha anledning til det.

Det er ikke forventet at direktivet vil utløse strømmer av pasienter på kryss og tvers av Europa. Nå utgjør pasienter som får utført behandlinger på sykehus i andre land bare 1 prosent av de totale helseutgiftene i EU. I første omgang tror man direktivet vil få størst betydning for folk som bor i grenseområder og pensjonister bosatt i utlandet. Pasienter flest ønsker å få behandling nær hjemmet.

Men dette kan forandre seg. Det at pasientene får mulighet til å bli mer mobile, vil etter hvert kunne åpne for ny tenkning. Da vil også

helsepersonell kunne bli mer mobile. Dette kan gjøre noe med sykehusstrukturen i Norge, påpeker EFN-president og nestleder i NSF, Unni Hembre, i intervjuet med Sykepleien (se side 28). Ekspertise på enkelte sykdommer kan bli noe man må ut av landet for å finne, tror hun.

EU-parlamentet skal stemme over direktivet i januar.

Helsepersonell flyter med

Et enda nytt direktiv, for friere mobilitet av personell, åpner for en slik utvikling. Forslaget til direktivet, en utredning (grønnbok) om helsepersonellsituasjonen i Europa, ble presentert i 2008.

Utgangspunktet er at Europas befolkning blir eldre og trenger mer helsepersonell. Man regner med at den delen av Europas befolkning som er over 65 år vil stige med 66,9 millioner frem til 2060 (i de 27 EU-landene). Samtidig ser man for

seg at nye sykdommer kan oppstå. Å innføre ny teknologi vil løse noen av oppgavene, men helsepersonell vil da trenge mer utdanning og opplæring. Dette vil gi høye kostnader, som man ikke vet om alle landene vil kunne bære.

EU-kommisjonen ønsker at medlemslandene skal samarbeide om å løse disse problemene. Og det bør gjøres uten å tappe land utenfor EU- og EØS-området for helsepersonell.

WHO har satt opp standarder for etisk rekruttering av helsepersonell fra ikke-vestlige land. Dette er ikke minst aktuelt for Norge, som er et av landene som rekrutterer helsepersonell fra land som Latvia, Polen og Filippinene.

Krever mer konkrete ideer

NSF synes ikke EUs grønnbok er konkret nok og etterlyser i sitt hørings svar planer og tidsrammer for mange områder som gjelder fremtidens arbeidskraft i helsesektoren. Det gjelder på områder som likestilling, fødselspermisjon og lønn. Å bedre organisere helsepersonells arbeidsområder vil gi gevinst i mer effektive arbeidsdager. NSF etterlyser også mer konkrete planer for videre- og etterutdanning. Og mener systemer for datainnsamling må gjøres mer moderne.

NSF påpeker også at grønnboken bør gi retningslinjer om språkkrav. EU-regelen som forbyr språktesting av helsepersonell fra EU-land bør revurderes.

Spekter peker i sitt hørings svar blant annet på den arbeidskraftsreserven kvinner utgjør i mange europeiske land. Organisasjonen vil også ha EU til å se på deltidsarbeid innen helsesektoren og i hvilken grad sosiale ytelser er med å opprettholde kvinners deltidsdeltakelse i yrkeslivet. ■■■

4 i Europa

Tekst Ellen Morland

Hvilken effekt har finanskrisen på helsesektoren i Europa, og hvordan kan landene takle krisen?



Siobhan O'Halloran, Irland, direktør for sykepleier- og jordmortjenesten i det irske helsedirektoratet:

Jeg tror initiativer for å utvide kvaliteten på sykepleie er veien å gå i disse krisetider. Vi må utvikle sykepleierens rolle. Vi bør for eksempel la sykepleiere forskrive medisiner, bestille røntgen, skrive ut pasienter og foreta rettmedisinske undersøkelser. Vi kan snu krisen til vår fordel ved å fokusere på utdanning og høyere kvalitet.



Branka Rimac, leder av det kroatisk sykepleierforbundet Hrvatska udruga medicinskih sestara, og styremedlem i EFN:

Finanskrisen oppleves svært alvorlig for Kroatia og våre naboland, landene som nå er i en prosess mot EU-medlemskap (Serbia, Makedonia, Bosnia og Herzegovina og Montenegro). Finanskrisen går hardt ut over helsevesenet i disse landene. Det er stor mangel på sykepleiere på sykehusene, og sykefravær fylles ikke opp med vikarer. Arbeidsforholdene har blitt verre, og finanskrisen oppleves like mye som en humanitær krise.



Johanna Knüppel, seniorkonsulent i det tyske sykepleierforbundet Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe:

Utviklingen de siste 15 årene i Tyskland har gått mot flere private helsetilbud, der lønnen er forsøkt presset ned. Det offentlige helsevesenet har kuttet hardt, og det har gitt dårlige arbeidsforhold. Nå er sykepleiermangelen så stor at arbeidsøkende sykepleiere faktisk kan presse opp lønnen. Vi må gjøre noe med arbeidsforholdene så yrket får et bedre rykte og unge velger å jobbe i helsevesenet. Og vi må styrke utdanningen. Tyskland håper på tilgang av arbeidskraft fra land i øst, men de ønsker seg til andre land, så det ser ut som vi må løse problemene våre selv.



Grete Chistensen, leder av Dansk Sygeplejerråd

Danmark har merket finanskrisen godt ved innstrammning av budsjettene, særlig på sykehus, men er ikke like hardt rammet som en del andre land i Europa. Helsetilbudene bør sørge for å ha gode medarbeidere som sitter i fronten. Man må ikke gå på akkord med kvaliteten ved å godta kompromisser for å spare penger. Det er klokt å satse på å utvikle sykepleierrollen til å omfatte flere av legenes oppgaver, da det vil bli lege-mangel i enkelte områder av Europa.

Der ute

Les mer om:

- 38 Hemmelig i Oslo ›
- 42 Smart-hjelp i Aure ›
- 45 Røykslutt i Levanger ›
- 46 Rosenborgs venstre-back ›



sykepleien.no

› Kristiansund? Molde?
Følg debatten om lokal-
sykehusene på sykepleier-
nes egen nettside!



DER UTE SPISEPAUSE

I årevis har 120 ansatte på Tjønnsenteret på Ty Sykepleiens undersøkelser viser at de slett ikke er

– Grov forskjell

Arbeidsmiljøloven om lunsj

I paragraf 10–9 sier arbeidsmiljøloven blant annet dette om pauser og betaling: Dersom arbeidstaker ikke fritt kan forlate arbeidsplassen under pausen, eller der det ikke finnes tilfredsstillende pauserom, skal pausen regnes som en del av arbeidstiden.



Dette handler om kritikkverdige forhold på arbeidsplassen. Saken ble meldt til arbeidsgiver for et år siden, sier avdelingssykepleier Tone Finstad Rønning.

Forventer lik behandling

Tynset kommune har gradvis innført betalt pause på dagen for de fleste av sine ansatte. Unntaket er 120 ansatte ved fire avdelinger på Tjønnsenteret, tilhørende bo- og behandlingstjenesten, helsetjenesten, rehabiliteringsavdelingen og renholdere i tillegg til kjøkkenpersonalet. Andre ansatte på sykehjemmet, som ledere av tjenestoområder, sekretærer, vaktmestere, vaskertjenesten, psykiatritjenesten og fysio- og ergoterapi har betalte pauser. Det samme gjelder alle de andre ansatte i kommunen.

– Vi har den samme arbeidsgiveren og forventer å bli behandlet likt. Fra 23. august til 5. november var spiserommet i tilknytning til kantina opptatt 41 av 55 arbeidsdager på grunn av interne og eksterne møter og kurs. Matpausen er på en halv time, og i dette tidsrommet skal vi ikke være tilgjengelige for pasientene. Så lenge vi ikke har spiserom 75 prosent av tiden, er det tilstrekkelig dokumentasjon på at Tynset kommune for det første bryter Arbeidsmiljøloven. For det andre blir ikke likestillingsprinsippet fulgt, i og med at vi på Tjønnsenteret er den eneste arbeidstøveren som fortsatt ikke har betalt pause, sier Tone Finstad Rønning.

Etterlyst svar

Hovedverneombudet har tatt opp saken med Arbeidsmiljøutvalget, som har oversendt den til Arbeidstilsynet. Sammen med tillitsvalgte og hovedverneombudet har de ansatte etterlyst et svar, men bare fått beskjed om at saken ligger hos Arbeidstilsynet på Hamar.

– Vi synes det er merkelig at det tar så lang tid. Nå i ettertid sier de tillits-

valgte også at pauserommet ble godkjent for åtte år siden og at godkjenningen gjelder den dag i dag. Dette stiller vi oss undrende til, da det er godt dokumentert at pauserommet er opptatt så å si daglig i det tidsrommet pausen skal avvikles, fortsetter Rønning.

Jobber med mennesker

Avdelingssykepleierne Randi Hagen Bekkevold og Solvor Ruud Rehder viser til at de ansatte i rådhuset til og med har fått gjeninnført betalt pause som følge av en gammel hevd.

– Vi som er på avdelingene på Tjønnsenteret er en gruppe som har et reelt behov for å være tilgjengelig i matpauser, mens vi egentlig har fritid. I prinsippet skal vi kunne forlate arbeidsplassen når vi ikke har betalte pauser. Vi føler oss utnyttet og misbrukt. I løpet av et år stjeler kommunen ganske mange timer av fritiden vår fordi vi jobber med mennesker og må være tilgjengelig i matpauser, sier de.

Magni Findahl som er renholdsleder i Tynset kommune vasker både i rådhuset og på Tjønnsenteret, men har ikke hørt snakk om at hun får betalt matpause noen av stedene.

– Andre renholdsbetjenter i samme situasjon får betalt pause mens de er i rådhuset, men om de får det på Tjønnsenteret vet jeg ikke, sier hun.

Kjempet i 20 år

De ansatte har kjempet for betalte matpauser i 20 år. Særlig det siste året har de gjennom riktige fora tatt opp saken gjentatte ganger med Tynset kommune. Det eneste svaret er at de er for mange, og at betalte pauser vil koste to årsverk. Skal kommunen klare det må det skjæres ned to årsverk på tilbudet til brukerne.

– Det er ikke noe argument at det går ut over brukerne. Arbeidsgiveren spiller på samvittigheten vår, sier de.

nset kjempet for å få betalt matpause.
alene.

Isbehandling!



«Tynset kommune bryter arbeidsmiljøloven.» *Tone Finstad Rønning, avdelingssykepleier*

Tone Finstad Rønning poengterer at alle ansatte på Tjønnsenteret det gjelder står samlet bak kravet om å bli behandlet likt av kommunen.

– Spesielt hovedverneombud Sigrunn Plassen Wangen fortjener ros for virkelig å ha tatt tak i saken, sier hun.

– Forståelse for de ansatte

– Jeg har full forståelse for at ansatte på Tjønnsenteret føler det

som urettferdig å ikke få betalt matpause, men jeg må forholde meg til lovverket. Spiserommet er godkjent, sier hovedtillitsvalgt Hilde Akre-Hansen i Sykepleierforbundet.

– Etter at Arbeidstilsynet mottok saken fra Arbeidsmiljøutvalget i Tynset kommune, skulle de komme med et svar før sommerferien. Derfor synes jeg det er beklagelig at det har tatt så lang tid, og har bedt kommunen om å purre

på et svar fra Arbeidstilsynet, sier hun.

Aud Irene Strandvik som er hovedtillitsvalgt i Fagforbundet, viser til at de går tjenestevei gjennom dialoger og forhandlinger i henhold til Hovedavtalen. Ut over det har hun ingen kommentarer.

– Tvilssom fremgangsmåte

Rådmann Jon Ola Kroken i Tynset kommune reagerer sterkt på måten

UTEN SPISEROM: Ansatte på Tjønnsenteret på Tynset mener kommunen bryter loven. Fra venstre: Renholdsleder Magni Findah, kjøkkensjef Ivar Granli og avdelings- sykepleierne Tone Finstad Rønning (foran), Solvor Ruud Rehder og Randi Hagen Bekkevoll. Foto: Jon Iver Grue



kravet om betalt matpause blir tatt opp.

– De ansatte på Tjønnsenteret er ikke fagforeningsledere og må passe på rollene sine. Det er høyst tvilsomt hvis de går ut i pressen på denne måten. Det pulveriserer den organisasjonsmessige praksisen i kommunen. Mellomledere bør gå gjennom sine tjenesteområdeledere, sier han.

Rådmannen innrømmer at det beste hadde vært om alle i organisasjonen ble behandlet likt, men legger til at betalt spisepause har en kostnad og er ikke foreslått eller prioritert fra tjenesteområdet.

– Vurdering av matpause på Tjønnsenteret ligger i handlingsplanen for HMS med blant annet en tillyst

befaring fra Arbeidstilsynet. At pauserommet er opptatt 75 prosent av tiden må løses med interne rokeringer, sier han.

Mot løsning

Arbeidstilsynet på Hamar var nylig på befaring for å sjekke spiserommet på Tjønnsenteret. Dermed kan det

gå mot en rask løsning på saken.

– Nå skal vi gjøre vår vurdering, så vil vi sende et brev til Tynset kommune med vår konklusjon før jul, sier seniorinspektør Stein Indsetviken og rådgiver Hilde Merethe Berg ved Arbeidstilsynet på Hamar.

Tekst **Jon Iver Grue** Foto **Colourbox**

«Stjeler» sykepleiernes

Mange sykepleiere spanderer sin lunsjpause på kommunale arbeidsgivere. Sykepleien har kontaktet landets fylker og fått mange eksempler på forhold som trolig er lovbrudd. Tekst **Kari Anne Dolonen** Foto **Colourbox**

Arbeidsmiljøloven om lunsj

I paragraf 10–9 sier arbeidsmiljøloven blant annet dette om pauser og betaling: Dersom arbeidstaker ikke fritt kan forlate arbeidsplassen under pausen, eller der det ikke finnes tilfredsstillende pauserom, skal pausen regnes som en del av arbeidstiden.

Har du opplevd å ringe til et offentlig kontor i kommunen din mellom klokken 12.00 og klokken 13.00? I de fleste kommuner rundt om i landet har kontorpersoneil betalt lunsjpause. Selv om telefonene er stengt. Slik er det ikke for sykepleierne.

Lohverket

Arbeidsmiljøloven sier at du har krav på betalt lunsjpause dersom det ikke er et eget pauserom, og du ikke fritt kan forlate arbeidsstedet for å ta lunsj utenfor huset.

– Dersom arbeidsplassen har pauserom, men du ikke kan forlate arbeids-

rom som defineres som pauserom. Det skal i prinsippet være et eget avskjermet rom kun for de ansatte, lyder svaret fra Arbeidstilsynet.

15 000 kroner

En sykepleier som jobber 100 prosent stilling i en kommune uten å få betalt lunsjpause på dagtid, mister opp mot 15 000 kroner i inntekt i året. Regnestykket tar utgangspunkt i at sykepleieren jobber 47 uker i året, og har fire dagvakter i uken med en gjennomsnittlig timelønn på 190 kroner.

Regnestykket vil bli noe høyere dersom sykepleieren jobber fem dagvakter

eller ikke. Generelt ser det ut til at de fleste får betalt lunsj på kveld og natt. Når det gjelder betalt lunsj på dagtid, varierer det fra kommune til kommune. Men det er også forskjeller innenfor samme kommune.

Sykepleien har fått inn tall fra 359 institusjoner i 12 fylker. Ved 179 institusjoner får ikke sykepleiere betalt lunsjpause på dagtid. Det er litt under halvparten. Årsaken kan i flere tilfeller skyldes at i de kommunene sykepleierne ikke får betalt, har de pauserom og kan forlate arbeidsplassen i lunsjpausen. Men dersom det er slik at kontorpersoneil får betalt lunsj, selv om de ikke trenger å være tilgjengelige, burde også pleiepersonell få betalt i lunsjtiden. Arbeidsgiveren er den samme, men praksis er flere steder forskjellig. (Les saken fra Tynset side 32.) Se også tabellen.

Eksempler

Hovedtillitsvalgt Ellinor Flobakk fra Lillehammer kommune kjenner godt til problemstillingen. Sykehjemmet hun jobber på er ett av de stedene hvor sykepleiere ikke får betalt lunsjpause på dagtid. Sykepleierne utgjør den minste profesjonsgruppen og har alle sykepleieroppgavene som kommer i tillegg til vanlig stell.

– Oppgavene må gjøres før vaktskifte

«I de siste fire årene har jeg blitt trukket rundt 60 000 kroner i matpauser i tjeneste for kommunen.» Ellinor Flobakk, hovedtillitsvalgt i Lillehammer kommune

plassen, skal du også ha betalt lunsjpause. Det vil vel være tilfellet for de fleste som jobber på sykehjem og sykehus, får Sykepleien opplyst av Arbeidstilsynet.

Dersom du kan forlate arbeidsplassen for å gå på en kafé i nærheten, kan det være du ikke har krav på betalt pause.

– Regelverket er ikke helt klart på det området. Det er også krav til hva

og har høyere timelønn, og noe mindre dersom sykepleieren jobber for eksempel tre dagvakter i uken og har lavere timelønn.

Statistikk

Sykepleien har ved hjelp av NSF's fylkeskontorer fått inn over 100 besvarelser fra kommuner om de har betalt lunsj



lunsjpause

Betalt/ikke betalt lunsjpause på dagtid i heldøgnsinstitusjon.

Fylke	Antall institusjoner vi har fått svar fra	Betalt lunsj	Ubetalt lunsj
Aust Agder	17	13	4
Buskerud (cirkatall)	100	4	96
Hordaland	20	9	11
Nordland	80	73	7
Oppland	12	6	6
Oslo	29	0	29
Rogaland	2	2	0
Sogn og Fjordane	37	31	7
Sør Trøndelag	5	3	2
Telemark	37	21	16
Troms	Alle får betalt lunsj		
Vest Agder	20	19	1
Totalt	359	181	179

Sykepleiens tallmaterialet omfatter rundt 100 norske kommuner fra 12 fylker. Tallene fra Buskerud er cirkatall. Troms og Buskerud har ikke levert tall per institusjon, men gitt et helhetsbilde av situasjonen i fylket. Tallene omfatter ikke alle institusjoner i hvert fylke.

og vi bruker ofte matpausen til dette. Jeg kan bruke meg selv som et eksempel: I de siste fire årene har jeg blitt trukket rundt 60 000 kroner i matpauser i tjeneste for kommunen, sier hun.

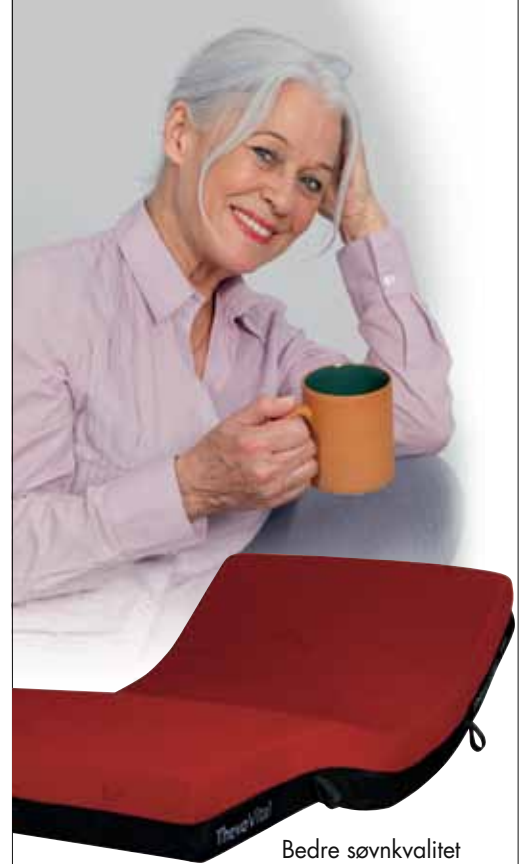
Flobakk mener det bør være lik praksis i hele kommunen.

– Det vil si at enten så får alle betalt matpause, eller så får de som har kantine og virkelig har mulighet til å gjøre

seg utilgjengelig en halv time, trekkes for det. Sånn det er i dag, får alle i kommunen betalt matpause. Også mange av dem har kantine, selv om de gjør seg utilgjengelig på telefonen. Det er flott at kommunen er så raus, men da må den gjelde for alle. Også for dem som jobber på sykehjemmet. Men rett skal være rett, jeg har en imøtekommende og engasjert leder som har tatt tak i sa-



ThevoVital –en madrass som gir bedre søvn til demente

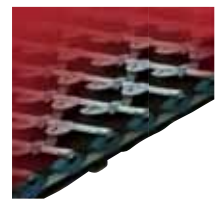


Bedre søvnkvalitet gir mer overskudd om dagen og bedre forutsetning for å samarbeide i de daglige aktiviteter.

MIS® Mikrostimulering gir konstant (mikro) stimulering. Vingenes beroligende fjæring gir feedback på alle bevegelser og fremmer brukerens kroppsbevissthet.

ThevoVital

- Verdensnyhet – den første madrass som gir demente bedre søvn
- Pårørende og pleiepersonell blir avlastet og ressurser frigjøres
- Minimalt vedlikehold
- Ingen bivirkninger
- Passer i alle senger
- Leveres for brukere opp til 140 kg



Thevo
by Thomashilfen

Les mer om ThevoVital og våre andre produkter på www.bardum.no.



Bardum as

Postboks 322, 1401 Ski, Berghagan 5, 1405 Langhus.
Tlf. 64 91 80 60. Telefax: 64 91 80 66.
www.bardum.no

ken og vi jobber nå med flere positive saker, sier Flobakk.

Men det finnes også kommuner som er rause med matpausen. Også til pleiepersonell. I Åseral kommune i Vest-Agder har de ett sykehjem. Her får alle som jobber i pleien betalt spisepause på alle vakter. I tillegg får de gratis lunsj på dagvakter i helger og høytider, eller de spiser sammen med beboerne.

Ulikt på sykehus

Sykepleien har vært i kontakt med noen sykehus for å ta noen stikkprøver på hvordan det ser ut her.

Ved Universitetssykehuset i Nord-

Norge (UNN) har betalt lunsj i arbeidstiden med unntak av en klinikk i Harstad.

– Men her er det satt inn midler i budsjettet i 2011 så da blir det orden her også her. Universitet i Tromsø har også betalt lunsjpause, men Høgskolen i Harstad har ikke. Det må vi gjøre noe med, sier fylkesleder i Troms, Hanne Marit Bergland.

I tillegg er det noen sykestuer i statlig område som ikke får betalt lunsjpause.

Ved Sørlandet sykehus fikk alle ansatte betalt lunsjpause i 2006.

I Helse Bergen nærmer de seg en løsning. De fleste har betalt lunsj, men ved



noen avdelinger er det fremdeles ansatte uten betalt lunsj.

– Det er ikke mange poster

igjen som ikke har betalt matpause på dagtid. De tillitsvalgte på postene jobber med saken. Det er definitivt en stor sak for de ansatte dette gjelder. De fleste poliklinikker samt merkantilt personell har i årevis hatt betalt pause. Det oppleves derfor svært urettferdig at pleiepersonell på sengeposter, som er den gruppa som aller minst kontrollerer og kan utsette arbeidet sitt og gå til pause til avtalt tid, ikke får betalt pause, sier hovedtillitsvalgt ved Helse Bergen, Brita O Tarberg.

Hvorfor praksis er ulik fra klinikk til klinikk, til og med innenfor samme klinikk, er et spørsmål Tarberg ikke har fått svar på.

– Bortsett fra at det koster penger, er det ingen åpenbar logisk forklaring. Da står man vel igjen kanskje igjen med personalpolitikken, sier Tarberg.

Ved helse Bergen får ikke nevrologisk avdeling post 2, 3 og 4 betalt lunsj. Heller ikke nevrologisk poliklinikk og EEG lab. Heller ikke ansatte ved sengepost ved Kysthospitalet i hagevik (KIH) eller ansatte ved ortopedisk avdeling rehabilitering får betalt.

– Bør ha råd til å følge loven



Nestleder i NSF, Unni Hembre, har ingen respekt for arbeidsgivere som ikke følger arbeidsmiljøloven. Tekst Kari Anne Dolonen Arkivfoto Marit Fonn

Betalt eller ubetalt lunsj er et tema som Norsk Sykepleierforbund er opptatt av. Hvert år får flere hundre tillitsvalgte opplæring i Arbeidsmiljøloven.

– Et av temaene er kravene til betalt/ ubetalt lunsj. Dersom arbeidsgiver ikke gir de ansatte betalt lunsj er loven klar. De ansatte skal da kunne ta pause på egnede pauserom, det skal være avmerket på arbeidsplanen og de skal kunne forlate arbeidsplassen for å for eksempel gå ut og handle. Poenget er at man skal kunne være utilgjengelig i lunsjtiden. Dersom arbeidsgiver ikke oppfyller disse kravene, skal man ha betalt pause, sier nestleder i NSF, Unni Hembre.

Urettferdig, men lovlig

– I enkelte kommuner får administrativt personell betalt lunsj, men ikke pleiepersonell. Er det rettferdig?

– Vårt utgangspunkt er Arbeidsmiljøloven. Dersom administrativt personell ikke har pauserom og ikke kan forlate arbeidsplassen, skal de selvfølgelig ha betalt lunsj. Dersom arbeidsgiver har valgt å tilby merkantilt personell bedre vilkår enn arbeidsmiljøloven krever, har de anledning til det. Det å bare tilby det til noen grupper, er urett-

ferdig, men ikke ulovlig, sier Hembre.

Hun påpeker at sykepleiere som ikke får betalt lunsj, ikke har gode nok pauserom og ikke kan forlate arbeidsplassen, arbeider på en arbeidsplass som bryter loven.

– Dersom dette skjer, drifter kommunen institusjoner ulovlig. Da har de et stort problem. Arbeidsgivere som sier de ikke har råd til å følge norsk lov, eier jeg ikke respekt for. Det er ikke slik at arbeidsgivere kan velge hvilke lover de velger å følge, sier Hembre.

Tid til lunsj

I God vakt-undersøkelsen som ble gjennomført på sykehus, fant man at sykepleiere ofte ikke har tid til å ta lunsj. Det bekymrer nestlederen.

– Selv om arbeidsgivere betaler de ansattes lunsjpause og har fokus på lovens bestemmelser, hjelper ikke det dersom ansatte ikke har tid til å ta pause. Loven skal sikre sunt arbeidsmiljø for arbeidstakere. Det er ikke sunt å jobbe åtte timer uten pause. Det blir det høyt sykefravær av. Det har de jo også, sier Hembre.

– Er sykepleiere klar over om de har betalt lunsjpause eller ikke?

– Ja, det tror jeg. De fleste vet nok

om de må være tilgjengelige eller ikke i lunsjen. Dersom noen er usikre, må de ta kontakt med sin tillitsvalgte. Dersom de har krav på betalt pause og ikke får det, må tillitsvalgte ta dette opp med arbeidsgiver. Det er arbeidsgivers ansvar å følge loven, sier hun.

– Handler dette om likelønn?

– Nei, det gjør det ikke, sier hun.

Kan være indirekte diskriminering

Likestillings- og diskrimineringsombudet (LDO) er usikre på om betalt/ ubetalt lunsj til pleiepersonell er et likestillings spørsmål.

– Spørsmålet er om vi her sammenligner en mannsdominert og en kvinne-dominert gruppe. I så fall kan det være snakk om indirekte diskriminering. Renholdere og sykepleiere er vel en kvinne-dominert gruppe. Dersom disse har dårligere arbeidsvilkår enn resten av kommunens ansatte, kan det være snakk om indirekte diskriminering. Forutsetningen er at den øvrige ansattegruppen ikke også er kvinne-dominert. I så fall er det opp til kommunen å dokumentere at de ulike arbeidsvilkårene likevel ikke har med kjønn å gjøre, sier avdelingsleder Elisabeth Lier Haugseth ved LDO. ■■■

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



Jungeltelegrafan jobber for Helsesenteret for papirløse migranter. Pasienter kommer fra hele landet.

I «hemmelig» tjeneste

Fakta:

- Oslo Røde Kors og Kirkens bymisjon i Oslo har drevet Helsesenteret for papirløse migranter i ett år. Det er oppe hver tirsdag fra 16.00-20.00 og annenhver torsdag fra 11.00-15.00.
- Senteret tilbyr sykepleier, lege, optiker, jordmor, fysioterapeut, bioingeniør, farmasøyt, psykolog og gynekolog og kan også skaffe tolk.
- Ca. 100 personer, blant dem mange sykepleiere, jobber frivillig for senteret.
- Statistisk sentralbyrå anslår at det fins 18 000 papirløse innvandrere i Norge.

Det er ingenting ved fasaden som røper at bygningen vi står utenfor er et helsesenter. Du vil ikke finne adressen via google-søk eller i telefonkatalogen. Den er hemmelig.

Likevel, hver tirsdag og annenhver torsdag finner mange papirløse innvandrere fram til det grå, upersonlige bygget litt i utkanten av Oslo sentrum, og trykker på den anonyme dørklokken.

Innenfor dørene er landets eneste helsesenter for papirløse. Her kan de få hjelp av sykepleiere, lege, optiker, jordmor, fysioterapeut, bioingeniør, farmasøyt, psykolog og gynekolog. Helsesenteret startet opp i oktober i fjor, og til nå har de hatt besøk av over 400 pasienter fra 47 land. Og pågangen er økende – rundt 40 nye pasienter hver måned. Helsesenteret kan også skaffe tolker når det er nødvendig.

– I løpet av de ni første månedene kom over 60 prosent av pasientene tilbake etter førstegangskonsultasjon. 40

Nå har ryktebørsen tatt over, sier Eick. Helsesenteret har også et telefonnummer som folk kan ringe.

Venter lenge

På venterommet henger en tavle på veggen som forteller hvilke spesialister som er på jobb. Brosjyrer på forskjellige språk ligger rundt på bordene. Når senteret åpner klokken 11 vil en sykepleier tar imot de besøkende og sørger for at alle får kølapp og kan sette seg og vente på å bli ropt opp. Men nå er det stille. Ingen journalist får komme hit i åpningstiden og få pasientene til å føle seg utrygge.

I et kontor med glassvegger sitter en sykepleier som skal ha den første samtalen med pasienten. Sykepleieren skal sørge for at pasienten kommer til riktig fagperson, og vurdere også hvor mye det haster.

Pasientene blir registrert med navn og fødselsdato. Hvilket navn som opp-

– Mange av dem som kommer hit har ventet lenge med å oppsøke helsehjelp, forteller Eick.

Tre ansatte, 100 frivillige

Celine Blom er daglig leder for helsesenteret, og sykepleier Frode Eick er helsefaglig ansvarlig for tilbudet som gis. I tillegg er Hossein Schandiz ansatt i en 20 prosent stilling som tilsynslege.

Senteret er helt avhengig av frivillige. Da det åpnet for ett år siden sto helsepersonell i kø for å få jobbe her.

– Er det fremdeles slik?

– Det har roet seg litt, men vi har nok av folk som ønsker å jobbe her. Nå er det cirka 100 personer som jobber frivillig. Vi har også noen som står på liste. Å få fagfolk til å jobbe her om tirsdagene, går greit. Det er litt vanskeligere å få folk som kan jobbe dagtid når vi har åpent på torsdagene, sier Frode Eick.

Påkjønning

Ettersom 40 prosent av pasientene er kvinner, utgjør reproduktiv helse en stor del av henvendelsene.

– Vi har fulgt flere svangerskap, selv om vi prøver å få loset dem til den helsestasjonen de hører til. Psykisk helse er en utfordring. Det er vanskelig å skille hva som er hva. Livssituasjonen deres er i seg selv en påkjønning. I tillegg har de ofte en bakgrunn som gjør dem spesielt sårbare. Dette er et stort og komplekst område. Mange sliter med søvnproblemer, angst, depresjoner og post- traumatisk syndrom.

Muskel- og skjelettsykdommer,

«Helsepersonell er nok litt usikre på regelverket rundt å hjelpe papirløse.»

Trine Myhrvold, frivillig ved Helsesenter for papirløse migranter

prosent av de som kommer til oss er kvinner, sier sykepleier og helsefaglig leder Frode Eick.

– Hvordan vet folk om dere?

– I begynnelsen tok vi kontakt med legekontor, sykehus, lavterskeltilbud, helsestasjoner, menigheter og moskeer for å informere om tilbudet. Helsesenteret har også vært en del i mediene.

gis er ikke viktig. Det viktigste er at de oppgir samme navn hver gang de kommer, slik at besøket kan journalføres.

Sykepleieren tar også blodprøver og urinprøver dersom det er behov for det. En del av vurderingen er også om pasientene har behov for varme klær, og om de kjenner til byens andre lavterskeltilbud.



FRIVILLIG: - Ingen kan bli rettsforfulgt for å yte helsehjelp til folk som trenger det, sier sykepleier og førstelektor Trine Myhrvold. Hun jobber som frivillig ved helsesenteret for papirløse sammen med Frode Eick, som er helsefaglig ansvarlig.

fordøyelsesproblemer og infeksjoner er andre sykdomsgrupper som helsesenteret ser mye av.

– Det dreier seg om stress som fører til feil bruk av muskler, arbeidsskader eller skader de har pådratt seg før de kom hit, sier Eick.

– Når det gjelder infeksjoner, ser vi mest hepatitt og tuberkulose og noen tilfeller av hiv.

Frivillig

Inne på pauserommet sitter Trine Myhrvold. Hun er her en gang i måneden for å jobbe som frivillig. Det har hun vært siden i vår. Til vanlig er hun å finne på Høgskolen i Oslo hvor hun er førstelektor. Hun arbeider med hvilken betydning marginalisering har for tilgang til helsehjelp – og for selve helsehjelpen.

– Jeg er overbevist om at mange papirløse innvandrere ikke ville fått hjelp dersom dette tilbudet ikke hadde eksistert, sier hun.

Noen av dem som kommer til helsesenteret har prøvd å få helsehjelp

andre steder, men blitt avvist.

– Helsepersonell er nok litt usikre på regelverket rundt å hjelpe papirløse. Det har vært debattert. Men for å gjøre det helt klart: Ingen kan bli rettsforfulgt for å yte helsehjelp til folk som trenger det, sier hun.

Myhrvold trer den oransje T-skjorten, som kjennetegner de frivillige, over hodet. Hun er klar til å ta seg av pasientene som begynner å komme.

Denne tirsdagen regner de med at 25–30 pasienter skal finne frem til den hemmelige adressen.

Selv om de fleste pasientene kommer fra Oslo-området, har ryktet om helsesenteret spredd seg til andre deler av landet.

– Vi har fått inn pasienter både fra Bergen og Stavanger. Selv om dette er det eneste tilbudet spesielt rettet mot papirløse innvandrere, finnes det fastleger og andre som også tar imot pasienter.

Økonomi

Helsetjenestene er gratis for alle. I

tillegg har Helsesenteret inngått avtale med Diakonhjemmet sykehus.

– De tar imot pasienter fra oss som trenger medisinsk eller kirurgisk behandling. Diakonhjemmet tar kostnaden ved å behandle pasientene. Sykehuset får ikke dekket dette når de tar imot papirløse, sier Eick.

Helsesenteret er i utgangspunktet et toårig prosjekt. Hva som skjer i 2012, vet ikke Eick, men behovet for tjenestene øker.

Ingen har oversikt over hvor mange papirløse migranter som finnes i Norge. Men SSB har gjort et regnestykke som gir et anslag på 18 000. Så langt har det ikke vært noe problem å hjelpe dem som oppsøker helsesenteret.

– Har dere ubegrenset kapasitet?
– Nei, det har vi ikke. Men så langt har vi klart oss med de frivillige som stiller opp med de åpningstidene vi har i dag, sier han. ■■■

Hvem er de papirløse?

Personer som ikke har lovlig oppholdsgrunnlag i Norge. Disse personene har enten ikke lovlige papirer eller ingen papirer for opphold i landet. For eksempel:

- ▶ Mennesker som har fått visum eller oppholdstillatelse på falskt grunnlag
- ▶ Mennesker som har visum som ikke gjelder lenger eller oppholdstillatelse som har utløpt
- ▶ Tidligere asylsøkere som har fått endelig avslag på sine søknader
- ▶ Mennesker som har kommet til Norge uten å ha tillatelse og uten å registrere seg hos myndighetene.

Kilde: Kirkens Bymisjon

Tekst **Kari Anne Dolonen og Ann-Kristin Bloch Helmers**
Foto **Stig M. Weston**





FEBEREN I SUDAN Den kanadiske sykepleieren Letitia Rose har jobbet i Sør-Sudan i ett år, på en liten klinikk drevet av Leger uten Grenser i den avsidesliggende landsbyen Lankien. Her mottar hun en beskjed på internsambandet mens hun er i ferd med å undersøke et barn som er rammet av kala azar. Tyske Kathrin, som er nyankommet, følger med.

Kala azar, eller sort feber, er en sykdom som årlig rammer rundt en halv million mennesker i det nordøstlige Afrika, i India, Bangladesh, Nepal og Brasil. Etter malaria er kala azar den parasittbårne sykdommen som tar flest liv verden over, og underernærte barn er særlig utsatt. Likevel er den en av verdens glemte sykdommer.

For hver måned som har gått siden juli har antallet pasienter med høy feber, vekt tap, tørr hoste og opphovnet milt ved klinikken i Lankien fordoblet seg. «Dette er året for det store utbruddet» sier Letitia, som de siste månedene har ledet behandlingsprogrammet for sykdommen på stedet. Med unntak av de aller svakeste, og de aller minste barna, som får en mer skånsom behandling intravenøst, får pasientene to til tre sprøyter i setet daglig i 17 dager: «Det er en fryktelig smertefull behandling» sier Letitia, som selv ikke setter sprøytene. «Det er viktig for den øvrige oppfølgingen at barna ikke assosierer meg med den torturen.»

Det faglærte teamet i Lankien består av en lege, en jordmor, en labtekniker og tre sykepleiere. De får hjelp av et titall lokale assistenter som er lært opp på stedet. «Hovedforskjellen til hjemme er at jeg har mye større ansvar her nede» sier Letitia. Men det er et ansvar som tynger. Dagen bildet ble tatt hadde åtte pasienter, de fleste barn, et så lavt hemoglobinnivå at de var helt avhengig av blodoverføring. Å finne blodgivere er svært vanskelig i et samfunn hvor marginene er så små som på landsbygda i Sør-Sudan.

Likevel, de fleste som når fram den lange veien til klinikken i Lankien overlever, og det er godt håp for barnet på bildet. Men ingen vet hvor mange som aldri når fram.

Tekst og foto **Yngve Leonhardsen**

Quiz er favoritten når unge og gamle møtes i Aure.

Unge og gamle – og You Tube

Smartprisen

Helt siden 2006 har Sykepleien delt ut penger til sykepleiere med smarte ideer. Lene Sletta i Aure vant lesernes Smartpris i 2009, etter en nettavstemning. Vinnerne av prisene for 2010 kunngjøres over nyttår.



Det var Lene Sletta, avdelings- sykepleier i hjemmetjenesten i Aure kommune, som kom med ideen om at ungdomsskoleelever kunne lage et ukentlig aktivitetstilbud for eldre. Dette var tenkt å være et valgfag for niende og tiendeklassinger. 4. februar fikk hun Sykepleiens smartpris for ideen og 50 000 kroner til å realisere prosjektet.

2. september ble det startet opp. Så å si hver torsdag etter det har 15 elever fra niende og tiende klasse ved Aure ungdomsskole planlagt forskjellige aktiviteter for pensjonister og beboere på sykehjemmet.

Fra internett

Jorunn Aas kommer presis klokka halvti. I god tid til å hjelpe til med pådekking og bistå som velkomstkommité. Hun tropper trofast opp hver torsdag på Aure sykehjem, for å møte andre pensjonister – og ungdommene.

– De har så mange spørsmål.

Jorunn snakker om ungdommene.

– De henter dem fra internett og sånn, røper hun litt skeptisk.

Og det er ikke bare spørsmålene til quizen de henter fra nettet. Musikken også. I slutten av oktober hadde ungdommene ønskekonsert på You Tube, der de presenterte hva slags musikk de hører på nå for tiden. Men det skal være sagt at underholdningen på aktivitetdagen vanligvis er levende trekkspillmusikk.

Bordene i storstua på sykehjemmet

begynner å fylles opp med eldre. I dag er de ti stykker, og det er slik det pleier å være. Så kommer lederen for det lokale Nav-kontoret. Han skal holde foredrag om reiseregninger og frikort.

– Og etterpå kommer elevene, sier Lene Sletta.

Tidkrevende

Torsdagene starter ofte med foredrag. Tidligere har blant annet en lege forelest om diabetes, og en tannlege informert om tannhelse og pasientrettigheter. Sletta er opptatt av at de eldre får vite hvilke rettigheter de har.

– Folkeopplysning rett og slett. Det er viktig at disse aktivitetssdagene også har en nytteverdi i form av økt kunnskap.

De 15 elevene er delt i to grupper. De har to skoletimer i uka til disposisjon, og gruppene veksler annenhver uke mellom planlegging og gjennomføring.

– Planen var at elevene selv skulle sette sammen programmet for hele dagen og gjøre avtaler med foredragsholdere. De skulle også stå for gjennomføringen selv, og ha mulighet til å ringe hvis de hadde behov for assistanse. Det var nok litt ambisiøst. Vi erfarte at 15-åringene ikke er fullt så selvstendige.

Dermed har Sletta måttet sette av fem timer i uka av sin arbeidstid til prosjektet. Hun har også fått en medhjelper. Aud Mary Drage er hjelpepleier ved sykehjemmet. Hun er

med og deler på ansvaret med å følge opp elevene.

– Skal prosjektet fortsette til neste høst, er vi avhengige av at det settes av midler til en 20 prosent stilling. Prosjektet trenger en person som kan veilede ungdommene.

Den biten av programmet elevene har hatt ansvaret for, har de klart å gjennomføre veldig bra. Sletta forteller at elevene har et oppriktig ønske om å gi av seg selv. De har vært positive og kreative med å finne aktiviteter.

I begynnelsen var elevene litt sjenererte, men etter som ukene har gått, er de blitt flinkere til å ta kontakt med de eldre på eget initiativ.

– Det er artig å se hvordan ungdommene har utviklet seg. Vi har fått full klaff for et av våre viktigste mål; kunnskap og kjennskap på tvers av generasjoner.

Godt quizsamarbeid

I dag er det litt spesielt. Sletta vil he dre ungdommene med et diplom for gjennomført teoriundervisning tidligere i høst, og for innsatsen så langt. Derfor er begge elevgruppene til stede, og ungdommene er altså i flertall.

Elevene åpner med en quiz, som har vist seg å være både de unges og eldres favoritt.

– Skriv nå du, sier Jorunn.

Hun skyver arket med spørsmålene over til lagkamerat Unni Todal, etter å ha studert spørsmålene.

– Jauda, spørsmålene er bedre i dag.



SAMARBEID: Johannes Veaa og Camilla Vaag liker å samarbeide. I dag ble de quizvinnere.



Sist gang var det bare fra internett.

I dag har elevene funnet lokale spørsmål som de har hentet fra timene på skolen, og som de har hatt i lekser. Det er spørsmål om Aures høyeste fjell, antall sitteplasser i kirka, og fortsettelsen på kjente salmer. De faller i smak.

På bordet til Jorunn og Unni sitter tre grupper sammen. De samarbeider på tvers av alder og lag, og jukser som bare juling.

– Vanligvis er vi omtrent like mange unge og eldre. Det gjør at vi får en veldig fin én til én-kontakt som skaper en unik plattform for samtale og nærhet, forteller Sletta.

Camilla Vaag og Johannes Veaa er et vinnerlag. De fikk høyest poengsum på quizen. Kanskje fordi samarbeidet mellom dem er så godt.

– Vi samarbeider ofte vi, forteller Camilla.

Ungjenta smiler og Johannes nikker:

– Det er kjekt det.

De er opptatte begge to. De er i gang med en ny konkurranse, og

Camilla er bestemt på å vinne igjen.

Mangler transport

Dessverre har oppslutningen rundt aktivitetsdagen vært noe mindre enn forventet. Målgruppen for tilbudet var i oppstarten 70-80-åringene i kommunen.

– Det kan være en mulighet for at folk i 70-årene ikke regner seg selv som «eldre», mener Sletta.

«Det er viktig at disse aktivitetsdagene også har en nytteverdi i form av økt kunnskap.» *Lene Sletta, avdelingssykepleier*

Nå er tilbudet utvidet slik at det gjelder pensjonister i alle aldre. Men på tross av økt målgruppe, annonser i lokalavisen, og utsendte programmer, har de ikke greid å øke oppslutningen ennå. Sletta mener nøkkelen er transport. De som er her i dag er enten fra

sykehjemmet, eller så kjører de bil selv.

– Skal vi nå dem som sitter alene rundt om i kommunen, og ikke kommer seg av gårde ved egen hjelp, så er vi avhengig av å kunne tilby dem transport, sier Sletta.

Hvordan transporten kan ordnes, vet hun ikke. Aure er en langstrakt kommune med store avstander og lite kollektivtrafikk.

– Hva som skjer til neste år, er fore-

TO LAG: Jorunn Aas sitter ved toppen av bordet og har full kontroll over både sitt eget lag og konkurrentene.

løpig ikke avklart. Vi har jo bare så vidt kommet i gang, så det skal vi evaluere utpå våren sammen med skolen.

Jorunn kommer i alle fall tilbake neste torsdag. Det er sikkert. ■■■

Tekst **Marte Skaara** Foto **Anders Todal**

Uføreforsker anbefaler ressurser til helsesøstre og psykiatriske sykepleiere.

– Pøs på til helsesøstrene

Det er bedre å satse på profesjoner som arbeider med barn enn å pumpe så mye inn i nav-systemet. Forsker Torunn S. Olsen mener at ved å forebygge tidlig vil færre unge blir uføre.

– Jeg håper dette kan bli et tema i kommende valgkamp, sa hun på

Unio-konferansen på Sundvolden 6. desember.

Også Unio-leder Anders Folkestad trakk spesielt fram barn og unge i sin åpningstale.

– Vi må være enda mer advokat for dem, særlig for de på skyggesiden, sa han til forsamlingen med

mange sykepleiere, lærere og politiker. De responderte med applaus.

Mødre svikter

Olsen, som jobber ved Universitetet i Agder, la fram sin forskning. Den har bakgrunn i at Agder toppe statistikken over unge uføre mellom 18 og 34 år, og har sterkest vekst. Hun og kollegene fikk svar de ikke ventet. De så etter utstøtingsmekanismer i arbeidslivet. Men fant omsorgssvikt og dysfunksjonelle familier.

– En tredel av de uføre har klare diagnoser, ofte somatiske. Men det er ikke medisinske forklaringer som er de viktigste årsakene.

En enda større andel er kjennetegnet ved vanskelig oppvekst. Svik, særlig av mor, går igjen.

Etter 30 intervjuer med unge uføre konkluderer hun med at det er lite som tyder på at de er late og mindre ambisiøse enn annen ungdom.

– De skulle gjerne ha jobbet og

– Da blir det mye snakk om sykdom.

Mye var likt i de fire fylkene som var med i forskningen; Aust-Agder, Hedmark, Møre og Romsdal og Finnmark.

Finnmark, landets største fylke, har også lavest folketall. Olsen viste til at Finnmark likevel har et tettere bosettingsmønster enn Agder.

Til Sykepleien sier Olsen at de fylkesvise variasjonene har å gjøre med hvordan nærmiljøet håndterer sosial arv.

– Hvor tidlig man griper inn betyr mye.

Hun påpeker at finnmarkingene har vært flinke til å gi alternative tilbud til dem som faller ut av videregående skole.

– Best før nav-kontakt

– Hva som gjøres før de unge kommer i kontakt med nav, er vel så viktig som det som skjer etterpå.

«Mange blir tapere fordi de ikke blir sett i tide.»

drømmer om å være friske. Mange blir tapere fordi de ikke blir sett i tide. Hjelpemiddelet er for fragmentert.

Olsen vet også at mange i profesjonene vegrer seg for å ta opp omsorgssvikt med foreldrene, og de er redde for å ta feil.

Fanger opp i Finnmark

Sosial arv går igjen. Risikoen for å falle utenfor er størst i familier med lav inntekt og når foreldrene selv er uføretrygdet.

Olsen mener at skal det bli færre uføre, må man satse på profesjoner man forbinder med barn.

– Blant annet helsesøstre og psykiatriske sykepleiere. Det er bedre enn å pumpe så mye inn i nav-systemet. Det handler mer om hva vi kan gjøre med sosial arv enn om stønadsnivået til de uføre.

Olsen håper nå politikerne har mot til å pøse på med penger til forbygging. ■■■

Tekst Marit Fonn



Medlemsfordeler på banktjenester

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

Siv Nordholm

Alder: 42 år

Yrke: Tobakksavennings- og diabetessykepleier

Jobber: Sykehuset Levanger

Det kan være enklere enn du tror!

Men en oppskrift for å slutte å røyke finnes ikke.

Det handler om å motivere. Som diabetessykepleier motiverer jeg pasientene til å endre kostholdet, og bevege seg mer. På tobakksavenningsklinikken motiverer jeg kursdeltakerne til å stumpe røyken. Min jobb er å hjelpe folk til å tro på sine egne evner, slik de kan endre vaner og livsstil.

Tobakksavenningsgruppene er fine. Flertallet av gruppedeltakerne er så engasjerte, så innstilte på at dette skal de klare. Da blir det en fin dynamikk i gruppa, og deltakerne blir veldig sammensveisa. De søker ofte mer støtte i hverandre enn i meg, men det er slik det skal være. En gang var det tre damer som fortsatte med de ukentlige møtene på kafé da kurset var over.

Kurset varer i fem uker. Vi møtes seks ganger, to timer hver gang. Jeg er den eneste sykepleieren som jobber på røykeavenningsklinikken. En lungelege har det medisinske ansvaret og er med på det første eller andre møtet.

Så langt i år har jeg hatt 29 kursdeltakere. 70 prosent av disse har greid å slutte. Mange kommer på første møte og tror ikke de kommer til å greie å slutte. Det er morsomt å være der sammen med dem og se at de får troen på seg selv. Jeg spør hver enkelt om hva som gjør at de møter opp. Noen vil skåne barnebarna fra passiv røyking. Andre er opptatt av økonomi og helse. Det er også noen som er skamfulle. Vi snakker om fordelene ved å slutte. For noen er det trist å slutte med tobakk, da snakker vi om det også, men vi dveler ikke med det negative.

De aller fleste har prøvd å slutte før, og de deler gjerne sine erfaringer med de andre deltakerne. Jeg skal hjelpe dem med å finne en løsning, men jeg har ikke oppskriften. Jeg kan ikke råde alle til å gå seg en tur når de kjenner røyksuget. Hver enkelt må gjøre noe som er meningsfullt for dem.

Å bryte vaner kan være vanskelig. Avhengigheten av tobakk er sammensatt. Det er både en psykisk, fysisk og sosial side ved det å slutte å røyke.

Støtten fra familie og venner betyr mye. Det at det er folk rundt dem som bryr seg og har forventninger til dem. Datteren til en mann som deltok på kurset, ble så inspirert av faren at også hun sluttet. Når én person slutter, så får det gjerne ringvirkninger.

Noe av det første de spør om er om jeg har røyka selv. Da svarer jeg ja, og så spør jeg om det har noe å si. Det har det. De synes jeg har mer troverdighet når de vet at jeg har vært gjennom den prosessen de nå skal begynne på.

Etter det tredje møte er det på tide å stumpe røyken. Noen er ikke klar da, og vil velge sin egen sluttdato. Andre igjen slutter før den fastsatte dagen. Hvorfor skal vi vente, spør de. De skal jo slutte likevel. ■■■

Fortalt til **Marte Skaara** Foto **Ole Morten Melgård**

Ola Johannessen er sykepleier på St. Olavs Hospital og elitespiller på Rosenborgs ishockeylag.

Ishockeypleieren

Han fikk en kjempetakling. Flaksa rett inn i vantet med ganske stor fart, og ble liggende på isen. Da var jeg på plass med en gang, fikk fingeren bak i munnen på ham, og vippta ut tunga. Heldigvis hadde ikke kjeven låst seg, men det var absolutt en akutt situasjon. Det har skjedd andre ganger også at spillere har svelget tunga, men da har andre rukket fram før meg.

Det er Ola Johannessen som forteller om hendelsen på isen. Det er alltid lege og ambulanspersonell til stede på kampene, men denne gangen var Ola raskere på skøyten enn legen var på sko.

– Han var heldig og slapp unna med en hjernerystelse. Vi er godt polstra.

Hjernen skal jo funke etter kampen også.

Avliver myter

Den 29-årige, nyutdannede sykepleieren får høre mye rart. «Spiller du ishockey? Jeg trodde bare det var sånne bøller som drev med det.» Ola har måttet forklare seg:

– Nei, det er sunne ungdommer, svarer jeg da. Vi har både norske, svenske, canadiske og amerikanske spillere, BI-studenter, jusstudenter og en framtidig sivilingeniør på laget. Det er en god blanding.

– Men ingen sykepleierstudenter?

– Nei, og jeg har fått høre det når jeg

forteller de andre spillerne hva jeg gjør. Jeg avliver en del myter på begge sider. Jeg forteller jo om hva som skjer på jobb, og de har nok fått litt respekt for yrket etter hvert. Jeg er veldig stolt av å være sykepleier.

Men det er et typisk kvinneyrke, og Ola håper at det snart kommer flere mannlige sykepleiere.

På thoraxkirurkisk avdeling driver de med hjerte- og lungekirurgi – og sparkesykler. En sykepleier triller gjennom gangen. Sykepleieren er en kvinne, og sparkesykkelen har en liten nettingkurv på styret. 37 av de 45 sykepleierne på avdelingen er kvinner.

– Litt annerledes enn hockeymiljøet?



– Vi har veldig godt arbeidsmiljø på avdelingen, og snakker om mye annet enn sykepleie når vi har pauser. Men når du stuer 20 gutter inn i en garderobe, så blir jo det litt annerledes. Vi flyr ikke rundt og dusjer sammen her.

Nei, her er ingen dusjer. Og sparke-sykling er kanskje det nærmeste man kommer sport på avdelingen.

– Jeg har hengt opp kampoppsettet på pauserommet, og gullet ut hjemmekampene.

Det er etter etterspørsel fra kollegaene. Selv om Ola ikke føler han har fått innprenta det helt i hverdagen deres ennå, så har i alle fall et par stykker vært og sett ishockeykamp i høst.

«Man har en litt annen posisjon på laget når man er sykepleier.»

– Flere av dem jeg jobber med har barn som spiller ishockey. Det er moro for barna at mora deres jobber med en A-lags spiller på Rosenborg.

Han ler.

– Der sa jeg mor, ja. Men det stemmer.

Det er ingen av de ishockeyspillende barnas fedre som jobber blant sykepleierne. Ikke ennå i hvert fall.

Inspirert av far og mor

– Har du noen forbilder?

– Ja, jeg blir imponert over all kunnskapen her, og har gode forbilder på avdelingen.

– Og innen hockey?

– Nei, der har jeg ingen. Jeg har aldri vært veldig opptatt av spillerne. Det var et lite hockeymiljø på Gjøvik da jeg vokste opp. Men vi gikk stort sett på uteisen hver dag, og så spilte jeg med brødrene mine, kompiser – og pappa. Jeg har møtt mange spillere og noen trenere på veien som har betydd mye for meg, men jeg





SVETT: I praksismånedene ble det hektisk for Ola Johannessen med trening, kamper og sykepleie. Men det er ellers ikke noe problem å kombinere de to yrkene.

«Jeg forteller om hva som skjer på jobb, og de har nok fått litt respekt for yrket etter hvert.»

er ingen hockeynerd. Pappa får være forbildet mitt.

Og mens faren inspirerte på isen, var det mora som inspirerte ham til å bli sykepleier.

– Jeg kommer fra en familie der veldig mange jobber i omsorgssektoren. Mor jobber på fødeavdelingen på Gjøvik, og jeg fikk tidlig et godt inntrykk av det å jobbe i helsevesenet.

Det var sikker jobb, turnusarbeid, det å få jobbe med mennesker, og alle de ulike jobbmulighetene som gjorde at Ola valgte å bli sykepleier. Det var ikke lønnen som lokket.

– *Hvor tjener du mest, på St. Olav eller på Rosenborg?*

– Jeg liker ikke å snakke så mye om penger, men det er omtrent det samme. Der er det likelønn. Det er veldig forskjellig fra lag til lag, men det er ikke sånn at det alltid er pengene som styrer. Da hadde jeg for det første ikke blitt hockeyspiller, og for det andre ikke blitt sykepleier.

Hockey og sykepleie

Det begynte i Gjøvik Hockey, moderlaget. Fortsatte med tre år på Norges toppidrettsgymnas på Lillehammer, tre år på Storhamar Dragons, og et årsstudium i idrett. Så begynte Ola på sykepleien. Etter to år med studier, dro han av gårde til Sverige for å satse på hockeykarrieren, men kom tilbake til Norge. Da ble det tre år i ishockeyklubben Comet før han i fjor tok siste året på sykepleien, kombinert med en hockeysesong i Sparta Warriors.

– Kombinasjonen studier og elitehockey har gått veldig fint. Det eneste er når det har vært praksisperioder. Det var travle måneder.

Nå jobber Ola femti prosent på sykehuset. Samtidig trener han hver dag og spiller to til tre kamper i uka. Og når han har tid, tar han gjerne en ekstravakt.

– Vi klager litt over fotballspillerne. De strutter når de er nødt å spille to kamper på en uke. Det gjør vi hele sesongen.

Neste hjemmekamp er mot Sparta, Olas tidligere lagkamerater.

– *Rosenborg ligger et stykke lenger nede på tabellen enn Sparta. Hvorfor endte du opp her?*

– Jeg hadde ikke min beste sesong i fjor. Men når det er sagt så hadde jeg nok tatt det valget uansett. Hvis ikke hadde jeg jo ikke fått muligheten til å jobbe her. Jeg hadde lyst å begynne karrieren som sykepleier på et stort og moderne sykehus. Målet er å jobbe i luftambulansen, så da er dette en perfekt start. Her får jeg de utfordringene jeg ønsker, og muligheten til å jobbe på de rette avdelingene. Det betyr mest for meg akkurat nå. Det kommer et liv etter idretten også.

Med god innsats på ungdomslandslagene, og rundt 40 kamper på Norges A-landslag, serie- og norgesmesterskap, har han vært med i toppen.

Da han var 18 år fikk han et tilbud fra USA. Ishockeykarriere og fullt stipend ved University of Denver.

– Jeg tok nok ikke det tilbudet seriøst nok. Hadde jeg visst det jeg vet i dag, hadde nok utfallet blitt noe annerledes.

– *Men hadde du blitt sykepleier da?*

– Jeg vet ikke. Det kan hende, «nursing» er jo ganske stort i USA.

Får skryt

Vi sitter i en møblert liten krok på avdelingen. Avdelingsleder Pia Hjellnes kommer tuslende forbi. Ola henvender seg til sjefen sin:

– Det er ganske stille her. God atmosfære. En legger ikke merke til sånt når en er på jobb.

Jo, hun sier seg enig i det, og legger til litt skryt:

– Ola er en flink kar. Rolig og avbalansert.

Folk som driver med idrett er folk med mål, og det liker Pia. Målsettinger er imidlertid ikke det eneste fellestrekket mellom spill og pleie.

– Man må holde hodet kaldt, handle raskt. Det kan bli ganske hett ute på isen, og det kan det på avdelingen også, mener Ola.

Konsentrasjon et nøkkelord på begge arenaene.

– Og så er det jo et lag det er snakk om. Vi er et lag på isen, og vi er et lag her på avdelingen. Det gjelder å utnytte hver enkelt spillers kunnskaper og ferdigheter, og å vite om de andres sterke og svake sider.

– *Hva er dine sterke sider?*

– Jeg har fått tilbakemeldinger på at jeg er god til å lytte og kommunisere med pasientene. Foreløpig er det min sterkeste side, så holder jeg på å opparbeide meg flere nå.

– *Og på isen?*

– Jeg er en rask skøyteløper og har god fysikk. Men jeg er også opptatt av laget, og av å være en støttespiller for mine lagkamerater. Det handler ikke bare om å være god i hockey – eller i sykepleie. Man må ha en god innstilling og den rette holdningen også.

Lagets sykepleier

– Det er greit å ha en sykepleier på laget. Når noen skader seg så kan jeg ved noen anledninger forklare hva som har skjedd. Jeg får spørsmål om alt mulig, men mest om skader.

Lagene har en lege og en fysioterapeut, og mange år med sparring og graving har lært Ola mye om leddbåndskader, muskelskader, smertebehandling og rehabilitering.

– Man har en litt annen posisjon på laget når man er sykepleier.

– Men nå må jeg skynde meg litt. Vi får bot når vi er for seine.

Klokka er kvart over tre. Treningen begynner fire.

– Vi skal egentlig være der en halvtime før. Jeg trenger ikke det da. De vet jeg jobber til tre.

Det er fordeler med å jobbe ved siden av idretten.

– Jeg må ikke egentlig betale bot heller, innrømmer han etter hvert.

Så der var 100 kroner spart. Forhåpentligvis greier han også å holde orden på tingene sine i garderoben. Hver ting som ligger i veien gir en bot på 50 kroner. Ikke noe rot.

– Vi er gutter. Uten botsystem så raker det. Det er ingen mor som springer rundt og rydder etter oss.

– *Ingen far heller?*

– Jo, vi har en far som er ansatt som materialforvalter, og som hjelper oss å holde orden. Slik er det i alle lag på dette nivået. ■■■

Tekst **Marte Skaara** Foto **Lena Knutti**

Fag & bøker



HJEMME: Kreftsykepleier Kari Lium Smeby er hjemme hos Gunvor Solli, som slipper å dra til legesenteret for å ta blodprøve. Les mer om kreftsykepleie i kommunen i fagtema på side: 50–57. Foto: Marit Fonn

3
nye bøker

TROND F. AARRE
Manifest for psykisk helsevern

Psykisk helsevern har fått penger, men innfrir ikke forventningene. Her kommer en fremstilling av hva som virker og ikke virker i behandling av psykisk helse.



BERNADETTE N. KUMAR
OG BERIT VIKEN (RED.)

Folkehelse i et migrasjonsperspektiv

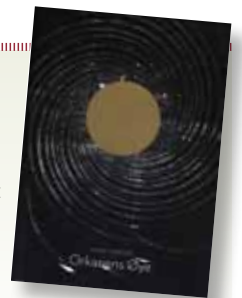
Gir redskaper, erfaringer og forskning som helsepersonell kan bruke i møte med ulike etniske grupper.



IVAR VEHLER

Orkanens øye

Praktisk om utfordringer og muligheter for mennesker som lever i et samfunn preget av høy hastighet og økende kompleksitet. Går i dybden på temaer som stress, endring og ledelse.





Hjem til kreftpasien

Veien er glatt. Men Kari Smeby Lium holder høyt tempo med firehjulstrekkeren.

Tekst og foto Marit Fonn

Grantrærne står mørke langs Randsfjorden. I de slake bakkenene ligger hvite hus og røde låver.

I førti minutter kjører hun. Sakker farten bare i de krappeste svingene. Så svinger hun av, kommer seg fint opp bakken. Parkerer. I huset uten synlige naboer bor Gunvor Solli (72) sammen med mannen Olav.

Lium banker på døren. Hun venter ikke, men går rett inn. Hun har vært her før. I stuen venter ekteparet, som har bodd i trehuset i over femti år.

– Du har vel tid til kaffe? lurer fru Solli.

Bordet er ferdig dekket.

Kreft i alle faser

Søndre Land i Oppland har 6 000

Kreftsyke behøver ikke ha det vondt i dag.

Kreftsykepleier Kari Lium Smeby

ten

OPERATIV: I sin egen stue får Gunvor Solli stelt nyrekattetrene av Kari Lium Smeby.

innbyggere. Stadig flere av dem får kreft. I hvert fall møter Lium et økende antall pasienter.

Siden 2003 har hun jobbet som fristilt kreftsykepleier her i kommunen. 80 prosent av tiden styrer hun selv. Hun har bare én fast vakt i hjemmesykepleien; hver mandag ettermiddag.

Lium har til enhver tid 25-30 pa-

sienter. De har alle typer kreft, i alle faser. Flesteparten er over 60 år. Blant eldre menn er prostatakreft utbredt.

Men Liums pasienter blir yngre og yngre, særlig kvinner med lungekreft. Blant kvinner med brystkreft er også stadig flere i 40-50-årene. Barn og ungdom treffer hun når de er pårørende. Er de pasienter, er det

Radiumhospitalet som følger dem opp.

Underviser kollegene

Dagen startet som vanlig klokken halv åtte med rapport hos hjemmesykepleien i tettstedet Hov. Fra åtte til halv ni var det møte med en av fastlegene.

Et par timer senere tar hun imot

Sykepleien i hjemmesykepleiens lokaler. Hun har eget kontor, men det er på sykehjemmet, nedi bakken. Her er det ikke plass.

Forlengst har hun innsett at hun ikke kan stå for kreftsykepleien alene. Det går nesten ikke en uke uten en ny kreftpasient.

En vesentlig bit av jobben er derfor å undervise både i hjemmesykepleien, på sykehjemmet og eldresenteret. Det kan for eksempel være om stell av vap-nål, bruk av smertepumper eller seinvirkninger av stråle- og cellegiftbehandling.

Hjemmesykepleiens leder, Marianne Ege Lundberg, ser hun gjerne flere ganger daglig.

– Men sjelden på «eftan», sier Lium.

Mange sykepleiere

Hjemmesykepleien er godt bemannet og mange av sykepleierne har videreutdanning.

– Kreft, palliasjon, veiledning og jus, ramser Lundberg opp.

Selv videreutdanner hun seg i verdivasert ledelse.

– Vi har minst sykefravær i kommunen, sier hun og plukker fram et ukens gammelt klipp fra Oppland Arbeiderblad.

«Godt å bli gammel i Søndre Land» er tittelen.

Lium skulle ønske at stillingen hennes var hjemlet som kreftsykepleier. Hun liker ikke at kompetanse skal være personavhengig.

– Men hvis du slutter, vil stillingen bli utlyst som kreftsykepleier, forsikrer Lundberg.

Lium vet om kreftsykepleiere i andre kommuner som ikke bruker sin kompetanse.

– Synd at de ikke får brukt faget sitt, slik at de kreftsyke får nytte av dem.

Blir briefet av fastlegen

På legesenteret i underetasjen forteller helsesekretæren at det er mistanke om kreft i spiserøret hos en av pasientene. Pasienten trenger veiledning om ernæring. Lium har fått en ny oppgave.

Noen kontorer bortenfor sitter administrativ leder som har oversikt over de sju fastlegenes timelister. Lium sikrer seg plass i god tid: En halv time annen hver uke med hver lege er passe. ➔



ALLE FASER: Kari Lium Smeby møter mange kreftpasienter. Noen går tilbake til arbeidslivet, noen dør.

Slik får kreftsykepleieren briefing om pasientene før hun treffer dem. «Vi har funnet en kul på pasienten og sendt henne til CT», kan fastlegen si på et møte. «Ja, de fant kreft,» kan beskjeden være neste gang.

– Da vurderer jeg om jeg skal ha første møte hjemme hos pasienten eller på mitt kontor.

Det er ikke alltid lett for pasientene å snakke direkte til legen.

– Mange spør meg: «Kan ikke du ta det opp med legen?»

Må jobbe sammen

Allerede da hun videreutdannet seg i Bergen la hun en plan og skrev om kreftsykepleie og tverrfaglighet.

– Man kan ikke jobbe alene. Da blir man utslitt og utbrent.

Flere felles møter kunne hun ønske seg.

– Folk sier de ikke har tid. Men jeg tror planleggingsmøter er tidsbesparende.

Hun liker kombinasjonen av å jobbe klinisk og koordinerende.

– Jeg kan jo ikke selv reise til alle. Jeg er bindeleddet.

Som ansatt i hjemmesykepleien kan hun lett skrive inn oppdrag, så også andre hjemmesykepleiere kan ta seg av kreftpasientene. Hun dokumenterer i mange journaler. Denne informasjonen kan også legene lese.

– Det kan være tøft med så mye sorg og død. I denne jobben må man kunne stenge kranen og ta vare på seg selv.

Hun spiller golf og jogger.

– Og så har jeg tre voksne barn, mann og hus. Jeg har evne til å være 100 prosent til stede på jobben og så koble ut hjemme. Men det har vært en prosess å lære det. Noen ganger har jeg tenkt. «Har jeg valgt feil bransje?»

Må få ro til å dø

Det synes ikke Renate Carita Nordh, leder på eldresenteret. Det består av omsorgsboliger med heldøgnsbemannning og plasser for korttidsopphold.

Nordh mener Kari Smeby Lium har beroligende effekt på personalet. Når det dukker opp etiske dilemma, konfererer de ofte med henne.

Som da en døende dame med hudkreft hadde tatt biopsi. Huden sprakk, og det velte ut guffe. Risikoen for styrtblødning og død var stor.

– Rødt blod på hvite håndklær

ser veldig skremmende ut. Kari sa: «Kjøp inn grønne, mørke håndklær.» Slik roet hun ned situasjonen.

Det er et stykke arbeid for pasienten å dø – kreftsykepleier kan bidra til at han får ro til det, sier Lium.

Maskert infeksjon

Nordh opplyser at en av pasientene vil ha Lium med på legevisitten i morgen.

– Det blir så mange kokker for ham. Han kjenner Kari.

Nils Sporild er 85 år. For en uke siden kom han hit på korttidsopphold, mens konen Haldis er på rekreasjon. Lium har vært hjemme hos dem mange ganger.

Sporild fikk testikkelkreft i 1999 og residiv i 2009. Nylig fikk han metastaser i hjernen og begynte å fomme med ord. For å dempe presset fikk han strålebehandling og høye doser kortikosteroider og han fikk tilbake språket.

I dag har han mye slim i halsen og det gjør vondt i nakken når han svelger. Han klager ikke, men Lium ser at formen ikke er bra. Hun kjenner på nakken hans.

– Hører du har fått mye besøk her. Fint at Haldis får lade batteriene. Hvordan går det med henne?

– Bra. Hun ringte i dag, men jeg var i dusjen, forteller Sporild.

Lium tror han kan ha lungebetennelse. Den betennelsesdempende medisinen han går på kan maskere infeksjoner.

Hun synes det er for lenge å vente til legevisitten dagen etter. Derfor ringer hun tilsynslegen og forteller om sin mistanke. Klokken ett får Sporild 500 milligram bredspektret penicillin.

Smertefri

Lium hospiterer innimellom på Gjøvik sykehus. Og hun veileder selv studenter fra høyskolen på Elverum.

Mye av kreftsykepleien dreier seg om lindring. Medisinblandingen til smertepumpene får de fra sykehusapoteket på Gjøvik

– Vi kan blande alt i smertepumpen: Kvalmestillende, beroligende, smertedempende. Kreftsyke behøver ikke ha det vondt i dag. Men ubehaget klarer vi ikke alltid å fjerne.

Lium tror at kreftgåten lar seg løse. Kanskje vil barnebarne hennes oppleve en felles vaksine mot all kreft?

Nå skriver Lium i journalen om sin mistanke om infeksjon og antibiotikakuren. Hun tar sekken på ryggen, og er klar for kjøretur langs Randsfjorden.

Skifter på katetrene

Over kaffekoppen forteller Gunvor Solli at hun er blitt bedre.

– Så lenge det er som nå, har jeg det godt, sier hun.

Formen er så bra at hun kan drive med det hun liker aller best; håndarbeid.

Før sommeren fikk hun blødninger og det ble konstatert utbredt livmorkreft. Cellegiftkuren ble stoppet fordi hun reagerte allergisk. Hun fikk operert inn pyolistomikatetre i begge nyrene.

Nå tar hun en hormonhemmende tablett daglig - med foreløpig god effekt. Hun har lagt på seg de siste ukene, og er akkurat passe slank. Før hun ble syk veide hun 50 kilo mer.

En gang i uken kommer en sykepleier hjem til henne og skifter på katetrene. Solli forholder seg til tre sykehus: Hver annen måned må hun til Hamar sykehus for å skifte ut katetrene. Radiumhospitalet har ansvar for selve kreftbehandlingen. Skjer det noe akutt, er det Gjøviksykehuset hun skal dra til.

Det er travelt å være pasient. Både Hamar- og Oslo-tur står for døren.

– Reisingen er verre en behandlingen. Og ventingen er verre enn reisingen, mener Solli.

Mannen Olav er en god støtte når hun drar til Oslo. Da bor han på pasienthotellet.

Jobber i lampelys

Solli viser fram det runde merket hun har i huden på brystet. Hun er glad for vap-en sin.

– Jeg er så fryktelig vanskelig å stikke på. På sykehuset var de fire som stakk før de fikk det til.

I andre enden av stuen står en regulert seng. Nå legger Solli seg til rette og løsner på klærne. Lium hever sengen i god arbeidshøyde. Hun tar på seg forkle og hansker og finner fram utstyret som ligger klart i en skuff. Mens praten går om løst og fast skumres det utenfor. Inne sørger gult lampelys for at kreftsykepleieren kan gjøre jobben sin.

Solli er glad for at det var hun som slapp å dra ut i kulden denne gangen.

Reisingen er verre enn behandlingen.

Kreftpasient Gunvor Solli



ANTIBIOTIKA: Nils Sporild, som er i palliativ fase, er på kortidsopphold. Kari Lium Smeby tror han har lungebetennelse. Hun får rett.

Flest kreftsykepleiere i Møre-kommuner

Én av tre kommuner har kreftsykepleier i normert stilling.

– Overraskende få, sier Eva Mari Alvestad Harboe i faggruppen for kreftsykepleiere.

Ved å ringe rundt til landets 430 kommuner, har faggruppen for kreftsykepleiere (FKS) kartlagt hvor mange som har normerte stillinger for kreftsykepleiere.

135 av 404 kommuner har slike stillinger, ifølge oversikten.

– Dette er røflige tall, understreker Eva Mari Alvestad Harboe i FKS.

26 kommuner har ikke svart på spørsmålet.

Vil øremerke

Noen kommuner har kreftsykepleiere som ikke er i normerte stillinger. Flere har kreftsykepleiere i både normerte og ikke normerte stillinger.

FKS jobber for «en øremerket stilling som kreftsykepleier i hver kommune/bydel».

– Når stillingen ikke er øremerket, er den personavhengig. Det blir for tilfeldig om kreftkompetansen blir værende, mener Harboe.

Møre og Romsdal på topp

Best ut som fylke kommer **Møre og Romsdal**, som totalt har 40 kreftsykepleiere i kommunehelsetjenesten.

Av 36 kommuner har ni normert stilling for kreftsykepleier – i brøker fra 10 til 100 prosent. 16 kommuner har kreftsykepleiere i ikke-normerte stillinger.

Vest-Agder med 15 kommuner, kommer dårligst ut: To dem har ansatt kreftsykepleier i full stilling og én kreftsykepleier er ansatt i ikke-normert stilling.

I **Troms** har sju av 25 kommuner normert stilling.

I **Nordland**, som har mange små

kommuner, samarbeider en del kreftsykepleiere på tvers av kommunegrensene.

Hordaland klarer seg bra, men **Sogn og Fjordane** har bare fem i normert stilling.

– I **Rogaland** fikk en kreftsykepleier normert stilling fordi hun i kommunens kreftplan fikk fram at en stillingen var viktig. En slik plan kan godt brukes til å påvirke politikerne, tipser Harboe.

Harboe har ikke full oversikt over **Oslo** ennå, men tendensen er som ellers i landet.

– Her har også alle bydelene et nært samarbeid med Fransiskushjelpen.

Flere roller

FKS har 1600 medlemmer. Harboe

tror rundt 40 prosent av dem jobber i kommunene. Mange er ikke videreutdannet som kreftsykepleiere.

– *Hvilken rolle bør kreftsykepleierne ha i kommunene?*

– Både koordinerende, utøvende og undervisende. Kommunene må ta på alvor det økende behovet for kreftkompetanse.

Harboe påpeker at det er mye bak tallene som ikke kommer fram i oversikten.

– For eksempel har **Bærum** kommune relativt få kreftsykepleiere, men samarbeider nært med lokalsykehusets kreftavdeling og **Hospice Stabekk**. Begge disse har mange kreftsykepleiere ansatt. ■■■





Hege Birketvedt Eklund,
kreftsykepleier.

Gir god kreftomsorg

Kreftsykepleiers spesielle kompetanse og helhetsblikk møter helsetjenestens utfordringer.



I kommunene er kreftsykepleier som jobber med å følge opp hjemmeboende kreftpasienter, avgjort en av samhandlingsreformens kloke løsninger. I denne artikkelen vil jeg belyse følgende problemstilling: Hvordan kan kreftsykepleier i kommunehelsetjenesten bidra til trygghet for hjemmeboende pasienter med kreftsykdom? Artikkelen er en litteraturstudie basert på relevante forskningsartikler, litteratur, nasjonale retningslinjer og egen erfaring fra praksis.

Trygghet

I sin fenomenologiske studie «Patienters opplevelser av trygghet og otrygghet» skiller Segersten mellom grunntrygghet og situasjonsbestemt trygghet (1). Trygghet er en subjektiv opplevelse, en følelse og indre tilstand relatert til det livet man lever. En av faktorene her, relasjonstrygghet, kobles til nettverket av mennesker og nære relasjoner og «att noen finnes til hands». Relasjonstryggheten handler blant annet om kontinuitet i omsorgsrelasjonene. Det er viktig at de som skal gi trygghet selv er trygge. Trygghetsressurser er ifølge Segersten komponenter som bidrar til en optimal livskvalitet.

Menneskets ønske om trygghet er et kjerneanliggende for å skape forutsigbarhet, tilhørighet og kontinuitet (2). Tillit er nært beslektet med trygghet. Usikkerhet, utrygghet og sårbarhet kan sees på som motsetning til eksistensiell trygghet.

Oppgaver

Kreftsykepleier skal ivareta pasienter med kreft og deres pårørende på en forsvarlig måte i en kompleks, uforutsigbar og raskt skiftende hverdag. Hun eller han skal ved sine helsefremmende, forebyggende,

behandlende, lindrende, rehabiliterende og habiliterende funksjoner ivareta den kreftsyke i alle aldre og i alle faser av sykdommen (3).

Kommunene har ansvar for at kreftpasienten får nødvendig helsehjelp. Helhetlige pasientforløp ivaretatt innenfor beste effektive omsorgsnivå (BEON) er et mål (4). God palliasjon forutsetter tverrfaglig tilbud med bred tilnærming der nærhet til hjemmet står sentralt (5,6).

Kreftsykepleiere i kommunehelsetjenesten kan bli nøkkelpersonell framover. Deres rolle passer ypperlig inn i samhandlingsreformens intensjon, i samarbeid med fastlegen og helsetjenesten for øvrig. Kreftsykepleieres kompetanse og rollen de har som koordinator for samarbeid og kontinuitet er viktig for å ivareta pasientens behov for trygghet i sykdomsforløpet.

Kontaktsykepleiernettverk er opprettet i alle helseforetakene og anbefalt i en rekke utredninger (5,7,8). Enkelte kommuner har opprettet egne stillinger for kreftsykepleiere, noe som beskrives som god praksis i blant annet «Standard for palliasjon» (8). Min erfaring gjennom 15 år er at kreftsykepleier i kommunehelsetjenesten utgjør en stor forskjell for pasientene og helsetjenesten.

Antall pasienter med langt framskreden kreftsykdom vil øke i årene fremover og stadig flere overlever kreftsykdom (7). Mangel på kontinuitet i pasientforløpet er beskrevet som et av de viktigste problemene i kreftomsorgen, både nasjonalt og internasjonalt (9,14). Mange kreftpasienter har sammensatte og komplekse problemer. Det er derfor behov for helhetlige, koordinerte og individuelt tilpassede tilbud (5,8,10).

Samhandlingsreformen beskriver det å legge premisser for pasienttilbudet og pasientforløpstenkning som kommunenes sentrale

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

Søkeord:

- ▶ Kreft
- ▶ Kommunehelsetjeneste
- ▶ Samhandling





oppgave og at fagpersoner med nødvendig kompetanse vil spille en vesentlig rolle framover. Pasientene skal stimuleres til egenmestring. Regjeringen vil lovpålegge plikten til å sørge for at pasienter med behov for koordinerte tjenester får en person som kontaktpunkt i tjenesten (4).

Nettverk

I Norge er et nettverk av ressurspsykepleiere for kreftpasienter og alvorlig syke under oppbygging i helseforetakene. En evalueringsrapport av nettverket i Helse Bergen konkluderte blant annet med at systemet med ressurspsykepleiere gir økt trygghet for både pasient og pårørende, og for ressurspsykepleierne selv (11). I regional kreftplan for Helse Vest står det at man anser kompetansenettverk av ressurspsykepleiere som viktig del av behandlingsskjeden. Et slikt nettverk er og helt sentralt for å ivareta kontinuiteten i pleie- og omsorgstilbudet til kreftpasienter samt spre kompetanse om kreftomsorg og palliasjon (12).

Opprettelse av egne koordinatorstillinger for kreftpsykepleiere for pasientoppfølging, veiledning og fagutvikling anbefales i nasjonalt handlingsprogram (7). Alle kommuner bør ha kreftpsykepleier med ressurspsykepleierfunksjon. I palliasjon er kreftpsykepleierne spesielt viktige ressurspersoner (6,12,13).

Ufullstendig behandlingsskjede

Kontinuitet i kreftomsorg beskrives ofte som sammenhengende eller sømløs behandlingsskjede. En rekke nasjonale utredninger omtaler behandlingsskjeden som ufullstendig og mangelfull. Individuell plan og koordinator beskrives som viktige verktøy for samhand-

ling. Behovsrettet og individuelt tilpasset omsorg beskrives som grunnleggende (7,8,13). Forskning viser at god informasjonsflyt, gode mellommenneskelige relasjoner og koordinering bidrar til kontinuitet (14).

En britisk studie fra 2009 har fokusert på betydningen av kontinuitet i helsetjenesten. 61 kreftpasienter ble delt i tre grupper som fikk forskjellig tilbud om oppfølging. Resultatet viser at kreftpasienter som opplever helsetjenesten som sammenhengende har mindre behov for helsetjenester, bedre livskvalitet og bedre psyke. King et al er i gang med en større studie for å utvikle og evaluere tiltak for forbedring av opplevd kontinuitet hos kreftpasienter. De kartlegger behovene systematisk og følger opp disse rutinemessig.

Kreftpsykepleiere i kommunehelsetjenesten kan bli nøkkelpersonell framover.

Et sentralt poeng i studien er at sykepleier er best egnet til å utføre tiltakene og være ansvarlig koordinator (15).

Oppfølging

Sykepleiekoordinatorrollen har blitt fremhevet som et kjerneelement i kreftomsorg for å hjelpe pasienter og deres familier til å mestre symptomer og behandling over tid (16). Denne måten å organisere sykepleietjenesten på ble skapt i Quebec, Canada, og kalles «Pivot nurse in oncology» (PNO). En ressurspsykepleier følger pasient og familie fra kreftdiagnosen blir gitt og gjennom hele sykdomsforlø-

SAMHANDLER: Kreftpsykepleier Kari Lium Smeby i Søndre Land samarbeider med mange. For eksempel spesialpsykepleier og saksbehandler Mari Aasen (t.v.) og leder for hjemmesykepleien Marianne Ege Lundberg (t.h.). Foto: Marit Fonn



pet. PNO er tilknyttet lokalmiljøet og har fire hovedfunksjoner i kreftomsorgen; vurdere pasientens behov for pleie og behandling, ivareta informasjons og opplæringsbehov, ivareta støttebehov og koordinere og sikre kontinuitet (16).

I USA, Australia og England har man gode erfaringer med lignende kreftsykepleiemodeller: kompetente spesialsykepleiere følger opp kreftpasienter over tid. Det handler om individualisert, behovsrettet og personlig omsorg, koordinert og ivaretatt av sykepleiere. Studier bekrefter at dette oppleves meget bra av pasientene. Måten å organisere kreftsykepleien på viser seg å bety mye for å ivareta helhet og kontinuitet (17-21).

I Norge bekrefter Grovs studie det samme. Sykepleietilgjengelighet, med kontinuitet som et viktig underpunkt, fremheves av pårørende som et av tre kjerneområder for å kunne ha kreftpasienter hjemme. Kontinuitet blant personalet og sykepleierens tilknytning over tid beskrives som svært viktig (22).

Gjennom intervjuer med pårørende til alvorlig syke fant Sjur B. Hanssen et gjennomgående ønske om å leve så normalt som mulig, til tross for sviktende helse. For å oppfylle dette ønsket er organisering av helsetjenesten viktig. Hanssen trekker fram sykepleierens rolle

Det kreves kompetanse for å skape trygghet.

som medvandrer. Usikkerheten pårørende opplever ved et komplisert sykdomsbilde medfører behov for et regelmessig hjelpetilbud. De trenger å støtte seg til et kompetent helsepersonell i sykdomstiden (23).

Diskusjon

Med bakgrunn i forskningslitteratur vil jeg se nærmere på hvordan kreftsykepleier kan bidra til trygghet for kreftpasienten. I tillegg vil jeg drøfte hvorfor kreftsykepleier er best egnede «kontaktpunkt» som beskrives i samhandlingsreformen.

Av hensyn til artikkelens omfang vil jeg først og fremst fokusere på kreftsykepleierfunksjonen i den nære pasientrelasjonen. De fire viktigste kjerneområder kan beskrives som kompetanse, tilgjengelighet, kontinuitet og relasjon over tid. Alle disse områdene bidrar til trygghet. Jeg vil også belyse nærmere hvordan kreftsykepleierrollen er organisert, da det spiller en viktig rolle.

Funnene tyder på at det finnes viktige føringer i nasjonale retningslinjer, men lite norsk sykepleieforskning om kreftsykepleiers betydning i kommunehelsetjenesten. Har ikke kreftsykepleier nettopp de kvalitetene som blir etterspurt og som det er behov for? Det er en viktig del av sykepleiefaget å tenke helhet og pasientforløp, individualisert og behovsrettet omsorg. Ifølge Segersten er trygghet «alt som bidrar til optimal livskvalitet». Dette sammenfaller med fokus i sykepleie og målet med palliativ behandling. Når oppfølging av pasienter med vekt på kontinuitet i relasjonen, slik PNO-modellen legger opp til, ser ut til å være vesentlig i denne sammenheng. Dette bekreftes gjennom tidligere nevnte studier.

Det er interessant at det brukes forskjellige begreper om koordinert helsetjeneste. For eksempel finnes det lite norsk litteratur der «kontinuitet» er et begrep, men «continuing care» er mye brukt internasjonalt. I Norge er det begrepene pasientforløp, samhandling, sømløs helsetjeneste og koordinerte tjenester som anvendes for å beskrive de samme problemstillingene. Likevel ser det ut som fragmentert helsetjeneste er en felles utfordring svært mange steder i verden. En annen viktig tendens er at sykepleieforskning i stadig større grad dokumenterer viktigheten av god sykepleie.

Kompetanse

Det kreves kompetanse for å skape trygghet. Kreftsykepleier har

både generell kompetanse og spesialistkompetanse. Evne til individualisert omsorg, fleksibilitet, skjønn og improvisasjon ligger i spesialistrollen og utvikles gjennom lang erfaring. Nettopp disse kvalitetene er sentrale for kreftsykepleier når hun utøver sitt komplekse fag (22,24). Nasjonale retningslinjer understreker at pasientene til enhver tid skal ha tilgang til nødvendig kompetanse (25). Pasientene har ofte sammensatte plager, noe som krever bred tilnærming. Hanssens studie bekrefter betydningen av god kompetanse og erfaring for å ivareta nødvendig trygghet (23). Kreftsykepleiere i kommunehelsetjenesten jobber ofte alene, og det kreves spesialistkompetanse for å være en god rådgiver og støtteperson. Det er interessant at Hanssen omtaler sykepleiers rolle som «buffer og katalysator på samme tid». Det innebærer en evne til vurdering og et klinisk blikk der det komplekse forenes med det fleksible, basert på erfaring og skjønn. Det kan handle om å dempe, fremme, avklare, avdekke, støtte – kort sagt å utøve hjelpekunsten.

Tilgjengelighet

At hjelpen er tilgjengelig er viktig for trygghet ifølge både Segersten, Eriksen og de øvrige norske studiene jeg har omtalt. «Att nogon fins til hands» – innebærer blant annet vissheten om at kreftsykepleier er tilgjengelig. Hjelpen må imidlertid være kompetent for at den skal være trygghetsskapende, noe som bekreftes av en Sintef-rapport om kommunehelsetjenestens utfordringer (26). Flere internasjonale studier om spesialsykepleiere som følger brystkreftrammede beskriver tilgjengelighet som viktig (27). Min erfaring er også at pasienter som har god tilgjengelighet på hjelp sier at det betyr mye for deres opplevelse av trygghet. Tilgjengeligheten blir sjelden misbrukt. Hva «god tilgjengelighet» er i praksis, kan selvsagt diskuteres. Det kan synes urimelig å være tilgjengelig for pasienten, uavhengig av arbeidstid. Noen kommuner opererer med telefonnummer til vaktansvarlig. I andre kommuner er det kreftsykepleierens mobilnummer som gis ut. Tilgjengelighet til fastlege betyr også mye, særlig i spesielle faser av pasientens sykdom. Disse forholdene må avklares og kommuniseres, det samme gjelder også grensen mellom privatliv og jobb. Tilgjengelighet henger også sammen med gode rutiner for fri retur til sykehuset, dersom situasjonen krever det. Individuell plan er et godt verktøy i denne sammenheng, men er fortsatt sjelden i bruk. Tillit til at man får hjelp når det er nødvendig er viktig for å føle trygghet. Det handler altså både om system og person.

Kontinuitet

Kontinuitet er et kjernebegrep i denne artikkelen og dreier seg om flyt, gode overganger og pasientforløp. Verdien av «tid» er nært forbundet med kontinuitet og trygghet, – det å gi tid over tid. Dette kan være særlig viktig i palliasjonspasientens tidstilmålte liv: Tid til den gode samtale, tid til å gi gode råd, være til stede eller avdekke behov for lindring. Også Hanssons understreker viktigheten av tid i sin studie. Kreftsykepleiere spiller en nøkkelrolle i kartlegging av pasientens behov fordi de har mest kontakt med pasienten (27).

Relasjon over tid

Oppfølging over tid er samtidig en rasjonell måte å bruke tid på. Det blir lettere å gå rett på sak. Bruk av telefon er effektivt og tidsbesparende, men fungerer best når kreftsykepleier allerede kjenner pasienten og hans eller hennes liv. Studier viser at pasienter er godt tilfreds med telefonoppfølging og at det gir trygghet (18,19). Jeg har selv erfart både planlagt og spontan telefonkontakt som nyttig supplement i kreftomsorgen.

Relasjonstrygghet kan betraktes som en konsekvens av konti-

nuitet. Det handler om forutsigbarhet, tillit og igjen om trygghet (1,2). Den personlige dimensjonen ved sykepleien blir synlig og får betydning. Dette vurderes som en positiv kvalitet av pasientene, og underbygges i studier (17,19). Å kjenne hverandre og konteksten man lever i fordrer evnen til å balansere mellom roller og ansvar. Samtidig innebærer det god oversikt over ressursene, både pasientens egne, i familien og lokalsamfunnet. I mindre kommuner blir beslutninger som regel tatt raskt, og jeg har selv erfart høy grad av fleksibilitet og kreativitet for å finne gode løsninger ved kompliserte utfordringer. Brukermidvirkning og det faktum at «det er i kommunene folk bor» medfører at det er i kommunene nettverket rundt pasienten skal bygges opp. Disse prinsippene gjenspeiles også i faglige retningslinjer og i samhandlingsreformen (4). Det må dessuten legges opp til at pasienten med hjelp selv skal mestre eget liv. Det gjør han best i sitt lokalmiljø.

Kritiske røster vil hevde at man må være varsom med å innta den personlige rollen. På den annen side kan den personlige dimensjonen være legitim og ønsket fra alle parter.

Organisering

Kreftsykepleiere er nøkkelpersoner når det gjelder å møte behovet for helhetlig, koordinert tjeneste hos pasientene, i samarbeid med fastlegen og helsetjenesten for øvrig. Min klare oppfatning er at arbeidet koordineres best av kreftsykepleiere. Beskrivelsen av kreftsykepleierollen i de internasjonale studiene inneholder nettopp de kvaliteter som utgjør kjernen i god sykepleie: Kompetanse, tilgjengelighet, kontinuitet, tid og relasjon. Dette samsvarer i stor grad med den norske beskrivelsen av kreftsykepleierens rolle i kommunehelsetjenesten.

Tidlig kontakt er viktig, helst rett etter diagnose. Studier har vist at støtte rundt diagnostidspunktet betyr mye (19). Enkel tilgang til kompetent hjelp i lokalmiljøet kan legge et godt grunnlag for trygghet, og hindre unødvendige innleggelse (15,20). Hvilke pasienter som har bruk for kreftsykepleier under sykdomsforløpet er vanskelig å avgjøre på dette tidlige tidspunktet. Det viktige er at den nødvendige kontakten etableres. Aktiv tilnærming til pasienten og familien gir også et godt grunnlag for å utnytte pasientens evne til egenmestring.

Også i Norge arbeider man for å finne ut om desentraliserte

tjenester har effekt på livskvalitet hos og reinnleggelse av syke i kommunene. Hva gir beste resultat for pasientene, også vurdert i forhold til økonomi og ressursbruk? Nye og utvidede roller for helsepersonell og bedre bruk av de tilgjengelige personellressursene blir trukket fram som mulige tiltak (4). Når man skal vurdere kostnadseffektive løsninger, mener jeg spesialsykepleiere i kommunene som koordinatore vil komme godt ut. Det er imidlertid viktig at kreftsykepleier har en relativt fri stilling. Hun må selv kunne regulere tid og arbeidsoppgaver. Gode rutiner for henvisning og informasjon om krefttrammede er vesentlig for planlegging og oppfølging. Dette kan ordnes både fra sykehus og gjennom fastlege eller kontaktsykepleiernettverket.

Det er interessant at betydningen av god sykepleie stadig bekräftes gjennom studier. Likevel er det et problem i forskningen at sykepleiere ikke har monopol på eller er eksklusive i sine tiltak overfor pasientene. Dermed er det vanskelig å påvise sykepleieeffekten. Kreftsykepleierens spesielle kvalitet ved å være helhetlig og fleksibelt orientert, blir samtidig en utfordring når man skal vise det unike ved sykepleierollen.

Konklusjon

Kreftsykepleier har en unik og viktig rolle i kommunehelsetjenesten. Ved å forene den generelle og spesialiserte kompetansen, den helhetlige tilnærmingen og vektlegging av kontinuitet, relasjon og tilgjengelighet, skapes et grunnlag for trygghetskapende pasientomsorg. Kreftsykepleier koordinerer og har det helhetlige perspektivet som er nødvendig. Tidlig og tett oppfølging i lokalmiljøet med fokus på pasientens egne ressurser tjener alle parter.

Summen av disse kvalitetene gjør kreftsykepleieren særdeles godt egnet til å være det kontaktpunktet som beskrives i samhandlingsreformen. I tillegg har kreftsykepleier en viktig rolle som veileder for annet helsepersonell og deltaker i det tverrfaglige teamet rundt pasienten. Min egen erfaring tilsier at fastlegene er godt tilfredse med samarbeidet med kreftsykepleiere. Internasjonale studier bekræfter at oppfølging med kreftsykepleiere betyr mye og gir tilfredse pasienter. Særlig har modeller med kreftsykepleiere som arbeider nært med pasienten over tid, gitt gunstige resultater. Denne måten å organisere sykepleietjenesten på, «pivot-nurse», kan kanskje være aktuell her i Norge? Jeg mener denne sykepleiemodellen passer godt i vårt langstrakte land med spredt bosetning. ■■■

Les også om smertebehandling av kreftpasienter i Sykepleiers Forskning nr. 4 – 2010



LITTERATUR

1. Segersten, Kerstin. Patienters opplevelser av trygghet och utrygghet. Göteborg 1984;1, 9-10;12, 16-20;24.
2. Eriksen, T.H. and A.J. Vetlesen (2007). «Innledning. Tryggheten og dens motstandere». Trygghet. T.H. Eriksen and A.J. Vetlesen. Oslo, Universitetsforl.: 11–32.
3. Fagplan for deltidsstudiet, videreutdanning i sykepleie til kreftpasienter. Tilgjengelig fra www.diakonova.no (200909)
4. St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen <http://www.regjeringen.no/templates/Storeting/melding.aspx?id=567201&epslanguage=NO> 13-15, 27-8, 36, 47-52 (201009)
5. Prosjekt Regionalt samarbeid for kreftomsorgen i Helse Øst. Innstilling fra regional prosjektgruppe 2006; 44-6, 49
6. Kaasa S, redaktør. Palliasjon. Faksavåg Haugen, Jordhøy, Hjermstad: Organisering av palliative tilbud. Nordisk lærebok. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2007, 197–211
7. Nasjonal strategi for kreftområdet 2006–2009. Helse- og omsorgsdepartementet. [http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/sykehus/dette-mener-regjerin-gen/aktuelle-planer-og-strategier/nasjonal-strategi-for-kreftområdet-2006.html?id=536705](http://www.shdir.no/http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/sykehus/dette-mener-regjerin-gen/aktuelle-planer-og-strategier/nasjonal-strategi-for-kreftområdet-2006.html?id=536705), s. 7-10, 18-20, 30-1 (201009)
8. Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen. Nasjonale faglige retningslinjer. Vedlegg: Standard for palliasjon Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2007. 13-6, 18-9, 23, 44, 87, 105–11 Tilgjengelig fra: www.shdir.no (201009)
9. Norges offentlige utredninger. Fra stykkevis til helt – en sammenhengende helsetjeneste. NOU 2005: 3. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb.html?id=4>
10. Kaasa S, redaktør. Palliasjon. Nordisk lærebok. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2007 32, 37–43
11. Hauken, M.A.: Nettverk i kreftomsorg og lindrende behandling i Helse Bergen for-taksområde: Rapport fra evaluering, Betanien diakonale høgskole. Skriftserien 1–2009 http://www.helsedirektoratet.no/portal/page?_pageid=134.67665&_dad=portal&_schema=PORTAL&_pi-ref134_76551_134_67665_67665. artSectionId=15188&_pi-ref134_76551_134_67665_67665. articleId=405694 (lastet 20.11.09)
12. Regional kreftplan 2005-2010: http://www.helse-vest.no/graphics/Synkron-Library/Documents/RegionaleRapporter/Regional_kreftplan_mars2005.pdf (20.11.09); 7
13. Kaasa S, redaktør. Palliasjon. Rønning, Strand, Hjermstad. Palliativ behandling utenfor sykehus. Nordisk lærebok. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2007. 213–27
14. Aubin M, Giguère A, Verreault R, Fitch MI, Kazanjian A. Interventions to improve continuity of care in the follow-up of patients with cancer (Protocol). Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 1. Art. No.: CD007672. DOI: 10.1002/14651858.CD007672.
15. King et al. Development and pilot evaluation of a complex intervention to improve experienced continuity of care in patients with cancer The British Journal of Cancer. London: Jan 27, 2009. Vol. 100, Iss. 2, p. 274–80 (7 pp.)
16. Skrutkowski M et al. Impact of a Pivot Nurse in Oncology on Patients With Lung or Breast Cancer: Symptom Distress, Fatigue, Quality of Life, and Use of Healthcare Resources. Oncology Nursing Forum. Pittsburgh: 2008. Vol. 35, Iss. 6, p. 948–54 (7 pp.)
17. Radwin, LE, Cabral HJ, Wilkes G. Relationships between patient-centered cancer nursing interventions and desired health outcomes in the context of the health care system Research in Nursing & Health. New York: Feb 2009. Vol. 32, Iss. 1, p. 4
18. Karen Jackson. The Role of the Cancer Nurse Coordinator in Neurology. Australian Nursing Journal. North Fitzroy: Mar 2008. Vol. 15, Iss. 8, p. 29–31 (3 pp.)
19. Mellor J, Barradell E. Co-ordinating care Nursing Management. Harrow-on-the-Hill: Mar 2008. Vol. 14, Iss. 10, p. 20–2 (3 pp.)
20. Moore S, Wells M, Plant H, Fuller F, Wright M, Corner J. Nurse specialist led follow-up in lung cancer: The experience of developing and delivering a new model of care. European Journal of Oncology Nursing 2006; Vol. 10, issue 5:364-77
21. Seek AJ, Hogle JP. Modeling a Better Way: Navigating the Healthcare System for Patients With Lung Cancer Clinical Journal of Oncology Nursing. Pittsburgh: Feb 2007. Vol. 11, Iss. 1, p. 81–5 (5 pp.)
22. Grov, Ellen Karine: Død hjemme – hvordan kan sykepleieren bidra til å fremme mulighet for personer med langtkommen kreft å dø hjemme? Vård i Norden 4/99 Publ. No 54 Vol. 19 No 1 PP 4–9
23. Hanssen, Sjur: Masteroppgave: Lindring av LIDELSE mot livets slutt – et pårørendeperspektiv www.nhv.se/upload/dokument/.../MPH2006-6_S.B.Hanssen.pdf (nedlastet 201009)
24. Reitan, A.M. Sykepleie. I: A.M. Reitan AM, Schjølberg TK, redaktører. Kreftsykepleie: Pasient – Utfordring – Handling. 2.utg. Oslo: Akribe Forlag; 2004. s. 47–63.
25. Reitan, A.M. Kreftsykepleie. I: A.M. Reitan AM, Schjølberg TK, redaktører. Kreftsykepleie: Pasient – Utfordring – Handling. 2.utg. Oslo: Akribe Forlag; 2004. s. 17–28
26. Sinteft Unimed Helsetjensteforskning (2002) Kommunehelsetjenesten – gamle og nye utfordringer. En studie av sykepleietjenesten i sykehjem og hjemmesykepleien
27. Vitek L, Rosenzweig M, Sollings S. Distress in Patients With Cancer: Definition, Assessment, and suggested interventions. Clinical Journal of Oncology Nursing. Pittsburgh: Jun 2007. Vol. 11, Iss. 3 pg 413.



Egil Bekkhus, høyskolelektor, Videreutdanningen i sykepleie til akutt og kritisk syke/paramedic., Høgskolen i Østfold.

Bruker praksis til å be



Situasjonsbasert refleksjon i basisfag kan bidra til å knytte klinikk og teori bedre sammen.

Mange steder har man funnet det meningsfullt å innføre problembasert læring (PBL) som undervisningsmodell. En grunnleggende antakelse er at læring er best når den tar utgangspunkt i aktuelle, relevante situasjoner fra det praksisfeltet man skal kvalifisere seg for, og forankrer kunnskapsutviklingen der. Studentene skal lære gjennom å identifisere hva man må kunne for å handle profesjonelt i praksisfeltet.

Forankring i praksis

Kunnskapen skal altså, så langt det er mulig i en utdanningskontekst, knyttes til praksis. Men selv når man opererer innenfor en slik undervisningsmodell, kan det være vanskelig å motstå «the academic drift». Vi beveger oss langsomt men sikkert bort fra mester-svenn-modellen i retning av mer og dypere teori. Dermed er det en fare for at deler av teorien er stadig mer atskilt fra praktisk virksomhet og blir hengende mer og mer i løse luften. Dette kan medføre teorifientlighet. Sterkere vekt på forskning

og fagutvikling er vel og bra, men jeg mener vi risikerer at studentene vektlegger og lærer for lite av det yrkesfeltet vi forventer at de behersker. Klarer studentene å se relevansen av det de lærer? Men hvordan kan man lage undervisning som gir praktisk nyttig kunnskap, godt støttet opp av og integrert med solid teoretisk innsikt, som virker engasjerende og aktiviserende? Må vi tilbake til mester-svenn-modellen? Eller kan vi satse på noe annet?

Problembasert læring

Dette er en beskrivelse av en undervisningsmodell vi har utviklet ved Videreutdanningen i sykepleie ved Høgskolen i Østfold. Vi har satset på PBL siden man startet med det tidlig på 90-tallet, og er fremdeles fornøyd med denne modellen. Men også innenfor dette konseptet må vi utvikle undervisningen. Jeg har som høyskolelektor med medansvar for det pedagogiske opplegget ved videreutdanningene for akutt-, intensiv- og anestesisykepleie og for deltidsstudiet for ambulansesjåfører, hatt en sentral rolle i denne utviklingen.

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

Søkeord:

- » Pedagogikk
- » Praksisstudie
- » Teori
- » Undervisning



lyse teori



LÆRING GJENNOM REFLEKSJON: Refleksjon over konkrete opplevde situasjoner i praksis kan bidra til at studentene opplever større sammenheng mellom teori og praksis. Arkivfoto: Stig Weston.

Vi ønsker med dette å dele våre erfaringer og gi andre kjennskap til det vi synes fungerer godt hos oss. Vårt utgangspunkt er at vi har motiverte, voksne og erfarne studenter som er ganske krevende. De er motivert for å lære mer, men de stiller også krav til høy kvalitet både faglig og pedagogisk. Jeg håper å kunne vise hvordan slike populære stikkord som «situasjonsbasert refleksjon» og «integrering av teoretisk kunnskap fra ulike basisfag» og «praksiskompetanse» kan omsettes til undervisning som gir gode resultater. Vårt utgangspunkt har vært i det naturvitenskapelige og medisinske kunnskapsområdet. Siden dette er undervisningsområder som de fleste sykepleierutdanningene strever mest med å lykkes i (1,2), kan artikkelen også være relevant for andre fagområder. Hensikten med denne artikkelen er å vise hvordan situasjonsbasert refleksjon kan styrke og synliggjøre basisfagenes betydning for det funksjonsrettede hovedfaget. Målet blir å integrere emner fra basisfagene i en yrkesfaglig sammenheng i den hensikt å utvikle og styrke handlingskompetansen.

Situasjonsbasert refleksjon

Vi bruker den studentaktive metoden i den perioden studentene er i praksisstudier. Dette foregår i alle studiets semestre, og praksisperiodene varierer fra tre til tolv uker. Ut fra vår organisering av timeplan og praksisplan møtes studentene hver fjortende dag på høyskolen for undervisning og faglig påfyll. Vi starter som regel disse dagene med 90 minutter situasjonsbasert refleksjon. I løpet av disse 90 minuttene har vi avsatt tid til bearbeiding av to situasjoner. Studentene forplikter seg til eller blir pålagt å ha med seg situasjoner fra gang til gang. Vi oppfordrer også studentene til å informere kontaktsykepleier slik at de sammen kan finne en situasjon som de begge synes er relevant. Situasjonen innleveres, redigeres og sekvenseres en til to dager før gruppen møtes. Anonymisering og

Klarer studentene å se relevansen av det de lærer?

overholdelse av taushetsplikten ivaretas. Dersom dette ikke kan oppnås på en tilfredsstillende måte, blir situasjonen avist.

Styrken ved å la studentene selv finne situasjonene er at situasjonene blir nærere (opplevd av en av deres egne), aktuelle i tid, og har en klar legitimitet. Samt at de skaper engasjement. Anonymisering i forhold til identitet, kjønn, alder og så videre vektlegges sterkt. Studentene blir orientert om og har en klar forståelse av at det som diskuteres i gruppen, blir i gruppen.

Skape trygghet

Organiseringen av refleksjonen foregår på følgende måte: Ansvarlig student og lærer inndeler pasientsituasjonen i tre eller fire sekvenser, og blir enige om en åpningssekvens som gir rom for diskusjon og engasjement.

Første sekvens: I første sekvens er det ingen riktige eller gale alternativer. Sekvensen starter med at den studenten som har stått i situasjonen forteller så mye av situasjonen som han eller hun har avtalt med læreren på forhånd. Læreren henvender seg deretter til gruppen og spør: «Hva handler dette om»? Barrow (3) opererer med begrepet «the initial concept». Målet er en brainstorming i noen korte minutter uten krav om faglig begrunnelse, argumentasjon eller sensurering fra lærer eller medstudenter. Hensikten er å skape trygghet gjennom aktivitet. Alle blir utfordret til å ha en oppfatning. Det er vår erfaring at en slik start kan åpne for oppfatninger som er av stor betydning, selv om de ikke der og da kan relateres til relevant teori. Forutsetningen for at dette skal skje er at trygghet er etablert, og at åpningen på situasjonen engasjerer og skaper aktivitet. Denne måten å begynne arbeidet på har sterke pedagogiske paralleller til første trinn i arbeidsprosessen ved PBL.

Begrunne teoretisk

Andre sekvens: I neste sekvens tar lærer og medansvarlig student for seg ett og ett moment og spør gruppa om hvor faglig relevant de ulike mulighetene er. Målet er at studentene som gruppe skal forsøke å gi teoretiske begrunnelser for de forslagene som er reist. Er de relevante og kan de begrunnes? I andre sekvens kan studentene be om mer informasjon ut ifra en teoretisk begrunnelse. All informasjon gis ut og blir stimulert etter krav om begrunnelse. For eksempel: «Hvilke flere opplysninger trenger dere for å komme videre?» Disse ønskene om ytterligere informasjon (BT – pulspasientens behov, og så videre) skal begrunnes. «På hvilken måte



utgjør det en forskjell for deg (studenten) dersom du får denne informasjonen?» Læreren forsøker her å få studenten til å begrunne eller oppdage behovet for ytterligere informasjon. Opplysningene blir bekreftet eller avkreftet og nye blir sluppet. Dette blir gjort av den studenten som har stått i situasjonen og innehar de aktuelle data. Prosessen drives nå frem ved at man finner nye løsninger. Ideer verifiseres eller forkastes av gruppen. Her har det avgjørende betydning at veilederen har oversikt og innsikt i tema. Gjennom spørsmål må gruppen ta stilling til hvilken forklaringsmodell som gjelder. Veilederens oppgave er å påpeke åpenbare feil eller mangler i resonnementene som gruppen ikke klarer å korrigere. Vår erfaring er at når man etterspør ny informasjon vil studentenes resonnement, ved mild styring, som oftest sammenfalle med innholdet i den aktuelle hendelsen.

Teste holdbarhet

Tredje sekvens: I tredje sekvens slipper man ytterligere informasjon i det omfang som er nødvendig for å kunne verifisere eller avkrefte visse hypoteser. Studentene arbeider nå med maks to til tre arbeidshypoteser. Det er også mulig å be om ytterligere informasjon. Spørsmål om forslag til handling vil ofte bli stimulert av læreren i denne fasen. Intensjonen er å komme frem til et løsningsforslag som gruppen kan enes om. Med lærers hjelp går studentene en ny runde gjennom alle tilgjengelige opplysninger og utprøver holdbarheten i forhold til den valgte forklaring.

Fjerde sekvens: Siste sekvens overlates til medansvarlig student som forteller historien slik han opplevde den uten kommentarer fra lærer eller medstudenter. Hvilken forklaring kom de frem til i den aktuelle situasjon? Hvordan betrakter studenten situasjonen nå i ettertid? Hva så han der og da? Hva ser han nå i ettertid? Hva lærte studenten?

Pedagogisk grunnlag

Vi har hentet inspirasjon fra ulike kilder. Fra bøkene verden lener vi oss tungt på Barrow (3, 4) Pettersen (5,6,7), Sokrates ideer om den filosofiske samtalen (8,9) samt Lauvås og Handals (10,11) tanker rundt praksisteori eller praktisk yrketeori.

Å fremme studentenes refleksjoner over aktuelle pasientsituasjoner er uttrykk for et ønske om å bygge en pedagogisk virkelighet som i størst mulig grad svarer til den virkeligheten studentene vil møte i sine praksisperioder ved høyskolen, og i utøvelsen av yrket. Hensikten med å fremme refleksjon og diskusjon er å bidra til integrasjon av den teoretisk kunnskapen man forventer skal fungere når studenten, og senere yrkesutøveren, møter pasienten. Metoden slik vi praktiserer den har derfor en klar forankring i kognitiv pedagogikk og i et konstruktivistisk lærings-syn. I kognitiv pedagogikk (12) legges det vekt på at studenter lærer ved å se sammenhenger, mønstre og utvikle mentale kart. Konstruktivismen som lærings-syn (5) innebærer at man ser på læring som en personlig prosess. Studenten blir sett på som en aktiv lærende som tilegner seg kunnskap og innsikt i interaksjon med et læringsmiljø, ikke som en passiv mottaker av ferdig utviklet kunnskap. Kunnskapskonstruksjonen skjer i samspillet mellom studentens eksisterende forståelse, nye opplevelser, og undervisningen som blir gitt. Læreren kan altså ikke «levere» eller «overføre» kunnskap direkte til studenten; studenten må selv bygge opp sin egen forståelse.

Konkret situasjon

Vår studentaktive metode har et annet fokus, sammenlignet med modeller i for eksempel sykepleiefaglig veiledning, og fokuserer i større grad på refleksjonen og opplevelsene til den personen som har stått i den aktuelle situasjonen. Veiledning rettes hovedsakelig

mot den enkelte student. Målet er å utvikle studentens evne til innlevelse, bevissthet om egen væremåte og ansvarlighet (13,14). I vår modell blir følelsene og opplevelsene til studenten som har stått i situasjonen i liten grad vektlagt, men vi inviterer ham eller henne til å presentere en redigert utgave av situasjonen som utgangspunkt for gruppas læring. I vår refleksjonsmodell vil studentene i all hovedsak møte pasienten som et tilfelle eller en konkret situasjon opplevd av en student. Denne situasjonen blir redigert og presentert for medstudentene etter kriterier gitt av fagansvarlig lærer og studenten selv. Hovedintensjonen er å integrere naturvitenskapelige fag i sykepleien. Det legges til rette for at dette kan skje i refleksjonsgruppen gjennom dialog og felles refleksjon mot et teoretisk bakteppe.

Resonerer

Hos nybegynnerne er det et viktig poeng å unngå for komplekse og omfattende pasientsituasjoner. Pettersen (5) opererer med begrepene «baklengs» og «forlengs» resonnering. Baklengs resonnering benyttes i de tilfeller hvor kunnskapsbasen er mangelfull og man baklengs forsøker å bygge opp begrunnelser for å avkrefte eller bekrefte hypoteser. Når det gjelder nybegynneren, anbefaler Barrows (3) å ta utgangspunkt i situasjoner som skal forstås og forklares. I starten vektlegger vi sterkt basisfag som fysiologi og patofysiologi. Vi anbefaler studentene å finne situasjoner de har ønske om å forstå. Et eksempel: «Jeg stelte en KOLS-pasient. Da han lå i senga hadde han fin SaO₂ (oksygensaturasjon) og var ikke tung i pusten. Så fort vi skulle gå på toalettet falt SaO₂ og han ble svært tungpusten».

Når studentene møter læreren med en nedskrevet pasientsituasjon, vil utgangspunktet være en diskusjon om hvilken omforming av oppgaven som er nødvendig for å skape tilsiktet læring. Å forstå er alltid et mål, da studentene gjennom å oppdage sammenhenger mellom teori og situasjoner fra praksis blir stimulert til å skape forklaringsmodeller, strukturer og mønstre. Det handlingsorienterte aspektet blir vektlagt avhengig av den konkrete situasjonen, av hvilke begreper som man ønsker å belyse, og av hvor studentene befinner seg i utdanningen.

Spørsmål og strategier

Lærer og medansvarlig student har en viktig rolle i det å utfordre. Det handler om å stille spørsmål som driver læreprosessen fremover. Sokrates' (8, 9) praktisering av den filosofiske samtalen har vært en viktig inspirasjonskilde i måten vi forsøker å utfordre på. Målet er å stille spørsmål som får deltakerne til å tenke selv. Ved å stille utfordrende og samtidig åpne spørsmål kan vi hjelpe studentene til å få frem egne tanker og ideer, og samtidig se sammenhenger mellom den aktuelle situasjonen og relevante teorier. Samtalen mellom deltakerne skal medføre en kritisk gransking av egne begrunnelser. Dette er også et syn på læring som har klare paralleller til Lauvås og Handals begreper i «Praktisk yrketeori» (10). Dersom studentene ber om tilleggsinformasjon for eksempel pasientens respirasjon-status, må den enkelte eller gruppen kunne argumentere for dette. I det virkelige yrkesliv må man vite hva man skal se etter eller spørre om for å kunne handle adekvat. Michael Gose (9) har påpekt at Sokrates i all hovedsak benyttet tre spørsmålskategorier. Disse kategoriene har vært til stor nytte for å engasjere studentene og fremme læringsprosessen:

- » *Spørsmål av undersøkende art:* «Hva handler dette om?» etterspør tanker og ideer hos studenten.
- » *Eksplorative spørsmål:* «Dere vil gjerne vite hva pasienten hadde i puls og om pulsen var regelmessig. Hva er sammenhengen mellom puls, regelmessighet og lavt BT?» Målet er å hjelpe studentene til å se sammenhengen mellom ulike begreper.

» *Utfordrende spørsmål:* «Blodtrykksfall har da ingen ting med pasientens puls og gjøre, det har da med hvor mye blod pasienten har og hvor kraftig hjerte slår. Eller hva?»»

Ved at kunnskap dannes og korrigeres gjennom samtale og diskusjon mellom gruppelemmene, omdannes klasserommet og refleksjonsgruppen til et undersøkende fellesskap basert på det sokratiske tenkningsgrunnlaget. «To educate for Socrates, could not be a question of transfer of knowledge. Education was an activity of mind, not a curriculum to be delivered» (15, s. 140). Vi ønsker å unngå situasjoner der studentene har blitt undervist, budskapet er levert, men hvor de ikke er i stand til å huske eller plassere kunnskapen inn i aktuelle og relevante situasjoner. En måte å få dette til på er å gjøre klasserommet om til et sted hvor det foregår sosiale prosesser der studentene korrigerer eller godtar de forslag og handlingsvalg som fremsettes, eller etterspør mer informasjon. Vår erfaring er at dette, kombinert med gode situasjoner, skaper engasjement og læring.

Formidler eller veileder?

Læreren må ha oversikt over og kunnskap om begreper og tema som vil bli berørt i løpet av undervisningen. I de tilfeller hvor både student og lærer er for dårlig forberedt er læringsutbyttet blitt marginalt. Det er derfor avgjørende at studentene leverer inn pasientbeskrivelsen på forhånd. Det gir lærer og medansvarlig student mulighet til å lese seg opp på fagspesifikke tema som han eller hun føler seg usikker på. Dette har vært viktig, spesielt for nye lærere som har manglet oversikt og dybdekunnskap. Erfarne lærere har i større grad vært opptatt av prosessen og at de kan nok til å fremme faglig refleksjon. Veiledningskompetanse er en styrke, men ingen absolutt forutsetning. Jeg har erfaring med at det faglige overblikket kombinert med en viss beherskelse av Sokrates' tre spørsmålstyper, i de fleste tilfelle er nok for å stimulere til god læreprosess. En oversikt i det aktuelle tema er nødvendig for å kunne stille spørsmål som bidrar til å knytte teori og pasientsituasjon sammen. Vi har hatt gode erfaringer med å la faglige sterke studenter overta lærerrollen. Teoretisk svake studenter behersker ikke dette. Fordelen ved å la studenter inneha denne rollen er at det skaper økt læring gjennom forberedelse og økt bevissthet i praksis. Studentene forsøker å se praksis med andre øyne: Er dette en situasjon det kunne vært nyttig og reflektert videre over? Det skaper læring. Ansvarlig student innhenter informasjon og forklaringer både på teoretiske og praktiske problemstillinger av profesjonelle helsearbeidere før vi møtes på høyskolen. Mange av studentene viser entusiasme som smitter over på medstudentene. Et vanlig brukt uttrykk er: «I dag skal dere virkelig få noe å bryne dere på». Ved å benytte studenter i lærerrollen kan det også se ut som om svake studenter lettere blir aktivisert. Enkeltutsagn i evalueringsskjemaer indikerer en større opplevelse av trygghet.

Modne studenter

I vår metode har vi hovedsakelig arbeidet med videreutdannings-

studenter som har lang klinisk erfaring og evne til klinisk resonnering. Dette utgangspunktet har medført at synspunkter på problemstillingen som oftest kommer raskt på grunn av et rikt erfaringsgrunnlag. Utfordringen blir å lage en åpning som fungerer slik at bombastiske løsninger ikke framkommer med en gang. Ved å prøve ut modellen på studenter som har lite praksiserfaring har vi erfart at vi oftere benytter spørsmål av typen: «Er det noen andre aspekter som dere har oversett her?» Pettersen (5) mener det er avgjørende at veileder, spesielt overfor nybegynnere, sikrer at de fakta som må etterspørres, etterspørres. På den måten unngår man at det ikke tolkes og bygges inn elementer som det ikke er belegg for. Hva bygger studentene sin hypotese på? Hva er grunnlaget? Hvordan bruker de tidligere ervervet kunnskap? Her ligger det en stor utfordring for lærer i å skape trygghet. Det er viktig å la den enkelte student få lov til å resonnerer et stykke på veien, og gi

Målet er å utvikle studentens evne til innlevelse, bevissthet om egen væremåte og ansvarlighet.

hjelp underveis til å oppdage hva som holder i argumentasjonen og hva som ikke holder. Dette skal primært gjøres av gruppen, men dersom gruppen ikke reagerer på opplagte feil i resonnementet, må lærer utfordre gruppen. Målet er å hente fram, anvende og integrere tidligere innlært, lest eller undervist teoretisk kunnskap ved å etterspørre, støtte og utfordre studentene.

Oppsummering

Profesjonsutdanninger både nasjonalt og internasjonalt sliter med å organisere og finne en form for innlæring av teoretisk kunnskap som fremmer læring og utvikling av handlingsberedskap i praksis (2). Jeg har forsøkt å beskrive en studentaktiv metode hvor refleksjon rundt selvopplevde pasientsituasjoner kan være et alternativ for å knytte klinikk og teori bedre sammen. Gjennom å få hjelp til å se overføringsverdien av den teorien som studentene har tilegnet seg vil de trolig stå bedre rustet til å forstå og observere i praksis. Det handler om å støtte opp under studentenes muligheter til å erobre praksisrommet og til å utvikle sin egen praktiske yrkest teori som vil komme pasientene til gode gjennom bedre kvalitet på utøvelsen av sykepleie. Metoden har sporadisk vært prøvd ut med studenter ved sykepleierutdanningen. Erfaringene har vært at disse studentene, på grunn av liten yrkeserfaring, i enda større grad hungret etter hjelp til å sette ting i sammenheng og få teoretiske forklaringer på pleieproblemer og situasjoner hentet fra praksisfeltet. Videreutdanningen har få studenter, men min erfaring er at metoden under visse betingelser godt kan fungere med opp mot 20 til 30 studenter i grupper. De innsamlede situasjonene blir også omarbeidet og brukes aktivt til nye PBL-oppgaver, seminarer og ved simulering. ■■■

LITTERATUR

1. Sett under ett: ny struktur i høyere utdanning: sammendrag av NOU 2008:3. Oslo: Utvalget for høyere utdanning; 2008.
2. Kyte L, Kleiven OT, Elzer TA. Medisinske og naturvitenskapelige emner i sykepleierutdanningen. Sykepleien Forskning 2009; 02: 134–140.
3. Barrows HS, Pickell GC. Developing clinical problem-solving skills: A guide to more effective diagnosis and treatment. New York: W.W. Norton, 1991.
4. Barrows HS. Practice-based learning. Problem-Based Learning Applied to Medical Education. Springfield: Southern Illinois University School of medicine, 1994.
5. Pettersen RC. Kvalitetslæring i høyere utdanning. Oslo: Universitetsforlaget, 2005.
6. Pettersen RC. PBL for studenter: en introduksjon til PBL for studenter og lærere. 2 utg. Oslo: Universitetsforlaget, 2005.
7. Pettersen RC. Problemet først: problembasert læring som pedagogisk idé og strategi. Oslo: Tano Aschehoug, 1997.
8. Svare H. I Sokrates fotspor. Oslo: Pax forlag, 1996.
9. Gose M. When Socratic dialogue is flagging. Questions and strategies for engaging students. College Teaching 2009; 57 (1): 45–49.
10. Lauvås P, Handal G. Veiledning og praktisk yrkest teori. Oslo: Cappelen akademiske forlag, 2000.
11. Handal G, Lauvås P. På egne vilkår: en strategi for veiledning med lærere. Oslo: Cappelen akademiske forlag, 1999.
12. Helstrup T. Praktisk læringspsykologi. Bergen: Fagbokforlaget, 2000.
13. Tveiten S. Pedagogikk i sykepleiepraksis. 2 utgave. Bergen: Fagbokforlaget, 2008.
14. Teslo AL. (Red). Mangfold i faglig veiledning; for helse og sosialarbeidere. Oslo: Universitetsforlaget, 2006.
15. Fisher R. Teaching Thinking. 2 ed. New York: Continuum, 2001.



Vigdis Granum, førsteamanuensis, avdeling for sykepleierutdanning, Høgskolen i Oslo.



Kirsten Halse, førstelektor, avdeling for sykepleierutdanning, Høgskolen i Oslo.

Pasientundervisning krever kunnskap

Sykepleiere må dokumentere og planlegge sin undervisning av pasienter. Det vil gi bedre pasientresultater.

Sykepleiernes undervisningsfunksjon er beskrevet i offisielle dokumenter (1,2), og avspeiles også i de krav som verdens helseorganisasjon stiller til sykepleiere (3). Pasientundervisning beskrives som tilrettelegging for læring hos pasienten og eventuelt hans pårørende, slik at han eller de får økt kunnskapsforståelse, samt bedre ferdigheter og mestringsmekanismer (4). Målet er at pasienten skal takle sin livssituasjon bedre.

Introduksjon

Pasientundervisning er ikke nødvendigvis en naturlig del av sykepleierens funksjonsområder (5-6). Sykepleierens undervisningsvirksomhet beskrives i studier som en integrert og spontan hendelse; den er lite eksplisitt uttalt, etterspurt, diskutert eller problematisert. Ansvaret for å inkorporere kriterier for pasientundervisning ligger på hver enkelt sykepleier, til forskjell fra institusjonen eller kommunen som har en felles strategi for å bygge opp kompetansen på dette området (7-8). Studier viser at sykepleiere innehar begrensede kunnskaper angående undervisningsstrategier. Pasientundervisningen er lite systematisert, innholdet er rettet mot sykdom, og foregår som enveiskommunikasjon (8-9). Fokus på pasientenes rettigheter har økt (10). Pasienter er mer bevisste sitt ansvar for egen helsetilstand, og ønsker å tilegne seg kunnskaper. De har tilgang til kunnskap via internett, og er bedre informert enn tidligere (11). Pasienters behov for kunnskap, deres bevissthet angående rettigheter, endringer i helsevesenet, samt tidligere forskning, viser behovet for økt bevissthet rundt og synliggjøring av sykepleierens undervisningsfunksjon.

Hensikten med artikkelen er å synliggjøre sykepleiernes undervisningsfunksjon slik den fremstår i vårt materiale. Problemstilling: Hvordan foregår pasientundervisning i praksis?

På akuttpost

Undersøkelsen ble gjennomført på en akuttpost på et universitets-sykehus. Posten har 26 senger og er bemannet med 20 sykepleiere, samt hjelpepersonell. Pasientgrunnet er akutt syke eldre. Gjennomsnittlig liggetid er fire til fem dager. De fleste innlegges fra eget hjem og utskrives tilbake. Få pasienter utskrives til daghospital før endelig utskrivelse til hjemmet. De øvrige pasienter kommer fra sykehjem og utskrives til sykehjemmet. Pasientene har vanlige indremedisinske diagnoser.

Metode

Artikkelen bygger på intervju av 12 sykepleiere, ti kvinner og to menn, ut fra et strukturert skjema utarbeidet av artikkelforfatterne. Intervjuene ble foretatt av tredje-årsstudenter i deres praksisperiode.

Svarene ble skrevet rett ned på skjemaet. Sykepleiernes arbeidserfaring er fra et halvt til åtte år. En sammenfatning av intervjueteksten er foretatt av artikkelforfatterne der følgende spørsmål ble stilt: Hvilke mønstre sees i intervjueteksten? (12).

Resultat

Innholdet i begrepene undervisning og læring er uklare for sykepleierne. Begrepene anvendes synonymt. I intervjuene ble ikke begrepet informasjon anvendt, men sykepleierne svarte likevel ofte med å bruke begrepet informasjon. Det nærmeste relevante svar på hva sykepleiere legger i undervisning og læring er «å lære andre», «formidling eller videreføring av kunnskap til pasienten», og at «læring er behovet for undervisning».

Sykepleierrollen

Sykepleierne uttrykker at «rollen som underviser/lærer er en viktig rolle». En del av sykepleierrollen er å «ta lederrollen, lære og undervise pasienter». De presiserer at undervisningsrollen er «pålagt og nødvendig for pasienter, pårørende og personell», og at «vi driver med pasientundervisning hver dag når vi snakker med pasienten; det kommer automatisk og info er det vi gjør daglig». Pasienten oppfattes som en forholdsvis passiv «mottaker av info». Samtidig fremkommer at «pasienten er i fokus», og at sykepleierne «ser pasientens potensialer og forsøker å bruke dem» i undervisningen.

Sykepleierens kompetanse

Sykepleierne uttaler at de må ha «kunnskap og kompetanse om det du underviser om eller i», hvilket innbefatter «kunnskap om det aktuelle problemet hos pasienten, samt kunnskap om sykdomslære og prosedyrer». De er opptatt av å ha «pedagogiske evner, kunnskap om pedagogikk og prosesser, samt grunnleggende kunnskaper om hvordan formidle kunnskap».

Pasientundervisningen

Sykepleierne gir fortrinnsvis informasjon om praktiske ting, undersøkelser og prosedyrer, særlig i forbindelse med stell, medisindeling og etter legevisitten. De informerer forholdsvis mye angående medisiner, samt gir «generell info om diagnose, behandling og pasientens sykdomstilstand». Videre underviser de noe i grunnleggende sykepleie (personlig hygiene, ernæring og aktivitet). Informasjon relatert til forebyggende tiltak og forberedelse til hjemreise fremkommer også. For øvrig informerer sykepleierne om «hva som er viktig den dagen» eller «det som er mest aktuelt for pasienten».

Sykepleierne «kartlegger ofte hva pasienten vet fra før» og «kart-

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

Søkeord:

- › Undervisning
- › Praksisstudie
- › Informasjon
- › Veiledning



legger pasientens funksjonsnivå» for «å få en real innlevelse av pasientens situasjon og tilstand». Kartleggingen utføres ved at sykepleierne «spør hva pasienten lurer på», og «finner ut fra samtaler hva pasienten har behov for å lære». Sykepleierne «bruker egne sanser, undersøker og observerer pasientens behov».

Hovedmetoden i pasientundervisning er muntlig informasjon der man har «nær kontakt med pasienten». Deretter er å «vise hvordan det gjøres, demonstrering og øving når man underviser i prosedyrer» en mye brukt metode. «Noen ganger brukes skriftlig materiale». Sykepleierne er opptatt av å «tilpasse kommunikasjonen ut fra pasientens tilstand» ved å «bruke enkelt, forståelig språk, ikke faguttrykk», «ta en ting av gangen «og være» tydelig og kort».

Muntlig informasjon

Ved spørsmål om hvorfor sykepleierne fortrinnsvis velger muntlig informasjon fremkommer at «det er naturlig å bruke muntlig metode fordi det blir lettere for pasienten når informasjonen er muntlig», «muntlig og brosjyrer er enkelt». Da blir pasienten «kommunisert med», «de kan stille spørsmål» og det er større sjanse for at «pasienten skal forstå budskapet.» I tillegg har sykepleierne en praktisk begrunnelse for å bruke muntlig informasjon; «tidsmessig – en sparer tid ved muntlig info».

Sykepleierne fremhever at det er «bra for pasienten med pasientundervisning, særlig med tanke på utskrivning, fordi da må pasienten gjøre ting selv», og for å «lære pasienten å øke egen mestring». Videre er pasientundervisning «viktig for at pasienten skal føle seg trygg».

Det stilles «kontrollspørsmål» til pasientene for å «få bekreftelse fra pasienten», «tilbakemelding» på «om han har forstått hva som ble sagt, fordi pasienten glemmer ofte hva som er sagt og gjort». Videre «observerer og ser vi (sykepleierne) om de (pasientene) har forstått» på «kroppsspråk og ansiktsuttrykk». De «ser om pasienten kan gjenta informasjon, eventuelt også om «pasienten kan utføre prosedyrer selv».

Mer bevisste

Det varierer om sykepleierne tror pasienten lærer det de har informert om. «Det er forskjellig, noen pasienter tar info veldig raskt», «noen pasienter er redde og klarer ikke lære», og «noen pasienter klarer det og blir overrasket over seg selv.»

Sykepleierne mener at pasientene «ikke alltid» eller «veldig ofte ikke gjør det som er planlagt», at «det er individuelt og varierer» i forhold til «pasientens kognitivitet». Hvis ikke pasienten gjør eller klarer å gjøre det som er planlagt «gjentas undervisningen».

Ut fra undervisningen endrer pasienten holdning i noen grad, men det «det avhenger av pasientens motivasjon». «Noen ganger er pasientene motiverte på sykehuset og vil gjøre ting selv». Pasienten endrer holdning «i stor grad dersom pasienten føler seg tryggere». Uansett blir pasienten «mer interessert i sin egen situasjon og mer bevisst» etter informasjon eller undervisning.

Utfordringer

Erfaringen tilsier «at det er stort behov for undervisning», og at «pasientene ønsker generelt mer undervisning og informasjon». Men «noen ganger har pasienten ingen ønsker, spesielt når det gjelder å lære prosedyrer», men samtidig «ønsker pasienten at sykepleieren skal vise i praksis hvordan ting skal utføres». Pasientene «vil ha repetisjon», og de «ønsker enkel, forståelig undervisning».

Sykepleierne erfarer flere utfordringer knyttet til pasientundervisning: Den største utfordringen er praktisk; «det finnes ikke fysisk rom» hvor undervisning kan foregå. Tidsnød både for sykepleier og pasient er en utfordring; «det er vanskelig å følge opp pasientene fordi det er kort liggetid». Dernest knyttes utfordringen til



pasientens tilstand; «vi jobber med en pasientgruppe som ofte har kognitiv svikt», og som samtidig kan være i en «i sjokkfase». I tillegg kan pasienten ha «dårlig hørsel eller nedsatt syn, være delvis uklar, eller forvirret», hvilket kan medføre problem med «å motivere pasienten», og «å få pasienten til å forstå» undervisning eller informasjon.

Egen kompetanse trekkes også fram som en utfordring; «sykepleieres kompetanse er å kunne se behovet for informasjon», og «å ta utgangspunkt i pasientens læreforutsetninger», inkludert «pasientens tidligere forståelse». Men «det (den info) sykepleier syns er viktig, syns kanskje ikke pasienten er viktig».

Dokumentasjon

At det er gitt informasjon til pasienten blir fortrinnsvis dokumentert i behandlingsplanen og i sykepleienotater» eller «i pasientens journal». Det fremkommer også at sykepleiere «forsøker å skrive i behandlingsplanen», men at de synes «dokumentasjonssystemet er dårlig på punktet pasientundervisning», og at «alt blir ikke dokumentert, men det står ofte i behandlingsplanen».

Diskusjon

Funn samsvarer med forskning som viser at begrepet informasjon er mest brukt i pasientundervisning, og at sykepleiere fortrinnsvis anvender informasjon som «undervisningsmetode» uansett pasientkategori (5, 13). Sykepleieres informasjon innebærer dels formidling av et rutinemessig budskap, dels legitimering av egen handling (8). At begrepene undervisning og informasjon brukes synonymt kan medføre at forskjellen på undervisning og informasjon ikke er tydelig for sykepleierne. Dette kan være en grunn til at pasientundervisning ikke alltid ivaretas tilfredsstillende. Bruk av ulike begreper, uten at begrepsinnholdet er avklart, kan skape problemer ved dokumentasjon av pasientundervisning. Dokumentasjonen vanskeliggjøres dersom det ikke er avklart hvordan handlingen «pasientundervisning» skal benevnes, og hvordan innhold i begrepet anvendes.

Flere studier viser at undervisningsrollen er en viktig del av sykepleierrollen (5, 14-15), samt at pasientundervisning er sykepleierens ansvar (13, 16). På den annen side betraktes ikke alltid pasientundervisning som en naturlig del av sykepleierens funksjon, og undervisningsrollen beskrives som ustrukturert og vanskelig å ta tak i (14, 17).

Kunnskap viktig

Studier viser at kunnskap om undervisning og læring er viktig for å håndtere pasientundervisning (18-19). Mangel på undervisningsteori

VIKTIG ROLLE: Pasientundervisning er en viktig del av sykepleierens rolle og kan bidra til at pasientene får nødvendig kunnskap om egen tilstand som hindrer reinnleggelser i sykehus. (Personen på bildet har ingenting med innholdet i artikkelen å gjøre.) Arkivfoto: Stig Weston



og trening/erfaring, samt at sykepleiere snakker lite om sykepleierens undervisningsfunksjon, kan være faktorer som begrenser pasientundervisning, mens erfaring som sykepleier spiller en rolle for dyktighet i pasientundervisning (20-21). Et aspekt ved sykepleierens kompetanse er betydningen av kunnskap (16, 18). Et annet aspekt er en respektfull balanse i forholdet sykepleierens og pasientens rolle, samt kunnskap om pasientens behov (22). Innholdet i undervisningen er primært avhengig av sykepleierens erfaring og sekundært avdelingens rutiner.

Forskning viser at pasientene ønsker undervisning ut fra hva de mener er viktig, men at de er usikre på hvem som har undervisningsansvar for hva. De vet ikke hva de skal spørre om, eller hvem de skal henvende seg til (23). Det er forskjell på hva sykepleiere tenker og hva de praktiserer; sykepleiere tenker at de underviser pasienten mer, eller på et høyere nivå, enn hva som faktisk er tilfelle (13).

Fokus på diagnose

Funn samsvarer med forskning der undervisningsinnholdets fokus dreier seg om diagnose, sykdom, medikasjon, fysiske og tekniske aspekter som pasienten må kunne forvente skal skje, samt sykehusets rutiner (21, 24). Uansett pasientgruppe er det fokus på medisinske aspekter. Det kan tolkes som om det medisinske paradigmet styrer undervisningsinnholdet. Studier viser også at det skjer en utvikling internasjonalt med satsing på sykepleieundervisning til ulike pasientgrupper, for eksempel pasienter med diabetes, astma, kreft og hjerte- og karlidelser (25).

Forskning viser at pasientens læringsbehov blir kartlagt ved å stille pasienten spørsmål (24). Samtidig følte sykepleierne at de vet hva pasienten ønsker å vite. Dersom pasientens behov for kunnskap ikke blir dekket oppleves dette som en stressfaktor. Pasienter blir usikre i forhold til hva situasjonen betyr for ham. Pasienters frykt bunner ofte i at de ikke har tilstrekkelig kunnskap for å kunne mestre sin egen situasjon.

Unngå reinnleggelse

Når pasientene skrives ut fra sykehus tidligere enn før, og flere pasienter blir behandlet poliklinisk øker betydningen av kunnskapstegnelse slik at pasienten skal kunne fungere optimalt hjemme. Derved håper man å unngå reinnleggelse, som påfører pasienten en psykisk og eventuelt en fysisk ekstralastning, samt at samfunnet blir spart for ekstra økonomisk belastning. Likeledes er det flere pasienter med kroniske lidelser, hvor målet er å greie seg

selv hjemme eller eventuelt med hjelp fra kommunehelsetjenesten. Undervisning blir derfor enda viktigere for å bedre rekonvalesentperioden, og for å forstå betydningen av ansvar for egen helse.

Ulike perspektiver

Tidsnød og manglende prioritering er en grunn til at pasientundervisning ikke blir tilstrekkelig dokumentert (13, 15). Sykepleiere beskriver pasientundervisning som en del av deres funksjon som ligger innvevd i det daglige arbeidet, og ikke kan skilles ut (5, 26). Dette fremkommer også i forhold til hva som dokumenteres; hva som er verdt å rapportere til omverden, samt i forhold til hva omverden etterspør.

Opplevelsen av utydelighet angående undervisningsfunksjonen kan forstås ut fra det mangefasettede innholdet i pasientundervisning, samt den interaksjonen mellom sykepleier og pasient dette medfører (27). I hvilken grad er det realistisk at sykepleiere både skal undervise pasienter, forske og ivareta pasientens ulike behov? Disse rollene har svært ulike perspektiver.

Konklusjon

Med utgangspunkt i WHO's beskrivelse av sykepleierens helsefremmende oppgaver, og dagens lovgivning angående pasientens rettigheter (10), tas det som et insitament for behovet av økt satsing på sykepleierens undervisningsfunksjon. Pasientundervisning er ikke en oppgave man kan velge bort. Uansett om undervisning er spontan eller planlagt, er den en del av sykepleierens arbeidsoppgaver. Dette stiller økt krav til å synliggjøre sykepleierens undervisningsinnsats; heri inngår planlagte og synliggjorte undervisningssituasjoner. Det er rimelig å anta at dess bedre kunnskap sykepleiere har om pasientundervisning, desto større er muligheten for pasientundervisning. Sykepleiere medvirker derved til at pasientens kunnskap øker, og får et bedre funksjonsnivå, hvilket er av både personlig og samfunnsmessig betydning.

Det er behov for en mer reflektert pasientundervisningsrolle, enn den spontane undervisningsrollen. Når liggetiden på sykehus er kort, blir tiden til undervisning mindre. Derfor er planlagt undervisning viktig for å bedre pasientresultatet.

For å forbedre pasientundervisningen, kreves det kunnskaper slik at sykepleiere kan forholde seg kritisk til, problematisere og reflektere over hvordan pasientundervisning utøves og kan videreutvikles i praksisfeltet. Det kreves også samarbeid med kommunehelsetjenesten, slik at pasientundervisningen kan fortsette etter utskrivelse. ■

LITTERATUR

- Sosialdepartementet. Vilkår for offentlig godkjenning som sykepleier i alminnelig sykepleie. Oslo. Rundskriv nr. 11041, 11041.Rn; 1982.
- NSF. Funksjonsbeskrivelser for sykepleietjenesten. Oslo. NSF-fagseriehefte 5/87, revidert 1994.: Norsk Sykepleierforbund; 1994.
- Salvage J. Nursing in action. Strengthening nursing and midwifery to support health for all. WHO regional Publications, European series no 48, 1993.
- Wingard R. Patient education and the nursing process: meeting the patient's needs. *Nephrology Nursing Journal*. 2005;32(2): 211-5.
- Friberg F, Andersson EP, Bengtsson J. Pedagogical encounters between nurses and patients in a medical ward – a field study. *International Journal of Nursing Studies*. 2007;44(4): 534-44.
- Nolan J, Nolan M, Booth A. Developing the nurses role in patient education: rehabilitation as a case example. *International Journal of Nursing Studies*. 2001;38(2): 163-73.
- Gedda B. Den offentliga hemmeligheten. En studie om sjuksköterskans pedagogiska funktion och kompetens i folkhälsoarbetet: Göteborgs universitet/University of Gothenburg, Department of education Institutionen för pedagogikk och didaktikk, Sverige 2001.
- Friberg F. Pedagogiska möten mellan pasienter och sjuksköterskor på en medisinsk vårdavdelning. Mot en vårdpedagogisk på livsvärldsgrund. Universitet: Göteborgs universitet/University of Gothenburg Institution: Institute of Health Care Pedagogics. Institutionen för vårdpedagogikk, 2001.
- Uitewaal P, Hoes A, Thomas S. Diabetes education on Turkish immigrant diabetics: predictors of compliance. *Patient Education & Counseling*. 2005;57(2): 158-61.
- Syde A. Pasientrettighetsloven (1999). Oslo: Gyldendal Akademisk; 2009.
- Hjartdal P. Pasienten blir legen overlegen. *Aftenposten* 6 oktober, 2002.
- Kvale S. Det kvalitative forskningsintervju. Oslo: Ad notam Gyldendal; 1997.
- Park MY. Nurses' perception of performance and responsibility of patient education. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2005;35(8): 1514-21.
- Lewis TJ. Teaching effectiveness: are RNs prepared and supported in their teaching role? [Dissertation]. USA: The University of Southern Mississippi, USA.; 2005.
- Marcum J, Ridenour M, Shaff G, Hammons M, Taylor M. A study of professional nurses' perceptions of patient education. *Journal of Continuing Education in Nursing*. 2002;33(3): 112-8.
- Ivarsson B, Nilsson G. The subject of pedagogy from theory to practice – the view of newly registered nurses. *Nurse education today*. 2009;29(5): 510-5.
- Kendall S, Deacon-Crouch M, Raymond K. Nurses' attitudes toward their role in patient discharge medication education and toward collaboration with hospital pharmacists: a staff development issue. *Journal for Nurses in Staff Development*. 2007;23(4): 173-9.
- Eriksson I, Nilsson K. Preconditions needed for establishing a trusting relationship during health counselling – an interview study. *Journal of Clinical Nursing*. 2008;17(17): 2352-9.
- Kelley K, Abraham C. Health promotion for people aged over 65 years in hospitals: nurses' perceptions about their role. *Journal of Clinical Nursing*. 2007;16(3): 569-79.
- Turner D, Wellard S, Bethune E. Registered nurses' perceptions of teaching: constraints to the teaching moment. *International Journal of Nursing Practice*. 1999;5(1): 14-20.
- Fitzpatrick E, Hyde A. What characterizes the (usual) preoperative education in clinical contexts? *Nursing & Health Sciences*. 2005;7(4): 251-8.
- Virtanen H, Leino-Kilpi H, Salanterä S. Empowering discourse in patient education. *Patient Education & Counseling*. 2007;66(2): 140-6.
- Hanssen TA, Nordrehaug JE, Hanestad BR. A qualitative study of the information needs of acute myocardial infarction patients, and their preferences for follow-up contact after discharge. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2005;4(1): 37-44.
- Barber-Parker ED. Integrating patient teaching into bedside patient care: a participant-observation study of hospital nurses. *Patient Education & Counseling*. 2002;48(2): 107-13.
- Glanz K, Rimer B.K., & Viswanath, K. (eds.) *Health Behavior and Health Education. Theory, Research and Practice*. San Francisco: Jossey-Bass.; 2008.
- Moret L, Rochedreux A, Chevalier S, Lombrail P, Gasquet I. Medical information delivered to patients: discrepancies concerning roles as perceived by physicians and nurses set against patient satisfaction. *Patient Education & Counseling*. 2008;70(1): 94-101.
- Ohman B. Sjuksköterskans pasientundervisning inom geriatrisk vård och rehabilitering. Stockholm: HLS förlag, Studies in educational sciences, 66 2003.



Birgitte Bjerkely,
spesialsykepleier,
Senter for sjeldne diagnoser,
Oslo universitetssykehus HF.



Mads Bjerke,
informasjonsrådgiver,
Senter for sjeldne diagnoser,
Oslo universitetssykehus HF.

Hvordan informere om sjeldne diagnoser?

Det er ressurskrevende å produsere informasjonsmaterieil om sjeldne medisinske tilstander og derfor viktig å undersøke informasjonsverdien.

Helseinformasjon om sjeldne medisinske tilstander kan by på utfordringer i form av begrenset tilgjengelighet og vanskelig språk. Ifølge Verdens helseorganisasjon er definisjonen på en sjelden medisinsk tilstand at færre enn 10 000 personer rammes. I rapporten fra Sintef Helse, «Sjeldne funksjonshemninger i Norge» (2), blir det bekreftet at kunnskap og kompetanse knyttet til små og mindre kjente diagnosegrupper er begrenset i det lokale hjelpeapparatet. Senter for sjeldne diagnoser er et nasjonalt, tverrfaglig kompetansesenter og har som en av sine hovedoppgaver å utvikle og distribuere diagnoserelatert informasjonsmaterieil til pasienter, pårørende og fagfolk på ulike nivåer i hjelpeapparatet.

Krav

Publikums krav til informasjon er i stadig endring, i takt med samfunnsutviklingen. Forventninger til helhetlig informasjon på tvers av fagområder og spesialiteter i helsevesenet øker. I lys av dette har Senter for sjeldne diagnoser diskutert innhold og format på den diagnoseinformasjonen som produseres ved senteret.

I 2006 ferdigstilte senteret et informasjonshefte på cirka 40 sider om den sjeldne sykdommen PKU (fenyketonuri) (3), (se faktaboks). Veilederen beskriver diagnosen. Den omfattende diettbehandlingen, genetik, spesielle hensyn ved graviditet og den generelle oppfølgingen av gruppen. Heftet har også en betydelig del med praktiske tips og erfaringer om å leve med denne diagnosen fra barndom til voksen alder.

Produksjonen startet med en idédugnad der cirka 15 fagpersoner med ulike spesialiteter og profesjoner deltok. Pasienter og pårørende var også inkludert i denne dugnaden for å sikre en stor grad av brukermedvirkning. Her ble man enige om en detaljert disposisjon, som ramme for både fagkunnskap og den kunnskapen man erverver seg gjennom å leve med diagnosen. Språket i manuskriptet ble deretter bearbeidet og gjort allment forståelig parallelt med faglig kvalitetssikring.

Fakta:

- ▶ Fenyketonuri (PKU), er en sjelden medfødt stoffskiftesykdom. Det har tidligere vært vanlig å bruke betegnelsen Føllings sykdom (1).
- ▶ Ved PKU nedbrytes ikke aminosyren fenyilalanin på normal måte i leveren. Uten behandling fører sykdommen til psykisk utviklingshemning. Behandlingen er en diett der inntaket av naturlig protein er sterkt begrenset for å sikre normal utvikling. (Fig. 1)
- ▶ PKU oppdages på nyfødtscreening. På den måten kan diettbehandlingen starte før spedbarnet er skadet av sykdommen. I Norge fødes det vanligvis fire barn med PKU årlig. Pasientgruppen omfatter i dag i overkant av 230 personer, hvorav cirka 80 er under 18 år. Oslo universitetssykehus HF – Rikshospitalet, har nasjonalt ansvar for medisinsk oppfølging av både voksne og barn.

I 2008 undersøkte vi hvordan heftet var blitt mottatt for å kunne lage bedre informasjonsmaterieil i fremtiden. Vi ba om tilbakemeldinger på: 1) generell nytteverdi, 2) hvem pasientene har distribuert veilederen til og 3) om de ønsket å få denne typen informasjon formidlet som elektronisk lenke eller på papir.

Metode

I februar 2007 sendte vi to eksemplarer av PKU-veilederen i papirformat til alle de 200 pasientene med PKU som var registrert ved Oslo universitetssykehus HF – Rikshospitalet. Mottakerne ble i et følgebrev oppfordret til å gi informasjonen videre til aktuelle personer og sitt behandlingsapparat.

Høsten 2008 sendte vi en forespørsel om brukerevaluering til mottakerne av informasjonsheftet. I samarbeid med Nasjonalt senter for telemedisin i Tromsø laget vi en internettbasert brukerundersøkelse. Vi utarbeidet åtte spørsmål med ulike svaralternativer og mulighet for fritekst. (4)

www.sykepleien.no

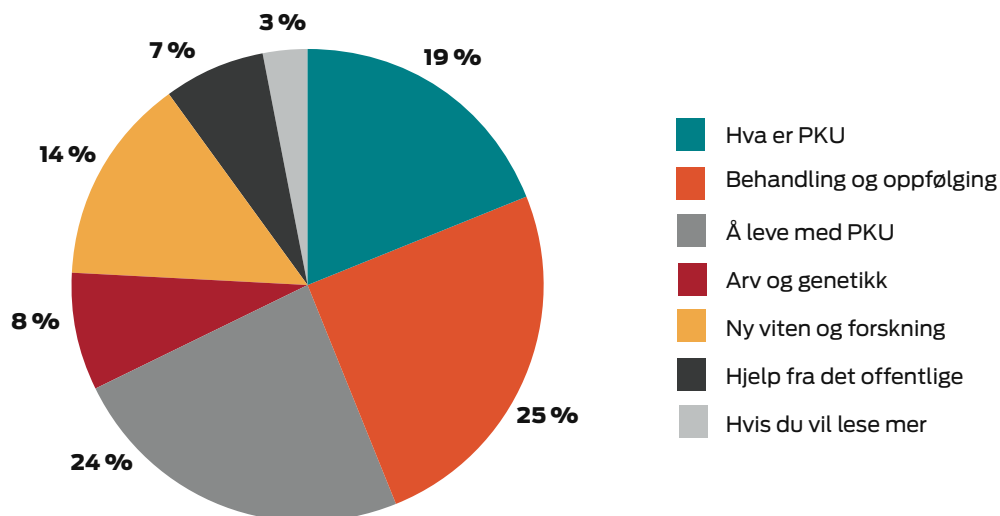
Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

Søkeord:

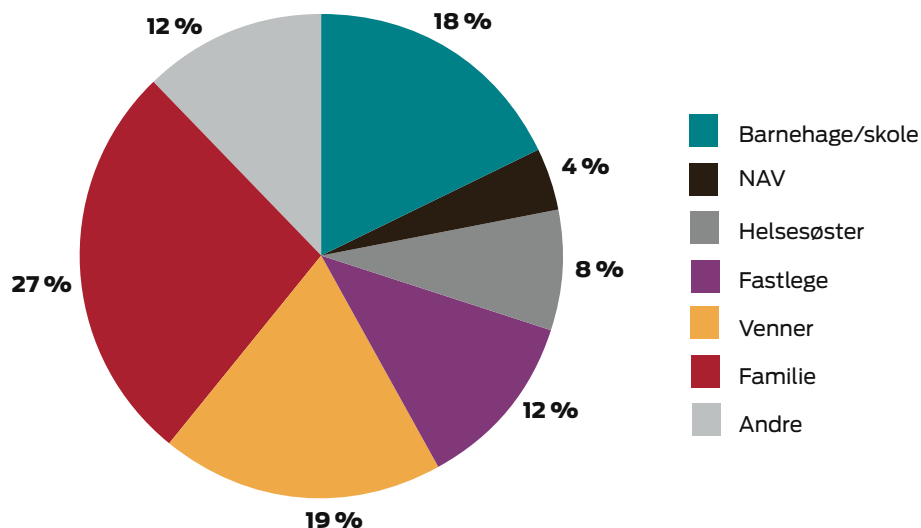
- ▶ Helseopplysning
- ▶ Informasjon
- ▶ Brukermedvirkning
- ▶ Kommunikasjon



FIGUR 1: Hvilke tre kapitler i heftet om PKU synes du er mest nyttig?



FIGUR 2: Til hvem har du gitt heftet om PKU?



Et personlig stilet brev med lenke til undersøkelsen og til veilederen, ble sendt til alle som mottok heftet i 2006. For å sikre best mulig respons fra gruppen, la vi også en lenke til undersøkelsen på PKU-foreningens og senterets nettsider.

Spørsmålene dreide seg blant annet om informasjonens nytteverdi, med en rangering av kapitlene (figur 1), hvem de har gitt heftet til (figur 2) og hvordan de ønsket å motta heftet – på papir eller elektronisk.

Resultater

Vi fikk svar fra 35 personer, hvilket utgjorde en svarprosent på 17,5 prosent (22 pasienter og 13 pårørende). To personer mente informasjonen ikke var nyttig for dem, mens 33 stykker ga uttrykk for at veilederen hadde stor nytteverdi. Figur 1 viser hvilke kapitler i heftet som anses for å være mest nyttige. Kapitlet «Om PKU» ble rangert høyest. Kapitlet om «Ny viten og forskning» ble også rangert høyt.

På spørsmål om de hadde bidratt til at andre som trengte å lære om PKU hadde fått heftet, svarte 30 stykker positivt, mens fem personer ikke hadde gitt heftet videre. Figur 2 viser hvem som har mottatt heftet. NAV, helsesøster og fastlegen fikk sjelden heftet av pasienten (fig. 2).

Av de som hadde fortalt andre om veilederen var det seks stykker

som hadde vist til lenken på internett, mens de fleste hadde valgt å gi fra seg et ferdig trykket hefte. På spørsmål om de ønsket å motta denne typen informasjon i et trykket hefte eller elektronisk med en lenke til nettstedet, svarte 29 stykker at de ønsket papirversjonen, mens seks personer foretrakk å motta heftet elektronisk. Det var 15 personer som valgte å benytte muligheten for fritekst i spørreskjemaet, der vi utfordret dem på om det var temaer de savnet i heftet.

Diskusjon

Produksjon av informasjonsmaterieell om sammensatte og sjeldne medisinske tilstander er kostbart og ressurskrevende. På bakgrunn av dette blir undersøkelser av heftets informasjonsverdi viktig. Uansett hvor man jobber i helsesektoren, bør man av og til stoppe opp og spørre seg: Er informasjonen tilrettelagt og distribuert på en slik måte at den er forståelig og får en praktisk nytteverdi for mottakeren?

En svarprosent på 17,5 prosent viser en lav deltakelse, men synspunktene er likevel meget verdifulle for senterets informasjonsarbeid. Årsaken til den lave deltakelsen kan være at lenken til undersøkelsen ble sendt i et brev, slik at de selv måtte søke den opp elektronisk, og at det gikk to år fra heftet ble sendt ut til undersøkelsen fant sted. Valget om å vente med undersøkelsen

til høsten 2008 var basert på at pasientene skulle få tid til å gjøre seg kjent med innholdet i heftet og erfare nytten av det for sin egen del, og til å erfare hvem det var hensiktsmessig å dele heftets informasjon med.

Generell nytteverdi

Det er en høy grad av pasientmedvirkning i utarbeidelsen av senterets informasjonsmaterieil. At hele 94 prosent var fornøyd med innholdet i heftet, bekrefter at denne arbeidsmetoden er god for respondentene.

Vi oppfordret til en rangering av de tre viktigste kapitlene (fig. 1). Undersøkelsen viste at de tre kapitlene «Hva er PKU», «Behandling og oppfølging» og «Å leve med PKU», kom best ut. I kommentarene om hva som savnes i heftet blir det lagt vekt på erfaringer fra livet som voksen og eventuelle senvirkninger av sykdom og behandling. Fra 1978 omfattet nyfødtscreeningen så godt som alle barn som fødes i Norge og fanger opp alle nyfødte med PKU (1). Dette gjør at behandlingen kan starte like etter fødselen og barna utvikler seg normalt og vokser i dag opp som friske individer (5). De eldste som har vært i behandling siden nyfødtperioden, er i dag cirka 40 år. Vi har begrenset kunnskap om denne gruppens voksenliv og aldring. Her er det behov for ny forskning. Dette er et viktig signal som gjelder flere sjeldne diagnosegrupper (2).

Det fjerde kapitelet i rangeringen var «Ny viten/forskning». Denne interessen blir stadig tydeligere blant pasienter og pårørende innenfor flere sjeldne diagnosegrupper hvor behandlingstilbudet har blitt dramatisk endret. Denne typen informasjon bør derfor gjøres mer synlig og oppdateres jevnlig i fremtidige utgivelser (2).

Mottakerne

I senterets strategiplan 2007–2010 står det blant annet at senteret skal bidra til: «(...) å styrke brukernes ressurser, egen kompetanse og reelle medvirkning i samarbeidet med fagfolk i de ulike offentlige tjenestetilbudene».

På bakgrunn av dette har vi ønsket å involvere pasientene i arbeidet med informasjon om egen diagnose. Når pasientens distribusjon av kvalitetssikret informasjon fungerer lokalt, skapes muligheter for ressurs sparing, både rent menneskelig og helseøkonomisk.

Vi tok utgangspunkt i kategoriserte målgrupper som vi av erfaring anser for å være viktige i oppfølgingen av pasienten. Figur 2 viser at pasienten faktisk har distribuert veilederen til sine nettverk og at de langt på vei deler vårt syn på hvem som er viktige mottakere av diagnoseinformasjon. Dette styrker oss i troen på at pasienten selv vet best hvem i eget hjelpeapparat som trenger kunnskap om tilstanden. Pasienten er også i posisjon til å overlevere informasjonen til rette vedkommende i riktig tid og sammenheng.

Mottakere i pasientens sosiale nettverk; familie og venner,

rangerer høyt. Barnehage og skole er også viktige målgrupper. Vissheten om at nære personer kjenner til utfordringer ved diagnosen skaper trygghet for både pasient og nærmiljø. Svarene bekrefter at åpenhet om egen tilstand – også innad i brukerens sosiale og familiære nettverk – synes å være til stede. Tilbakemeldinger og kommentarer korresponderer med litteratur som blant annet slår fast at: «(...) saklig informasjon fremmer positive holdninger som er viktige for å forebygge problemer»(6).

Når kun én av fire pasienter (26 prosent) har gitt heftet til sin fastlege, forutsetter de at fastlegen anvender andre egnete kanaler for å søke kunnskap. Vi ønsker en økning av dette tallet, fordi vi mener det er hensiktsmessig for fastlegen å vite hvilken informasjon og erfaringskunnskap pasienten sitter inne med (2).

Pasientene beskriver ofte informasjonsansvaret som utfordrende (2). Informasjonsmaterieil kan virke avlastende og kvalitetssikret

Vi har ønsket å involvere pasientene i arbeidet med informasjon om egen diagnose.

informasjon fra en seriøs aktør, myntet på sammensatte målgrupper, forenkler kunnskapsspredningen (6).

Ni personer har krysset av i kategorien «andre» og har dermed ikke funnet et passende alternativ i listen (fig. 2). Vi vet ikke hvilke alternativ som savnes, men arbeidssted og fritidsaktiviteter burde ha vært inkludert i valgmulighetene.

Elektronisk eller papir?

De aller fleste respondente foretrakk å motta heftet som en ferdig bearbeidet trykksak, mens 17 prosent ville ha tilsendt lenke til den samme informasjonen på nett. Kommentarene pekte mot at majoriteten allikevel åpnet for tilgang via begge formater, men at man helst ville dele ut et trykket hefte. Dette er med på å tegne en pasientprofil som, på tross av lav gjennomsnittsalder i diagnosegruppen og derfor en forventet fortrolighet med elektroniske medier, ser viktigheten av at personer rundt dem får en trykksak i hånden.

Oppsummering

Gjennom fag- og brukermedvirkning oppleves informasjonsheftet som nyttig for pasientene og bidrar til at de distribuerer det til sine nettverk. Familie, venner, barnehage og skole er viktige målgrupper. Fastlegen har mottatt heftet fra en fjerdedel av pasientene. De som svarte foretrekker informasjonen formidlet både elektronisk og som trykket hefte.

Vi takker Nasjonalt senter for telemedisin for god hjelp med design av undersøkelsen. Vi retter også en takk til pasientene som svarte på spørreskjemaet, og Bengt Frode Kase for veiledning og hjelp med manuskriptet. ■■■

REFERANSER

1. Lie SO, Merkestener i norsk medisin; Føllings sykdom, medisin og vitenskap, Tidsskriftet, 2000;120:3042-3, Nr. 25/2000
2. Grut L et al. Sjeldne funksjonshemninger i Norge. Brukeres erfaringer med tjenesteapparatet. Rapport SINTEF-helse A9231, 2009: <http://www.sintef.no/upload/Helse/Levekår%20og%20tjenester/SLUTTRAPPORT-del%202-bruker->

3. udersøkelsen.pdf
3. Informasjonshefte om PKU, Senter for sjeldne diagnoser, ISBN 82-91965-13-7, 2006: http://www.sjeldnediagnoser.no/docs/PDF/Veiledere/07_0603_PKU-veileder.pdf
4. Den aktuelle brukerundersøkelsen/spørreskjemaet: <http://fagevaluering.no/survey/e3f9409.html>
5. Aarseth J, Vandvik IH, Heyerdahl S et al. Children

- with phenylketonuria (Fölling's disease). Intellectual functions and psychological adaptation, Tidsskriftet, 1989 Nov. 30;109(33):3416-8, PMID: 2609302
6. Haug M red. Et annerledes utseende, Historier og temaartikler. Bjerkely B, Nordling T: Åpenhet og informasjon om tilstanden, s. 93-7, 2007. <http://www.sjeldnediagnoser.no/docs/PDF/Annerledes%20utseende.pdf>

Hilde Larsen Damsgaard

Aktuell med: Den profesjonelle sykepleier

Yrke: Førstelektor

Bosted: Porsgrunn



Ikke perfekt – men profes

Det er menneskelig å bli irritert på pasientene. Men det er ikke profesjonelt å vise det.

Tekst **Marte Skaara** Foto **Stig Weston**

En profesjonell yrkesutøver kan også bli frustrert. Men hvordan håndterer man frustrasjonen? Hvem går den ut over? Og hvordan framstår man overfor pasient og pårørende? Hilde Larsen Damsgaard mener refleksjon rundt disse spørsmålene er en del av det å være en profesjonell sykepleier.

Damsgaard har tidligere skrevet om den profesjonelle lærer og den profesjonelle sosialarbeider. Nå kommer hun med en bok om den profesjonelle sykepleier. Til sammen utgjør bøkene serien «Profesjonalitetens mange ansikter».

– Det spesielle med sykepleieryrket er at det er bygd på en altruistisk ideologi og preges av nestekjærlighet. Men også for sykepleiere kan det være vanskelig å handle i tråd med sine idealer.

Det å være profesjonell er å anvende og beherske teoretisk og praktisk kunnskap, og å ha en væremåte som ivaretar den andre. Men det handler også om etisk bevissthet og refleksjon.

– Man må tørre å se at man har tråkket feil. Det er ikke et nederlag. Men man må reflektere over de feilene man gjør, både underveis og i etterkant. Bare slik kan man lære noe av dem.

– *Hvordan er det for deg som er utdannet lærer, å rette et kritisk søkelys på sykepleiernes yrkesrolle?*

– Det krever ydmykhet. Det kan være en ulempe at jeg selv ikke har klinisk erfaring som sykepleier, men samtidig gjør det at jeg kan se yrket med et utenfra-blikk.

– *Er det vanskelig for sykepleierne å være kritiske til hverandre?*

– Flere av sykepleierne i boka forteller at det kan være vanskelig å gi tilbakemelding til hverandre om væremåte, fordi det går på hvordan man er som person. Det kan også være vanskelig å komme med kritiske tilbakemeldinger til kollegaer uten sykepleierutdanning

Trenger en utblåsning

Damsgaard skriver om flere av dilemmaene disse ferske yrkesutøverne møter på sine arbeidsplasser i kommunehelsetjenesten. Blant annet om hvordan pasientene omtales.

– Det er flere som understreker at i et krevende yrke som sykepleie er det behov for galgenhumor. Det kan hjelpe å få ut frustrasjonen, og å le litt av det som er vanskelig. Men det er en hårfin balanse mellom humor og krenking.

Noen av de unge sykepleierne stuset over måten kollegaer snakket om pasienter og pårørende på. De opplevde deler av omtalen som lite respektfull. Men de fortalte også at det var lett for dem å falle inn i den samme sjargongen.

– Det viser hvor viktig det er med

jonell

faglige samtaler, slik at det blir rom for å snakke om de krevende situasjonene og å få hjelp til å håndtere det man opplever er vanskelig. Samtidig er det viktig i en arbeidskultur å være bevisst det språket man bruker. Det er en del av profesjonaliteten.

På med plastsokkene

Men vanskeligst er mangelen på tid og ressurser. En av sykepleierne Damsgaard intervjuet jobbet i hjemmesykepleien og var frustrert over de lange arbeidslistene.

– Hun måtte ta på seg de blå plast-

et stort ansvar, men mangler ofte muligheten til å forvalte det slik de ønsker.

Privat nederlag

For Damsgaard er det viktig at nyutdannede sykepleiere vet om disse utfordringene. Slik håper hun å forhindre at de unge går rundt alene med den dårlige samvittigheten når de møter en virkelighet som mange steder kan være langt fra intensjonen.

– De ser at det er for mange oppgaver og for lite tid som er problemet, men de har en opplevelse av privat

Man må tørre å se at man har tråkket feil. Det er ikke et nederlag.

sokkene, skyndte seg inn med jakken på, dryppe øynene til pasienten, og haste ut igjen. Samtidig visste hun at pasienten hadde ventet hele dagen på dette besøket.

Denne sykepleieren så seg ofte nødt til å bruke en time ekstra på jobb for å komme seg gjennom lista på en forsvarlig måte. Når lederen hennes fikk vite det, fikk hun beskjed om at slik kunne man ikke holde på. Den ferske sykepleieren skjonte selv at dette ikke var en god måte å løse problemet på, men fant heller ingen annen løsning på dilemmaet.

– Det som slår meg er at de unge opplever en form for sorg fordi de ikke får gjort det de føler de burde gjøre for pasientene sine. De har

nederlag. Når de taper kampen mot klokka føler de at de ikke strekker til.

– Er det en bok bare for studenter?

– Opprinnelig var det en bok for sykepleierstudenter. Jeg ville konkretisere profesjonalitetsbegrepet og gjennom andre sykepleieres erfaringer forberede dem på de dilemmaene som de kan komme til å møte i praksis, slik de ikke blir slått over ende av dem. Men på de andre bøkene i bokserien har jeg også fått tilbakemelding fra mine kollegaer om at de hadde lest om dilemmaene da de selv var nye i sitt yrke. Slik kunne de blitt mer bevisste på de kravene og utfordringene velferdsstatens yrker byr på, uten å måtte bære ansvaret for gapet mellom intensjon og virkelighet på sine egne skuldre. ■■■



På sporet av den tapte anmeldelse

I MOTSETNING TIL SKJØNNLITTERÆRE FORFATTERE

som anmelder hverandre over en lav sko etter gårdsdagens rødvin skalas, driver ikke redaksjonen i Sykepleien med slik slinger i valsen. Dette er således for en personlig snikanbefaling å regne.

Psst ... Jeg henvender meg til studenter og helsepersonell, jeg hvisker til alle som forholder seg til epilepsi: Les boken med likelydende tittel av Karl Otto Nakken, nevrolog, dr. med og seksjonsoverlege ved Oslo universitetssykehus, Epilepsisenteret.

Jeg søker kloke hoder med innflytelse som kan få boken inn i skoleverket. Gjennom erfaring med hva egne barn har «lært» om epilepsi der, vet jeg at det fortsatt foregår mye vranglære.

Få den inn i bokhyllen på enhver psykiatrisk og somatisk avdeling, på ethvert sykehjem. Og legfolk som rammes og sitter igjen med alle spørsmål de glemte å stille hos legen; les den, les den med is i magen!

Da jeg selv begynte som pleiemedhjelper på SSE var jeg så ung at en av pasientene som bodde på langtidsavdelingen som besto fram til HVPU-reformen, yndet å kalle meg et pattebarn hver gang jeg kom med en instruks. Det skremte meg på ingen måte. Etter endt sykepleierutdanning vendte jeg rett tilbake, men da på en post med sirkulerende pasienter.

Det er på tide å avlive myter nå, og det kan kun gjøres gjennom å tilegne seg kunnskap. Grip sjansen, for det fins kjedeligere fagbøker enn denne!





Bodil Bach er utdannet sykepleier og arbeider som rådgiver ved Nasjonalt Senter for Telemedisin.
E-post: bodil.bach@telemed.no

I serien «Verkstedet» ser hun på tekniske nyvinninger i helsetjenesten.

Smitteovervåking i Troms og Finnmark

Helsepersonell kan nå få vite at det var tre tilfeller av EPEC i Troms i september, at det de siste 6 måneder var 8 tilfeller av Giardia Lamblia i Troms, og et tilfelle av kikhoste i Bardu.

Tror du det er noe som går, doktor? Fastleger får dette spørsmålet fra sine pasienter opp gjennom tidene uten å kunne gi et godt og korrekt svar. Vil det komme flere utbrudd? Er det utbrudd flere steder i landet? Finnes raskt tilgjengelige oversikter?

Avdeling for mikrobiologi og smittevern ved Universitetssykehuset i Nord-Norge publiserer nå, som den første i landet, en anonym oversikt over forekomst av smittsomme sykdommer i Troms og Finnmark. Overvåkingssystemet heter Snow.

Hadde svakheter

Helseovervåking basert på laboratoriediagnostisering har noen potensielle svakheter. Det kan ta lang tid før diagnosen er avklart og tester gjøres ikke for alle typer sykdommer. Et eksempel er utbruddet av Giardia Lamblia i Bergen i 2004. Der ble tusenvis av innbyggere smittet og syke av organismen, gjennom drikkevannet. Men utbruddet ble ikke oppdaget av laboratoriet og Folkehelseinstituttet før ganske sent.

Disse svakheter er noe av bakgrunnen for at Snow-prosjektet ble startet. Systemet er oppkalt etter den moderne epidemiologens far, Dr. John Snow (1813-1858) som var lege i London under kolera-epidemiene som startet der i 1830 årene. Dr. John Snow var en av grunnleggerne av «London epidemiological society» samt en pioner innen anestesi.

Snow er et system som muliggjør oversikter over sykdomsepidemier, spredning og størrelse. Softwaren monitorerer kontinuerlig situasjonen ved å samle inn data fra fastleger og mikrobiologilaboratorier for å gi oversikt over den epidemiologiske situasjonen. Ved å sammenstille slike data er man i stand til å oppdage uvanlige hendelser.

Snow-systemet er utviklet som del av en studie som ønsker å undersøke effekten av å gi fastleger online tilgang til epidemiologiske data om smittsomme sykdommer i deres pasientpopulasjon. Snow har derfor en registreringsfunksjon som gir prosjektet oversikt over hvem som benytter systemet og hvor ofte det benyttes.

Fastlege og andre helsepersonellgrupper er velkommen til å registrere seg som brukere av Snow. Ved å registrere seg, får man oppstartsbildet fra det fylket man er registrert i. Det vil gi prosjektet verdifull informasjon om også andre grupper av helsepersonell finner nyttig informasjon i Snow-systemet. Helsesøstre arbeider mye med smittevern ift tuberkulose, hepatitt og for eksempel seksuelt overførbare sykdommer blant barn og ungdom. Adoptivbarn og flerkulturelt samfunn øker også behovet for oversikt over andre smittsomme sykdommer, som ikke så ofte forekommer i Norge. Det vil derfor kunne være aktuelt for dem og registrere seg som brukere i Snow slik at de også kan ha tilgang til disse dataene.

Trenger hjelp

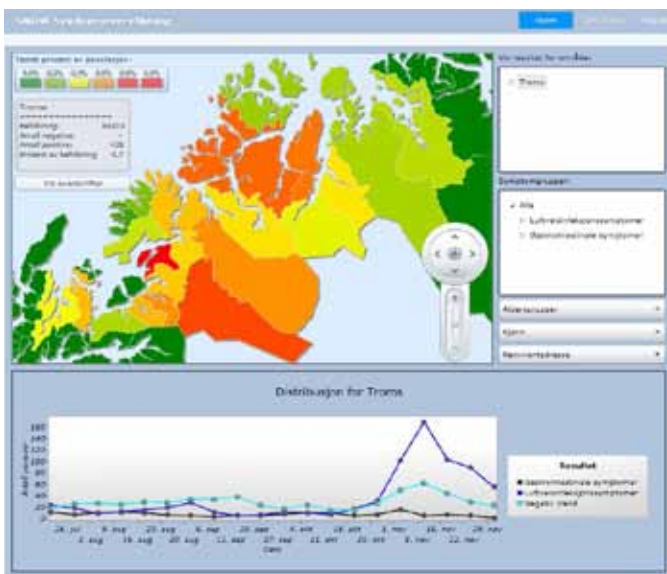
Hva blir så effekten av at fastleger og andre helsepersonell får tilgang til daglige oppdaterte epidemiologiske data om forekomst av smittsomme sykdommer i deres pasientpopulasjon? Er det mulig å oppdage epidemier tidligere enn før? Vil dette innebære tidligere diagnostisering og iverksetting av tiltak? Vil dette redusere omfanget av utbrudd og dermed redusere kostnader relatert til utbrudd av infeksjonssykdommer? Gunnar Skov Simonsen, avdelingsleder ved Avdeling for mikrobiologi og smittevern på UNN HF, har vært veldig viktig i utviklingen av Snow. Han mener målet med systemet er at informasjonen skal bli så bra at den er nyttig i legenes daglige kliniske virksomhet. Men man trenger hjelp for å utvikle dette til et bra system.

Via norsk helsenett

Informasjonen er nå tilgjengelig for alle som har tilgang til helsenettet på adressa <http://snow.nhn.no> Her kan du daglig få oppdaterte informasjon om smittsomme sykdommer. Systemet gir også varsler om uvanlige hendelser for smittsomme sykdommer. Disse vil Fastlegenytt også publisere fortløpende på sine websider. ■■■

Samarbeidspartnere

Samarbeidspartnere i Snow-prosjektet er Universitetet i Tromsø (Institutt for informatikk, Institutt for Matematikk og Statistikk og Institutt for Samfunnsmedisin), Avdeling for Smittevern og mikrobiologi, Tromsø Telemedicine Laboratory, Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin ved Universitetssykehuset i Nord-Norge HF (UNN HF), Norsk helsenett SF og Helse Nord IKT. Kontaktperson Johan Gustav Bellika, johan.gustav.bellika@telemed.no



SKJERM BILDE fra Snow som viser svineinfluensautbruddet i fjor høst.

Andre faste bidragsytere:



Espen Helge Aspnes er seniorrådgiver i Sintef og innovasjonsrådgiver for InnoMed i Midt-Norge.
E-post: EspenHelge.H.Aspnes@sintef.no



Terje Anderssen er anestesisykepleier med fagansvar Anestesiservice på Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet.
E-post: terje.anderssen@rikshospitalet.no



Brita Noorland er anestesisykepleier på Intervensjonssenteret på Rikshospitalet.
E-post: noorland@online.no



Helse på norsk God helse slik folk ser det

Av Per Fugelli og Benedicte Ingstad
Gyldendal akademisk, 2009
500 sider
ISBN 978-82-41-71125-1
Anmelder: Karl-Henrik Nygaard,
sykepleier og rådgiver.

Helse for folk flest

ANMELDELSE: Denne boken er en god oppsummering av en stor kvalitativ studie som sosialmedisineren Per Fugelli og sosialantropologen Benedicte Ingstad har gjennomført. Den har foregått i vel ti år og inkluderer 80 informanter fordelt på representative deler av landet. Den gir et godt bilde av hva folk flest opplever som helse.

Det går an å ha god helse samtidig som man er syk. Helseinspirasjon finner informantene mange steder. Natur, religion, kultur og familie er fire slike helsebringende arenaer. Forfatterne forstår dem ut fra tre forståelseshorisonter; en norsk, en moderne og en medisinsk. Medikalisering, helsedyrking og helseformynderi er noe de retter oppmerksomhet mot. Dette er kjente tema i de siste tretti års diskusjon om helse og sykdom. Hos oss har Per Fugelli vært en viktig talsmann for å redusere det medisinske

overmotet, redusere medisinenes inntrenging i alle livets områder og gi rom for enkeltmennesket frihet til selv å velge sin egen livsstil – selv om det ikke nødvendigvis er et sunt valg sett fra helsebyråkraters og sunnhetsapostlers side. Mye av dette finner jeg igjen i denne boken.

Boken har en styrke i en spennende kombinasjon av to fagområder. Temaene som tas opp eksemplifiseres hele tiden med utsagn fra informantene. Utsagnene fortolkes i lys av både medisinsk, sosialantropologisk og sosiologisk teori. Filosofer og religionsforskere er det også gitt rom for. Også alternativ folkemedisin får en stemme.

Når forfatterne skal trekke lærdom av sin store studie fremhever de viktigheten av å stimulere alle de krefter som fremmer helbredelse, herunder tro og håp. Her er kritikk

av den biomedisinske og biopsykologiske modellen som lenge har rådet i medisinen, og som igjen har forsterket sitt hegemoni gjennom økt oppmerksomhet på den genetiske og evolusjonsmessige sammenheng mennesket står i. Boken støtter videre opp om en solidarisk velferdsstat som gir større rom for individuelle valg. Her tas folk på alvor. Den som har skoen på kjenner best hvor den trykker. Det glemmes ofte når sentrale byråkrater og medisinerer skal utforme et bedre helsevesen og resepter for et sunnere liv.

I diskusjonen om hva slags helsevesen vi skal ha, er denne boken et viktig bidrag. De mange referansene inspirerer til videre lesning. Boken anbefales til alle, både praktikere, helseinteresserte og forskere, som vil ha et bredere perspektiv på egen helsehverdag.

All litteratur er en fotnote til Faust.

Woody Allen



Helsemoral og umoral

Av Knut Rasmussen
200 sider
Universitetsforlaget, 2010
ISBN 978-82-15-01572-9
Anmelder: Karl-Henrik Nygaard,
sykepleier og rådgiver.

Grensesettingens etikk

ANMELDELSE: Mange helsearbeidere kvier seg for å prioritere. Det er vanskelig når helsepersonell må si at nå er det nok, dette kan vi ikke behandle. Grensesetting når det gjelder behandling utfordres av pasientrettigheter, presse, politikere og media. Det vil alltid være usikkerhet om hva som er de rette valgene. Ansvarer havner til slutt gjerne hos personalet som er nærmest pasienten. Sykepleiere er opplært til alltid å tale pasientens sak.

I denne boken skriver professor Knut Rasmussen om prioritering og dens etiske utfordringer. Han roser de to prioriteringsutvalgene som forsøkte å legge kriteriene for hva som skulle prioriteres i Helse-Norge. Her var Norge et foregangsland, mener han.

Problemet er at kriteriene for hva

som skal prioriteres ikke blir fulgt. Politikere som selv har vært med på å fremheve behovet for å avgrense medikaliseringens ekspansjon, har i mange tilfeller overprøvd legenes ekspertise. I populistisk ånd har de gitt rom for behandling som verken var evidensbasert eller forsvarlig. De har latt seg styre av sterke pasientorganisasjoner og mektige enkeltpersoner. Bak det hele lurte også en ekspansiv legemiddel- og utstyrsindustri.

Utstyr som misbrukes er, ifølge Rasmussen, blant annet MR-maskinene. Det som for få år siden var prioritert til de alvorligste tilfellene er i dag blitt en standardundersøkelse. De av oss som har fått anledning til å bli gjennomlyst på denne måten, er takknemlige for det. Det blir derfor vanskelig å juble over Rasmussens kritiske argumenter.

Han skriver godt og engasjert. Jeg blir stadig konfrontert med egne holdninger. Etikk er prosess. Den gir ikke endelige svar, men åpner opp for uendelige spørsmål. Sånn er det også med denne boken. Det gjør den til et godt etisk dokument.

Det gis gode resymeer av debatter som har vært opp gjennom årene. Det vises til konkrete pasientsituasjoner der legene må ta stilling til hva som skal behandles og hva pasienten selv bør kunne ordne. Det enkle er ofte det beste, og det er for mye som havner under medisinske paraplyer, hevder Rasmussen.

Han tør å kritisere både sin egen yrkesgruppe og utviklingstrekk uten å bli forutsigbar og politisk korrekt. Min konklusjon: En bok det er verdt å lese for den som ønsker å utfordre egne standpunkt.

Quiz

Tekst **Nina Hernæs**

Er du en kompetent sykepleier?

Test kunnskapene med vår aktuelle og nådeløse quiz!

1 Hvilken sans tester man i Elsbergs prøve?

- A Synssansen
- B Luktesansen
- C Den kritiske sansen

2 Hva er sesamben?

- A Knokler i sener eller leddkapsler
- B En type snacks
- C Det største benet i skulderen

3 Hvor mange sesamben er det i kroppen?

- A 260
- B 320
- C Varierende

4 Hvor i kroppen ligger det største sesambenet?

- A Kneet
- B Hoften
- C Armen

5 Hvor mange knokler er det i bekkenet?

- A 2
- B 4
- C 6

6 Og hvor mange er det i bena?

- A 20
- B 30
- C 60

7 Hva er acne vulgaris?

- A Kviser
- B Vorter
- C Arrjev

8 Hvilket hormon påvirker særlig acne vulgaris?

- A Østrogen
- B Testosteron
- C Androgen

9 Hvor mange lag er det i overhuden?

- A 1
- B 4
- C 40

10 Hva består underhuden av?

- A Fett
- B Fett og bindevev
- C Bindevev



KAN SITTE I PANNEN: Er det acne vulgaris han har? Foto: Colourbox

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

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

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

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

SVAR: 1B Luktesansen, 2A Knokler i sener eller leddkapsler, 3C Varierende, 4A Kneet, 5B 4, C 60, 6C Androgen, 7B Kviser, 8C Androgen, 9B 4, 10B Fett og bindevev

FAG NYHETER

STRID: Konflikten mellom Nordmøre og Romsdal har vart i lengre tid. Trine Bruseth Sevaldsen ble portrettert i Sykepleien 14/2010.



Ro i Kristiansund, uro i Molde

– Fornuften seiret! sier tillitsvalgt i Kristiansund.
– Tidens løftebrudd, sier tillitsvalgt i Molde.

Tekst **Marit Fonn**

Meldingen fra helseminister Anne-Grete Strøm-Erichsen kom 8. desember: Byggestart av nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal er først mulig i 2018. Eksisterende sykehus i Molde må derfor oppgraderes. Sykehuset i Kristiansund får beholde føde- og akuttkirurgitilbudet.

Helse Midt-Norge har tidligere vedtatt at dette tilbudet skulle flyttes til Molde, og at det skulle bygges nytt Molde-sykehus.

– Mer rettferdig

– Fornuften seiret. For Kristiansund sin del, sier tillitsvalgt sykepleier Trine Bruseth Sevaldsen, som også er styremedlem i Helse Nordmøre og Romsdal.

Hun forstår likevel fortvilelsen i Molde.

– Men du vil ha et nytt felles sykehus mellom Kristiansund og Molde?

– Jeg tror ikke det toget har gått.

Hun støtter helseministerens forslag om ett helseforetak i Møre og Romsdal. I dag er Helse Sunnmøre et eget foretak.

– Det kan føre til mer rettferdig fordeling av helsetjenester.

– Avgjørelsen er ikke bare å utsette noe ubehagelig som må komme?

– Man vet jo aldri. Helsetjenesten er i stadig endring. Vi får se om det blitt fire eller tre sykehus i fylket etter hvert, sier Sevaldsen.

– Sjokkerte ansatte

Tor Rune Aarø, hovedtillitsvalgt for sykepleierne ved Molde sykehus, føler seg holdt for narr.

– Dette er tidens løftebrudd overfor befolkningen, pasienter og ansatte som venter på nytt Molde-sykehus.

Aarø fnyser av Strøm-Erichsen som sier hun vil gjenskape ro.

– Hun skaper ro i Nordmøre – og masse uro i Romsdal. De ansatte er i sjokk.

Aarø mener helseministeren har valgt det dårligste alternativet, nemlig å flikke på et utrangert sykehus.

– Nå skal vi omstille hele helse-regionen for å pynte på en gammel sykehuskropp. Det er med dette sløst bort 100 millioner kroner på en konsept-rapport, der et nytt sykehus var planlagt i detalj, med antall senger, såpedispensere og søppelbøtter.

Ett helseforetak i fylket kunne vært tenkelig – hvis det hadde vært ro og fred, mener han:

– Men nå er det skapt uro. Signalene fra Sunnmøre er at de ikke vil ha en brann i full fyr i fanget.

Han legger til at han føler lettelse for de ansatte i Kristiansund som nå får beholde føde- og akutttilbudet.

– Vil legge ned Molde-sykehuset

10. desember innkalte organisasjonene til allmøte på Molde sykehus.

Der viste Aarø og andre tillitsvalgte til at anonyme kilder har fortalt dem at helseministeren vil legge ned Molde sykehus og i stedet bygge nytt felles sykehus nær Kristiansund.

– Beslutninger tas i lukkede rom. Vi spør oss om dette er taktisk partipolitikk.

– For å holde på velgerne?

– Ja, for å tekkes Ap-bastionen på Nordmøre kontra de blå kommunene i Romsdal, sier Aarø.

Helseministeren tilbakeviser at planene om nytt Molde-sykehus er lagt ned. ■■■

Abort er like ille som
nazi-sykepleien. side 76

«Hvite» menn forlater sykehjem-
met til bedre betalt jobb. side 80

Hva slags turnus skal
vi godta? side 88

Sterke
synspunkter?
Skriv til oss!

Mennesker & meninger

Sykepleien

Send inn din
mening på e.post til:
redaksjonen@
sykepleien.no
eller som brev til:
Sykepleien,
p.b. 456 Sentrum
0104 Oslo

TETT PÅ BENT HØIE

«Dagens helsevesen er det mest
klassedelte vi har hatt i moderne tid»

84

DILEMMA BERIT STØRE BINCHMANN

«Familier og barn som prioriteres høyt
tidlig i livet, kan oppleve manglende
interesse og oppfølging senere.»

82



NSF HAR ORDET

Forbundsleder Lisbeth Normann

Stilling: Forbundsleder i NSF

E-post: lisbeth.normann@sykepleierforbundet.no

Look to Norway the Nordic countries!

Jeg ble inspirert av SSN-konferansen. Våre nordiske kolleger overbeviste om nytteverdien av indikatorarbeidet.

USAs president Franklin D. Roosevelt holdt i 1942 «Look to Norway»-talen med hyllest til Norge som foregangsnaasjon. Kontakt med utlandet hjelper oss til å sjekke ut om dette er et generelt og varig virkelighetsbilde. På den nordiske sykepleierkonferansen om kvalitetsindikatorer og terminologi, arrangert 23. – 24/11 av Sykepleierens Samarbeid i Norden, ble det svært tydelig for deltakerne at Norge må se til sine naboland for lederskap på dette viktige området innen helsetjenesten. Vi mangler infrastruktur og har liten erfaring med resultatrapportering og gjennomsiktighet. Dette til tross for at

I Sverige er det forebyggende prosjektet «SeniorAlert» utviklet til et nasjonalt program gjennom kommuner/landsting for risikovurdering og tiltak på individnivå i forhold til underernæring, fall, og trykksår. Dette er god bakgrunnskunnskap når vi skal møte Samhandlingsreformens utfordringer om å ligge i forkant av skade med forebyggende helsehjelp.

Den Danske Kvalitetsmodellen leverer tverrfaglig forankrede standarder for kommune- og spesialisthelsetjeneste som del av et akkrediteringssystem for helsetjenesten. (Re-)akkreditering er obligatorisk, skjer med tre års intervaller, og resultatene offentliggjøres. Det

Sykepleiere kan holde fokus på flere kompetanseområder samtidig.

det nasjonale indikatorarbeidet fikk et oppsving med kvalitetsstrategien «... og bedre skal det bli» (Helsedirektoratet 2005). Våre naboland er for lengst ute av startgropen og demonstrerer aktiv bruk av kvalitetsrapportering til risikoanalyser, kvalitetsforbedring, og sammenlikning av resultater.

Jeg ble inspirert av SSN-konferansen. Våre nordiske kolleger overbeviste om nytteverdien av indikatorarbeidet, og at denne nytteverdien var begrunnet med målet om større helsegevinst for befolkningen. Foreleserne beskrev tverrfaglig arbeid hvor sykepleieres rolle er tydelig og anerkjent, styrket av en rød tråd mellom fagets grunnlagstenkning og de konkrete pasientresultatene sykepleiere arbeider for. Vi hørte om balansert innsats på ernæring, mobilitet, helseopplysning, sosial integritet, oppfølging av behandlingstiltak og vern mot skade for å opprettholde helse.

Sykepleiere demonstrerer at de kan holde fokus på flere kompetanseområder samtidig.

er et stort antall indikatorer knyttet til generelle pasientforløpsstandarder, sykdomsspesifikke standarder og organisatoriske standarder i spesialisthelsetjenesten. Pilotprosjekt foregår nå i de danske kommunene. Akkrediteringssystemer kjenner vi i Norge fra godkjenning av «Mor-Barn Vennlig sykehus».

I Norge står vi på terskelen til en nasjonal revitalisering av arbeidet med kvalitetsindikatorer i helsetjenesten. Pasientsikkerhetskampanjen neste år er ett av flaggskipene. Det er Helsedirektoratet som leder Pasientsikkerhetskampanjen, mens Kunnskapssenteret er sekretariat. NSF er representert i styringsgruppa ved undertegnede.

Vi, altså NSF, vil arbeide for standardisert måling av indikatorene trykksår og fall, og for (elektroniske) pasientjournaler og kvalitetsregistre som kan gi kunnskap om pasientresultat og risikofaktorer. Et ledd i dette arbeidet er å stimulere forskning på indikatorene med stipend som utlyses i dette nummer av tidsskrif-



GEVINST: Kvalitetsindikatorer skal ikke bare dreie seg om svikt og skade. De må også kunne representere helsegevinster som sykepleiere hjelper pasienter til å oppnå, skriver Lisbeth Normann. Arkivfoto: Stig Weston.

tet. Men kvalitetsindikatorer skal ikke bare dreie seg om svikt og skade. De må også kunne representere helsegevinster som sykepleiere hjelper pasienter til å oppnå. For å realisere Samhandlingsreformens mål om kontinuitet og forebygging, er det derfor viktig at de lokale indikatorarbeidet henger sammen med resultatbildet for de enkelte behandlingslinjer/pasientforløp. Resultatbildet av helsehjelp går lenger enn overlevelse og bør vise hvilken grad av helse eller tilfriskning som oppnås, tid til resultatet nås, ubehag som helsehjelpen innebærer, og helsegevinstens varighet. For å støtte det resultatbeskrivende forløpsarbeidet vil NSF drive informasjonstiltak gjennom fylkeskontor og faggrupper.

Furulunds kampanje

Petter Furulund, adm.dir. i NHO Service, kommenterte i forrige utgave av Sykepleien min kronikk «Er fremtiden privat?». Minst fire påstander i hans innlegg bør ikke stå uimotsagt.

For det første skriver han at jeg snakker mot bedre vitende når jeg hevder at omsorgssektoren privatiseres. Nå skrev jeg ikke det, nettopp fordi jeg ikke ønsker den evinnelige debatten med NHO Service der de hardnakket påstår at konkurranseutsetting ikke er privatisering. Derimot skrev jeg at «NHO Service driver kampanje for å øke andelen av private aktører i den norske helse- og omsorgssektor». Det står jeg fullt og helt inne for.

Her kommer nemlig mitt andre ankepunkt. Furulund viser til NHO Service sine analyser av dagens kommunale ressursbruk, og påstår at disse synliggjør potensielle innsparinger ved konkurranseutsetting. Jeg regner med at Furulund her henviser til de «Ressurs- og effektivitetsnotatene» som NHO Service har promotert i Kommune-Norge denne høsten. Fagforbundet har gått grundig igjennom disse notatene, og konkluderer med at de er gjennomgående useriøse og baserer seg på en «svært tilpasset bruk av tall, statistikk og brukerundersøkelser» (Fagforbundetnotatet «Tenk på et tall!»). Notatene fra NHO Service er kampanjemateriell, ikke seriøse bidrag til debatten om kommunale tjenester eller offentlig pengebruk.

Så til Furulund, med venner, sitt kampanjeslagord om «bedre kvalitet til lavere pris». I det nevnte notatet henviser NHO Service til brukerundersøkelser fra Oslo, for å underbygge påstanden om bedre kvalitet i de kommersielle sykehjemmene. I disse undersøkelsene understrekes det at svarprosenten er svært lav, og at det er ledelsen ved det enkelte sykehjem som har valgt ut de friskeste pasientene til å svare. NHO Service unngår å nevne dette i sitt notat. Interessant nok ber Furulund meg ta en titt på Sintef-rapporten «Eldreomsorg i Norge: Helt utilstrekkelig – eller best i verden». Det har jeg gjort. Det burde ikke overraske noen at vi har et høyt kostnadsnivå i Norge. Dessuten er jeg ikke sikker på om det er negativt at Norge bruker mer penger på eldreomsorg enn andre europeiske land. Derimot sier rapporten noe interessant om kvalitet, nemlig at «kompleksiteten i både kvalitetsarbeidet og kvalitetsbegrepet gjør det vanskelig å måle kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene». Etterrettelighet og kompleksitet står tydeligvis i veien for Furulunds kampanje.

For det fjerde hevder Furulund at mine påstander om dårlige betingelser for lønn, pensjon og

arbeidsvilkår i de kommersielle omsorgsbedriftene «faller på sin egen urimelighet». Det er et dristig utsagn i et blad som går ut til medlemmer av et forbund som for få måneder siden streiket mot «Pirat sektor». Men det får stå for Furulunds regning. De kommersielle omsorgsaktørene har fire hovedmåter å få til den lavere prisen de skryter av: 1) å kutte i personalkostnader som lønn, pensjon og gode arbeidsbetingelser, 2) misbruk av tall og statistikk slik at det fremstår som billigere, 3) strategisk selskapsstrukturering for å skjule pengestrømmer og privat fortjeneste og 4) salg av

ekstratjenester (noe som fører til at lommeboka faktisk får noe å si på kvaliteten av tjenesten selv om tjenesten «kun» er drevet av det private).

Det er åpenbart utfordringer innen helse- og omsorgssektoren i Norge, men å åpne sektoren for kommersielle interesser er ikke løsningen. Et seriøst samarbeid om kvalitetsutvikling med dem som vet hvor skoen trykker, nemlig ansatte og brukere, er en mer bærekraftig og fremtidsrettet vei å gå.

Linn Herning, rådgiver i For Velferdsstaten

De usynlige sykepleierne

I bladet Sykepleien nr. 13 gis det en innføring i den nye helse- og omsorgsplanen som kommer i februar 2011. Sykepleierforbundet karakteriserer den som en plan der sykepleierne er usynlige. Det påpekes at sykepleiertittelen forsvinner. Lederen i NSF kan fortelle at Norge er det landet i Europa der tittelen «sykepleier» har forsvunnet mer og mer og etter hvert blitt erstattet med «helsearbeider».

De som følger med i den medisinske hverdag og har hatt nære pårørende som pasienter i sykehus og sykehjem er ikke forundret over dette. Det er slik utviklingen har vært de siste årene. I sykehuse er snart alle legestillinger gjort til overlegestillinger, bare noen få yngre leger kalles assistentleger. Sykepleiestillinger som tidligere var forstanderinnen eller oversykepleier er forsvunnet for flere år siden. Likeledes er ofte ledere på sykehjem ikke sykepleiere. Jeg har sett hvordan det kan være på sykehjem der det ikke er sykepleier som er ansvarlig på avdelingen. I sykehuset blir sykepleieledere kaldt koordinatører, teamleder, enhetsleder eller avdelingsleder uten at ordet sykepleier er med.

Norsk Sykepleierforbund har vært flinke til å få fram forskning og utvikling på høyere sykepleierplan. Aldri har vi hatt så mange med doktorgrad og til og med professorer i sykepleievitenskap. Det er bare synd at ikke det har klart å løfte sykepleiestanden og yrket, tvert i mot så har sykepleierne blitt mer usynlige, for å bruke NSF's egne ord.

Vi har tre års sykepleierutdanning i Norge, som vi mener må til for å kunne utføre ansvarlig sykepleie i dagens samfunn. Utviklingen har vært enorm innen helse og medisin. Er det ikke på tide å utvide utdannelsen noe? Lærerne har etter hvert fått fire års utdan-

ning, men arbeider med å få den femårig. Jeg kan ikke skjønne annet enn at sykepleierutdannelsen også bør styrkes. I avisen Tønsbergs Blad skrev nylig høyskolelektor og sykepleier May Elin Horntvedt en artikkel om intravenøs behandling i sykehjem. Sykepleiere og annet helsepersonell i sykehjem i Vestfold får teoretisk og praktisk undervisning i intravenøs behandling, siden det skal pålegges sykehjemmene der det er behov. Jeg trodde dette var en vanlig hverdag for sykepleieren i sykehus i dag. Hvem er så det annet helsepersonell som skal gi intravenøs behandling?

Norsk Sykepleierforbund er svært opptatt av lønn, og det er en av deres oppgaver. De har satt på den kvinnelige sykepleieren en bart for om mulig å få gjort noe med lønnsystemet. Jeg vet ikke om det har hjulpet noe større. Kanskje pengene og kreftene heller kunne vært brukt til å synliggjøre sykepleieryrket mer. I en interessant artikkel om den aldrende Gudrun Hamrans avhandling i Sykepleien nr. 14 omtales hennes undersøkelser om hva som motiverer leger og sykepleiere. Hamran fant ut at det faglige var viktigere for personellet enn lønnen i det daglige arbeidet. Gjør vi noe for å styrke identitet og faglighet på grasrotplanet der sykepleierne er, tror jeg lønnen vil komme etter hvert. Hvorfor ikke bruke mer av Sykepleien til det, og på etterutdanning og seminarer? Få tilbake sykepleierne som ledere i sykehjem, og bruk ordet sykepleier eventuelt sammen med andre titler! Vi må være synlige! Det kan vi gjøre noe med selv. I hvert fall bør Sykepleierforbundet gå sterkt inn for dette før ingen ser oss lenger.

Unni Brodin Tandberg, sykepleier/helsesøster

Brukar eller pasient?

Eg har som sjukepleiestudent nettopp gjennomført praksis i heimesjukepleie, og gjort meg tankar om noko grunnleggande for heimesjukepleie spesielt, og helsevesenet generelt: omgrepa brukar og pasient.

Eg har hatt praksis i ei privat bedrift, som konkurrerer om arbeid med andre bedrifter. På min praksisplass har eg høyrte at vi helst skal seie og skrive brukar, ikkje pasient. Ein av grunnane til dette er at vi yter ei teneste. Sidan vi konkurrerer med andre selskap om å drifte tenesta, må vi yte god service. Slik kan vi halde på «kundane» og sikre framleis drift. Ein anbuds konkurransen handlar sjølvsagt om mykje meir enn service til brukarane. Likevel har eg blitt fortalt i praksis at vi skal vere ekstra greie med tanke på at vi er i ein konkurransesituasjon.

No er det ikkje berre private aktørar som nyttar omgrepet brukar. Tanken bak dette omgrepet er å legge vekt på den hjelpetrengande sine ressursar, kompetanse, moglegheit og rett til å bestemme over seg sjølv. Omgrepet har vore populært i dei seinare år (Fjørtoft 2006:11)

Bokmålsordboka (1986) definerer pasient som «syk person, pasient som får behandling for sykdom». «Pasient» kan gje assosiasjonar til «hjelpetrengende person som er syk og hjelpesløs.» (Fjørtoft 2006:11) Faren med ordet pasient er å passivisere den hjelpetrengande, den faglege hjelparen er eksperten som veit best.

Eg er for å kalle ein spade for ein spade, «pasient» er for meg meir riktig enn «brukar». Når pasientar er i kontakt med helsevesenet, er det jo nettopp fordi dei treng hjelp på grunn av sjukdom. Dette inneber at ein søker hjelp hos nokon som kan meir enn pasienten. Det er sjølvsagt viktig å vere medviten kva ein legg i ordet pasient. Likevel meiner eg at ein kan kalle ein pasient for ein pasient, utan å passivisere han/ho. Ein kan sjå heile mennesket med sjukdom og ressursar, sjølv om ein nyttar omgrepet pasient.

«Brukar» gir meg til dels ei dårleg kjensle. Det passar godt inn i systemet med konkurranseutsetjing, bestillarkontor, vedtak og så vidare systemet min praksisstad er ein del av. Eg er redd dette systemet fjernar omsorgsfokuset. For meg er omsorg det sentrale i

det å utøve sjukepleie. Dette vert også understreka av Martinsen, omsorg er og må vere sjukepleia sitt verdigrunnlag (Kirkevold 1998:169). Slik eg ser det, og for å sette det på spissen: Omgrepet «pasient» legg opp til omsorg, «brukar» legg opp til tenesteyting. For meg er dette eit viktig skilje, og eg er redd vi mistar noko på vegen om fokuset på omsorg vert utvatna.

Fjørtoft påpeikar at sjølv om omgrepa vi nyttar er viktige, er dei ikkje magiske. «Brukerbegrepet er i seg selv ingen garanti for at brukerperspektivet er ivaretatt. (...) På samme måte er det ingen automatikk i at bruken av pasientbegrepet sikrer at personens omsorgsbehov blir ivaretatt» (2006:11)

Det er sjølvsagt nyansar. Eg meiner til dømes at det kan vere betre å kalle ein person med tryggleiksalarm for brukar enn pasient. Men idet personen ramlar og bryt lårhalsen er han ikkje ein brukar som treng ei teneste, han er ein pasient som treng sjukepleie og omsorg!

Gunnar Simonsen Thingnes, sjukepleiestudent ved LDH

Om sykepleiere og Holocaust

Jeg leser med interesse Sykepleien nr. 14 som min kone mottar, og artikkelen om sykepleiere sin deltakelse i Holocaust var rystende stoff. Det er derfor svært viktig at dette mørke kapittelet i sykepleiens historie blir kjent, og at en forhåpentligvis kan lære av den for å hindre at slike grufulle ting skjer igjen.

Som en slags forklaring på hvorfor dette kunne skje, blir det blant annet vist til «de politiske og samfunnsmessige strømningene på den tiden» samt at skolebøker for eksempel inneholdt regneeksempler på hva fysisk og psykisk syke kostet samfunnet. På denne måten ble det skapt et inntrykk av at det sykepleierne var med på, egentlig var i samfunnets og menneskets tjeneste, og at de samtidig gjorde en velgjerning ved å befri disse menneskene fra lidelser.

Artikkelen avsluttes med en «oppsummering» og spørsmålet: «Kan det skje igjen, at sykepleiere dreper?» Dermed er vi ved kjernen i mitt innlegg: Ja, dessverre kan det skje, og har allerede pågått i flere tiår, at sykepleiere (og leger) dreper! Så

mange som cirka 15000 foster blir hvert år tatt livet av ved norske sykehus, og siden abortloven ble vedtatt har antall drepte fostre ved norske sykehus trolig passert en halv million! Nylig kunne vi lese i Aftenposten at en av to gravide under 25 år i Oslo tar abort. Abortloven er både en etisk og demografisk katastrofe av dimensjoner!

Og på samme måte som sykepleiere mente de gjorde en god gjerning under Holocaust, er det i dag akkurat den samme propaganda som benyttes: I terminologien og definisjonen både i lærebøker og i samfunnsdebatten, omdefinerer man det levende, lille, uskyldige og forsvarsløse barnefosteret til en celleklump – og dermed skaper man det inntrykket at fosterdrap egentlig er det samme som å fjerne en svulst eller utvekst! Og selvsagt må kvinner få bestemme over egen kropp og selv avgjøre om de vil ha fjernet denne «svulsten»! Det er jo urimelig å nekte noen å fjerne en «svulst» eller en «celleklump»!

Artikkelen om sykepleieres tragiske deltakelse i Holocaust, poengterer at «vi er nødt til å ta et oppgjør med denne vår mørke historie». Men hvordan kan vi

det dersom vi ikke bruker lærdommen til å hjelpe de mest hjelpeløse og forsvarsløse blant oss? Den beste indikator på et sivilisert rettssamfunn er hvordan vi tar oss av de aller svakeste og vergeløse blant oss. Det kan være fosteret i mors liv, eller i neste omgang hvordan vi tar oss av våre gamle.

Er det noen prinsipiell forskjell på at en kvinne ikke ønsker sitt eget barn og får utført abort/fosterdrap, i forhold til samme kvinne som ønsker at sin gamle, syke og lidende mor eller kreftsyke ektemann, blir tatt av dage av «barmhjertighetsgrunner»? I Norge i dag er barnet i mors liv helt rettsløst, samtidig som vi ynder å fremstille oss selv som verdensledende i rettsystem og menneskerettigheter.

Er det et slikt samfunn den enkelte av oss virkelig ønsker? Og hvorfor er det nærmest tabu å ta opp tematikken fosterdrap i sammenheng med etikk og moral? Tror Sykepleien at man kan omgå dette temaet dersom man ønsker å fremstå som troverdig, og virkelig mener at etikk skal være grunnleggende i utøvelsen av sykepleiertjenesten?

Eivind Strømstein

SIDEN SIST

Siden sist inneholder korrigererte og nye synspunkter på fakta gjengitt i tidligere utgaver. Vil du hjelpe? Kontakt oss på interaktiv@sykepleien.no



Livstestamente og pasientens vilje

Jeg har med interesse fulgt debatten i Sykepleien. Det er en viktig etisk debatt som vi som sykepleiere må våge å gå inn i og ta stilling til.

Jeg har forstått debatten slik at den handler om en lovregulert praksis med rett til et bindende livstestamente, der pasienten selv har nedfelt et skriftlig testamente, eller direktiv/innenfor diskusjonen om livsforlengende helsehjelp.

Min erfaring er dessverre at innfor døden står vi oftest maktesløse tilbake. Vi tør engang ikke snakke om at pasienten er døende. Spesielt hvis det dreier seg om et ungt menneske.

I løpet av fem år har jeg opplevd å miste begge mine sønner der døden ikke var forberedt på forhånd.

Kristian på 18 år ble i 2005 offer for blind vold og døde av omfattende hodeskader etter 14 dager. Et knyttneveslag i tinningen slo ham med voldsom kraft mot en bil og i asfalten. Når vi ankom sykehuset var han bevisstløs.

Fordi det var et ungt menneske sa legene at de ville prøve alt som sto i deres makt for å gi intensiv hjelp. Etter dager med intensiv behandling, kom det til et punkt der avgjørelsen om livsforlengende behandling kom opp som et aktuelt tema. I det ene øyeblikket fikk vi forespørsel om organdonasjon, i neste kom legen og sa at Kristian ikke var hjernedød, det var sirkulasjon og han kunne leve videre med omfattende knusningsskader og hjerneødem. Legen tok i samråd med oss avgjørelsen om å koble fra respiratoren og stoppe livsforlengende behandling. Kristian pustet selv og levde i fire døgn etter at respiratoren ble koblet fra.

Jeg ønsket at Kristian skulle dø. Det var et ønske legen ikke kunne etterkomme. Som pårørende i en presset emosjonell situasjon er det direkte farlig å bli tatt med på råd, rett og slett fordi en er ute av balanse. Derimot var det helt nødvendig å bli informert. I ettertid skulle jeg ønske at vi hadde sluppet noen av diskusjonene rundt de vanskelige valgene. Usikkerheten fra det medisinske personellet smittet over på oss, og vi ble satt under et umenneskelig press. Det var også store variasjoner på hvordan vi ble møtt av sykepleierne. Det er et tankekor at på sengepost blir de uerfarne sykepleierne og ekstravaktene satt på de alvorlig døende og krevende pasientene. Det var vondt og oppleve som erfaren sykepleier at vi selv måtte sørge for at Kristian fikk god pleie på slutten. Det sviktet på de mest grunnleggende sykepleieoppgavene.

For meg henger det tett sammen, en verdig omsorg og god pleie. Jeg lærte mye som jeg i etterpå

klokskap måtte ta selvkritikk på som sykepleier.

12. september 2010 døde Øyvind (27) av blødninger som komplikasjon av kreft med spredning.

I april 2009 fikk Øyvind påvist kreft, Adenocystisk karsinom i luftrøret. Han ble operert og fikk 30 strålebehandlinger. Han ble fortalt at kreftformen var langsomt voksende, og at han kunne leve med den i mange år. Ja, han trodde faktisk også at han kunne bli helt bra. Med jevnlige kontroller hver tredje måned så alt bra ut. Han begynte i lære som sveiser og hadde på alle måter et livsmot og livsvilje fram til han 31. august 2010 fikk beskjed om at kreften hadde spredd seg til lungene. Han hadde følt seg elendig og slapp, men det ble tilbakevist som mulig infeksjon etter ferieopphold i Asia juli 2010.

Selv da han kollapset hjemme på kjøkkengulvet, ti dager før han døde, og ble sendt med ambulanse til sykehuset, trodde vi ikke han skulle dø. Han fikk intensiv behandling med 13 poser blod og lagt på respirator. Fire dager før han døde kom legen til meg

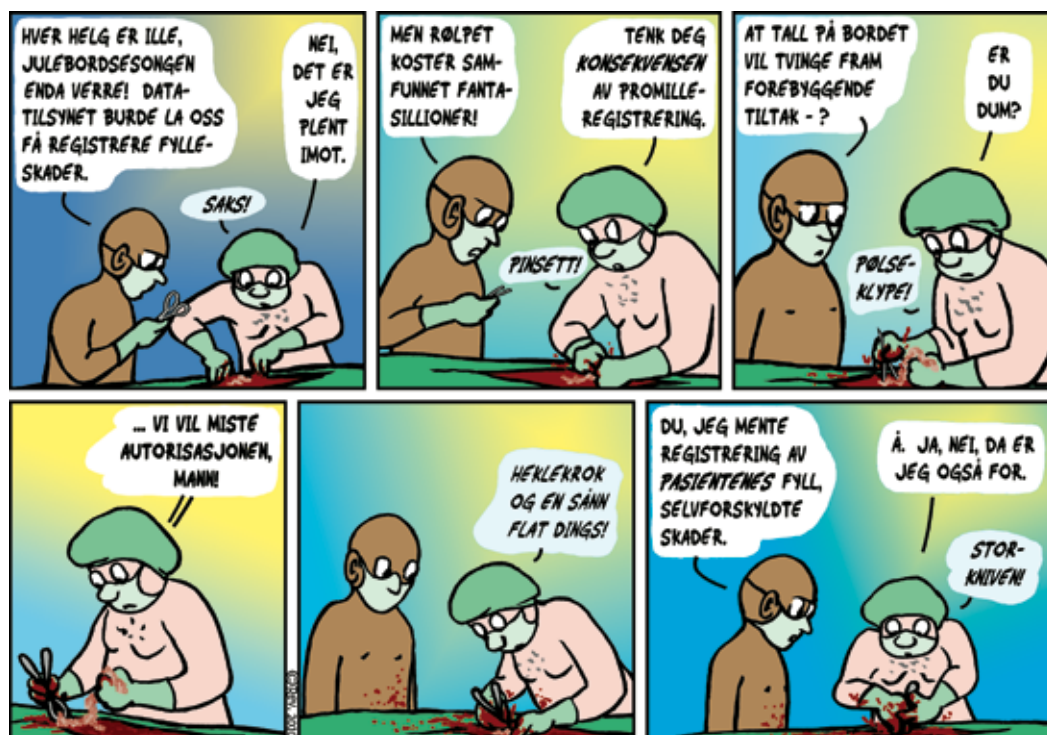
og fortalte at de ikke kunne stoppe blødningen fra halsen. Til Øyvind sa legen at de ikke fant årsaken til blødningen. Hvem skulle fortelle ham at han skulle dø? Han var tracheostomert og kunne ikke snakke, men han var våken og bevisst til det siste.

Vi var på ingen måte forberedt på å miste Øyvind. Det kom som et sjokk på oss. Vi ba om at legene måtte ta den medisinske avgjørelsen om å stoppe livsforlengende behandlingen. Jeg ønsket å ha et håp om at han skulle leve, men på et tidspunkt måtte jeg innse at nå var håpet slutt. Jeg måtte se i øynene at gutten vår ville dø, og gi ham en verdig død der vi var nærværende og til stede som foreldre.

Med dette ønsker jeg å dele egne opplevelser med leserne. Jeg tror ikke det finnes noe fasitsvar. Det viktigste er at vi kan lære av erfaringer og tørre å se hva vi kan gjøre bedre neste gang. Selv når man står ovenfor døden, er håpet og livsviljen det siste som slipper taket.

Anne Grete Orlien, psykiatrisk sykepleier

TERAPI av Bodil Rønhavug



Fjernt fra, ikke tett på?

Jeg hadde gleden av å lese spalten «Tett på» der dekan ved Høgskolen i Oslo (HiO), Kari Toverud Jensen, ble portrettert i Sykepleien nr. 13. Hun har noen gode poeng hva sykepleieutdanningen angår, men hun sier også en del som ikke stemmer og som jeg vil kommentere.

Jeg skriver dette innlegget ut i fra min bakgrunn som aktiv studentpolitiker og deltakelse i NSF Students styre i to perioder mens jeg var under utdanning. Jeg er ikke utdannet ved HiO, men ved en annen relativt stor høyskole. I min tid i studentstyret hadde vi oppe mange forskjellige saker, blant annet fra HiO. Det kunne virke på meg som om HiO var noe overrepresentert på klagefronten, men jeg vet ikke om dette kommer av at de har langt flere studenter enn små skoler i utkanten. Det er mulig at om man korrigerer for studenttall, så vil HiO lande på et gjennomsnitt. Dette kan sikkert noen i studentorganisasjonen

gjøre mer rede for enn meg. Det er heller ikke disse tallene jeg vil kommentere i mitt innlegg.

Helt i starten av portrettet forsvarer Jensen høyskolenes enorme studentinntak med at de er nødt til å kalkulere med frafall og sier at det er et samfunnskrav å ta inn så mange studenter, da vi har ett økt behov for sykepleiere. Jeg er fristet til å spørre Jensen om hvorfor hun vil følge opp samfunnets krav med å utdanne mange, ikke nødvendigvis kompetente, sykepleiere? Hvor er det samme samfunnsengasjementet når det gjelder det faktum at hun er med på å utdanne to sykepleiere per årsverk? Har HiO i det hele tatt sett på årsaken til frafall?

At det høye inntaket gir kritiske mangler på praksisplasser, hopper Jensen elegant over i sitt svar. Jeg er selv en del av et kull studenter som ble utdannet i strid med rammeplanen, nettopp med bakgrunn i mangel på plasser. Eller sagt på

en annen måte: på grunn av for mange studenter. Jeg mener også at det blir for lett av dekanen å speile ansvaret for store kull tilbake til samfunnet. Som en god sykepleier bør Jensen være «pasientens» advokat og varsle kraftig oppover i systemene når man hele veien får «tilført» nye studentplasser, men ikke penger for å drive disse plassene. Har dere ved HiO gjort dette, eller er svaret på alle spørsmål alltid å kutte på de få kvalitetskravene som finnes i Rammeplan for sykepleierutdanning?

Den norske sykepleierutdanningen er, som NSF student har vist gjentatte ganger, underfinansiert i forhold til studier som er sammenlignbare. Det er ikke tatt utgangspunkt i den faktiske kostnaden ved å utdanne sykepleiere når man har regnet ut støttesummer. Man har fra statlig hold regelrett gjettet og funnet et rimelig nøyaktig tall. Dette sitter alle dekanene, også Jensen, stille og ser på



Vi ønsker alle en feststemt jul og et godt nytt år!

mens de til stadighet foretar omgjøringer og omorganiseringer som i alle fall ikke legger til rette for økt kvalitet i utdanningene.

I portrettet sier Jensen også at hun ikke er sikker på at veiledningen ute i praksis nødvendigvis skal foretas av lærerne. Med dette utsagnet går Jensen tvert imot gjeldende prinsipp om at man skal utdannes av folk med høyere kompetanse enn seg selv. Bachelorstudenter skal etter dette prinsippet utdannes av lektorer. Det ble i Nokuts gjennomgang av norske sykepleieutdanninger i 2004 påpekt for få ansatte med første kompetanse (doktorgrad). Det ble i samme gjennomgang sagt at disse skulle brukes i utdanningen. Jeg forstår Nokut dit hen at også disse skal ut i praksis og veilede. Om Jensen virkelig mener at hennes lærere ikke har noe å bidra med ute i klinikken, så bør hun virkelig ta en gjennomgang med sine ansatte. Det stilles per nå ingen krav til dem som er veiledere og som Jensen vil

overlate sine studenter til ute i praksisfeltet, og jeg har heller ikke hørt verken Jensen eller andre dekaner ytre noe ønske om slike krav. Om hun ønsker å organisere utdanningene ut av praksisfeltet vil de miste oversikten over hva som skjer. De er ikke lenger til stede i studentenes hverdag og kan heller ikke se, høre og oppfatte hvilke utfordringer denne hverdagen består i. Dette er ansvarsfraskrivelse og slett ikke forenlig med de kompetansekrav som kreves i høyere utdanning. Om dette gjennomføres, Jensen, er vi tilbake til den gamle etatsutdanningen, der sykehusene selv utdanner sykepleierne. Høyskolen og deres ansatte er med ett noen som kun har ansvaret for å sette opp en timeplan og en liste over relevant litteratur til studiet. Jeg synes det er meget trist om norske sykepleierlærere har redusert seg selv til å være kontorpersonale og føler at de ikke lenger har kompetanse til, eller bruk for, å følge

opp sine studenter gjennom hele utdanningen.

Når Jensen, i portrettet, ivrer etter endring av utdanningene og fjerning av rammeplanen for å tilpasse utdanningen til et helsevesen i endring, blir jeg skeptisk og redd for at Jensen har mistet sitt sykepleiefaglige gangsyn. Sykepleierens funksjon har alltid vært, og kommer alltid til å være å ivareta pasientenes basale behov, ikke arbeidsgivernes. Om helsevesenet er i endring er ofte pasientenes behov uendret. At høyskoleansatte rundt om i landet er endringskåte og ønsker å forme de nye sykepleierne etter arbeidsgivers og politikeres behov for «hender», synes jeg er en meget skremmende utvikling. Det er mine framtidige kolleger det er snakk om, og de vil jeg ha kvalitetssikret på beste vis og høyest mulige nivå før de tropper opp og skal starte sin karriere!

Kenneth Grip



Sykepleien
står på til det siste

Tilbake til livet

Det er 16. mai. En dato som er lett å huske. Jeg er hjemme alene og arbeider med noe. Finner ut at jeg bør gå ut en tur for mosjon og for å trekke litt frisk luft.

Ti minutter fra huset føler jeg meg veldig sliten. Ringer etter hjelp og blir kjørt til Legevakta. Det som skjer fra nå av husker jeg ingenting av.

Blir veldig dårlig der. Blir overført til intensivavdelingen til sengs.

Elektroder er festet på meg og EKG tilkoblet.

Jeg prøver si noe til min kone som allerede er der, men stemmen og EKG-kurven flater ut samtidig.

Intensivalarmen går! Sekunder etter er intensivgruppen der. En plate blir skjøvet under ryggen min. Elektrosjokk og manuell livredning starter umiddelbart!

Brystkassen presses ned med rutiner rytme: En – to – tre – fire ganger, og uten stopp – videre 100 – 101, 300!

Sekunder har gått. Minutter har gått, men EKG-en spiller ikke på lag. Den svarer mekanisk, likegyldig og uberørt av den kampen som foregår. Den tvi-

holder på sine signaler null-flim-flim-flim-null.

Og tiden: Ufølsomt tikker minuttene bare videre. Stopper aldri opp.

Men det gjør ikke rescue-gjengen heller.

Det har nå gått 15 minutter, 30, 45! Ingen gir seg. EKG-en tviholder på sine flimflimkurver.

46 minutter har gått, – 48! -49!

Og så 50, 55!

JAA! SINUS! Hjertet slår normalt!

Intensivfolket seiret. Som et resultat av den kompetanse, ferdighet og ikke minst vilje til å vinne.

Tre dager senere våknet jeg opp.

Takk for livet!

Med hilsen Karl-Johan Pettersen, Harstad

www.sykepleien.no

Du kan si din mening om aktuelle saker på sykepleien.no





Hilde Karlsen
sosiolog og stipendiat ved
Senter for profesjonsstudier,
Høgskolen i Oslo.

«Hvite» menn slutter

Det er ikke nok å være mann for å slutte i sykepleien. Man må også være norsk.

Med jevne mellomrom oppstår det diskusjoner i media om hvorfor mannsandelen i sykepleien er så lav, samt om hvorfor menn slutter i dette yrket oftere enn kvinner. Når menns sannsynlighet for å slutte i sykepleien og å bevege seg bort fra yrkets kjernevirksomhet er større enn kvinners, skyldes dette at det eksisterer barrierer for menn i kvinnedominerte yrker, hevder noen.

Kan hende er det noe i denne teorien, men vi bør også erkjenne at mulighetene for å gjøre nettopp dette, først og fremst er forbeholdt norske menn. For ironisk nok er det slik at avgang fra sykepleien er forbundet med økt lønn relativt til de som blir i sykepleien. Utfallet av menns høyere avgang fra sykepleieryrket er altså økonomisk sett positiv for disse mennene.

Men selv om det skulle være slik at menn ønsker seg ut av sykepleien fordi de opplever det som vanskelig å være mann i yrket, holder ikke bare det; for å kunne omsette dette ønsket til handling må den det gjelder også gis mulighet til å velge alter-

De opplever at de som menn er en slags annenrangs omsorgsutøvere.

native yrker og stillinger som oppleves som bedre. Forskning utført ved Senter for profesjonsstudier tyder imidlertid på at blant sykepleierutdannede er ikke slike muligheter for stillingsvalg og yrkesavgang like tilgjengelige – eller de oppleves ikke som like tilgjengelige – for menn med ikke-vestlig minoritetsbakgrunn som for etnisk norske menn.

Føle seg fremmedgjort

Det er lite sannsynlig at kun norske menn finner det vanskelig å være mann i sykepleien.

En av teoriene om hvorfor menn slutter i sykepleien, eller bevege seg til felt som i stor grad krever teknisk kunnskap (anestesi, operasjons og akuttmedisin), er denne: Menn opplever det som vanskelig å være mann i sykepleien fordi de ikke på lik linje med kvinner klarer å identifisere seg med de stereotypisk kvinnelige verdier som forfektes i sykepleien, og fordi de mottar implisitte og eksplisitte hint og vink fra kolleger og andre om at de som menn er en slags annenrangs omsorgsutøvere.

Kanskje er det riktig. Men dersom vi godtar argumentet om at det er vanskelig å være mann i sykepleien er det liten grunn

til å tro at dette gjelder kun etnisk norske menn. Menn med ikke-vestlig minoritetsbakgrunn burde, som en konsekvens av å være menn, i like stor grad føle seg fremmedgjort i sykepleien, og særlig i eldreomsorgen, som er et av de mest kvinnedominerte områdene av yrket. Ønsket om finne seg en annen jobb som er mer i tråd med tidens maskuline idealer burde derfor være tilsvarende stor blant disse mennene, og yrkesfrafallet deres burde være like høyt som norske menns.

Ikke-vestlige blir

Menn med ikke-vestlig innvandrerbakgrunn har lavere frafall fra sykepleien enn norske menn.

Forskning utført ved Senter for profesjonsstudier viser imidlertid at menn med ikke-vestlig minoritetsbakgrunn har langt større sannsynlighet for å arbeide i eldreomsorgen enn etnisk norske menn, faktisk omtrent like stor sannsynlighet som etnisk norske kvinner. De har mindre sannsynlighet for å forlate sykepleien enn det norske menn har, omtrent like lav sannsynlighet som etnisk norske kvinner. Det er derfor grunn til å undres over hva disse forskjellene mellom menn av ulik etnisk bakgrunn skyldes.

Internasjonale studier viser at sykepleierutdannede menn med etnisk minoritetsbakgrunn er like negative til arbeid med eldre som det majoritetsbefolkningen er. Selv om internasjonale studier ikke uten videre er overførbare til norske forhold, peker det likevel mot at vi skal være forsiktige med å tilskrive forskjellene ulikhet i mennenes jobbpreferanser. En mer sannsynlig fortolkning er at omfanget av stillinger og yrker en sykepleierutdannet mann gis mulighet til å få er lavere for menn med ikke-vestlig minoritetsbakgrunn enn for etnisk norske menn. Dersom vi går ut i fra at ønsket om å søke seg bort fra sykepleiens mest kvinnedominerte og feminine områder er temmelig likt utbredt uansett mannens etniske bakgrunn, lykkes norske menn bedre med dette enn minoritetsmenn som ønsker det samme. Vilkårene for stillingsvalg og yrkesavgang ser rett og slett ut til å være bedre for de norske mennene.

Muligheter og forventninger

Norske menn kommer best ut av det, både økonomisk og statusmessig.

Fokuset på at norske menn har det vanskelig i kvinnedominerte yrker tar mye plass i debatten om menns fravær og frafall fra sykepleien. I hvilken grad dette er en vesentlig årsak til mannlige sykepleieres yrkesavgang trengs det mer forskning



på. En alternativ teori er at det å være hvit mann – i dette tilfellet norsk mann – er forbundet med visse privilegier ikke bare i mannsdominerte yrker, men også i kvinnedominerte yrker. Noe forskning viser riktignok at enkelte menn som arbeider i de mest kvinnetradisjonelle delene av sykepleien opplever negative kommentarer tilknyttet sitt valg av arbeid. Men forskning viser også at de positive kommentarene menn møter som følge av sitt utradisjonelle valg er mange. Følelsesmessig er det forskjell på å bytte jobb fordi man ikke føler seg godtatt i jobben man har, og på å bytte jobb fordi kolleger forteller at man regnes som en velegnet kandidat for jobber lenger oppe i yrkets stillingshierarki, eller til og med utenfor yrket.

Avgang fra sykepleien er forbundet med økt lønn i forhold til dem som blir, og eldreomsorgen har lav status blant sykepleierutdannede. Selv om menn skulle oppleve det som vanskelig å være mann i sykepleien, lønner det seg økonomisk og statusmessig, som i så mange andre yrkesgrupper, å være mann. I den grad menn søker seg ut av sykepleien eller til stillinger som

krever mer teknisk kunnskap fordi de opplever at menn ønskes ut av sykepleiens tradisjonelle kjerneområder, er dette selvsagt negativt både for de menn som opplever det, for sykepleien som yrke, og for pasienter som gjerne kunne tenke seg å bli pleiet av en mannlig sykepleier. Men dersom vi antar at menns avgang fra sykepleien kan forklares med negative holdninger til menns tilstedeværelse i omsorgsykker, er det et tankekor at ikke-vestlige menn så mye oftere enn norske menn forblir i sykepleien, og at de så mye oftere enn norske menn arbeider i eldresektoren. Kanskje er det heller positive forventninger og muligheter for andre stillinger og yrker som åpner seg for de norske mannlige sykepleierne, og som menn med annen etnisk bakgrunn ikke i like stor grad får del i.

Noe kan altså tyde på at norske mannlige sykepleiere på arbeidsmarkedet møter helt andre muligheter og forventninger til hva slags arbeid de kan og bør utføre både i og utenfor sykepleien enn det mannlige sykepleiere med minoritetsbakgrunn gjør. Og dette til tross for at de alle er menn. ■■■

SLUTTER: Særlig eldreomsorgen er kvinnedominert og kan få menn til å mistrives. At ikkevestlige menn blir i den delen av sykepleieryrket, tror forfatteren kan henger sammen med at ikkevestlige menn har færre muligheter for avansement. Arkivfoto Stig Weston.



DILEMMA

Berit Støre Brinchmann om prioriteringsdebatten i akuttmedis

Navn: Berit Støre Brinchmann

Bakgrunn: Professor i sykepleie ved Høgskolen i Bodø

E-post: berit.stoere.brinchmann@hibo.no

De vanskelige valgene

Hvor mye skal det satses på kritisk syke og svært premature barn?

Klokka er ti på barneavdelingen. Lysene slukkes. Lucia-tog og kor fra Domkirken. Hvitkledder jenter med glitter i håret og lys i hendene. Harpespill og vakker sang. Foreldre, sykepleiere og alle barn som kan, er ute i gangen og hører på. En sykepleier bærer en liten pasient fra habiliteringsenheten. Han ligger slapt i armene hennes. Er det en av prematuravdelingens små pasienter som nå har kommet dit? Hvor mye får han med seg? Vil han gå i Lucia-tog noen gang? Nå kommer de inn på prematuravdelingen. Helt inn i huken ved kuvøsene. Svart senker nattens seg. Visitten stopper opp. Det blir stille, alle lytter, foreldrene fotograferer.

sjekt, der jeg studerte etiske beslutninger i en nyfødtmedisinsk avdeling. Avhandlingen er basert på observasjoner fra en nyfødtmedisinsk avdeling, og kvalitative intervjuer med sykepleiere, leger og foreldre til alvorlig syke, for tidlig fødte barn.

Vanskelige valg

Innenfor nyfødtmedisin er prognosen ofte usikker. De vanskelige valgene om hvorvidt man skal igangsette behandling, fortsette eller avslutte behandling, ville være enklere å foreta hvis man på forhånd kunne forutsi hvilke barn som ville overleve uten alvorlige mén, og hvilke som ville bli svært

psykososiale problemer. Ikke sjelden kan man lese store presseoppslag i avisene, og det slås opp i radio og tv om foreldre til funksjonshemmede barn som ikke makter omsorgsbyrden lenger, og har overlatt foreldreansvaret til barnevernet. Manglende ressurser og hjelpetiltak vil ramme både barn med alvorlige handikap og de med «lettere problemer» som kan være alvorlige nok, men som kan avhjelpes og forebygges med tilstrekkelig oppfølging. Barn med lærevansker har behov for ekstra tilrettelegging og oppfølging, men både oppfølging, tilrettelegging og forskning koster penger.

Etiske problem

Det finnes ulike etiske problemområder innenfor nyfødtmedisin. I avhandlingen har jeg i hovedsak diskutert problemer man står overfor på individnivå, i den aktuelle kliniske situasjonen, som dreier seg om hvem som skal foreta beslutningene, og hvilke barn som skal behandles. Et annet problemområde befinner seg på samfunnsnivå, og omhandler ressursprioriteringer. På samfunnsnivå vil prioriteringsdebatten berøre problematikken ved nyfødtmedisinsk avdeling. Hvor mye skal det satses på kritisk syke og svært premature barn? Kan det være aktuelt å sette ulike grupper opp mot hverandre, som for eksempel funksjonshemmede opp mot de aller minste premature?

Store summer satses på å berge liv. Hvor mye brukes på oppfølging av disse barna senere? Da jeg spurte personalet i avdelingen om dette, fikk jeg som svar at den debatten lå på et annet plan, på politisk nivå.

Hva bør prioriteres?

En kan også spørre seg hvor langt grensene for den medisinske etikken skal gå. I beslutningsprosessen på sykehuset, når

Helsepersonell må formidle til politikere hvor det er viktig å sette inn ressurser.

Så går de videre, det er over. Lysene skrur på igjen, aktiviteten er i gang. Leger og sykepleiere tørker en tåre i øyekroken. Jeg selv også. Fem barn i kuvøser, tre i seng. Ingen av våre barn ble holdt opp, de små i sengene og kuvøsene.

For mange år siden sto jeg selv, høygravid, på overtid og så på sønnen min i Lucia-tog på sykehuset der jeg jobbet. Neste dag ble datteren min født. Jeg husker ennå stemningen, forventningen. Sønnen min på fire år, stjernegutt med hatt. Jeg selv med stor mage, i grønn mammakjole. Neste dag lykkelig mamma til ei fullkomne jente. Lucia, forventning, det er fortsatt så levende for meg. Minner om egne, sterke opplevelser med fødsel og barn, for meg glede, det skal være glede. For mange av foreldrene på prematuravdelingen, uvisshet og sorg, og redsel for å miste.

Denne teksten ble skrevet i forbindelse med et feltarbeid i mitt doktorgradspro-

handikappet og skadet. Disse beslutningene foretas på bakgrunn av faglig skjønn og erfaring. Og ut fra erfaring vet man at noen barn klarer seg bra, mens andre blir veldig skadet.

Ifølge pediater Trond Markestad presenterer det å skulle sette grensen for hvor langt man skal behandle før man lar naturen gå sin gang en av de store etiske utfordringer for barneleger i dag. Uansett hva vi har av velferdsordninger i samfunnet, vil alltid foreldrene ende opp med den store belastningen.

Ulike funksjonsnivå

De premature barna er utsatt for å få ulike problemer eller skader, alt fra svært alvorlige funksjonshemninger med multihandikap, alvorlig cerebral parese, sansedefekter, alvorlig psykisk utviklingshemning til såkalte «lettere problemer» som konsentrasjonsproblemer, lese- og skrivevansker og

Andre faste bidragsytere



Professor ved seksjon for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo
Per Nortvedt



Leder Rådet for sykepleietikk
Marie Aakre

man skal avgjøre hvorvidt det skal satses maksimalt på et barn eller ikke, kan det synes vanskelig å ta hensyn til mulig oppfølging i fremtiden. Dette er jo heller ikke et problem som bare omfatter nyfødte-medisin, men er felles for pasienter i alle

aldersgrupper. «Blålys»-medisin har alltid vært høyt prioritert, både når det gjelder ressurser og status. Min personlige mening er at helsepersonell og annet ansvarlig fagpersonell må bli flinkere til å formidle til politikere hva som bør prioriteres, og hvor

det er viktig å sette inn ressurser. Vi må ikke glemme at det er de samme barna og familiene det er snakk om, som prioriteres høyt i første delen av livet, og som senere kan oppleve manglende interesse og oppfølging av de ansvarlige. ■■■



USIKKERHET: Man vet ikke alltid hvem som vil klare seg bra, eller hvem som blir skadet. Arkivfoto: Bjørn Erik Larsen.



Til refleksjon

- » Har du i din praksis som sykepleier opplevd at pasienter med høy prioritet i akuttfasen har blitt nedprioritert senere i forløpet?
- » Opplever du at du som sykepleier har muligheter til å påvirke dette?
- » Finnes det egnede fora på din arbeidsplass der slike spørsmål kan tas opp til diskusjon?

Send din mening på epost til interaktivt@sykepleien.no, eller skriv til Sykepleien, boks 456 Sentrum, 0104 Oslo. Du kan også lese inn din reaksjon på telefon 22 04 33 65. Reaksjoner fra leserne trykkes i neste nummer.

www.sykepleien.no

Flere dilemma på sykepleien.no under fanen interaktivt.



TETT PÅ Bent Høie

Hvem: **Bent Høie**

Alder: **39 år**

Utdanning: **Grunnfag jus og hotellhøyskole**

Yrke: **Politiker**

Hvorfor: **Fordi han som leder i Stortingets helse- og omsorgskomiteé er den i opposisjonen som har størst innflytelse på norsk helsepolitikk.**

Dannet tøffing

Når Bent Høie åpner munnen,
er det flere enn Høyre-folk som lytter.

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



«Hvorfor man ruser seg har ingenting å si for retten til behandling.»



«Når det offentlige kjøper privat kapasitet»

Mens miljøbevegelsen raslet med lenkene og blitzere kastet stein mot politiet i Oslo, gikk Bent Høie rundt til de politiske partiene i Stavanger og spurte hva de sto for. 16 år gammel meldte han seg inn i Unge Høyre.

SAMVITTIGHETSFULL, KUNNSKAPSRIK, SOLID. Men også en som tør å være tydelig. Ingen populist, selv om han nok kan la seg friste. Kanskje en fremtidig helseminister. Dette er noe av det som sies om Bent Høie. Selv tar han vennlig imot på kontoret sitt på Stortinget.

Stemmen er rolig. Blikket fast. Snittet i dressen stramt. Mens Oslo forbereder seg på et varslet kuldesjokk, snakker han seg varm om politikk. Særlig om behandling av rusmisbrukere.

– Vi må slutte å krangle om rare tiltak for de få, som heroin, og heller snakke om ting som virker, sier han alvorlig.

Høie vil ha opptrappingsplan. Bygge ut behandlingstilbudet. Gjøre noe med inngangen til rusomsorgen. Men det er ikke opp til ham. Selv om han er komitéleder, er han i opposisjon til en flertallsregjering. Vil regjeringen noe, blir det sånn.

– Får du gjort noe?

– Jeg setter saker på dagsorden, det gjør at jeg kan påvirke.

HØIE HAR KALT FORSLAGET om gratis heroin til rusmisbrukere en fallitterklæring. Han har twitret om at regjeringen har allergi mot private aktører. Minnet om at overvekt også er et personlig ansvar. Og stadig krevd bedre behandling for rusmisbrukerne.

– Hvorfor akkurat rusmisbrukere?

– Fordi de gjennom alle tider er behandlet dårlig. De får ikke tilbudet de trenger og blir diskriminert i møte med helsevesenet, både psykiatri og somatikk.

Når han skal trekke fram politikk han er stolt av, snakker han om Rusreform II, der rusmisbrukere ble omformulert fra klienter til pasienter. Det gjorde at de fikk lovfestet rett til behandling. Han opplevde ikke akkurat noe samlet støtte fra helsevesenet.

– Det virket som det lenge hadde vært en ideologisk diskusjon om årsak til misbruk. Om de var født sånn eller blitt sånn. Jeg mener det er helt uinteressant. Hvorfor man ruser seg har ingenting å si for retten til behandling. Vi spør ikke hjertepasienter om de har vært flinke til å trene.

– Ikke ennå?

– He, he. Nei, ikke ennå.

Rusreform II gikk ikke helt som planlagt.

– Jeg tenkte at lovfestet rett til behandling ville skape lange ventelister og tvinge fram flere behandlingsplasser. Men det ble ingen store overskrifter. Helsevesenet organiserte seg bort fra hele retten. De opprettet for eksempel inntaksteam, og sa at retten først gjaldt når pasienten var vurdert der. Det skuffet meg.

KONTORET ER I OSLO, hjemmet i Stavanger. Der bor han i

hus i byens gamle del. Han ser sitt snitt til å skryte litt.

– Eldre rusmisbrukere med behov for sykehjem mangler tilbud. Men i Stavanger har de egen sykehjemsavdeling. De får god pleie, og kan drikke, banne og røyke som de vil.

– Blir det flere sånne om du får bestemme?

– Håper det. Men det er et kommunalt ansvar.

– Det sier stortingspolitikere alltid. Og så sier kommunene at de mangler statlige overføringer?

– Jo, men dette eksempelet handler ikke om penger. Det handler om å tenke nytt.

Han legger det ene benet pent over det andre. De røde knappene på skjorten er i akkurat samme sjattering som den lille solidaritetsløyfen på venstre bryst. Det er 1. desember og verdens aidsdag. Senere på dagen skal en kjempesløyfe lyse på Stortingets fasade. Da er Høie i Stavanger og holder appell i regi av blant andre Kirkens Bymisjon.

SOM GOD HØYRE-MANN ønsker han flere private aktører inn i helsevarmen.

– Frogner-legen Jørgen Skavlan sier de med best ressurser får best behandling?

– Jeg mener dagens helsevesen er det mest klassedelte vi har hatt i moderne tid. Det er store variasjoner i det offentlige helsevesenet og et utbredt privat tilbud. De med kunnskap og penger skaffer seg best behandling. På mange måter er kunnskap blitt ekstremt viktig kapital fordi helsevesenet er så lukket.

– Ville det vært bedre om Høyre satt med makten?

Han ler litt.

– Når det offentlige kjøper privat kapasitet, blir det bedre. I dag står pasienter på venteliste, samtidig som private har ledige plasser. Høyre vil sikre pasientene rett til å velge blant offentlige og private aktører, men det offentlige skal ta regningen.

Høie mener de offentlige sykehusene er veldig bevisste på at de «eier» pasientene sine.

– Det preger tankemåten. «Pasienten i sentrum» er en floskel vi stadig hører. Men det er ikke så lett å sette pasienten i sentrum om man sitter der selv.

– Du vil ha konkurranse?

– Det handler ikke bare om konkurranse. Jeg vil ha mer bevissthet om pasientenes grunnleggende rettigheter. Større valgfrihet og mer informasjon.

– Men det vil jo også favorisere de ressurssterke?

– Jo, men flere vil få mulighet til å velge. Utdanningsnivået er så høyt og så mange har tilgang til internett, at jeg mener Norge kan ha et slikt system. I dag er det de som selv jobber i helsevesenet, eller kjenner noen som jobber der, som kan velge.

Men den som tror Høie helst vil privatisere hele vesenet, tar feil. – Helsevesenet forblir offentlig, uansett regjering. Det private utgjør bare en liten del. En liten del, med stor effekt.

– Du er hotellmann. Har helsevesenet noe å lære av hotellbransjen?

– Mye. Begge steder avgjøres kvaliteten av møtet mellom to mennesker. Jeg tror helseutdanningene kunne hatt mer serviceledelse.

tet, blir det bedre.»

DØREN UT TIL GANGEN STÅR ÅPEN. Innimellom høres glade kvinnestemmer.

Som komitéleder får Høie mange henvendelser. Å plukke saker er en daglig utfordring.

- Jeg må ta valg. Døgnet har bare 24 timer.
- Velger du med hjertet?
- Ja, det også.

Han vil ha lederne i helsevesenet til å tenke mer på kvalitet.

- I dag handler det for mye om økonomistyring, mener han.
- Når jeg sier det, blir jeg møtt med at det ikke er noen motsetning mellom god økonomistyring og god kvalitetsstyring. Men det er heller ingen automatisk sammenheng.

Han mener helsevesenet i stor grad har personifisert ansvaret for kvalitetssikring.

- Stort sett går det bra, takket være fagligheten, sier han.
- Men jeg hadde aldri satt meg i flyet til Stavanger om jeg ikke visste at pilotene hadde et sikkerhetssystem for uforutsette hendelser. Lederne må gjøre mer enn å snakke om kvalitet.
- Hvis de ikke følger opp, har det ingen verdi.

Høie viser til Sykehuset Asker og Bærum, som har fått millionbot for ventelisterot.

- Det var det eneste norske sykehuset med ISO-sertifisering. Det manglet ikke på kvalitetssikring på papiret, sier han tørt.

SYKEPLEIERE HAR HØIE BARE LOVORDOM. Selv er de redd for å bli usynliggjort. På sykehusene blir yrkestitlene profesjonsnøytrale i hurtigtempo. I grunnlaget til ny helse- og omsorgsplan nevnes kun legene ved tittel.

Han skjønner at de er bekymret.

- Hvis man gjennom alt offentlig lovverk gjør titlene nøytrale, kan det ende med at ulik kompetanse behandles likt.
- Er sykepleierne flinke nok til å formidle hva de gjør?
- Jeg synes ikke det kommer godt nok fram hva de gjør i forhold til annet pleiepersonell. I Norge er det nok sånn at de du møter i helsevesenet enten er leger, eller noe annet.

Han forteller om da han var i San Fransisco og traff avanserte sykepleiere, såkalte nurse practitioners, som driver selvstendig pasientbehandling.

- En spennende tanke.
- I Norge har en slik type sykepleier ingen rolle å fylle?
- Systemet må bli mer fleksibelt. Jeg vet at norske sykepleiere har selvstendige oppgaver, men at de ikke får takst med mindre fastlegen er i rommet.
- Legene vil kanskje ikke være så begeistret for mer selvstendige sykepleiere?

– Jeg tror også fastleger etterlyser dette. Det som er viktig for meg er at legen ikke kobles fra behandlingen.

TUSSMØRKET SIVER OGSÅ INN i stortingskontorene. Høie gnir seg ørlite i øyet. Når han ikke er på jobb, liker han seg i naturen. I kajakk, på ski eller beina. Helst sammen med ektemannen. I sommer var de tre uker til fjells. Bodde på seter og i telt. Så sikret de seg



litt varme på Mallorca. Ellers liker han å være sosial. Uten festrøyk.

- Du er blitt kalt Høybråtens våpendrager i kampen for røykeloven?
- Ja, sier han og smiler.
- Det er jeg stolt av. Men jeg må innrømme at jeg hadde store problemer med å overbevise Høyres stortingsgruppe om at det var rett beslutning. Hadde det bare vært opp til dem, tror jeg ikke de ville gått inn for lovforslaget.

At de til slutt gjorde det, tror han var en kombinasjon av hans engasjement og at daværende leder Jan Petersen skar igjennom og sa at dette måtte de bare støtte.

- Jeg mente det var umulig for et moderne parti, som bygger politikk på kunnskap, å si at de som arbeider i hotell- og restaurantbransjen skulle ha dårligere vern enn andre. Det var ikke tvil om at tobakksrøyk utsatte dem for en risiko.

Han smiler skjevt.

- I etterkant er det jo alltid kjekt å vite at man hadde rett.

INNAD I HELSE- OG OMSORGSKOMITEEN hersker det visstnok idyll. Det snakkes om bra arbeidsmiljø. En god leder. Høie selv tror komiteen ville blitt enige om det meste, om de bare fikk samarbeide uavhengig av regjeringen.

- Samhandlingsreformen også?
- Ja. Alt lå til rette for et kompromiss. Nå må vi diskutere rundt hvert hjørne.

På veien har han også blitt annen nestleder i Høyre.

- Internt regnes Rogaland Høyre for å være sosialdemokrater?
- He, he, noen vil si kommunister.
- Identifiserer du deg med det?
- Ja, ikke kommunisme, altså, men jeg er lyseblå. Arbeiderpartiet kunne han aldri stemt på.
- Hva med å sitte i regjering med Fremskrittspartiet?
- Jeg mener vi kan samarbeide om en felles plattform og fremdeles se velgerne i øynene. Men Høyre ønsker en bredest mulig koalisjon på borgerlig side.

– Blir du helseminister?

- Det er det andre enn meg som bestemmer. Jeg vet altfor mye om prosessene som leder fram til hvem som får slike posisjoner. En slik ambisjon kan derfor ikke være drivkraften i arbeidet.

– Men du har lyst?

Han smiler igjen.

- Driver du politikk, har du alltid lyst til å påvirke mest mulig. ■■■

Det er sammenheng mellom antall timer på jobb, og den kvaliteten vedkommende utøver.

Rigmor Hogstad, nyvalgt leder i Fellesorganisasjonen (FO)

Hvem skal bestem

Arbeidsmiljølovens § 10-12.4 åpner for å inngå tariffavtaler om arbeidstidsordninger som fraviker reglene i loven. Avvik fra normalarbeidstid ved turnusarbeid blir i dag bestemt gjennom avtaler mellom arbeidsgivere og de ansattes organisasjoner sentralt. Mange arbeidsgivere mener arbeidstid utover ti timer bør godkjennes av Arbeidstilsynet etter formelle drøftinger mellom arbeidsgiver og fagforeninger lokalt.

– Hvorfor endre/beholde nåværende paragraf i arbeidsmiljøloven?

Christine Meyer: Jeg har gitt uttrykk for at vi ønsker en ordning der loven endres, slik at det er Arbeidstilsynet som har dispensasjonsrett og at denne ikke bare gjelder for en begrenset periode. Samtidig mener vi at det bør stilles krav til at ordningene skal drøftes med fagforeningene i forkant.

Rigmor Hogstad: Bestemmelsene i loven er innført for å verne arbeideren mot for store helsemessige belastninger og sikre balanse mellom arbeid og hvile. Det er store helsebelastninger ved å jobbe utenom normalarbeidsdagen.

Det er naturlig at det er de sentrale parter som forvalter bestemmelsen, som i dag. FO tror at lokal avtalerett på sikt vil uthule lovens allmenne bestemmelser, slik at arbeidstidsspørsmålet blir individualisert. Hensynet til arbeidstakernes helse, velferd og sikkerhet spilles ut på sidelinja, og arbeidslivet blir mer utstøtende.

Det viktigste arbeidsverktøyet i relasjonsarbeid er en selv. Det er sammenheng mellom

antall timer en ansatt er på jobb, og den kvaliteten vedkommende utøver i sitt arbeid.

– Er det behov for nye typer turnusordninger i pleie og omsorg?

Christine Meyer: Ja, av mange grunner. Nåværende turnus bidrar til at mange brukere blir utrygge, engstelige og utagerende. Vi vet at mange av våre brukere sliter med mange vaktskifter og det å forholde seg til mange personer. Gjennom å ta i bruk nye turnusordninger kan antall ansatte i deltidsstillinger og antall vaktskifter reduseres betraktelig. I en medlevertturnus som anvendes i bosentre for psykisk syke og i barnevernet kan antall vaktskifter reduseres fra 21 til tre per uke.

Ved å ha disse ordningene har vi klart å rekruttere langt flere godt kvalifiserte personer. I et bosentre for psykisk syke hvor vi nylig lyste ut 20 stillinger, fikk vi 166 godt kvalifiserte søkere. 90 prosent av syke- og vernepleierne oppga i søknaden at de ønsket en av de 12 stillingene med medlevertturnus. I andre bofellesskap som i årevis har slitt med å rekruttere kvalifiserte fagfolk, har det å kunne tilby alternativ turnus betydd at en endelig har fått besatt stillingene.

Dette har selvfølgelig også sammenheng med at vi gjennom alternative turnuser kan tilby hele stillinger. Det å ha mange deltidsstillinger, og ofte med ufaglærte ansatte, er svært lite ønskelig og gir store faglige utfordringer. Det høye antall deltidsstillinger betyr at vi blir en lite attraktiv arbeidsgiver og den enkelte ansatte får en lønn som ikke er å leve av. Mange deltidsstillinger betyr også at vi bare benytter en liten andel av den arbeidskraften vi trenger,

Nåværende turnus bidrar til at mange brukere blir utrygge, engstelige og utagerende.

Christine Meyer, byrådsleder i Bergen kommune

me arbeidstiden?

og skal vi klare veksten i helsesektoren fremover, må vi finne bedre måter å løse dette på.

Rigmor Hogstad: Allerede i dag eksisterer det gode og varierte turnusordninger. Innenfor eksisterende rammer ligger muligheter til å tenke fleksibelt, som i dag ikke utnyttes. Det hadde vært interessant å prøve ut mer tradisjonelle skiftordninger innen velferdstjenestene: en uke dagskift, en uke kveldsskift osv. Dette vil også gi brukere en større grad av forutsigbarhet over hvem som er på jobb. Og ansatte unngår hyppige skift i døgnrytmen, noe som også er belastende. Det kan synes som at det alltid handler om enten eller: enten langturnus eller vanlig tradisjonell turnus.

FO ser at det kan være enkelte brukergrupper der alternative arbeidstidsordninger gir bedre faglige rammevilkår for arbeidet. I disse tilfellene vil FO bidra i de prosessene som er nødvendige før man avtaler alternative arbeidstidsordninger på en arbeidsplass. FO har god erfaring med dette. Vi ser at der hvor FO har vært med i prosessene, har man fått til avtaler som både arbeidstakere, brukere og arbeidsgivere opplever som gode.

FO er klar over at mange opplever bedre resultater i arbeidet der det er innført langturnuser. Men jeg mener det er for enkelt å si at det er arbeidstida som gjør utslaget. Her er det mange faktorer som virker sammen, og dette vet vi for lite om. Endringer i arbeidstidsordningene er ikke en mirakelkur for bedre kvalitet i velferdstjenestene.

– Er fagbevegelsen en bremsekloss mot endringer eller bruker arbeidsgiver nye turnuser i et forsøk på å endre arbeidsmiljøloven?

Christine Meyer: Ideen om å ta i bruk alternativ turnus i Bergen kom fra bofellesskap med store faglige utfordringer. De første ordningene kom i gang ved at lokale ledere, tillitsvalgte og ansatte sammen satte seg ned og laget en turnus som var tilpasset brukernes behov. Mitt utgangspunkt for å ønske flere slike alternative turnuser er først og fremst hensynet til brukerne som gjennom disse turnusene har fått en helt annen og bedre hverdag. Problemet i dag er at det er de sentrale fagforeningene som foretar de faglige vurderingene av hvilke brukere som skal nyte godt av disse ordningene. I tillegg godkjennes forsøkene bare for ett år av gangen og det gir stor usikkerhet til de ulike tjenestene som hvert år må gjennom nye forhandlinger. Men vi får mye til i Bergen og har i dag 13 forsøk. Vi har også valgt å hyre inn Fafo for å evaluere forsøkene og se på effektene både for brukerne og ikke minst de ansatte.

Rigmor Hogstad: For 6 år siden ble Bondevik II-regjeringens arbeidsmiljølov vedtatt. Denne var ribbet for vernebestemmelser og hadde arbeidstidsbestemmelser tilnærmet uten grenser for hvor lenge hver og en av oss skulle kunne jobbe. Den åpnet fullt opp for arbeidsgiver å avtale med den enkelte arbeidstaker opp til 13 timers normalarbeidsdag og 78 timers normalarbeidsuke. Tillitsvalgtes og fagforeningenes rolle var satt på sidelinja. Dette kjempet en samlet fagbevegelse imot – og vant! Vårt hovedfokus må være en arbeidstid som medlemmene kan leve med gjennom et langt yrkesliv. ■■■

Tekst Bjørn Arild Østby

Foto Erik M. Sundt og Tore Høvik/Bergens Tidende





REFLEKS

Gjesteskribent Martine Aurdal

Navn: Martine Aurdal

Yrke: Leder av samfunnsavdelingen i Dagbladet

E-post: man@dagbladet.no

Mammaperm

Høyrekvinnene raste, og sinte kvinner truet med å si opp jobben da likestillingsminister Audun Lysbakken nylig presenterte sitt forslag til tredeling av foreldrepermisjonen.

Disse damene raser, fordi de ikke vil at staten skal bestemme at fedrene til deres barn skal ha tolv uker hjemme med dem. De vil kunne bestemme at de skal ha all foreldrepermisjonen selv. Jeg vet hvordan de har det. Jeg har permisjon, og jeg koser meg. Å våkne av en pludrende baby, amme og nyte rolige dager med henne føles som det viktigste og mest meningsfulle jeg noen gang skal gjøre.

Jeg er utrolig takknemlig for at Norge har verdens beste ordninger for nybakte mødre. Med hundre prosent lønn kan jeg være hjemme i 35 uker før pappaen får sine 10 obligatoriske pappauker. Hadde vi valgt ordningen med 80 prosent lønn, ville vi hatt 10 uker ekstra. Siden vi sparer opp penger på forhånd, kan vi med loven i hånd dessuten velge å ta ubetalt permisjon i tillegg. Vår lille datter skal ikke i barnehagen før hun er 14 måneder i august. Når julepynten henges opp, har jeg likevel bare to måneder igjen før jeg skal tilbake på jobb. Da er mammapermen over.

Aldri så galt at det ikke er godt for noen. Pappaen teller ned til jeg skal ut i jobb igjen, og han får være hjemme. Han har allerede

Jeg hadde hørt om slike damer, før jeg ble gravid.

lagt opp dagene og planlagt hva de to skal gjøre når de endelig får være sammen hele dagen. Nå mener han nemlig at jeg har en tendens til å monopolisere vår lille datter.

Jeg hadde hørt om slike damer, før jeg ble gravid. Slike som alltid vet best og som hele tida overprøver mennene sine i barneomsorg. Damer som legger klar ferdig fargesorterte antrekk til babyen før de går på jobb, for å hindre at mennene de har fått barn med, kler på ungen noe annet enn de ville gjort selv. Slik skulle jeg i alle fall ikke bli, tenkte jeg med visshet om at det tross alt er mannen min som har hatt baby før og ikke jeg.

Likevel kommer de stadige rådene mine kontinuerlig. Etter fem måneders samvær er jeg blitt ekspert på mitt eget barn. Jeg vet

hva hun vil når hun trenger noe, jeg vet hvordan hvert plagg må vaskes og jeg har alle rutiner i til enhver tid nyvaskede fingertupper. Når pappaen leker med barnet sitt, hender det derfor støtt og stadig at jeg kommer med velmente råd om hva han burde gjøre. Jeg har født og jeg ammer, derfor er det tross alt jeg som har vært sammen med den lille jenta vår hver eneste dag og hver eneste natt i hele hennes liv.

Det er helt logisk. For at far skal bli like god på å stelle barn som mor, må far stelle barn like mye som mor. Slik får barnet knytte like sterke bånd til begge foreldre, slik kan vår lille datter i praksis se at mamma og pappa er like glade i henne, slik kan hun lære seg å stole på oss begge. Selv om hjertet mitt og brystene som sprenger av melk roper at babyen har det aller best hos meg, trenger jeg bare å se henne med mannen min for å forstå at hun har det aller best hos han også.

Samtidig har jeg mulighet til å komme tilbake til den samme lederjobben som jeg forlot. Jeg kan komme tilbake og bevise at jeg fortsatt er å regne med, med ambisjoner om å bli en av dem som viser at småbarnsforeldre ikke får gjort mindre, de blir bare bedre til å planlegge. Regjeringens forslag om 12 uker forbeholdt fedre er ingen revolusjon. Norske kvinner som føder barn ett år etter meg, vil ha mulighet til å være hjemme akkurat like lenge som meg. Mennene deres får i tillegg rett til to uker mer permisjon enn mannen min har krav på i dag. Tredelingen vil derfor ikke i praksis endre hvor lenge mødre er ute av arbeidslivet i forbindelse med fødsel. Det vil likevel gi far bedre mulighet til å tilbringe tid med familien, og det vil skape en situasjon der arbeidsgivere må regne med at også menn vil være borte fra jobb i en lengre periode når de får barn. Dette kan bidra til å endre bildet der lønnsgapet mellom norske kvinner og menn oppstår i det de får barn sammen.

Min mann er en sånn far som jeg vet at dattera mi har godt av å være sammen med. Det beste for barna er faktisk at fedre får være hjemme med dem også.

Øvrige gjesteskribenter 2010:



Jon Hustad
Journalist i Dag og Tid



Trude Aarnes
Jordmor og privat-
praktiserende sexolog



Anders Folkestad
Leder i Unio



Cathrine Sandnes
er redaktør av tidsskriftet
Samtiden

Sykepleien

Treff passive jobbsøkere i Sykepleien!

De som ikke visste at de ville skifte
jobb før de så din annonse.



Lillehammer kommune

LILLEHAMMER HELSEHUS (tidligere Lillehammer sykehjem)

**50–100 % stillinger som sykepleier på dag/kveld og 50 %,
67 % og 75 % stillinger som nattavdelingssykepleier**

Lillehammer helsehus står overfor store og viktige endringer i forbindelse med Samhandlings-reformen, samhandlingsprosjektet TRUST med våre nabokommuner og Sykehuset Innlandet HF, samt utbygging/ombygging av helsehuset. Helsehuset er i endring fra boform til større fokus på behandling. I framtiden vil vi ha en aktiv rolle i behandling av pasienter med ulike og sammensatte diagnoser. I dette behandlingsforløpet er sykepleieren sentral. Vi har derfor behov for å utvide andelen sykepleiere ved helsehuset. Et av hovedmålene er å øke det sykepleiefaglige miljøet på alle avdelinger. Synes du fortsatt det virker interessant å jobbe i et spennende geriatrik fagmiljø ved et av Norges største sykehjem?

Vi kan tilby

- Utfordrende fagmiljø
- Spennende og varierte arbeidsoppgaver
- Fast undervisningsdag/fagdag i turnus hver 12. uke
- Todelt turnus på dag og kveld eller turnus på natt
- Egen sykepleiekoordinator
- Elektronisk pasientjournal, turnusprogram og prosedyreprogram
- Veiledning/refleksjonsgrupper
- Godt arbeidsmiljø med mange flinke og hyggelige kollegaer

Vi har to årsverk som tilsynslege samt geriater i forbindelse med TRUST-prosjektet.

Nærmere opplysninger kan fås ved henvendelse til institusjonssjef Stian Undbekken, tlf. 61 24 86 00.

Fullstendig utlysningstekst finnes på våre hjemmesider www.lillehammer.kommune.no/stilling

Søknadsfrist: 31. desember 2010



Elverum kommune, med sine 20 000 innbyggere, er regionsenter for Sør-Østerdal og ligger midt i Hedmark fylke. Byen er i utvikling og vekst, og kjennetegnes av et allsidig næringsliv og gode forbindelser til Oslo, Gardemoen og Trysil. Kommunen tilbyr et bredt spekter innen fritid og handel. Se video på: www.elverum.kommune.no

FAGSJEF FOR FAMILIE- OG HELSEAVDELINGEN
Sak nr. 10/4123

Nærmere opplysninger om stillingen kan fås ved henvendelse til: rådmann Irene Evenstad Midtlund, tlf 90 99 16 92, e-post irene.evenstad.midtlund@elverum.kommune.no og/eller fagsjef Roy Heine Olsen tlf 91 38 13 09 eller e-post roy.heine.olsen@elverum.kommune.no

Det oppfordres til å bruke elektronisk søknadsskjema som finnes på kommunens nettside www.elverum.kommune.no eller til å sende søknad til Elverum kommune, Boks 403, 2418 Elverum. Anmodning om unntatt offentlighet for søknad sendes: postmottak@elverum.kommune.no

Søknadsfrist: 22. desember 2010



Ringerike kommune

Ringerike kommune har 28 000 innbyggere og dekker 1500 km², hovedsakelig landbruks-, natur og friluftsområder. Hønefoss by er kommune og regionsenter for en befolkning på til sammen 50 000. Kommunen har gode kultur- og utdanningstilbud, livlig nærings- og handelsvirksomhet og rike muligheter for friluftsliv. Sentral beliggenhet i østlandsområdet, ca. en times kjøring fra Oslo og Gardemoen. Ringerike fengsel ligger på Tyristrand i naturskjønne omgivelser, ca. 13 km utenfor Hønefoss sentrum.

ENHETSLEDER/FAGSYKEPLEIER

Helseavdelingen ved Ringerike fengsel har fra 1. juni 2011 ledig 100 % fast stilling som enhetsleder/fagsykepleier.

Ringerike fengsel er et lukket fengsel med høyt sikkerhetsnivå, og 160 innsatte. Helsetjenesten i fengselet er organisert i Ringerike kommune og har 5,5 ansatte, alle tilsatt i Ringerike kommune.

Stillingens funksjon: Administrativ leder for helseavdelingen, herunder budsjett og personalansvar, og faglig leder for sykepleiertjenesten
Arbeidstid for stillingen: Dagtid, mandag – fredag

Søker må ha norsk autorisasjon som sykepleier.

Tilsetning og lønn i samsvar med gjeldende lov, reglement og tariffavtaler.

Ved internt opprykk blir det ledig en 100 % sykepleierstilling.

Nærmere opplysninger fås ved henvendelse til:
Kommuneoverlege Karin Møller, tlf. 958 99 205, karin.moller@ringerike.kommune.no
Konstituert enhetsleder Marthe Seem, tlf. 32113527, marthe.seem@ringerike.kommune.no

Søknaden skrives på kommunens eget søknadsskjema og sendes sammen med CV, kopi av autorisasjon, attester, vitnemål og navn på referanser til: Ringerike kommune, Kommuneoverlegen, Postboks 123 Sentrum, 3502 Hønefoss

Søknadsfrist: 6. januar 2011

Kommunens søknadsskjema fås ved henvendelse til Servicetorget, tlf. 32 11 77 32, eller lastes ned via kommunens hjemmesider.



Intensivsykepleier

**Akutt klinikken,
Intensivavdelingen, Barn**

Kontaktperson: Heidi Ugreninov, tlf. 23 07 28 43

Ref.nr. 846633566

Søknadsfrist: 14.01.2011

For fullstendig annonse se: www.oslo-universitetssykehus.no

Oslo universitetssykehus eies av Helse Sør-Øst og består av de tidligere helseforetakene Aker universitetssykehus, Rikshospitalet (inkl. Radiumhospitalet) og Ullevål sykehus. Oslo universitetssykehus leverer spesialisthelsetjenester og ivaretar både lands-, regions- og lokalfunksjoner. Sykehuset er landets største med over 20 000 ansatte og har et budsjett på 18 milliarder kroner. Oslo universitetssykehus står for en betydelig andel av medisinsk forskning og utdanning av helsepersonell i Norge.



Båtsfjord kommune

- kommunen der du vil trives!

www.batsfjord.kommune.no

Helse- og omsorgsjef

Da vår helse- og omsorgsjef har sluttet er stillingen ledig på åremål i 6 år med tiltredelse snarest mulig etter nærmere avtale.

Søknadsfrist: 10. januar 2011

Nærmere opplysninger om stillingen kan fås hos rådmann Øyvind Hauken, tlf. 419 32 132.

Søknad sendes elektronisk via www.jobbnorge.no - her finnes også fullstendig annonsetekst.

Vi ønsker ikke å bli kontaktet av telefonselgere.



Sykehuset Innlandet HF
Divisjon Psykisk helsevern

Divisjon Psykisk helsevern har om lag 1 700 årsverk. Divisjonen er inne i en prosess med særlig veklegging av videreutvikling av desentraliserte tjenester i Hedmark og Oppland.

Distriktpsikiatrisk senter Gjøvik har ca 250 årsverk og består av 7 enheter; Poliklinikk Hadeland, Poliklinikk Toten, Poliklinikk Gjøvik, Poliklinikk Valdres, Enhet for selvmordsforebygging og sorgstøtte, Døgnetenhet Valdres og Døgnetenhet Gjøvik. DPS Gjøvik betjener i hovedsak Vestopplands befolkning på ca. 115 000 innbyggere, og har øyeblikkelig hjelp plikt for Gjøvik, Land og Valdres med ca. 60 000 innbyggere.

Døgnetenhet Gjøvik har tre sengeposter: En akuttpost som pt. har 7 plasser, en allmenpost i nybygg utenfor sykehuset med 10 plasser, samt en allmenpost i tilknytning til akuttpost med 10 senger. I tillegg til sengepostene har vi et eget akutteam.

Døgnetenhet Gjøvik har totalt 65 årsverk og et årsbudsjett på ca. kr 40 mill.

Døgnetenheten er inne i en bygge- og rehabiliteringsfase som vil være ferdigstilt i mars/april 2011, dette medfører også noe omorganisering med nye utfordringer og muligheter.

Døgnetenhet Gjøvik har ledig stilling for:

Enhetsleder (ref. 849968287)

100 % fast stilling. Tiltredelse etter avtale.

Kontakt: Avdelingssjef Ragnhild G. Wangen, tlf. 948 27 203.

Sykehuset Innlandet HF bruker elektronisk verktøy til rekruttering (WebCruiter). Gå inn på våre hjemmesider www.sykehuset-innlandet.no for å søke stilling og for fullstendig utlysningstekst.

Søknadsfrist: 02.01.2011

HELSE SØR-ØST

Jobbnorge.no



Sel kommune

Nord-Gudbrandsdal Lokalmedisinske Senter (NGLMS)

SYKEPLEIERE (St.id: 803)

Nyopprettede faste deltidsstillinger for sykepleiere ved NGLMS for tiltredelse snarest eller etter nærmere avtale. Avdelingen blir ved oppstart driftet med 10 korttidsplasser for Sel kommune og 5 intermediære sengeplasser for NGLMS.

Følgende kvalifikasjonskrav gjelder:

- Autorisert sykepleier.

Følgende kvalifikasjoner vektlegges:

- Kliniske videreutdanninger spesielt innen anesthesi/akuttmedisin, kreft, rehabilitering og geriatri.
- Erfaring både fra spesialhelsetjeneste og kommunehelsetjeneste
- Spesialkompetanse innen fagområder som er nevnt over.
- Evne til å kommunisere og å samarbeide, samt være serviceinnstilt og fleksibel.
- Løsningsorientert – med ønske om å bidra til nytenkning.
- Evne til helhetstenkning og være delaktig i en utvikling der pasientens behov for rett behandling til rett tid på rett sted skal være fokus.

Følgende premisser legges til grunn:

- Sykepleier rapporterer til nærmeste overordnede som er avdelingsleder. Alle tilsette i avdelingen vil bli sterkt delaktig i utviklingen av prosjektet NGLMS 2010 -2011, og må være forberedt på endrede arbeidsoppgaver etter hvert som prosjektet utvikler seg.
- Sykepleiere går i turnus.
- Kompetanseutvikling, hospiteringsordninger og forskning vil bli høyt vektlagt.
- Deltidsstillingene blir i stillingsstørrelse 40% eller mer.

Avlønning fastsettes etter vurdering av søkerens samlede kompetanse. Arbeidsvilkår for øvrig i henhold til de til en hver tid gjeldende overenskomster, reglementer og lover. Sykepleier tilsettes av kommunalsjefen i Sel kommune. Nærmere opplysninger om stillingen fås ved henvendelse til konst. Avdelingsleder Hilde Aarvik, tlf. 938 60 766 eller prosjektleder Vigdis Rotlid Vestad, tlf. 991 58 549.

Søknadsfrist: 01.01.2011.

Det søkes fortrinnsvis på elektroniske skjema som du finner på www.sel.kommune.no
Papirsøknad sendes Sel kommune, Botten Hansensgt. 9, 2670 Otta.



HØGSKOLEN I GJØVIK

Førsteamanuensis/ førstelektor/ høgskolelektor i sykepleie

1-2 faste stillinger, evt 1-2 vikariater
med en varighet på inntil 2 år

Ved Avdeling for helse, omsorg og sykepleie er det ledige stillinger som førsteamanuensis/førstelektor/ høgskolelektor i sykepleie. Tiltredelse så snart som mulig.

Nærmere omtale av stillingen finnes på www.hig.no under "Ledige stillinger".

Søknadsfrist: 3. januar 2011.

www.alfrek.no



Nord-Odal kommune

Til tjeneste (<http://www.nord-odal.kommune.no>)

Nord-Odal kommune ligger syd/vest i Hedmark fylke. Kommunesenteret, Sand, ligger ca. 45 km fra Oslo hovedflyplass, Gardermoen. Nord-Odal kommune har ca. 5.100 innbyggere.

Nord-Odal kommune har ledig stilling som

Helsesøster – vikariat 50 % stilling

med senere mulighet for fast tilsetting.

Arbeidsoppgavene er fortrinnsvis innenfor skolehelsetjenesten.

Søknadsfrist: 7. januar 2011

Se fullstendig stillingsannonse på kommunens hjemmeside:
www.nord-odal.kommune.no/stillinger

frantz.no



**PSYKIATRISK SYKEPLEIER ELLER MILJØTERAPEUT
Avdeling for spiseforstyrrelser**

Avdelingen har ledig 100 % stilling for psykiatrisk sykepleier/ miljøterapeut med videreutdanning i psykisk helsearbeid og grunnutdanning som kvalifiserer for medisinbehandling.

For nærmere informasjon, ta kontakt med avdelingsleder Jorun Rosmer tlf. 32 74 97 00.

Vi ber om at du søker elektronisk via www.modum-bad.no, hvor også fullstendig annonse står.

Søknadsfrist: 7. januar 2011

Kopier av vitnemål og attester fremlegges ved intervju.

MODUMBAD 
- en kilde til liv

**100 medarbeidere søker inspirerende og resultatorientert
ENHETSLEDER**

Vi søker en dyktig leder som vil være med å utvikle Rokilde sykehjem videre. Sykehjemmet har 4 avdelinger med totalt 70 døgnplasser – både korttid og langtid samt en egen lindrende enhet.

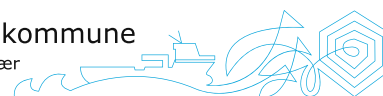
Rokilde er fylkets eneste undervisningssykehjem, og driver flere prosjekter i samarbeid med ulike fag- og forskningsmiljø.

Søknadsfrist: 3. januar 2011

Fullstendig utlysningstekst og søknadsskjema finner du på www.kristiansund.no



Kristiansund kommune
I medvind uansett vær



NORDLANDSSYKEHUSET
NORDLÁNDA SKIHPPÍJVISSO



**Nordlandssykehuset HF
har ledig følgende stilling:**

LOFOTEN

Operasjonssykepleier

Operasjonsavdelingen

- Vi har ledig 100% fast stilling fra d.d., ved operasjonsavdelingen i Lofoten.

Nærmere opplysninger om stillingen fås hos: enhetsleder Laila Pettersen, tlf. 76 06 01 71, seksjonsleder Lars Solstad, tlf. 76 06 02 11 eller avd. leder kirurgisk, ortopedisk klinikk, Lofoten, Sissel Juliussen, tlf. 76 06 02 34.

**Søknad sendes elektronisk via www.jobbnorge.no
– her finner du også fullstendig annonsetekst.
Søknadsfrist: 31. desember 2010**

jobbnorge.no

HAR DU LYST Å TA EN «HIMMELBLÅ» HER PÅ HOVEDØYA VEGA?

Se hele utlysningen på www.vega.kommune.no.

Her vil du også finne masse spennende stoff om Vega, Vega som verdensarvområde, og mye mer. Vi har ledige **faste stillinger og vikariater** som sykepleier i hjemmetjenesten og ved Vega sykeheim.

Vega kommune har vedtatt følgende rekrutteringstiltak: Topp lønn uansett ansiennitet, ytterligere rekrutteringstiltak kan det forhandles om.

Søknadsfrist: 30. desember 2010



Vega kommune





Lovisenberg Diakonale Sykehus

Pionér i kompetanse og omsorg

Lovisenberg Diakonale Sykehus AS er Norges største private sykehus, med en årlig omsetning på ca. 1,3 mrd.kr. og ca. 1200 årsverk. Sykehuset eies av de diakonale stiftelsene Diakonova og Diakonissehuset Lovisenberg, har driftsavtale med Helse Sør-Øst RHF og er lokalsykehus for 152 000 innbyggere i flere sentrumsbydeler i Oslo innen indremedisin og psykiatri. Sykehuset har en omfattende planlagt kirurgi samt særskilte funksjoner som hospice og det nasjonale oralmedisinske kompetansesenteret TAKO.

Sykehuset er basert på et diakonalt verdigrunnlag med ikke-kommersiell formål. Se www.LDS.no.

Tøyen DPS

Tøyen Distriktpsykiatriske senter (DPS), består av 6 kliniske seksjoner - to voksenalderpsykiatriske poliklinikker, gruppebehandling, Ruspoliklinikk, Døgnetenhet og ambulant virksomhet med funksjonsområdene; Akutteam, ACT-team, Ambulant rehabilitering, Rus og psykisk lidelse (ROP) og Traumatiserte flyktninger. I tillegg er det en seksjon for merkantil tjeneste. Opptaksområdet er bydelene Grünerløkka og Gamle Oslo med totalt ca 80 000 innbyggere. I tillegg har noen av sesjonene utvidet opptak. Tøyen DPS har et godt tverrfaglig miljø som har bred kompetanse på storbypsykiatri og rus. Vi har fokus på samarbeid med pasienter, pårørende og bydelene.

"Et dynamisk og inkluderende DPS med fokus på likeverd, mangfold og utvikling av storbykompetanse"

Psykiatrisk sykepleier til nyetablering av "Compliance-team"

100 % fast stilling ledig f.o.m. snarest. **Ref.nr. 193-2010.**

Tøyen DPS starter våren 2011 opp et COMPLIANCE-TEAM for Lovisenberg sektor. Teamet skal ha enefokus på å forebygge tilbakefall for pasienter med psykoselidelser. Nyere forskning viser at faren for tilbakefall reduseres i omfattende grad dersom pasienter behandles med depot-preparater framfor tabletter. Teamet skal ha base på Tøyen DPS i nye lokaler og jobbe stasjonært og ambulant. Teamet skal opparbeide seg spisskompetanse på motiverende intervju, psykoedukasjon, alliansebygging, stigmareduksjon og veiledning av samarbeidspartnere. Vi søker 2 spesialiserte sykepleiere (psykiatri) som evner å arbeide godt både selvstendig, og i team. Du som søker stillingen har meget gode evner til alliansebygging og har særskilt interesse, kompetanse og erfaring i forhold til pasienter med psykoselidelser. Videre trives du med å bidra aktivt i nyskaping og oppbygging av tjenestetilbud.

Kontakt: Teamleder overlege Per Håkon Eikeseth tlf 98207540/22996622 e-post phei@lds.no eller avdelingsoverlege Anders Gaasland mobil 92424324

Søknadsfrist: 07.01.2011

Det forventes at alle ansatte bidrar til at vi lever opp til våre kjerneverdier kvalitet og nestekjærlighet. Sykehuset har sosiale ordninger tilsvarende statlige helseforetak. Sykehuset foretrekker elektronisk søknad, men den kan eventuelt sendes pr. post til Lovisenberg Diakonale Sykehus, personalavdelingen, 0440 Oslo. Innsendte papirer og attester returneres ikke.



Vestre Viken HF

Viken HF leverer sykehus- og spesialisthelsetjenester til 450 000 mennesker i 27 kommuner i Buskerud, Vestfold, Akershus og Oppland. Helseforetaket har 6700 årsverk.

Ringerike sykehus er en del av Vestre Viken og ligger på Hønefoss, ca 1 time fra Oslo med kort avstand til en mengde natur- og fritidsaktiviteter. Sykehuset gir et allsidig behandlingstilbud innen somatikk og psykiatri til om lag 75 000 innbyggere i Øvre Buskerud. Vi har en visjon om å være et ledende sykehus, og vektlegger pasientfokus og kontinuerlig utvikling av nye ideer og metoder for medisinsk behandling, organisering og ledelse.

Medisinsk/kirurgisk avdeling har ansvar for de indremedisinske, generelle kirurgiske og ortopediske behandlingsprosesser ved foretaket. Avdelingen har moderne nybygg med enerom til alle innleggende pasienter.

Ringerike Sykehus søker

Sykepleiere

Medisinsk klinikk søker sykepleiere til vikarpool og andre faste stillinger.

For tilsetning i vikarpool tilknyttet avdeling med 18 senger:

- Mulighet til friere disponering av arbeidstiden
- Forutsigbar turnusplan
- Fleksibilitet mht til helge-/kvelds-/nattevakter
- Ekstra økonomisk kompensasjon for kortere arbeidsplaner
- Fast ansettelsesforhold i vikarpoolen

Krav til kvalifikasjoner som ved ordinære faste stillinger.

Vi søker også sykepleiere til faste stillinger i 50 - 75%-stillinger i tredelt turnus.

Kvalifikasjoner:

- Endringsvillig og endringsdyktig
- Norsk autorisasjon
- Omgjengelig og ha evne til rask omstilling
- Behersker norsk og bruk av PC
- Personlig egnethet vektlegges

Vi kan tilby:

- Arbeid i nye lokaler i trivelig og godt arbeidsmiljø
- Opplæring etter behov
- Mulighet for faglig utvikling
- Lønn iht. gjeldende overenskomster

Har du spørsmål kan du ta kontakt med fagsjef Hilde E. Bråten eller seksjonsleder Gunn Frydenberg på sykehusets telefon 32 11 60 00.

Søknadsfrist: 31.01.2011 Ref.nr. 807701876

Vennligst benytt vårt elektroniske søknadsskjema som du finner sammen med utlysningsteksten ved å gå inn i [www.vestreviken.no/Ringerike Sykehus](http://www.vestreviken.no/Ringerike_Sykehus) under ledige stillinger.

HELSE  SØR-ØST



MEDISINSK YOGA

Nå i Norge!

1-termins grunnutdannelse for helsepersonell.

Kursstart 15 februar 2011 i Oslo.

INSTITUTET FÖR MEDICINSK YOGA
www.medi yoga.no +46 85 40 882 80



Kropp og selvfølelse

Kompetanseprogram om spiseforstyrrelser

Målsettingen med utdanningen er å gi helsepersonell bedret klinisk kompetanse innenfor fagområdet spiseforstyrrelser. Videre vektlegges oppbygging og utvikling av lokale fagmiljøer. Kompetanseprogrammet retter seg spesifikt mot behandlere som for eksempel psykologer, leger, helse- og sosialfaglig høyskoleutdannet helsepersonell, fysioterapeuter og pedagoger. Faglige ledere, privatpraktiserende psykologer og leger oppfordres til å søke. Deltakerne vil bli tatt opp med hensikt å danne nettverksgrupper, gjerne fra samme kommune/fylke. Gruppene vil få klinisk veiledning av egne pasienter med spiseforstyrrelser. Det første møtet med pasienter i primærhelsetjenesten regnes som behandling.

Kompetanseprogrammet går over tre semestre med totalt 17 dagers undervisning og veiledning. Disse blir fordelt på 11 seminar dager og 6 veiledningsdager. Veilederne har lang erfaring innen behandling av spiseforstyrrelser og har veilederkompetanse. Til formidling av tema har vi samlet noen av de fremste fagpersonene fra inn- og utland.

Utdanningen dekkes av øremerkede midler via helseregionene, og gjennomføres uten kursavgift. Arbeidsgiver må imidlertid dekke reisekostnader. Det er ingen eksamen eller vekttallsystem. Kursbevis utstedes ved fullført utdanning. Utdanningen er godkjent av Norsk Psykologforening som 119 timers fritt spesialkurs og 119 timers vedlikeholdsaktivitet. Den Norske Lægeforenings spesialistkomite for allmenmedisin har godkjent samlingene med totalt 30 poeng klinisk emnekurs og 30 valgfrie poeng. Spesialistkomiteen i barne- og ungdomspsykiatri har gitt godkjenning for 30 timer. Norsk Sykepleierforbund godkjenner utdanningen som del av klinisk spesialitet.

For ytterligere informasjon om opptak av nye kull henvises til www.kroppogselfolelse.no

HELSE SØR-ØST

Helse Sør-Øst: Søknadsfrist snarest og innen 1. februar 2011. Kull 11 starter 9. mai 2011.
Kontaktperson: Prosjektleder Kari-Brith Thune-Larsen. Tlf. 23016227 E-post: thka@uus.no

HELSE MIDT-NORGE

Helse Midt-Norge: Søknadsfrist snarest og innen 1. april 2011. Kull 5 starter 19. september 2011.
Kontaktperson: Prosjektleder Mia Sve. Tlf. 7484 9068 E-post: mia.sve@hnt.no

HELSE NORD

Helse Nord: Søknadsfrist snarest og innen 1. februar 2011. Kull 10 starter 14. mars 2011.
Kontaktperson: Prosjektleder Gunn Pettersen. Tlf. 7762 7800 E-post: gunn.pettersen@unn.no

HELSE VEST

Helse Vest: Prosjektleder Cecilie Nordenson. Se www.kroppogselfolelse.no for eget opplegg.
Søknadsfrist 1. mai 2011. Kull 10 starter i november 2011.



www.kroppogselfolelse.no

Videreutdanning i Kropporientert Traumebehandling av Sjokk og Traumer, Somatic Experiencing i Norge

I 2011 starter vi opp et nytt kull med Utdanning i Behandling av Sjokk og Traumer. Metoden er utviklet av Dr. Peter Levine Ph.D. med doktorgrad i psykologi, samt medisinsk og biologisk fysikk. **Somatic Experiencing®**. SE er en kroppsbasert behandlingsmetode som tar sikte på å regulere det autonome nervesystemet ANS. Peter Levine understreker viktigheten av kroppsbevissthet i behandling av traumer. SE søker på en nennsom måte uten risiko for retraumatisering - å organisere /fullføre orienterings- kamp-, flukt- og frysreaksjoner, fight/flight/freeze, som ligger bakenfor de observerte og opplevde symptomer på traumatisk stress.

SE er en behandlingsmetode som praktiseres av psykologer, psykoterapeuter, psykiatere, psykomotoriske fysioterapeuter samt andre kroppsterapeuter over hele verden. Traumeforståelsen og behandlingen viser seg etter hvert å bli en meget viktig komponent i all psykologisk behandling. SE-metoden integreres og kombineres fint sammen med de behandlingsmodaliteter man kan fra før av. I tillegg lærer man, som terapeut, opp i hvordan man skal regulere sitt eget nervesystem, være mest mulig tilstede og oppmerksom, samt unngå å bli utbrent.

Beginning I : 18 - 23 Februar 2011

Mer info : www.traumeheling.no Kontakt pr E-mail : post@traumeheling.no Beginning II : 26 - 31 August 2011

Kontakt : Erika Beata Thorkildsen, Psykoterapeut Mob tel : 979 58 797 Barbro Andersen, Mob tel : 401 03 464, TraumeHeling Norge DA

NORSK SYKEPLEIERFORBUNDS KONTINGENT 2011

Medlemmer som er i arbeid skal fortsatt betale 1,45% av brutto lønn, men minimum- og maksimumsatsene forandres.
NB! Brutto lønn er beløpet som fremkommer under post 111-A i lønns- og trekkoppgaven.

Nedenfor er de nye satsene oppgitt:

Type medlemskap:	Minimum pr. mnd	Maksimum pr. mnd.
Nyutdannede (de to første årene etter endt grunnutdanning)	Kr. 56,-	Kr. 198,-
Ekstraordinære medlemmer *	Kr. 56,-	Kr. 198,-
Andre medlemmer i arbeid	Kr. 56,-	Kr. 396,-
Ute av lønnet arbeid/studenten under grunnutdanning**	Kr. 46,-	

*EKSTRAORDINÆRT MEDLEMSKAP – NSF's vedtekter § 3 D

Sykepleiere og jordmødre fra andre land kan få ekstraordinært medlemskap fra det tidspunkt de søker norsk autorisasjon. Ekstraordinært medlemskap gjelder for den perioden medlemmet avventer svar på søknad om autorisasjon og/eller gjennomgår teoretisk/klinisk kvalifisering for å få innvilget autorisasjon, normalt inntil to år.

**UTE AV LØNNET ARBEID/STUDENTER UNDER GRUNNUTDANNING

Medlemmer under videreutdanning uten lønnet arbeid (eller stipend fra arbeidsgiver), medlemmer bosatt i utlandet uten lønnet arbeid fra norsk arbeidsgiver, medlemmer i 100% arbeidsavklaring, pensjon eller uførhet og studentmedlemmer (grunnutdanning).

NSF's LIVSFORSIKRINGSPAKKE (FORENINGSGRUPPELIV OBLIGATORISK)

I tillegg til ordinær kontingent betales det kr 128,- per måned i premie for NSF's Livsforsikringspakke. Alle medlemmer blir automatisk med i forsikringsordningen. De medlemmer som ikke ønsker forsikringen, må reservere seg skriftlig på egen reservasjonserklæring.

INFORMASJONSKRIV OM TREKK AV KONTINGENT VIA LØNNEN

Medlemmer i lønnet arbeid skal betale kontingenten ved månedlige trekk i lønn der slik avtale er inngått mellom Norsk Sykepleierforbund og arbeidsgiver. Finnes det en slik ordning på ditt arbeidssted, kontaktes Medlemstjenester hos NSF, som sender informasjonskriv om trekk av kontingent og evt. NSF's Livsforsikringspakke. **Informasjonskrivet skal leveres videre til arbeidsgiver v/lønningskontoret.**

Medlemmer i lønnet arbeid som **ikke** har mulighet til å delta i trekkordningen, må innbetale maksimumsats av kontingenten selv. Ved årsskifte må disse sende kopi av lønns- og trekkoppgave til NSF, slik at kontingenten kan etterberegnes og justeres i forhold til reell inntekt.

SELVANGIVELSEN 2010

Medlemmer som betaler kontingenten **via trekkordning** på arbeidsstedet får fradragsberettiget beløp for 2010 påført lønns- og trekkoppgaven fra arbeidsgiver.

Kontingent innbetalt **direkte** til NSF blir innberettet til skattedirektoratet i januar 2011 og NSF sender lønns- og trekkoppgave per post.

For direkte betalende medlemmer er det også mulig å kontrollere innberettet beløp ved å logge seg på NSF's hjemmesider. Under fanen «Medlemsnett» velges «Min profil» og «Medlemskap». (Her vil det fremkomme et felt «Siste innrapporterte fagforeningskontingent» dersom det er innberettet til skattedirektoratet).

SENTRALT AJOURHOLD AV MEDLEMSREGISTERET

Alle henvendelser som gjelder ajourhold av medlemsregisteret rettes til Medlemstjenester ved NSF's hovedkontor, enten via internett, telefon, brev eller mail.

Telefon: 22 04 31 00
 Faks: 22 04 31 10
 Elektronisk Post: medlemstjenester@sykepleierforbundet.no
 Internett: www.sykepleierforbundet.no
 Postadresse: Norsk Sykepleierforbund
 Medlemstjenester
 Postboks 456 Sentrum
 0104 OSLO





HØGSKOLEN
I VESTFOLD

Julegave til deg selv!

Ny kunnskap

- Coaching og ledelse
- Personaladministrasjon med arbeidsrett
- Sosial ulikhet og helse
- Akupunktur for jordmødre
- Kreative metoder i veiledning og coaching

Alle studiene gir 15 studiepoeng.
Oppstart i januar 2011.

For mer informasjon:
www.hive.no/betalingsstudier
Senter for ekstern utvikling
Stine Gjessing Bruun
sgb@hive.no
Tlf.: 33 03 12 58

www.hive.no

STRESSMESTERING

lærer du av Acem på Halvorsbøle

Fagakademiet i samarbeid med Acem og Norsk Yogaskole inviterer til
Stressmestringskurset Arbeid og avspenning
31. mars - 2. april 2011 på Halvorsbøle.

Du blir kjent med de siste forskningsresultater på stress og avspenning,
instrueres i både yoga og meditasjon og lærer om ulike avspenningsmetoder.

Du lærer teknikker du kan praktisere selv, instruere i eller gi råd til andre om.

Norsk Sykepleierforbund har godkjent kurset som meritterende for godkjenning
til klinisk spesialist i sykepleie/spesialsykepleie med totalt 15 timer.

Pris; kr 3 950,- inkl overnatting på enkeltrom, fullpensjon og kursavgift.

Se også:

Seniorkurset 55+; Helse, arv og pensjon
Kom-i-form kurset; Trening, yoga og avspenning

www.halvorsbole.no www.acem.no
eller 23 11 87 00 for info/påmelding



 **AKTROMMET.NO**

-nettbutikk for
helsearbeidere



Med ønske om en gledelig jul -
og et litt tryggere 2011

Det handler om å være trygg

Trygg | 

Tenk over hva du vil gjøre hvis det oppstår en brann

Det gir trygghet for hele familien å ha øvet på hvordan man skal oppføre seg hvis det begynner å brenne.

Ha brannslukningsapparatet lett tilgjengelig

Sjekk at brannslukningsapparatet er i orden, og plasser det strategisk. Da får du raskt tak i det hvis det skulle bli nødvendig.

Bytt batteri i røykvarslerne

Friske batterier i røykvarslerne er en enkel investering i egen trygghet.

Du finner mange flere trygghetstips på

www.trygghetsraadgiveren.no



- Månedlig prevensjon, ingen piller å huske
- Lavere østrogendose (ethinyløstradiol) enn kombinasjons p-piller¹
- Bedre blødningskontroll enn kombinasjons p-piller (med 30 µg etinyløstradiol og levonorgestrel² eller drospirenon³)



(etonogestrel/ethinyløstradiol)

Før forskrivning av NuvaRing[®] se preparatomtalen

C NuvaRing "Organon"

Antikonseptjonsmiddel

VAGINALRING 120 µg/15 µg: Hver vaginalring inneholder: Etonogestrel 11,7 mg, etinyløstradiol 2,7 mg, hjelpestoffer. **Indikasjoner:** Antikonseptjon. NuvaRing er beregnet til kvinner i fruktbar alder. Sikkerhet og effekt er etablert hos kvinner 18-40 år. **Dosering:** Den første vaginalringen settes inn i skjeden den 1. dagen i menstruasjonsyklus og brukes i 3 sammenhengende uker. Start på dag 2-5 i syklus er mulig, men da bør mekanisk tilleggsprevensjon brukes de første 7 dagene. Etter 1 ukes ringfri pause, der en menstruasjonslignende blødning inntreffer, settes en ny ring inn i skjeden på samme ukedag og til omtrent samme tid. Ved bytte fra annen hormonell prevensjon, se pakningsvedlegg. **Kontraindikasjoner:** Dyp venetrombose, nåværende eller tidligere, med eller uten medfølgende lungeemboli. Arteriell trombose, nåværende eller tidligere (f.eks. cerebrovaskulær hendelse, hjerteinfarkt) eller forstadium til trombose (f.eks. angina pectoris eller forbigående iskemiske anfall.) Kjent sensitivitet for venøs eller arteriell trombose, med eller uten arvelig tilbøyelighet slik som aktivert protein C (APC) resistens, mangel på antitrombin III, mangel på protein C, mangel på protein S, hyperhomocysteinemi og antifosfolipid antistoffer (antikardiolipin antistoffer, lupus antikoagulanter). Migrene med aura i anamnesen. Diabetes mellitus med vaskulære komplikasjoner. Alvorlige eller multiple risikofaktorer for venøs eller arteriell trombose. Pankreatitt eller slik i anamnesen hvis assosiert med alvorlig hypertriglyseridemi. Nåværende eller tidligere alvorlig leversykdom så lenge leverfunksjonsverdier ikke er normalisert. Nåværende eller tidligere levertumorer (benigne eller maligne). Kjente eller mistenkte maligne tilstander i genitalia eller brystene, hvis de er påvirkelige av kjønnshormoner. Udiagnostisert vaginalblødning. Hypersensitivitet for virkestoffene eller noen av hjelpestoffene. **Forsiktighetsregler:** Før behandlingen starter, foretas en grundig medisinsk undersøkelse, inkl. familieanamnese og blodtrykkmåling. Graviditet utelukkes. Hyppighet av senere undersøkelser baseres på etablert klinisk praksis og tilpasses den enkelte kvinne. Hormonelle prevensjonsmetoder har vært assosiert med forekomst av venøse og arterielle tromboser. Risikoen for venøs tromboemboli (VTE) øker med: Økende alder, positiv familieanamnese (venøs tromboemboli hos søsken eller foreldre i relativt ung alder), fedme (og muligens også overflatiske tromboflebitter og åreknuter), langvarig immobilisering, større operasjoner, ethvert kirurgisk inngrep i beina eller alvorlig traume. I disse situasjonene er det tilrådelig å avbryte bruk (i tilfelle av planlagt kirurgi minst 4 uker i forveien) og ikke fortsette for 2 uker etter fullstendig remobilisering. Risikoen for arterielle tromboemboliske komplikasjoner øker med: Økende alder, røyking, dyslipoproteinemi, fedme, hypertensjon, migrene, hjerteklaffefeil, hjerteflimmer, positiv familieanamnese (arteriell tromboemboli hos søsken eller foreldre i

relativt ung alder). Ved mistanke om en arvelig disposisjon skal kvinnen henvises til en spesialist for rådgivning før det tas en avgjørelse vedrørende bruk av hormonell antikonseptjon. Biokjemiske faktorer som kan indikere arvelig eller ervervet disposisjon for venøs eller arteriell trombose inkluderer aktivert protein C (APC) resistens, hyperhomocysteinemi, mangel på antitrombin-III, mangel på protein C, mangel på protein S og antifosfolipid antistoffer (antikardiolipin antistoffer, lupus antikoagulanter). Ved mistenkt eller bekreftet trombose skal bruk av preparatet avbrytes. Andre medisinske tilstander som har vært assosiert med sirkulatoriske bivirkninger omfatter diabetes mellitus, systemisk lupus erythematosus, hemolytisk uremisk syndrom, kronisk inflammatorisk tarmsykdom (f.eks. Crohns sykdom eller ulcerøs colitt). En økning i frekvens eller styrke av migrene (som kan være forløper for en kardiovaskulær hendelse) kan være grunnlag for å avbryte bruken av NuvaRing umiddelbart. Noe økt risiko for brystkreft. Den økte risikoen forsvinner gradvis i løpet av 10 år etter avsluttet bruk. Levertumorer må anses som en differensialdiagnose ved sterk smerte i øvre del av buken, forstørrelse av leveren eller tegn på indre blødninger i abdomen. Kvinner med hypertriglyseridemi eller slik i familieanamnesen kan ha en økt risiko for pankreatitt. Hvis vedvarende klinisk signifikant hypertensjon utvikler seg, bør bruk av preparatet avsluttes og hypertensjonen behandles. Bruken kan gjenopptas hvis normotensive verdier oppnås ved behandling med antihypertensiver. Følgende tilstander kan forekomme eller forverres ved svangerskap eller ved bruk av hormonell prevensjon: Gulsott og/eller kløe relatert til kolestase, dannelse av gallesten, porfyri, systemisk lupus erythematosus, hemolytisk uremisk syndrom. Sydenhams chorea, herpes gestationis, otosklerose-relatert hørselstap, (arvelig) angionevrotisk ødem. Ved akutte eller kroniske forstyrrelser av leverfunksjon seponeres preparatet inntil markørene for leverfunksjon går tilbake til normalen. Kan nedsette perifer insulinresistens og glukosetoleranse og kvinner med diabetes bør monitoreres nøye spesielt de første månedene. En forverring av Crohns sykdom og ulcerøs colitt har vært assosiert med hormonell antikonseptjon. Kvinner med tendens til kloasma bør unngå å utsette seg for sollys eller ultrafiolette stråler. Hvis en av følgende tilstander foreligger kan kvinnen ha problemer med å sette ringen riktig på plass eller ringen kan falle ut: Livmorhalsprolaps, fremfall av fremre eller bakre skjedevegg, kraftig eller kronisk forstoppelse. Svært sjelden er det rapportert at preparatet utilsiktet er satt inn i urinrøret og kan havne i urinblæren. Feilplassering bør derfor overveies som differensialdiagnose ved symptomer på cystitt. Svært sjelden er det rapportert at ringen har festet seg i vevet i vagina og måtte fjernes av helsepersonell. Vaginitt kan forekomme. Det er ingen indikasjoner på at effekten av NuvaRing påvirkes av behandling

for vaginitt eller at selve ringen påvirkes av slik behandling. **Interaksjoner:** Interaksjoner kan forekomme med legemidler som inducerer mikrosomale enzymer, noe som kan resultere i økt clearance av kjønnshormoner f.eks. fenytoin, fenobarbital, primidon, karbamazepin, rifampicin og muligens også okskarbazepin, topiram, felbam, ritonavir, griseofulvin og preparater som inneholder johannesurt. Noen kliniske rapporter antyder at den enterohepatiske sirkulasjonen av østrogener kan avta når visse typer antibiotika gis, f.eks. penicilliner og tetracykliner, noe som kan redusere konsentrasjonene av etinyløstradiol. Sikkerhet og effekt påvirkes ikke av behandling med antimykotika eller spermiedrepende midler. Andre legemidlers metabolisme kan påvirkes, ved at plasma- og vevskonsentrasjoner øker (f.eks. ciklosporin) eller reduseres (f.eks. lamotrigin). **Graviditet/Amning: Overgang i placenta:** Hvis graviditet oppstår, skal ringen tas ut. Effekten ved bruk av preparatet under graviditet, er ukjent. Til tross for intravaginal administrering er intrauterine konsentrasjoner av prevensjons hormoner lik de nivåene som er observert hos p-pillebrukere. **Overgang i morsmelk:** Østrogener kan redusere mengden og endre sammensetningen av brystmelken. Bør ikke brukes under amning. **Bivirkninger: Vanlige (≥1/100 til <1/10):** Gastrointestinale: Magesmerter, kvalme. Hud: Akne. Infeksiøse: Vaginale infeksjoner. Kjønnsgorganer/bryst: Smertes i bekenet, ømme bryster, genital kløe, dysmenoré, vaginal utflod. Nevrologiske: Hodepine, migrene. Psykiske: Depresjon, nedsatt libido. Undersøkelser: Vektøkning. Øvrige: Ubehag i forbindelse med ringen, utstøting. **Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):** Gastrointestinale: Diaré, oppkast, oppblåst mage, forstoppelse. Hjerte/kar: Hetetokter. Hud: Alopesi, eksem, kløe, utslett. Immunsystemet: Hypersensitivitet. Infeksiøse: Cervisitt, cystitt, urinveisinfeksjon. Kjønnsgorganer/bryst: Amenoré, ubehag i brystene, forstørrede bryster, brystsprenn, cervixpolypyper, blødning under samleie, dyspareuni, cervix-ektopi, fibrocystisk brystsykdom, menoragi, metroragi, ubehag i bekkenet, premenstruelt syndrom, krampes i uterus, brennende følelse i skjeden, vond lukt fra skjeden, smerter i skjeden, vulvovaginal ubehag, vulvovaginal tørrhet. Muskel-skjelettsystemet: Ryggsmertes, muskelkrampes, smerter i ekstremitetene. Nevrologiske: Svimmelhet, hypoesesi. Nyre/urinveier: Dysuri, sykkelig trang til vannlating, hyppig vannlating. Psykiske: Følelsesmessig labilitet, humørsvingninger. Stoffskifte/ernæring: Økt appetitt. Undersøkelser: Forhøyet blodtrykk. Øye: Synsforstyrrelse. Øvrige: Tretthet, irritabilitet, utilpasshet, ødemer, følelse av fremmedlegeme. Svært sjeldne (<1/10 000), ukjent: Hud: Urticaria. **Oppbevaring og holdbarhet:** Grossist og apotek: Kaldt (2-8°C). Hos bruker: Romtemperatur (<30°C), ikke over 4 måneder. **Pakninger og priser:** 1 stk. kr 117,40. 3 stk. kr 297,10. **Sist endret:** 07.06.2010

Referanser:

1. Heuvel M.W. et al. Contraception; 2005;72:168-74
2. Odsson K. et al. Hum Reprod; 2004;20:557-62
3. Mills I. et al. Hum Reprod; 2006;21:2304-11

Tryggere bruk av p-piller

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

Statens legemiddelverk

