



Norge på toppen

Men forsker Linda Aiken tror fortsatt at våre sykehus kan bli bedre. Side 36

Stress kan gi feil dose

Side 52



Alt i orden

En gang var hun omstridt. Nå har Kari Martinsen fått St. Olavs Orden. Side 76



Sykepleien

NSF POLITIKK: Betalingsplikt fra første døgn for utskrivningsklare pasienter vil gi økt byråkrati.

7 2011
26. mai 2011
99. årgang



Klarer kommunene seg uten ufaglærte?



LOETTE®

LEVONORGESTREL 100µg / ETINYLØSTRADIOL 20µg

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

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

Les mer på
WWW.PFIZER.NO/LOETTE



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

Sykepleien

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

E-post:

redaksjonen@sykepleien.no
interaktivt@sykepleien.no

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

Medarbeidere:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Repro og trykk
Stibo Graphic AS



SYKEPLEIENS FORMÅLSPARAGRAF:

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



Kirsten Nesgård svarer på spørsmål om hvordan forskjellige vakter egentlig skal lønnes. Det kommer mange henvendelser om dette til NSF. Paragrafrytterne side 46.



Anders Folkestad skriver om Spekters og andre arbeidsgiveres oppførsel for tiden. Særlig hakker de på arbeidsmiljølovens bestemmelser om arbeidstid. De vil ha nordsjøturnus, men tilbyr ikke nordsjølønn. En dårlig rekrutteringsstrategi, slår han fast. Side 82.



Lars Lien tar opp spørsmålet om innvandrerungdom trenger egne helsetjenester. Det er store forskjeller mellom innvandrerungdom, men alle har behov for en vel fungerende skolehelsetjeneste. Side 72.



Per Nortvedt Norge bruker i dag over 200 milliarder kroner på helse, flest helsekroner per innbygger av land innen OECD det er naturlig å sammenlikne seg med. Er våre klager på helsevesenet et hån mot fattige land? Side 74.



Innhold

Sykepleien

AKSJONISTEN: «De fleste hadde en

Hva skjer

- 7 Aksjonisten
- 8 Hva skjer – smånytt
- 11 Uklar medisin-effekt på barn
- 12 Forelsker seg i pasienten
- 14 Småbarnsforeldre er positive til vaksine
- 16 Hedres for hjelp til voldsutsatte
- 18 – Helsesøster må si fra!
- 20 Få får mye i psykiatrien
- 22 Jakter på skjulte pasientskader
- 24 Årets sykepleiere
- 25 Vi bare spør Cathrine Lofthus

Der ute

- 36 Vil påvirke med store tall
 - – Ta den lave tilliten på alvor
 - Annerledes katastrofe i Japan
 - – Sykepleierne forlater ikke lenger Swaziland
 - First lady støtter kvinner og barn i Rwanda
 - – 70 prosent tid hos pasienten
- 44 Øyeblikket
- 46 Paragrafrytterne
- 47 Min jobb: Inger Tveitstul
- 48 – Vi må snylte på brukeren



Tema: De ufaglærte



- 28 – Å være ufaglært er ikke synonymt med å være nærmest ubrukelig
- 30 Helsefagelevene slutter
- 32 – Ledere må ta ansvar
- 34 Ufaglært? Ligg unna panseret!
- 35 5 på Stortinget

26



tendens til å sende denne selsomme vandreren rette til nærmeste motorvei.»

7 • 2011
26. mai 2011 • 99. årgang

Fag og bøker

- 52 Deler ut medisiner «ved E6»
- 55 Pasienter på intensiv trenger oppfølging
- 58 Sykepleie må ha egne mål
- 60 Forfatterintervju: Vera Rubicon
- 62 Bokanmeldelser
- 63 Jeg elsker min ... Ipod
- 64 Pugg på mobilen
- 64 Quiz

Mennesker og meninger

- 66 Lisbeth Normann om ufaglærte
- 67 Meninger
- 67 Riskhospitalet
- 72 Lars Lien om innvandrerungdom
- 74 Dilemma: Per Nortvedt
- 76 Tett på Kari Martinsen
- 80 Hør her: Ann Cecilie Bergene vs. Line Eldring
- 82 Refleks: Anders Folkestad

- 83 Stillingsannonser
- 87 Kunngjøringer

GJESTESKRIBENTEN:

«Til og med Bratten
sjølv blei forundra.»

Anders Folkestad

82



«Norge har få pasienter per sykepleier. «Hva klager dere for?» kan andre spørre»

36

60





www.bayerdiabetes.no

tlf. 24 11 18 00

UTFORDRE MEG GJERNE, DIABETES

CONTOUR® LINK overfører blodsukkerresultatene trådløst til din Medtronic insulinpumpe. Apparatet tilpasses individuelt for deg og dine behov. Ingen Koding-teknologi og trådløs overføring eliminerer all kalibrering. Ingen bekymringer for feiltasting og svært enkel i bruk. Det enkle vinner - simple wins.



ERIK 29 ÅR,
HAR LEVD MED DIABETES I 21 ÅR



Contour®
Målesystem for blodsukker med trådløs overføring LINK

simplewins™

Barth Tholens om spørreundersøkelser

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



Illustrasjon: Sykepleien

Strake veien

Den som meget spør, blir meget vis, heter det i et ordtak.
Men ikke alle svar er til å bli kloke av.

For noen år siden fant jeg tiden moden for å gå til fots til Roma. For å gjøre det overkommelig begynte jeg turen i Sør-Frankrike. Det var likevel et godt stykke.

Hver dag gikk jeg to-tre mil. En relativt smal forening som fremmet pilegrimsvandring hadde vært så vennlig å merke deler av ruten til den hellige byen. Den førte vakkert gjennom skoger og åkre til herlige små landsbyer. Noe av det beste jeg har gjort, egentlig. Andre deler av ruten var dessverre umerket. Her måtte jeg bare finne ut selv hvordan jeg skulle komme meg fram på harmonisk vis.

Foruten lokale turkart var lokalbefolkningen min primære kilde. Nå oppdaget jeg raskt at de fleste hadde en lei tendens til å sende denne selsomme vandreren rett til nærmeste motorvei. De hadde aldri hørt om noe pilegrimsledd, om den så gikk rett gjennom hagen deres. Og skulle de selv til Roma, var jo motorveien raskest. Roma? Avanti!

Etter å ha forsert en del eksosfylte seksfelts på denne måten, skjønte jeg at jeg måtte angripe det annerledes. Jeg ble flinkere til å vurdere mine kilder, blant annet ved å spørre om de kanskje hadde

Ble de usikre, var det bare å glemme det.

gått den foreslåtte veien selv. Ble de usikre, var det bare å glemme det. Jeg måtte heller ikke legge noen føringer selv, for eksempel ved å nikke i en bestemt retning. Folk flest liker ikke å skuffe andres forventninger. De gir deg heller rett enn å si at de ikke aner hvor stien til Roma går.

Jeg ble minnet om disse erfaringene da jeg så på de første tallene fra den såkalte RN4cast-undersøkelsen. Den ble lagt fram på Malta i begynnelsen av mai. Aldri før er så mange sykepleiere som arbeider på sykehus blitt spurt om sine arbeidsbetingelser. 12 europeiske land er med i undersøkelsen. Bare i Norge har over 5000 sykepleiere fylt ut sine spørreskjemaer. Dette skal endelig dokumentere hvilken

effekt sykepleierbemanningen har på kvaliteten på de tjenestene som sykehusene utfører.

Materialet støtter fullt ut teorien om at sykepleiere gjør en forskjell: Gis de også gode arbeidsbetingelser, vil pasientene være mer tilfredse. Er de utbrente, går dette ut over pasientarbeidet. Å redusere sykepleiebemanningen truer pasientens helse.

Norge kommer – ikke uventet – godt ut av sammenligningen med andre land. Norske sykepleiere er mest fornøyd. Mens åtte av ti greske sykepleiere føler utbrenthet, oppgir bare en av fire at de er sliten i Norge. Mens vi på norske sykehus kan jobbe ganske selvstendige, blir greske kolleger holdt i tømmene. Det eneste vi er like misfornøyd med er lønnen.

Nå er det ikke slik at vi nødvendigvis alltid blir klokere dess flere vi spør. Riktignok skal det godt gjøres om noen seriøse politikere i framtiden vil stille spørsmål ved om det lønner seg å ha godt med sykepleiere på jobben. Amerikanske Linda Aiken, som også er delaktig i denne undersøkelsen, har allerede for lenge siden påvist at færre sykepleiere gir flere dødsfall blant pasienter. Denne kunnskapen kan imidlertid sammenlignes med autostradaen retning Roma: Vi vet at det er den raskeste veien. Men ikke alle kan nødvendigvis gå den.

Svarene i RN4cast kan også forvirre: Sykepleiere i Norge bruker en god del av sin arbeidstid på andre ting enn sykepleie; De føler at de ikke får nok tid til å utøve faget skikkelig og hele 14 prosent føler seg faktisk usikre på om pasienten vil klare seg selv etter utskriving. Men likevel gir de toppkarakter til kvaliteten på sykepleien på egen post.

All kunnskap er nyttig, men ikke alle svarene er anvendelige. I mitt tilfelle, langs den italienske landeveien, hendte det ikke sjelden at mitt spørsmål om en hyggelig sti til hovedstaden ble møtt med et sjenerøst tilbud om å sitte på i Fiat'en. Når jeg nektet med henvisning til mine fromme ambisjoner, ble jeg ofte møtt med hoderisting: Om jeg var så dum, kunne jeg bare steke i mitt eget fett.

Screening av spedbarn

Fra i sommer skal nyfødte screenes for en rekke sykdommer. Bioteknologinemnda ønsker testingen velkommen, men stiller noen spørsmål de mener foreldre må få svar på før de gir sitt samtykke: Hva skjer med blodprøvene som tas av alle barna? Blir de lagret? Blir de brukt til forskning? Blir hele arvestoffet til barna analysert? Blir dataene som kommer fra prøvene koblet til barna i helseregistre? Hvordan brukes dataene? Kan informasjon tilbakeføres til foreldrene og barna?

– Folk må få vite hva som skjer med biologisk materiale som de har gitt fra seg på sykehus eller hos gynekologer, sier Lars Ødegård i sin leder i bladet GENiatt.

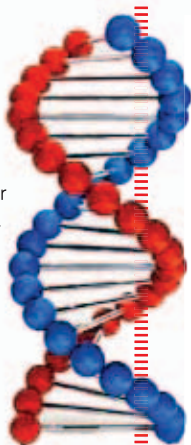


Foto: Colourbox

Geminoiden kommer



På Aalborg Universitet har de fått en av verdens mest menneskelignende roboter på plass. Nå skal forskere studere gjestenes reaksjon på roboten. Noe av det de lurer på er om den nye kollegaen skaper uhygge. Den er laget som en tro kopi av lektor Henrik Schäfer (bildet).

Han sier følgende til videnskab.dk om sin dobbeltgjenger:

– Det gir en litt merkelig fornemmelse å være i et rom med noe som har så mange levende trekk, men likevel ikke er det.

Forskerne skal finne ut hvilke menneskelige trekk roboten bør utstyres med før den skippes ut i helsesektoren og i andre serviceyrker.

Videnskab.dk foto geminoid.dk

Pensjon koster

Regjeringen foreslår å bevilge 1,6 milliarder til økte pensjonskostnader i helseforetakene gjennom revidert nasjonalbudsjett 2011.

Midlene fordeles til basisbevilgningene på i helseregionene på følgende måte:

- ▶ Helse Sør-Øst: 865 mill. kroner
- ▶ Helse-Vest: 302 mill. kroner
- ▶ Helse-Midt: 229 mill. kroner
- ▶ Helse-Nord: 204 mill. kroner

HSH



Utfordrer kreftteori

I nesten ni av ti tilfeller av kreftdødsfall, er det kreftens spredning som er dødsårsaken, ikke den opprinnelige svulsten. Forskerne vet ennå ikke hvordan spredning skjer, men det finnes teorier. De siste ti år har den såkalte EMT-teorien vunnet mange tilhengere. Den forklarer hvordan en kreftceller løsrives seg fra en svulst og etablerer seg et annet sted i kroppen. Men ingen har så langt kunnet demonstrere at teorien forklarer kreftspredning hos en pasient. Forsker David Tarin utfordrer EMT-tilhengerne. Hans hovedpoeng er at patologer verden over har studert flere millioner vevsprøver i årene etter at teorien kom.

Videnskab.dk

Hva skjer

Les mer om:

- 11 Uklar effekt på barn ▶
- 12 Forelsker seg i pasienten ▶
- 14 Småbarnsforeldre positive til vaksine ▶
- 16 Heder i Vestfold ▶
- 18 - Helsesøster må si fra! ▶
- 20 Få får mye i psykiatrien ▶
- 22 Jakter på skjulte pasient-skader ▶
- 24 Årets sykepleiere ▶

sykepleien.no

Snart ferie? På sykepleien.no finner du saker om feriereglene.



Stoltenbergs sykehjemsløfte, en bløff?



Tall TV2 har hentet inn, viser at Stoltenbergs løfte om å gi støtte til over 12 000 nye sykehjemsplasser innen 2015, spises opp av oppussing og ombygging. Bare 59 prosent av støtten som er gitt har gått til nye plasser. Over 40 prosent har gått til ombygging og utbedring av eksisterende plasser, melder TV2.

Vil myke opp arbeidsmiljøloven

– Hvorfor skal legen med skalpellen kunne jobbe 24 timer i strekk, mens sykepleieren som tørker blodet bare kan jobbe 12 timer?

Spørsmålet ble stilt av Siv Jensen på Frp sitt landsmøte. Hun brukte eksempelet for å understreke at det ikke er noen logikk i arbeidstidsbestemmelsene i Norge. Frp har arbeidsmiljøloven som en av sine fanesaker.

Hun mener det er et paradoks at det er bra å ha nordsjøturnus på vann, men ikke på land.

– Hvorfor er slik turnus for dem som jobber i helsesektoren å gå slik turnus, men ikke for dem som skaper verdiene i samfunnet, spurte Jensen landsmøtesalen.

BT.no



Foto: Stortinget

Norsk på Malta

Norske sykepleiere hadde innlegg på den internasjonale sykepleierkonferansen som foregikk på Malta 2. til 8. mai. Kathryn Mølstad fra Norsk Sykepleierforbund (NSF) snakket om sykepleiernes muligheter innen e-helse. Historieforfatter Jorunn Mathisens tema var en norsk sykepleiers erfaringer fra krigen i 1940. NSF's Michael Vitols fortalte om fagforeningsbygging i Zambia. Les mer om ICN-konferansen s. 36-45

Sysselsatte, deltidssysselsatte og antall deltidsjobber blant helsefagarbeidere og sykepleiere 2010.

	Helsefagarbeidere	Sykepleiere
Deltidssysselsatte	55 000	39 000
Antall deltidsjobber	64 000	48 000
Bijobber blant deltidssysselsatte	5 000	4 000
Bijobb pluss deltidsjobb regnet som heltidssysselsatt	2 000	3 000
Bijobb hvor hovedjobben er heltidssjobb	2 000	3 000
Sysselsatte i alt	84 000	87 000

Kilde: Arbeidskraftundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

Kunnskapsutveksling på nett

Nylig introduserte Helse- og omsorgsministeren nettstedet www.utviklingssenter.no. Nettsiden skal være en ressurs for ansatte og beslutningstakere i pleie- og omsorgstjenesten med gode verktøy for kunnskapsutveksling. – Ansatte i kommunene vil på det nye nettstedet finne beskrivelser av forbedringsprosjekter, ulike verktøy og inspirasjon til selv å sette i gang prosjekter, sier helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen. Helse- og omsorgsdepartementet koordinerer utviklingssentrene og forvalter tilskuddsmidlene.

Helse- og omsorgsdepartementet, pressemelding

Foto: Colourbox



Psykisk syke kjører bil

Det er særlig innen psykiatri at leger og psykologer ikke har vært flinke nok til å gi pasienter med alvorlige psykiske sykdommer kjøreforbud. Bare ti forhold ble innrapportert i fjor.

Tall fra fylkesmannen i Møre og Romsdal viser en markant økning. I år har 170 prosent flere fått kjøreforbud i forhold til samme periode i fjor.

– Den dramatiske oppgangen skyldes trolig at man har tatt tak i problemet, sier assisterende fylkeslege i Møre og Romsdal Cato Innerdal til NRK Møre og Romsdal.



Foto: Akuttmedisinsk avdeling - UNN Tromsø

VIL HA FLERE BASER: Helikoptre må kunne lande på alle sykehus, krever Haga.

Haga vil fly

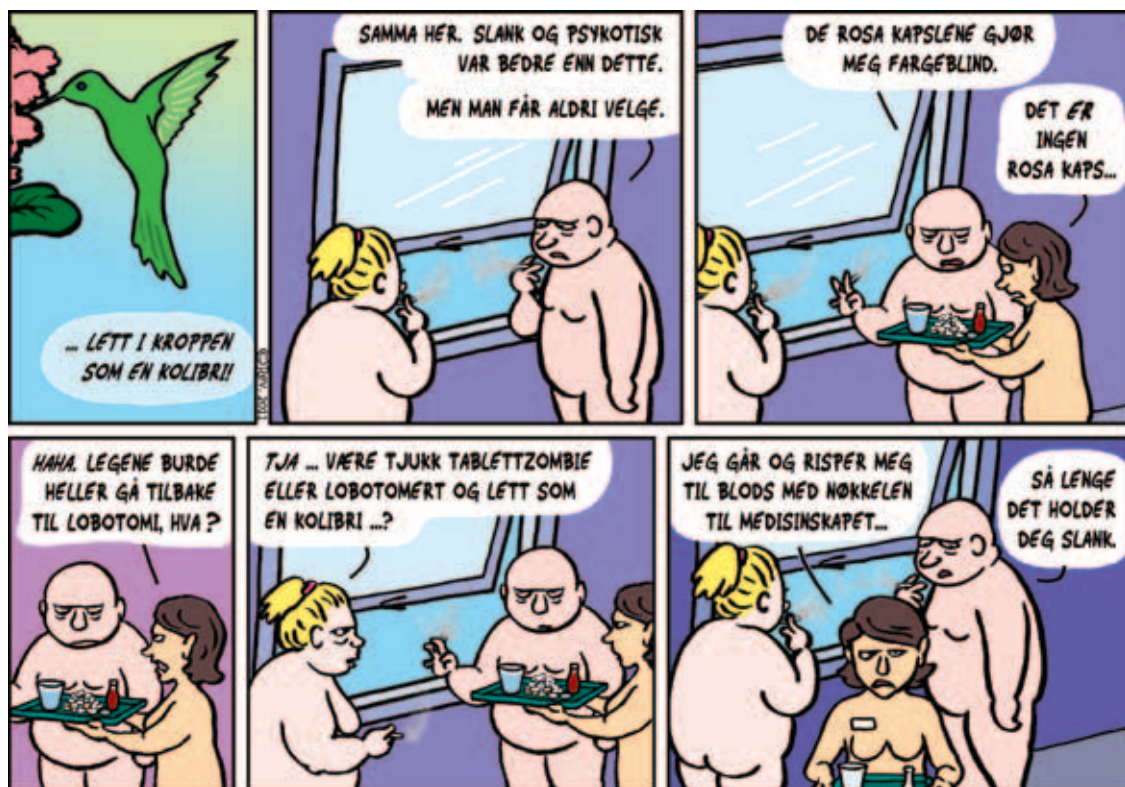
Tidligere Sp- topp, Åslaug Haga, er blitt generalsekretær i Norsk Luftambulansse. Hun er ikke fornøyd med sine tidligere regjeringskolleger.

– Man sentraliserer sykehussektoren, men ser bort fra at det medfører økt behov for transport av pasienter, sier Haga.

Haga krever tre tiltak fra regjeringen for å rette opp manglene hun mener ligger i helseplanen:

– Vi må ha tre nye helikopterbasen. Vi må ha landingsplasser på alle landets sykehus. Og det må settes inn flere helikoptre til transport mellom sykehus. Hvis vi skal frakte en kuvøse med et sykt barn fra Kristiansand til Ullevål, vil regionen på Sørlandet være uten utrykningshelikopter i seks timer, sier hun til Ambulansseforum og TV2.

TERAPI av Bodil Rønhavug



Meninger fra www.sykepleien.no



Blogg. Tanker etter en statlig helsekonferanse

(Fra facebooksidene Tidsskriftet Sykepleien)

” Livsstil er et personlig valg ja, men også et offentlig anliggende når konsekvensene av livsstilen blir at det offentlige må være til hjelp når det blir nødvendig ...

Ståle Normann

” Synes dette er langt over streken.

Anne-Kari Bjørge

Hele innlegget finner du på: www.sykepleien.no_debatt

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



Uklar effekt på barn

Medisin som ikke er godkjent for barn kan gi andre bivirkninger enn hos voksne og økt risiko for feilmedisinering. Tekst Kari Anne Dolonen

Medisin som gis til barn kan ha annen effekt enn medisinene har på voksne. Likevel er mange av medisinene som i dag brukes på barn såkalte uregistrerte preparater og blir brukt utenfor godkjenning. Det kan gi økt risiko for feilmedisinering.

Dersom medisin ikke er testet ut og godkjent til bruk på barn, kan relevant informasjon mangle. Som for eksempel deling, knusing eller fortykning.

Statens Legemiddelverk deltok med norske data i en europeisk kartlegging av medisiner som brukes på barn.

– Kartleggingen bekrefter at det er mangel på godkjente medisiner til barn innen mange medisinske områder, særlig til nyfødte. Dette har også vært bakgrunnen for det nye europeiske lovverket rundt medisiner til barn. Legemiddelfirmaene er nå pålagt å utvikle medisinene til barn, der det er behov og anses forsvarlig, ifølge Legemiddelverket.

Barn i Norge på sykehus

Sykehusdata viser at rundt en tredjedel av legemidlene som brukes til barn på sykehus, er uregistrerte preparater.

– For nyfødtavdelinger er tallet noe høyere. Nesten halvparten av legemidlene som brukes til nyfødte på sykehus er ikke godkjent i Norge. De mest brukte uregistrerte medisinene til barn var dexametason-preparater (steroider) og adrenalin til inhalasjon. Hos nyfødte var folsyre det mest brukte uregistrerte preparatet. I motsetning til bruk utenfor sykehus, har vi ikke tall for hvor mange brukere dette utgjør, melder Legemiddelverket.

– Hvor stor er bruken på sykehus av legemidler utenfor godkjent aldersgruppe?

– Av de godkjente preparatene var rundt en tredjedel godkjent til alle barn. Halvparten var ikke godkjent til bruk hos barn i det hele tatt, og resten godkjent i deler av barnegruppen, ifølge Legemiddelverket.

Barn i Norge utenfor sykehus

Ifølge data fra Reseptregisteret er 15 prosent av medisinene forskrevet til barn utenfor sykehus, uregistrerte preparater.

– Men antall brukere av disse preparatene utgjør en liten andel av barn som får legemidler. De aller fleste legemidler som forskrives på resept til barn er godkjent i Norge. Blant brukere av uregistrerte preparater er melatoninbrukere den

Uregistrerte preparater

- › Kan være legemidler som er godkjent til barn i andre land, men ikke i Norge. Det betyr som regel at det ikke er søkt godkjenning.
- › Preparater som er blitt avregistrert i Norge, for eksempel på grunn av lite salg. I disse tilfellene kan det bety at vi har tilstrekkelig data om effekt og sikkerhet og bruk hos barn, men at det mangler norsk informasjon, norske pakninger, og at det ofte blir praktisk vanskelig og dyrt å få tak i medisinene.
- › Legemidler som ikke er godkjent i Europa i det hele tatt. Eller som ikke er godkjent til barn, og hvor det muligens ikke finnes informasjon om bruk hos barn.

største gruppen med 4 700. De fleste brukere av uregistrerte preparater er i aldersgruppen 6-17, og svært få var under ett år, ifølge Legemiddelverket.

– Hvilke typer preparater brukes mest utenfor godkjent aldersgruppe til barn utenfor sykehus?

– Tall fra Reseptregisteret viser at astma- og luftveismedisiner er oftest brukt utenfor godkjent alder for aldersgruppen null til to år. For aldersgruppen tre til fem år var det smertestillende, hostemidler og steroid neseppray som ble mest brukt. I aldersgruppen seks til elleve år er det smertestillende gel som er mest utbredt og p-piller er det mest benyttede legemiddelet utenfor godkjent alder i gruppen 12 til 17, ifølge Legemiddelverket. ■■■

NYE PUTER OMTREKKING MØBELSTOFF

Mobel konfeksjon

Besøk vår hjemmeside
www.mobelkonfeksjon.no
eller vårt fabrikkutsalg
i Vinstra Næringspark, Lomoen.

Mobelkonfeksjon Vinstra AS
Lomoen, 2640 Vinstra
Telefon 915 36 305 • Faks 61 29 30 50
E-mail: post@mobelkonfeksjon.no

Legemidler utenfor godkjent bruksområde (off label)

- › Legemidler hvor det kan finnes gode data for bruken hos barn. Bruk til annen sykdom, annen aldersgruppe, annen dose enn godkjent, gitt på annen måte enn godkjent, men uten at dette står spesifikt i preparatomtalen (at det ikke er vurdert av legemiddelmyndighetene).
- › Kan også være medisiner til barn hvor det finnes lite eller ingen data. For eksempel dose, effekt og bivirkninger. Dette kan gjelde for enkelte aldersgrupper, enkelte sykdommer, eller spesielle måter å gi legemidlet på, eller for kombinasjoner av slike situasjoner.
- › Kan det være slik at vi har data på effekt og sikkerhet som tilsier at enkelte medisiner ikke bør brukes til barn.

Forelsker seg i pasienten

Statens helsetilsyn mener det er betydelige mørketall når det gjelder seksuelle overgrep i helsevesenet. **Tekst Ann-Kristin Bloch Helmers**

Hun er ung – og syk. Mennene som faller for henne er middelaldrende, og jobber i psykiatrien eller rusomsorgen.

– Det er nesten alltid menn som utnytter kvinner seksuelt når det er snakk om rollesammenblanding i helsevesenet, sier Bjørn Jamtli, seniorrådgiver i avdeling for hendelsesbasert tilsyn i Statens helsetilsyn.

Etablering av seksuelle relasjoner til pasienter er den nest hyppigste årsaken til tilbakekall av autorisasjon som helsepersonell. I 2010 var det i alt 16 helsepersonell som fikk tilbakekalt sin autorisasjon på grunn av seksuelt forhold til en pasient. Tre av disse var sykepleiere.

Tall fra Statens helsetilsyn viser også at det er betydelige fylkesmessige variasjoner i antallet saker som meldes inn til.

Forelskelse og overgrep

Statens helsetilsyn har nylig gjennomgått alle sakene om rollesammenblanding som tilsynet har hatt på bordet de siste åtte årene. Mellom 2002 og 2008 behandlet de 116 saker om dette.

I bunken ligger historier om regelrett voldtekt, om pasienter og pleiere som utvikler kjæreste-forhold, og om pasienter som har blitt utsatt for overgrep i barndommen, og som i sitt møte med helsevesenet blir utsatt for seksuelle overgrep igjen – fra sine behandlere.

Hvorfor er det så galt?

– Personer som er avhengig av å få helsehjelp skal kunne stole på at det han eller hun sier i en behandlingssituasjon blir brukt utelukkende til å hjelpe, sier Jamtli.

Ifølge tilsynet er etablering eller forsøk på privatisering eller seksualisering av behandlingsrelasjoner både faglig uforsvarlig og misbruk av tillit.

– Det medfører at pasienten ofte ikke får hjelp for sitt egentlige problem. Misbruk av tilliten i behandlingsrelasjonen vil i tillegg kunne bidra til å svekke tilliten også til fremtidige behandlere. Det betyr at det kan få alvorlige og langsiktige konsekvenser for pasienten, sier han.

Jamtli understreker at helsepersonellens rolle er

å bidra til å løse de helseproblemer som pasienten er plaget med og å gjøre pasienten uavhengig av helsepersonell og helsetjenesten.

– Å innlede en privat eller seksuell relasjon iverretar ikke dette, sier han.

I en behandlingssituasjon er det helsepersonell som sitter på makten. Helsepersonellet har profesjonskompetansen som pasienten er avhengig av for å få nødvendig helsehjelp. I behandlingsrelasjoner vil pasienten ofte bli oppfordret til å blottlegge sider ved seg selv som vanligvis holdes privat.

– Pasienten kan i tillegg ha svekkete vurderings- evner som konsekvens av for eksempel psykisk sykdom. Dette skaper en sårbarhet som helsepersonell ikke må misbruke for å dekke egne sosiale eller seksuelle behov, sier Jamtli.

I tillegg mener Jamtli det er et moment at allmennhetens tillit til helsepersonell og helsetjenesten er knyttet til en forventning om at helsepersonell handler ut ifra hensynet til at pasienten får nødvendig og forsvarlig helsehjelp.

– Ikke ut ifra hensynet til egen vinning eller andre utenforliggende hensyn, sier han.

Menn med makt

– Hvilken type helsepersonell er det som gjør dette?

– Menn mellom 40 og 60 år, og ansatte i psykiatrien og rusmiddelomsorgen er overrepresentert.

Sammenholdt med antallet autorisasjoner, viser tilsynssakene at psykologer, leger og fysioterapeuter er overrepresentert. Den sammenligningen tar imidlertid ikke hensyn til kjønnsbalansen i sykepleieryrket. Nesten ti prosent av det totale antallet saker gjelder ufaglærte.

I Norge er det gjort lite forskning på seksuelle overgrep i helsevesenet. En amerikansk studie viser imidlertid at 6,8 prosent av mannlige og 1,6 prosent av kvinnelige terapeuter har vært seksuelt involvert med pasientene sine. Ifølge Jamtli antyder nyere studier at så mye som 30 prosent av terapeutene som oppga at de hadde seksuelle relasjoner med pasientene, innrømmer slike relasjoner til flere pasienter.

– Er rutinene for å fange opp slike relasjoner og situasjoner gode nok?

Flest leger


- › 51 leger, 15 sykepleiere, 14 hjelpepleiere, 10 fysioterapeuter, 10 psykologer og 8 ufaglærte har blitt meldt inn til Statens helsetilsyn for rollesammenblanding siden 2002.
- › Av disse fikk 74 tilbakekalt autorisasjonen, mens det ble gitt advarsel i 40 saker. I seks saker fikk helsepersonell begrenset sin autorisasjon.

Psykiatrisk sykepleier dømt for misbruk

En erfaren psykiatrisk sykepleier ble i mars i år dømt til ni måneders fengsel for seksuell omgang med en pasient. Han må også betale kvinnen 100 000 kroner i oppreisning. Retten fant det skjerpende at sykepleieren forsøkte å legge skylden for forholdet på pasienten. Mannen har nå mistet autorisasjonen som sykepleier.



TETT PÅ: Helsepersonell kommer tett på pasientene. Noen klarer ikke grenseoppgangene, og går for langt. Illustrasjonsfoto: Bo Mathisen



«Menn mellom 40 og 60 år er overrepresentert.»

Bjørn Jamtli, Statens helsetilsyn

– Vi tror det er betydelige mørketall når det gjelder seksuelle overgrep i helsevesenet. Vi opplever også manglende kunnskaper og interesse for denne problemstillingen både i fagmiljøene og i helsefagutdanningene. Kvinner som blir utsatt for seksuelle overgrep vil ofte kunne påta seg skyld, tenke at man ikke blir trodd, og så videre, og derfor ikke melde fra om overgrepet. Arbeidsgivere og virksomhetsledere er heller ikke våkne nok, sier han.

– *Hvem melder fra om disse sakene?*

– Pasienten selv, ofte etter at helsepersonell har avsluttet eller forsøkt å avslutte forholdet. Ofte er det også andre behandlere som får høre om overgrepene. Dette kommer gjerne ikke frem før etter lang tid.

Brutte grenser

– *Hva kan gjøres for å hindre denne typen rolleblanding?*

– Helsepersonell må gjennom helsefagutdanningene gis en nødvendig rolleforståelse og innsikt i hvorfor grenseoverskridende atferd og rollesammenblanding er så alvorlig, sier Jamtli.

Han mener arbeidsgivere kan forebygge grenseoverskridende atferd gjennom å sikre at ansatte, både faglærte og ufaglærte, har nødvendig kompetanse. Dernest må lederne ha et kontinuerlig fokus på problemstillingen, blant annet ved at dette blir gjenstand for diskusjon i fagmiljøet – at ledere og kollegaer observerer og tar opp til diskusjon tette bindinger mellom ansatte og pasienter.

– Som tilsynsmyndighet mener vi det er viktig at vi ved å løfte problematikken frem i lyset, gjør det legitimt for pasienter, helsepersonell og arbeidsgivere å melde fra om helsepersonells grenseoverskridende atferd, sier han.

Mister autorisasjonen

Det er visse mekanismer som går igjen i mange av sakene Jamtli har gjennomgått.

– Det er uheldige relasjoner som utvikler seg over tid. Mange pasienter er tidligere misbrukt i barndommen, og behandleren utnytter, bevisst eller ubevisst det at pasientens grenser allerede er brutt ned. Pasienter som har opplevd seksuelle overgrep kan ha en seksualisert atferd, og være opptatt av å teste grenser hos behandleren. Da er det viktig at behandleren forstår at dette er en del av sykdomsbildet, sier han.

I noen av tilsynssakene har den ansatte forklart at det har ligget «ekte» følelser eller tiltrekning til grunn for overgrepene.

– Mange av sakene kommer ikke opp før mange år etterpå. Da viser det seg at pasientene har opplevd den private relasjonen som et overgrep. Beskrivelsene i ettertid er blant annet at pasientene har blitt stumme, og følt seg lammet mens det pågikk, og senere har hatt traumer. Det er reaksjoner vi kjenner igjen ved voldtekt, sier han.

– *Hva skjer med de som har overtrådt disse grensene?*

– De mister i de fleste tilfeller autorisasjonen, og mange blir i tillegg politianmeldt. ■■■

Småbarnsforeldre er positive til vaksine

99 prosent av norske småbarnsforeldre ønsker at barna skal få vaksiner, viser en undersøkelse som er publisert i Tidsskrift for helsesøstre.

Tekst **Johan Alvik**

Undersøkelsen, som er utført av Folkehelseinstituttet i 2009, viser at foreldre i hovedsak er fornøyde med hvordan tilbudet om vaksinasjon blir gitt i Norge, og de er positive til barnevaksinasjonsprogrammet. Resultatene viser også at foreldre har stor forståelse for hvor viktig vaksiner er både for å beskytte hvert enkelt barn og for å hindre spredning av smittsomme sykdommer i samfunnet. Hele 99 prosent av foreldrene vil la barna bli vaksinert i fremtiden, dette gjelder også de som tidligere har tvilt på om barnet skal vaksineres, ifølge artikkelen i Tidsskrift for Helsesøstre.

Noen tviler

En av fem foreldre rapporterer at de har vært i tvil om å vaksinere barna sine, og de oppgir frykten for bivirkninger som den viktigste årsaken. Andre årsaker er at de er usikre på vaksinens langtidseffekt og at de har opplevd uenighet blant ekspertene rundt vaksinasjon. Til tross for at en av fem hadde vært i tvil, var det kun fire prosent som hadde takket nei til en eller flere vaksiner.

Stor tillit

Undersøkelsen viser at ansatte ved helsestasjonene er de viktigste informasjonskildene når det gjelder vaksinasjon, og at foreldre har stor tillit til dem.

Hele 83 prosent oppga at de var svært eller ganske fornøyd med siste vaksinasjonsbesøk på helsestasjon. De aller fleste hadde fått god informasjon om vaksinasjon, de fikk nok tid og hadde en god dialog med helsesøster eller lege. Nesten halvparten av foreldrene, 47 prosent,



NYTT HELSEMAGASIN Tidsskrift for Helsesøstre blir gitt ut Landsgruppen av helsesøstre Norsk Sykepleierforbund, i samarbeid med Sykepleien. For abonnement kontakt: astrid.grydeland@bluezone.no

oppga at det ikke var noe informasjon som manglet. De som savnet informasjon, svarte at de savnet opplysninger om sykdommene, vaksinens beskyttende effekt og spørsmål rundt sikkerhet, skriver artikkelforfatterne i Tidsskrift for helsesøstre.

Foreldrene har også høy tillit til Folkehelseinstituttets temaside om vaksiner (www.fhi.no/vaksine), men dataene fra undersøkelsen tyder på at disse i mindre grad blir brukt. ■■■

Om undersøkelsen

- ▶ Undersøkelsen er den første blant norske småbarnsforeldre om deres meninger om vaksiner og barnevaksinasjon.
- ▶ 1529 foreldre med barn under 24 måneder deltok i studien.

Barnevaksinasjonsprogrammet

Det anbefalte vaksinasjonsprogrammet i Norge inneholder vaksiner mot ti forskjellige sykdommer, blant andre meslinger, kusma og røde hunder. Les mer på: www.fhi.no/vaksine

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

Bivirkninger: Hyppige (>1/100): Urogenitale: 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, fiskeaktende utflod
- Svie og kløe er mindre vanlig

Effektiv lokalbehandling av

bakteriell vaginose på

kun 3 dager¹

med Dalacin Vagitorier



Hedres for hjelp til voldsutsatte

I Vestfold står sykepleiere parat døgnet rundt til å hjelpe mennesker som er utsatt for seksuelle overgrep eller vold i parforhold.

Tekst **Bjørn Arild Østby** Arkivfoto **Stig M. Weston**

Tilbudet til vestfoldingene var i gang allerede i 2005.

Tidligere denne måned mottok leder av seksuelt overgrepsteam (SO-teamet) i Vestfold, Linda Mølgaard Gustavsen, det første stipendet på 50 000 kroner fra Andreas Bull-Gundersens minnefond for sin innsats for voldsutsatte.

– Det har skjedd mye innen dette fagfeltet siden 2005. Men jeg skulle ønske det hadde skjedd mer, og i et hurtigere tempo, sier Mølgaard Gustavsen, som også er leder av legevakta i Sandefjord.

I 2007 kom en nasjonal veileder for overgrepsmottak. Her ble det lansert forskjellige

sammenlignet med oppstarten i 2005?

– Måten vi valgte å jobbe på da vi startet i mars 2005 har vist seg å fungere godt. Og organisatorisk er lite endret siden starten. Mange av sykepleierne fra den gang er fortsatt med. Men vi har selvsagt høstet mye erfaring disse årene. Vi opplever også at SO-teamet er godt kjent, og at terskelen for å ta kontakt er blitt mindre, sier Mølgaard Gustavsen.

Teamet i Vestfold består av 12 sykepleiere rundt i hele fylket som går i døgntilvarende turnus året rundt. I bakhånd har teamet to faste vikarer. I tillegg til å være avdelingsleder på legevakta i Sandefjord og leder av SO-teamet,

Er jeg smittet? Kan jeg ha blitt gravid? Vil jeg bli «normal» igjen? I denne fasen er det viktig å lytte, og å få dem til å forstå at voldtekten ikke er deres skyld, sier Mølgaard Gustavsen.

I tillegg til samtalen skriver sykepleieren ned selve hendelsesforløpet mest mulig ordrett. Dette er viktig dokumentasjon hvis forholdet seinere blir politianmeldt.

Rettsmedisinsk undersøkelse

En rettsmedisinsk undersøkelse skjer vanligvis bare hvis det foreligger anmeldelse. Slik er det ikke i Vestfold. Mølgaard Gustavsen begrunner det med at den voldsutsatte trenger en tenk-pause før det er snakk om anmeldelse.

I Vestfold har sykepleierne ansvar for prosedyrekorrekt rettsmedisinsk undersøkelse og sporsikring. Her har de utarbeidet en egen journal i tråd med kravene til nasjonal journal.

– Det er riktig at sykepleierne er sterkt inne når det gjelder kliniske rettsmedisinske prosedyrer. Våre sykepleiere er opplært til dette, i motsetning til for eksempel en fastlege som aldri har vært borti voldtektsutsatte. Rettsmedisinske undersøkelser må gjennomføres av personer som har spesialkompetanse, ellers risikerer man at det ikke vil holde i retten.

Legen utfører de oppgaver som jussen krever, for eksempel i forbindelse med hulromsundersøkelse. Sammen utarbeider sykepleier og lege deretter en skadedokumentasjon.

– Etter et overgrep er det viktig med oppfølging. Vi hjelper den voldtektsutsatte hvis vedkommende ønsker det. Det kan være snakk om oppfølging fra fastlegen, kommunal psykiatritjeneste, familievernkontor, krisesenter, bistandsadvokat eller politi. Vi har opparbeidet et godt tverrfaglig samarbeid, som letter arbeidet med å finne tilpassete tilbud, forteller Mølgaard Gustavsen.

«Få den voldsutsatte til å forstå at voldtekten ikke er deres skyld.»

tiltak for å styrke helsetjenestetilbudet til personer som har vært utsatt for seksuelle overgrep og/eller vold i nære relasjoner. Tiltakene omfatter etablering av overgrepsmottak, utarbeiding av veileder for overgrepsmottak og kompetansehevingstiltak.

Seinere er vold i nære relasjoner tatt inn i veilederen, men uten lovnad om flere midler eller at det er vurdert som en lovpålagt tjeneste. Resultatet er at tilbudene rundt om i landet har utviklet seg i forskjellige retning og omfang. I dag er det 29 overgrepsmottak. Men langt fra alle har døgntilvarende ambulerende team, og få har tilbud i forhold til vold i nære relasjoner som i Vestfold.

Tilgjengelig hele døgnet

– Hva er forskjellen på SO-teamets arbeid i dag

går Mølgaard Gustavsen i faste helgeturnuser som en del av teamet.

Siden oppstart har teamet hatt rundt 50 voldtektsaker hvert år. I tillegg får de henvendelser om tidligere voldtekter, det vil si hendelser som ligger mer enn en uke tilbake i tid.

– Hva gjør dere når det kommer en telefon om voldtekt eller voldtektsforsøk?

– Sykepleier som har vakt rykker umiddelbart ut til legevakten eller fastlegen hvor vedkommende er. Det er viktig å gi rask hjelp i akuttfasen, for blant annet å forebygge langtidsskader, sier SO-lederen.

Ved hver av legevaktene disponerer teamet rom, hvor de gjennomfører samtalen som varer fra fire til seks timer.

– Den voldsutsatte er full av spørsmål. Vil noen tro meg? Skal jeg anmelde det til politiet?



Voldtekstmottak

Kommunene i Vestfold samarbeider om et akuttilbud til personer utsatt for seksuelle overgrep og vold i nære relasjoner. Overgrepsmottaket har døgnberedskap og kan bistå med emosjonell førstehjelp, medisinsk undersøkelse og behandling, rettmedisinsk undersøkelse og tilbud om oppfølging. Dette gis ved fylkets fire legevakter og hos fastlegene på dagtid, helt uavhengig av om vedkommende ønsker å anmelde forholdet eller ikke. Tolv erfarne sykepleiere fra hele fylket går i turnus, klare til å rykke ut når som helst på døgnet.

Andreas Bull-Gundersens minnefond

Fondet ble opprettet i fjor til minne om Anders Bull-Gundersen som døde i København i 2009 av skadene han fikk etter å ha blitt utsatt for umotivert vold ute på byen. En ekstra tragisk dimensjon var at 25-åringen ble avvist da han kom på Rigshospitalet i København for å få hjelp.

VOLDSUTSATT: - Det har skjedd mye siden vi startet med seksuelt overgrepsteam i 2005. Men jeg skulle ønske det hadde skjedd mer, og i et hurtigere tempo, sier Linda Mølgaard Gustavsen.

At forslaget på SO-lederen som kandidat til Andreas Bull-Gundersens minnefond kom fra politiet i Sandefjord sier mye om samarbeidsklimaet.

– *Hvor lenge er teamet med i denne prosessen?*

– Vi tar kontakt påfølgende dag for å høre hvordan det går. For det er ikke lett for den voldtektsutsatte å få med seg alt som ble sagt. Derfor sender vi brev hvor vi beskriver hva de har vært gjennom. Når ønsket kontakt er formidlet, trekker vi oss ut, sier Mølgaard Gustavsen.

Teamet driver ikke bare akutthjelp. De er også engasjert i forebygging. Mølgaard Gustavsen har vært med på å jobbe fram et undervisningsopplegg til bruk blant helseøstre i forhold til forebyggende arbeid og en informasjonsfilm.

Vold i parforhold

Tilbudet ved SO-mottaket i Vestfold er i dag utvidet til også å omfatte vold i nære relasjoner.

– Seksualisert vold er beskrevet i den nasjonale veilederen, men ikke vold i nære forhold. Her kan det være snakk om fysisk vold, psykisk

vold, materiell og økonomisk vold og skam. Det finnes lite konkret kunnskap på hvordan dette skal avdekkes og håndteres i akuttfasen.

– Det kan være mange grunner til at personer er redde for å ta opp vold i nære relasjoner. For mange er det vanskelig å ta kontakt etter overgrep i parforhold, både på grunn av konsekvensene for familien, barn og relasjoner til blant annet venner. Økonomi kan også spille inn, og ikke minst «privatlivets fred» og skammen rundt det hele, sier Mølgaard Gustavsen.

Teamet møter vold i forskjellige former og sammenhenger. Men for alle gjelder at det tas på alvor.

– Når man stusser over noe, må man ikke nøle med å spørre. Vold er tabubelagt og man kan ikke vente at pasienten sånn uten videre begynner å snakke om det som kanskje har skjedd en god tid tilbake. Man må gi pasienten mulighet til å snakke om dette. Om de tar imot tilbudet er opp til den enkelte. Men i de aller fleste tilfellene får man historien. Det er mye helsegevinst i dette, understreker Mølgaard Gustavsen.

Treng kompetanseheving

For å skaffe seg mer kunnskap om vold i nære relasjoner har SO-mottaket satt i gang kartleggingsprosjektet «Hva kreves for å kunne gi helhetlig lavterskel tilbud til personer utsatt for vold i nære relasjoner?».

– *Hva ønsker dere å få fram gjennom en slik kartlegging?*

– Det er flere spørsmål vi håper å få mer klarhet i. Hva er et forsterket tilbud? Hvilke faglig utfordringer står man overfor? Hvilke ressursmessige konsekvenser vil det ha? Kort oppsummert: Hva kreves for å gjennomføre dette?

Linda Mølgaard Gustavsen mener den enkelte legevakt i dag ikke har ressurser til å ta på seg enda en stor oppgave. Skal den nasjonale veilederen bli mer enn ord, trengs flere ressurser og kompetanseheving.

Selv holder hun på med en spesialutdanning i USA for sykepleiere som jobber i forhold til overgrepsutsatte mennesker. Stipendet kommer godt med når hun skal fullføre utdanningen, og er i tråd med tanken bak Andreas Bull-Gundersens minnefond. ■■■

– Helsesøster må si

Helsesøstre er flinke og kompetente. Men de må bli mer synlige, mener Liv Østli, som har kartlagt helsesøstrenes kompetanse. Tekst Nina Hernæs

Liv Østli har på oppdrag fra Norsk Sykepleierforbund kartlagt helsesøstrenes kompetanse i tre fylker. Skusmålene er stort sett gode.

– De er kompetente, samvittighetsfulle og hardt arbeidende. Men på ett område har de utviklingspotensiale: De kan bli mer synlige i samfunnsdebatten.

Er ønsket

Østli peker på at helsesøster har en helt spesiell rolle fordi de skal være premissleverandør i den helsepolitiske debatten. Derfor må de mer på banen, mener Østli.

– De skal være barnas advokat og tale deres sak.

Hun viser for eksempel til planer om å bygge ny vei.

– Får den konsekvenser for barnas skolevei, må helsesøstre si fra om det og ta del i beslutningene. Men det gjør de ikke.

– Hvorfor ikke?

– De opplever at de er bundet av tjenestevei. Men de har jo ytringsfrihet. Er et vedtak fattet, er det klart de må forholde seg lojalt til det, men så lenge det pågår en prosess, har de rett til å si fra. Østli har også intervjuet arbeidsgivere. De ønsker mer aktive helsesøstre.

– Men helsesøstrene vurderer egne kunnskaper på dette området som lave, og det får konsekvenser for det daglige arbeidet.

Østli presiserer at selv om materialet er lite, er funnene entydige. De støttes også av en tidligere kartlegging gjort av Arbeidstilsynet.

Liten tradisjon

Ledende helsesøster Lene Vik Vassnes i Austevoll kommune i Hordaland kjenner seg igjen.

– Vi har knappe ressurser, og da velger vi å prioritere fag og gi barna det de har krav på, sier hun.

Men helsesøstrene i Austevoll diskuterer hvordan de kan bli mer synlige.

– Vi har vel ikke funnet plassen vår helt. Det er lite tradisjon blant helsesøstre for å synes, påpeker Vassnes.

Hun viser også til at små kommuner har en spesiell utfordring som for eksempel gjelder grupper av barn.

– Alt blir gjennompekt. Vi blir kanskje redde for å uttale oss, fordi vi er redde for å bryte taushetsplikten.

Vassnes peker også på at helsesøstertjenesten er en veldig liten del av kommunen. Med knappe tre stillinger skal de ivareta barn og

unge i et øysamfunn med 4 600 innbyggere, 70 fødsler i året, barne-, ungdoms- og videregående skole og helsestasjon for ungdom. Og folketallet stiger, blant annet på grunn av arbeidsinnvandring.

– Hadde vi vært bedre til å fronte vårt fagområde, hadde vi også kanskje fått flere midler, sier hun.

Usikre

Ann Louise Gustafsson, enhetsleder for helse-tiltak barn og unge i bydel Gamle Oslo, lar seg heller ikke forbause over Østlis funn.

– Vi er for tause, sier hun.

– Samtidig synes jeg vi er gode premissleverandører på andre arenaer enn den politiske. Men vi er nok usikre på hvor grensene går mellom å følge tjenestevei og å bruke ytringsfriheten vår. Mange er redde for å si noe feil.

– Er helsesøstre klar over at det er forventet at de opptrer som premissleverandør?

– Kanskje ikke. Vi ledere må bli flinkere til å gjøre oppmerksom på at det er lov å si fra.

Bred gruppe

Både Gustafsson i Gamle Oslo og Vassnes i Austevoll er fornøyd med å bli kartlagt. Kartleggingen er gjort som ledd i arbeidet med å få i stand spesialistgodkjenning av helsesøstre. Bydel Gamle Oslo og Austevoll kommune er sammen med Sør-Varanger kommune såkalte piloter i dette arbeidet.

– Med en spesialistgodkjenning vil vi få en plan for kompetanseheving og vi vil bli målt på det. Det synes jeg er veldig positivt, sier Lene Vik Vassnes.

«Vi blir kanskje redde for å uttale oss fordi vi er redde for å bryte taushetsplikten.» Lene Vik Vassnes

Vil bli spesialister

Norsk Sykepleierforbund (NSF) jobber med å få på plass en spesialistgodkjenning av helsesøstre. Hensikten er å tydeliggjøre helsesøstres kompetanse, funksjon og ansvar og å gi samfunnet en garanti for at helsesøstre har den kompetansen, ferdigheter og holdninger de skal ha.



PÅ DEN SIKRE SIDEN:

Mange er nok redde for å si noe feil hvis de hever stemmen i det offentlige rom, tror Ann Louise Gustafsson, enhetsleder for helsetiltak barn og unge i bydel Gamle Oslo. Foto: Ellen Morland.



GJØR JOBBEN VÅR:

Sykepleiere er generelt ikke de mest høyrøstede, sier leder i Landsgruppen av helsesøstre, Astrid Grydeland Ersvik. Foto: Erik M. Sundt.

fra!

Piloter

Tre helsestasjoner og skolehelsetjenester prøver ut kompetansekrav og kriterier som er utarbeidet i forbindelse med planene om spesialistgodkjenning. Det er helsestasjonene i bydel Gamle Oslo, Austevoll kommune i Hordaland og Sør-Varanger kommune i Finnmark.

I disse tre fylkene er det gjort en kartlegging av kompetanse, fagutvikling og kvalitetssikring. Kartleggingen følges opp med kompetansehevende tiltak og det vil bli gjort en ny kartlegging for å påvise eventuelle endringer.

Kartleggingen er gjort av konsulentfirmaet Athenae ved Liv Østli.

Hun peker på at helsesøstre har en veldig bred gruppe å forholde seg til når de følger opp barn og unge mellom 0 og 24 år.

Kartleggingen skal føre til kompetansehevende tiltak.

Bygge bro

Leder i Landsgruppen av helsesøstre, Astrid Grydeland Ersvik, har ikke noe fullgod forklaring på hvorfor helsesøstre ikke deltar mer i politisk debatt.

– Men sykepleiere er generelt ikke de mest høyrøstede, sier hun.

– Vi er lojale og gjør jobben vår.

Hun satser på skolering.

– Vi har et særskilt ansvar for å si fra om barn og unges oppvekstvilkår.

– Så vi vil høre mer fra dere framover?

– Ja, det er en klar målsetting.

Liv Østli mener det er viktig å bygge bro mellom arbeidsgiver, kommunen, og helsesøstrene. Inntrykket hennes er at helsesøstre bare opplever nedskjæringer fra politikere.

– Men det er ikke så rart. I en hverdag som krever knallhard prioritering velger helsesøstrene å være i direkte kontakt med brukerne. Men dette kan få uønskede konsekvenser for helsesøstres arbeid og funksjon på sikt, påpeker Liv Østli. ■■■



VIL HØRES:
Helsesøstrene skal tale barn og unges sak. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

Få får mye i psykiatrien

I psykisk helsevern for voksne legger 10 prosent av pasientene beslag på nærmere 80 prosent av ressursene i tjenesten. Tekst Bjørn Arild Østby

Det viser en kartlegging Helsedirektoratet har foretatt blant alle pasienter som ble behandlet for psykiske lidelser i Norge i 2009. Kartleggingen er samlet i rapporten «Pasienter i det psykiske helsevern i 2009».

– Ved å kartlegge behandlingsforløpet til den enkelte pasient, kan vi se forbruksmønstre til ulike pasientgrupper. Det gir oss mulighet til å vurdere hvorvidt forløp og ressursinnsats er hensiktsmessig og tilpasset pasientgruppens behov, sier avdelingsdirektør Arne Johannesen i Helsedirektoratet.

165 000 pasienter

I 2009 ble det behandlet rundt 165 000 pa-

sienter i det psykiske helsevernet for voksne. Sju av ti ble behandlet ved poliklinikkene, 17 prosent fikk døgntilrettelagt behandling og 2 prosent ble tatt hånd om som dagpasienter.

Av det samlede pasienttallet har hver tredje en affektiv lidelse i form av depresjoner og manier, mens tre av ti har en nevrotisk lidelse.

I den mest ressurskrevende pasientgruppen er det en overvekt av pasienter med en schizofrenilidelse (28 prosent) eller en affektiv lidelse (33 prosent). Hver fjerde av de ressurskrevende pasientene ble tvangsinnlagt minst én gang i løpet av 2009.

Viktig informasjon

At få pasienter trekker mye ressurser, kan være

både riktig og nødvendig, ifølge Arne Johannesen.

Han ser imidlertid ikke bort fra at det også kan være pasienter innenfor den mest ressurskrevende gruppen som ville hatt større utbytte av et bedre tilpasset tilbud i kommunen. I alt 84 prosent av de reinnlagte pasientene tilhører den mest ressurskrevende pasientgruppen. Det kan tyde på at det også finnes enkelte pasienter som ikke får den oppfølging og behandling de har behov for.

Denne første kartleggingen på nasjonalt nivå er ment som et utgangspunkt for videre diskusjon om hvordan man kan tilpasse behandlingstilbudet bedre, også ressursmessig. ■■■

INNFRI DYRE SMÅLÅN!



Vi har over 100 000 kunder i Norden og vi kommer til å gjøre vårt beste for å imøtekomme ditt lånebehov.

Lån opptil kr 300 000 uten sikkerhet

Rente fra 8,90 % (eff. rente fra 9,8 %)

- Ønsker du å pusse opp hjemme eller vil du innfri dyre smålån – du bestemmer!
- Opptil 12 års nedbetalingstid
- Du kan innfri lånet når du vil, uten ekstra kostnader
- Renten og avgiften er fradragberettiget på selvangivelsen

Søk på www.nordaxfinans.no med tilbudskode **50030**

Eller ring oss på telefon **815 56 474**.

Kostnadseksempel: Ved utbetalt lånebeløp på kr 200.000 over 8 år, med 13,9% nom. rente blir samlet kredittbeløp kr 201.475 og total tilbakebetalingsbeløp kr 341.156.

Redusert skatt av dette er kr 39.523. Effektiv rente på eksempelet er 15,7%.

Etableringsgebyr kr 1475 og termingebyr kr 65 inngår i beregningen. Lånet er et annuitetslån.

nordax[®]
FINANS

www.nordaxfinans.no

Flere laktosefrie produkter med den samme gode smaken!



NYHET!
TINE Laktosefri Yoghurt

NYHET!
TINE Laktosefri Kremfløte

NYHET!
TINE Laktosefri Lettømme

ZERO LACTOSE™
by Valio
Expertise in lactose technology
Zero Laktose™
teknologi og
varemerke er
lisensiert fra
Valio Ltd

Vi utvider vår serie av TINE Laktosefrie produkter. Samtlige produkter i serien er laktosefrie, og har den samme gode smaken som du kjenner fra før. TINE Laktosefrie produkter egner seg svært godt for de med laktoseintoleranse. Du finner produktene i de fleste dagligvarebutikkene.
Les mer på tine.no/laktoseintoleranse



Jakter på skjulte pasi

Et nytt verktøy er tatt i bruk ved norske sykehus i jakten på pasientskader. Men får pasienten vite det når det oppdages en skade? I Bodø har de ikke helt bestemt seg ennå.

Tekst **Eivor Hofstad** Foto **Wigdis Korsvik, Nordlandssykehuset**

Den 27. januar i år startet pasientsikkerhetskampanjen I Tryggere Hender, som vil gå over tre år. Et ledd i dette er det såkalte GTT-prosjekt i regi av Kunnskapscenteret. Her skal team som består av minst to

sykepleiere og en lege ved alle helseforetak, jakte på såkalte «triggere» i tilfeldig utplukkede journaler fra 2010.

Finner teamet en trigger, skal de gå nøye gjennom journal og epikrise for å finne

ut hva som har skjedd. På denne måten identifiseres flere pasientskader enn det som har blitt registrert gjennom vanlige melderutiner.

Skader som ikke krever behandling, registreres ikke. Målet er å kartlegge omfanget av uønskede hendelser og pasientskader ved norske sykehus. Over tid vil analysene kunne peke ut innsatsområder hvor det trengs rutineendringer eller forbedringer.

To sykepleiere og en lege

Kunnskapscenteret anbefaler et tilfeldig utvalg av 20 journaler per måned per helseforetak. Ved Nordlandssykehuset i Bodø var de tidlig ute og begynte registrering allerede i oktober i fjor. De valgte å gå ekstra bredt ut og sjekker 120 journaler totalt i måneden. Journalene tas fra de store klinikkene Kirurgi/Ortopedi, Medisin, Kvinne og Hodebevegelse. Medisin og kirurgi fra Lofoten/Vesterålen er også med. Hver klinikk har sitt GTT-team bestående av to sykepleiere og en lege.

Det er satt opp seks sykepleieretimer og to legetimer per måned i tidsbruk per team, fra Kunnskapscenterets side. Ved Nordlandssykehuset bruker de sju sykepleiertimer og halvannen legetime.

Ligger mellom USA og Ahus

– Nå har vi lært opp alle de sju teamene, og er akkurat i ferd med å presentere de første funnene for klinikkene. Foreløpig ligger vi midt mellom Ahus og USA i omfang av pasientskader, sier Birger

GTT-EKSPERTENE:

Nordlandssykehusets pasientsikkerhetsgruppe har lært opp sju GTT-team. Fra venstre lege Kjersti Mevik, sykepleier Birger Hveding og lege Tonje Elisabeth Hansen.



entskader

Hveding, anestesisykepleier som jobber i en tverrfaglig pasientsikkerhetsgruppe ved sykehuset.

Nordlandssykehuset har 40 pasientskader per 1000 liggedøgn, mens USA (ti sykehus i North Carolina) har 50 og Ahus hadde 30 i 2007, ifølge Hveding. Kunnskapssenteret opplyser at gjennomsnittet til organisasjonene er 90 per 1000 liggedøgn, det skulle tilsi at Nordlandssykehuset ligger godt under snittet.

– Utfordringen til klinikkene nå, blir å finne innsatsområder hvor vi kan sette i gang tiltak som skal forbedre pasientsikkerheten, sier Hveding.

Han synes prosjektet er vel anvendt tid siden de avdekker så mye.

– Og så forsøker vi å se det fra pasientens

«Vi melder ikke ubetydelige skader som fall uten brudd eller cystitt.»

synsvinkel i de tilfellene der vi er i tvil om det er en skade eller ikke. Da spør vi oss selv: «Ville du vært fornøyd hvis dette hendte deg?» Hvis svaret er nei, er det en skade.

Vanligst med urinveisinfeksjon

– Hva er de vanligste skadene dere finner?

– Urinveisinfeksjoner. Sykehusinfeksjoner og legemiddelskader er også relativt vanlige.

– Hva er de mest alvorlige skadene dere har funnet?

– Det er for tidlig å si noe om dem ennå, siden vi driver en mer systematisk gjennomgang av disse.

– Informerer dere pasientene når dere finner disse skadene?

– Vi har ikke gjort det foreløpig, men har meldt dem til medisinsk direktør. Han har satt i gang et arbeid med å utrede om hva som skal meldes videre. Dersom det dreier seg om for eksempel en dame som fikk urinveisinfeksjon for et år siden, tviler jeg på at vi vil ringe henne opp.

– Så skadens alvorlighetsgrad vil ha betydning for om dere informerer pasienten eller ikke?

– Ja, det tror jeg, men som sagt er dette noe som direktøren arbeider med retningslinjer på, sier Hveding.

Medisinsk direktør Barthold Vonen er på ferie, og kan ikke kommentere saken.

Pasienten skal informeres

I veiledningen fra Kunnskapssenteret står det at **alle** pasientskader som oppdages i forbindelse med GTT-prosjektet skal meldes gjennom helseforetakets meldesystem og i henhold til nasjonalt regelverk, i tillegg til at pasientene informeres. De nasjonale reglene er nedfelt i Helsepersonellovens paragraf 3,3 og sier at helsepersonell har meldeplikt på alle betydelige skader som gir forlenget sykehusopphold, varig mén eller død.

«Vi anbefaler at dette standardiseres og utføres av andre ansatte enn teamet som er satt til å gjennomføre journalundersøkelsen. Tiden dette medfører er ikke beregnet inn i tiden det tar å gjennomføre selve journalundersøkelsen», står det i veiledningen.

– Reglene er helt klare på området, men selve GTT-prosjektet vil ikke melde noe. Det er opp til de enkelte helseforetak å iverksette de tiltakene som er nødvendig for å følge reglene, sier avdelingsdirektør Geir Bukholm hos Kunnskapssenteret.

Melder ikke ubetydelige skader

– Ahus er det eneste sykehuset i landet som har brukt GTT siden 2007. Vi har redusert skadeomfanget betydelig ved at det er satt inn tiltak på innsatsområder som har utpekt seg, sier Helge Svaar, pasientsikkerhetssjef ved Ahus.

Da Sykepleien skrev om Ahus sitt GTT-pilotprosjekt i 2008, krevde både Pasientombudet og Norsk Pasientskadeerstatning at sykehuset måtte informere pasientene om skadene som ble oppdaget. Inntil da hadde ikke sykehuset gjort det.

– Har dere begynt å gjøre det nå?

– Ja, hos oss er det hver enkelt avdeling sitt ansvar. Vi melder ikke ubetydelige skader som fall uten brudd eller urinveisinfeksjon/cystitt, sier Svaar.

Gjennom GTT-registreringen utpekte det seg tre innsatsområder for sykehuset: Håndhygiene, innsetting av fremmedlegemer i pasienten og postoperative sårinfeksjoner. Noe av det som ble gjort var å firedoble antallet

hånddispensere og gå gjennom rutinene ved innsetting av særlig urinkatetere og perfriere venekatetere, samt med tanke på å unngå postoperative sårinfeksjoner. Nyansatte ble lært opp med en gang.

– Det har hjulpet å ha disiplin og et gjennomført fokus på disse tingene. Nå er vi for eksempel inne i en månedskampanje for å forbedre håndhygiene igjen, forteller Svaar. ■■■

GTT

- › Global Trigger Tool (GTT) er en amerikansk standardisert prosedyre for å identifisere pasientskader og uønskede hendelser.
- › Det kan enten brukes på foretaksnivå eller enheter under foretakene som sykehus, klinikker og avdelinger.
- › To sykepleiere går hver for seg gjennom et tilfeldig utvalg journaler på jakt etter trigger som kan tyde på at det har skjedd en uønsket hendelse eller pasientskade. Så møtes de for å sammenligne, deretter går de gjennom resultatene sine med en lege.
- › Resultatene angir mål på pasientskader på tre måter: Antall skader per 1000 liggedøgn, antall skader per 100 sykehusinnleggelse og prosentandel av sykehusinnleggelse som har medført pasientskade.

Trigger

- › En trigger er ikke en pasientskade, men noe som kan tyde på at det har vært en komplikasjon som kan skyldes en pasientskade eller uønsket hendelse.
- › Eksempel på trigger kan være antibiotikabehandling, en reoperasjon eller reinnleggelse, blodprøve som viser visse verdier eller antidot ved eventuell opiattdosering.

Pasientskader i tall

- › Internasjonale undersøkelser har vist at rundt 10 prosent av alle sykehuspasienter utsettes for så grove uønskede hendelser at de får en alvorlig skade eller dør.
- › Omtrent halvparten av alle pasientskader som oppstår på sykehus kan unngås med bedre tiltak for pasientsikkerhet.
- › Det er en underrapportering av pasientskader. Undersøkelser har vist at kun en femtedel meldes.

Kilde: Helsedirektoratet og Kunnskapssenteret

Årets sykepleiere

Mange av NSF's fylkeskontorer benytter 12. mai til å kåre «Årets sykepleier.»

Tekst **Kari Anne Dolonen**

Møre og Romsdal, fikk Liv Astrid Faksvåg prisen som Årets sykepleier. Hun hadde ni konkurrenter, men stakk av med prisen blant annet fordi hun er en «tydelig, modig og stolt sykepleier».

Stomi og ledelse i Telemark

Telemark er et av de fylkene som deler ut flere priser. Stomisykepleier Gro Irene Lien ved Kirurgisk klinikk, STHF fikk tittelen Årets sykepleier. Årets sykepleierleder ble enhetsleder Marit Gunleikskås i hjemmesykepleien, Gulset 2 i Skien kommune.

Adeccosykepleier

Oslo deler også ut to priser. Årets sykepleier ble Oline Lothe Hesselberg på Ammerudlunden Sykehjem i Oslo som var drevet av Adecco. Juryen mener hun har profilert sykepleieryrket på

en veldig bra måte da hun varslet om ulovlige forhold. Årets sykepleierleder ble Anne Marie Dahl, enhetsleder ved seksjon for hjerneslag OUS. Sitat fra forslagsstilleren: Hun er rett og slett en fantastisk sykepleierleder som vi er stolt av og som vi ønsker å fortsette å jobbe for.

Fag i sentrum

I Vest-Agder heter årets sykepleier Margaret Fleten, som nå jobber som sykepleier på avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering/lungemedisinsk dagsenter ved Sørlandet sykehus.

To vinnere

I Rogaland deler Anne Ree Jensen og Peter Hee Andersen prisen og tittelen Årets sykepleier. Ifølge NSF Rogaland var applausen øredøvende fra de over 50 fremmøtte.

Hjerte og hjerne

Åshild Moen fikk sykepleierprisen i Troms. I juryens begrunnelse heter det at Moen er en markant sykepleier med lang fartstid. Hun er målrettet og bevisst og yter stor respekt blant sine kolleger.

I Nordland gikk prisen til Merete Kristensen.

Hevet kvaliteten

I Vestfold var det kreftsykepleier Nina Ulfsten som ble kåret til årets sykepleier. Hun jobber på tvers av sonen i hjemmetjenesten i Nøtterøy kommune. Juryen sier at hun beskrives som kanskje den mest kompetente innen sitt felt på landsbasis. Hun er tydelig, omsorgsfull, samarbeider med alle og prioriterer tid ute hos brukeren.

Flere kåringer? Tips Sykepleien! ■■■

ALT PÅ ETT KORT

NYHET!

DRIVSTOFFRABATT

50 øre

fra første liter

Esso MasterCard er mer enn gode rabatter på drivstoff. Det er også et fullverdig kredittkort uten årsavgift, som sparer deg for penger.

Les mer om alle fordelene på nettsiden vår.

essomastercard.no
Drivstoffrabatt og mye, mye mer



▶ Send en SMS med **SYKEPLEIERNE** og e-postadressen din til **2290** så sender vi deg søknadsskjema.

Tilbudet gjelder medlemmer av Norsk Sykepleierforbund / Drivstoffrabatt er øre/liter på pumpepris drivstoff inkl. moms / Effektiv rente ved en kreditttramme på kr 50.000 er fra 25,34 % til 26,62%

Cathrine M. Lofthus

Alder: 40 år

Aktuell som: **Lege og ansvarlig prosjektdirektør for Klinisk arbeidsflate (KA-prosjektet) ved Oslo universitetssykehus.**

BAKGRUNN:

De fire sykehusene i det sammenslåtte Oslo universitetssykehus (OUS) skulle få tilgang til hverandres pasientjournaler. Dataprojektet ble kalt Klinisk arbeidsflate, og firmaet Logica fikk oppdraget i 2009. Nå har styret i OUS stanset prosjektet. Cathrine Lofthus har begrunnet med forsinkelser og store kostnader. Sykepleiere og leger er frustrerte og må fortsette å jobbe tungvint for å skaffe seg pasientopplysninger.

Tilbake til start

Hvorfor er det så vanskelig å få datasystemene til å kommunisere med hverandre?

– Fordi de forskjellige sykehusene som OUS består av har ulike kliniske systemer fra før.

Hvilke problemer har det særlig dreid seg om?

– Planen var å levere en teknisk løsning som raskt skulle bidra til å støtte fusjonen i OUS. Prosjektet ble betydelig forsinket, og det ville bli langt dyrere og mer komplisert å drifte enn forutsatt. Derfor avbestilte vi gjenstående leveranser.

Hvorfor valgte dere ikke heller like systemer på alle sykehusene?

– Klinisk arbeidsflate skulle fungere som en portal som sammenstilte informasjon fra de ulike systemene. Hele tiden har målet vært at de underliggende systemene også skulle slås sammen, men dette vil ta lang tid.

Mange sykepleiere lurer på hvorfor dere ikke satset på dips, som er et utbredt system?

– Jeg kan ikke kommentere kontraktmessige og kommersielle valg som er gjort.

Hvorfor er det vanskeligere for sykehus enn for bankene å få til smidige datasystemer?

– For oss er systemer som sikrer kvalitet og ivaretar pasientsikkerheten helt avgjørende.

160 millioner kroner er brukt på oppdraget, mener Aftenposten. Er millionene bortkastet?

– Vi er ikke ferdig med å gjennomgå avbestillingen med leverandør og kan ikke kommentere kontraktmessige forhold. Selv om flere elementer kan brukes ved alternative løsninger, har vi brukt mye ressurser og krefter internt. Dette har selvsagt en prislapp, men beløp som har stått i mediene er ikke noe vi kan bekrefte.

Burde oppdraget vært stoppet tidligere?

– Vi har rapportert fortløpende til styret og også hatt ekstern kvalitetssikring av prosjektet fra starten av. Det er styrets beslutning å avslutte prosjektet, i forståelse med Helse Sør-Øst, som

eier rammeavtalen. Sykehuspartner, som drifter våre systemer, har også vært løpende involvert i vurderingene.

Hvordan kunne denne omveien vært unngått?

– Jeg ønsker ikke å gå inn på dette nå.

Hvem har mest ansvar for det som har skjedd – OUS eller Helse Sør-Øst?

– Dette ønsker jeg ikke å kommentere.

Opplever du at «småkonger» på Riksen og Ullevål hindrer samhandling?

– Samarbeidet mellom de ulike miljøene har fungert godt. Man har ønsket å lykkes.

Mye i prosessen er besluttet i lukkede styremøter. Hadde det vært en fordel med mer åpenhet underveis?

– Dette skyldes kontraktsforhold. Ellers er vi for åpenhet.

Hvordan påvirker det som har skjedd omstillingen generelt i OUS?

– Målet er fortsatt å slå sammen de kliniske systemene. I mellomtiden er det etablert en midlertidig løsning som gir klinikere tilgang til pasientinformasjon uavhengig av hvor de sitter. En lege på Aker kan for eksempel komme seg inn på Ullevåls pasientsystem. Men først må man logge seg på en gang ekstra.

Kan pasientinformasjon gå tapt når det er tungvint å dokumentere i flere systemer?

– Man dokumenterer alltid i det systemet som gjelder der man er lokalisert, slik man er vant til fra før. Det nye er at man kan lese informasjon fra pasientsystemer ved andre lokalisasjoner og slik få oversikt over pasientens sykehistorie. Pasientinformasjon går ikke tapt.

Hva sier de ansatte?

– Noen synes at dette var en god og riktig avgjørelse

og noen er frustrerte og synes det er trist.

Hva sier sykepleierne?

– Det samme som andre ansatte.

Hva nå?

– Midlertidig løsning bli nå suksessivt tilgjengelig for flere brukere. I tillegg arbeider vi med andre alternativer til Klinisk arbeidsflate.

Tekst Marit Fonn Foto Oslo universitetssykehus



Tema **Ufaglærte**

28 – Å være ufaglært er ikke synonymt med å være nærmest ubrukelig ›

30 Helsefagelevene slutter ›

32 – Ledere må ta ansvar ›

34 Ufaglært? Ligg unna panseret! ›

Nederst i

GJØR JOBBEN: Ufaglærte stepper inn til alle døgnets tider. Andelen uten relevant utdanning i helse- og sosialsektoren skal ned, men de siste årene har tallene stått på stedet hvil.

hierarkiet

- I dag er rundt 60 000 av de ansatte i helse- og sosialsektoren ufaglærte.
- 34 prosent av personalet i helse- og sosialsektoren skal ha høyskoleutdanning innen 2015.
- Det målet kan bli vanskelig å nå, viser ny rapport.





TRUMPER: Helge Kristiansen og Bjørn Flatmoen på Vinderen bo- og servicesenter tar en omgang kortspill før sengetid. Kristiansen er en av de 60 000 ufaglærte i norsk helsevesen. På syvende året steller, vasker og mater han syke og pleietrengende pasienter.

«Å være ufaglært er ikke synonymt med å være nærmest ubrukelig.» Forsker Håkon Høst.

I helsenattens mulm og mørke får fleksible ufaglærte i alle tenkelige brøker hjulene til å gå rundt. Bør de egentlig bort, alle sammen?

Tekst **Ann-Kristin Bloch Helmers** og **Kari Anne Dolonen** Foto **Erik M. Sundt**

Klokka nærmer seg åtte på kvelden i femte etasje på Vinderen bo- og servicesenter i Oslo.

Helge Kristiansen sukker lett i sykehjemskorridoren mens han tenker seg om. Kikker på den lille lappen med numre, og går tilbake til tøyrommet.

Forbi ham fyker sykepleierne med piller og plaster.

Med trent mine finner han fram det han trenger: Håndklær til en pasient. Nattøy til en annen.

Når ikke målet

Helge Kristiansen på sykehjemmet på Vinderen er en av de 60 000 ufaglærte i norsk helsevesen. Han er en av dem som steller, vasker og mater. Skifter på senger og løper med bekken. Stepper inn når mer faglærte kollegaer er syke og har ferie, og stort sett jobber på ubekvemme tider av døgnet.

Andelen ufaglærte er ifølge Helsedirektoratet nærmest uendret de siste årene. I 2009 ble det ansatt 22 000 uten godkjent helse- og sosialfaglig utdanning i pleie- og omsorgssektoren ute i kommunene, ifølge en rapport forskningsinstituttet NIFU nylig presenterte.

I regjeringens omsorgsplan er målet å øke andelen med høyskoleutdanning fra 24 prosent i 2004 til 34 prosent i 2015. Dette målet vil bli vanskelig å nå, mener NIFU.

Når det gjelder helsefagarbeidere er målet å utdanne 4 500 per år. – Nå ligger tilgangen på rundt 2 400, men tallet vil sannsynligvis bli enda lavere. Ifølge Helsedirektoratets vurdering vil man ikke klare å nå dette målet med dagens veksttakt, skriver Helsedirektoratet i sin kommentar i årsrapport 2009, Omsorgsplan 2015.

I tillegg til at målet om 4 500 ferdig utdannede helsefagarbeidere per år ikke nås, er en stor andel hjelpepleiere i ferd med å gå av med pensjon. Dette gjør at behovet for helsearbeidere vil øke enda mer.

« Som ufaglært må du fylle opp det de over deg i hierarkiet ikke vil ha.

Håkon Høst, forsker

Etter sommeren kommer en stortingsmelding om utdanning som skal forsøke å svare på hvordan kompetanseproblemet kan løses.

Jobber kveld og natt

I seks og et halvt år har Helge Kristiansen gått på halvårskontrakter som pleieassistent.

– Jeg får ikke fast jobb uten utdanning, sier han.

Men jobb får han. Med en 84 prosent stilling er det ikke vanskelig å fylle opp med ekstravakter, slik at han i praksis jobber fullt. Det er bare å si ja der andre sier nei, eller si ja der han egentlig hadde fri.

– Stort sett jobber jeg kvelder, og en og annen natt om jeg blir spurt, sier han.

Lege på vakt

Fra 2008 til 2009 gikk knapt 2500 av de ufaglærte over til å bli faglærte – og litt over 1000 endret status fra ufaglærte til å bli høyskoleutdannede. Det vil si at de fullførte en helsefaglig utdanning mens de var i arbeid.

Denne varme maikvelden er også Alan Walston Dsouza på jobb på sykehjemmet på Vinderen. Han har akkurat rykket opp fra pleieassistent til helsefagarbeider, men har ikke tenkt å stoppe der. 25-åringen, som opprinnelig kommer fra India, er utdannet lege fra St. Petersburg i Russland. Målet er å få autorisasjon som lege i Norge. Inntil videre skifter han sengetøy og lager mat til de pleietrengende pasientene.

– Dette er en god erfaring å ha som lege. Jeg vil forstå mer av hvordan det er å jobbe som pleieassistent eller hjelpepleier. Da jeg hadde praksis i Russland, visste jeg knapt hva hjelpepleierne gjorde, sier han.

Alan og Helge jobber side ved side, fordeler romnumrene med pasienter som skal stelles for kvelden. De ufaglærte er ingen ensartet gruppe.

Sammensatt

Ett av tre årsverk i den kommunale pleie- og omsorgssektoren fylles av ufaglærte, ifølge tall fra NIFU og Statistisk sentralbyrå. Håkon Høst ved NIFU er statsviter og har blant annet forsket på de ufaglærte.

– Hvem er egentlig «de ufaglærte»?

– Det er en sammensatt gruppe. Studenter og skoleelever på videregående skole, som enten tar utdanning innen helse- og sosialfag eller andre fag. Så er det personer som søker jobb innen pleie- og omsorg, som ikke har godkjent helsefagutdanning. Det betyr ikke nødvendigvis at de ikke har utdanning, sier Høst.

» 38 prosent av de ufaglærte har en annen utdanning på videregående nivå.

» 10 prosent har en annen høyere utdanning.

» 9 prosent av dem som har en annen fagutdanning er i gang med helse- og sosialfaglig utdanning på høyskolenivå.

– Med sin formal- og realkompetanse både fra sektoren og fra andre bransjer, representerer disse en verdifull kompetanse i omsorgssektoren, selv om de etter definisjonen regnes som ufaglærte, konkluderer Helsedirektoratet i sin årsrapport om Omsorgsplan 2015.

Mønsteret er ifølge Høst slik at man rekrutterer personer inn i helse- og sosialutdanningene fra de ufaglærte. Det foregår en innslusing fra arbeidsplassene, de rekrutteres via arbeidet.

Av et kull ufaglærte som ble helsefagarbeidere, hadde halv-



LØST OG LITE: Ufaglærte får ikke fast jobb, og de jobber i små brøker på ubekvemme tider.

Hvor mange?

I 2009 var det 115 000 årsverk i 2009 var det ifølge Helsedirektoratet drøye 117 000 avtalte årsverk i brukerrettet pleie- og omsorgstjeneste i kommunene. Av disse var 35 000 årsverk ufaglærte, 49 000 helsearbeidere/hjelpepleiere og vel 23 000 sykepleiere. I tillegg kommer yrkesgrupper som fysioterapeuter, leger og ergoterapeuter.

parten en annen yrkesutdanning eller studieforberedende fra videregående, enkelte også høyskole. Halvparten hadde påbegynt, men ikke fullført videregående skole.

Mange innvandrere

– Vi vet også at det er en økende andel med innvandrerbakgrunn. Nesten hele nettoøkningen i pleie- og omsorgssektoren de siste årene er representert av personer med innvandrerbakgrunn, sier han.

Tallene viser at de fleste av de med innvandrerbakgrunn er ufaglærte, men et betydelig antall er også hjelpepleiere og sykepleiere. Av sykepleierne kommer de fleste fra Sverige og noen andre europeiske land. Men det er også en stor andel fra Filippinene og India.

– De ufaglærte kommer fra veldig mange forskjellige land, men hovedtyngden er personer fra det vi kan kalle ikke-vesteuropeiske land. Sykepleiere kommer til Norge fordi de er ønsket med den kompetansen de har – blant ufaglærte er det bosatte innvandrere som trenger jobb, og som derfor søker seg til pleie- og omsorg, sier Høst.

Avhengig av ufaglærte

– Er det et problem at det er så mange ufaglærte?

– Ikke entydig. Det er klart at man er opptatt av at man skal ha utdannede folk i helsesektoren. Man må unngå å få for mange ufaglærte. Men slik situasjonen faktisk er i dag, så er det i hovedsak sykepleiere og vernepleiere som rekrutteres via utdannings-systemet, sier Høst.

– Til helsefagarbeiderutdanningen er man avhengig av å rekruttere via arbeidet – altså ufaglærte som allerede er i jobb. Pleie- og omsorgssektoren er slik sett helt avhengig av ufaglærte. Hele mønsteret for rekruttering er basert på dette, sier han.

Han understreker at det av de 30 000 nyansatte årsverkene i sektoren i 2009, var 22 000 av disse ufaglærte.





Vil utdanne ufaglærte til sykepleiere

Ufaglærte er så populære fordi de er fleksible: De fleste rekrutteres inn i små stillinger. Jo høyere opp i hierarkiet, jo mer kan du velge i forhold til arbeidstider og stillingsbrøker, sier Høst.

– Sykepleiere kan i størst grad velge. Hjelpepleiere må ta mer ubekvemme skift, mens ufaglærte må ta det de får, sier han.

– Som ufaglært må du fylle opp det de over deg i hierarkiet ikke

« Vi kan ikke basere driften av syke mennesker på ufaglært arbeidskraft.

NSF-leder Lisbeth Normann.

vil ha. Det skjer en påfylling i timelistene nedenfra. Man kan ikke bare si at man er imot ufaglærte, slik systemet faktisk fungerer i dag. Man må heller sette inn rekrutteringstiltak ut fra den virkeligheten som er, sier Høst.

Han mener det behøves en systematisk opplæring av dem som allerede er i jobb – i første rekke til helsefagarbeiderutdanning, men om det er ufaglærte som er motiverte, bør de også få tilbud om sykepleierutdanning.

– Det bør jobbes systematisk med samarbeid med høyskolene, for å tilby desentralisert sykepleierutdanning til ufaglærte og helsefagarbeidere, sier han.

– Nulltoleranse

– Det er viktig å fremheve at det å være ufaglært ikke er synonymt med å være nærmest ubrukelig. Det er en rådende tanke at vi må bli kvitt de ufaglærte, mens vi i realiteten bør være veldig glad vi har dem til å pleie de gamle. I motsatt fall ville vi fått store problemer med å holde pleie- og omsorgssektoren i gang, sier Høst.

Lisbeth Normann, leder i Norsk Sykepleierforbund, er ikke enig med Høst.

– Det må være nulltoleranse i bruk av ufaglært arbeidskraft til pleie og behandling av syke mennesker i kommunehelsetjenesten, sier hun.

– Jeg er ikke imot at ufaglærte skal ta fagutdanning eller høyskole-

utdanning. Det er fint dersom ufaglærte blir motivert til det. Der er vi helt enig med Fagforbundet. Men vi kan ikke basere driften av syke mennesker på ufaglært arbeidskraft. Mange av dem som jobber som ufaglærte tar en helt annen utdanning og er verken motivert eller har intensjoner om å jobbe i sektoren, sier hun.

Normann mener det har skjedd en sammenblanding av hjemmehjelpsoppgaver og sykepleieoppgaver.

– Da jeg jobbet som assistent i hjemmesykepleien for 25 år siden, vasket jeg gulv, mens sykepleierne tok seg av pasientoppfølging. I dag er det ikke uvanlig at assistenter både deler ut medisiner og fortar sårstell. Det er helt greit at de formelle kravene for å gi praktisk bistand til pasienter er lave, men nå har det gått altfor langt, sier hun.

Fag=god økonomi

De ufaglærte er attraktive fordi de er fleksible – men er de også billigere?

Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon (KS) har gjennom FoU-rapporten «Kostnader og kvalitet i pleie- og omsorgssektoren», kommet frem til at det kan være god økonomi å satse på fagutdannede.

KS er sterkt involvert i Aksjon Helsefagarbeider, som skal øke rekrutteringen av fagutdannede til sektoren.

– Det er en positiv sammenheng mellom faglige kvalifikasjoner og kvalitet på tjenestene. Under visse forutsetninger er det også en gunstig sammenheng mellom faglige kvalifikasjoner og kostnader i kommunehelsetjenesten, sier Helge Eide i KS.

I rapporten kommer det frem at selv om faglært arbeidskraft er dyrere enn ufaglært blir kostnadene likevel lavere når andelen faglærte øker.

– Årsaken er at faglært arbeidskraft er mer produktiv enn ufaglært. Samlet sett gir en høyere andel ansatte med fagutdanning bedre tjenester til lavere kostnader, sier han.

Forsker Håkon Høst skriver under på dette:

– Ville det blitt mye dyrere å ha bare faglærte på jobb?

– Det er klart det koster mer, men jeg tror ikke det er grunnen til at det ser ut som det gjør. Begrensningen i antallet faglærte ligger heller i hvor mye kommunene klarer å rekruttere, sier han.

– Og når det gjelder kostnader: Det er forskjell på lønna til en

Helsefagelevene slutter

Kunnskapsdepartementet vet ikke hvorfor elevene uteblir eller faller fra. Tekst **Kari Anne Dolonen og Ann-Kristin Bloch Helmers**

Mange elever i helse- og sosialfag faller fra i løpet av videregående skole, særlig mellom andre og tredje skoleår.

– Vi vet for lite om årsakene til frafallet, sier Egil Knudsen, leder for kommunikasjonsavdelingen i Kunnskapsdepartementet (KD).

Han mener en årsak kan være mangel på lære-

plasser. I stedet for å begynne i læra, går de videre på skole, på såkalt allmennfaglig påbygning.

– Vi kjenner lite til årsakene til at mange velger vekk lære plass. Kunnskapsdepartementet er i gang med å undersøke hvor elevene som velger påbygning i stedet for lære plass ender opp, forteller han.

– Er det i det hele tatt mulig å nå målene om å minske andelen ufaglærte innen 2015?

– KD vil legge frem en stortingsmelding høsten 2011 om helse- og sosialfaglige utdanninger. I forbindelse med dette arbeidet vil departementet se nærmere på rekrutteringen og gjennomføringen av helsefagarbeiderfaget. Vi vil også se nærmere på overganger som bedrer karriereveiene. Arbeidet med å utforme en ny samfunnskontrakt for lære plasser er nå i gang. I forbindelse med dette arbeidet vil status for yrkesfagene og det offentliges forpliktelser til å tilby lære plasser drøftes, sier Knudsen.

ufaglært og en sykepleier. Men også ufaglærte har en anstendig lønn. Det man må huske på er at sykepleiere har høyere produktivitet, siden de normalt sett kan mer enn ufaglærte. Om man ansetter en ufaglært som må læres opp, er det ikke sikkert det blir billigere. Mitt inntrykk er at de som har utdanning blir foretrukket dersom de finnes, sier Høst.

Ferdig med skole

Helge Kristiansen på Vinderen forteller at han begynte som vaskehjelp på sykehjemmet, og etter fire år gikk han over i sitt første vikariat som pleieassistent.

– Har du vurdert å ta mer utdanning?

– Ja. For et par år siden fikk jeg tilbud om å begynne på helsefagarbeiderutdanning gjennom jobben. Jeg begynte, men fordi jeg har dysleksi, og jeg opplevde mangel på tilrettelegging, sluttet jeg. Nå er jeg nok ferdig med skolegangen. Det var siste forsøk, sier han.

– Er du ofte oppe i jobbsituasjoner hvor du tenker at du burde hatt en fagutdanning å lene deg på?

– Jeg kan jo etter hvert arbeidsoppgavene jeg faktisk har godt. Men jeg kunne jo gjort mer om jeg hadde en utdanning. Dele ut medisiner, stelle sår og sårne ting. Det begrenser seg jo hva jeg får lov til å gjøre, sier han.

Kort og kaffe

Kristiansen åpner døra inn til et av rommene og setter seg ned hos pasient Bjørn Flatmoen. Det er tid for kortspill før kveldsstellet.

Mens de spiller kort, kommer det frem at pasient Bjørn Flatmoen mener han nok ser mer til pleieassistent Helge Kristiansen enn til sykepleierne på avdelingen. Kristiansen bekrefter:

– Jeg har mer tid til å sitte ned og snakke med pasientene. Sykepleierne har så mye å gjøre at de sjelden får tid til det. Jeg ser pasientene mer, og kan si fra til sykepleierne dersom jeg ser at noen for eksempel har fått en hudavskrapning, eller om de plutselig blir dårligere, sier han.

– Så er det opp til sykepleierne å ta avgjørelsene ut fra det.

De to småprater over kortspillet, og tar kveldens siste kaffekopp. Helge Kristiansen medgir:

– Jeg har vel kokt noen hundre liter kaffe de årene jeg har jobbet her.



LEGE I PLEIE: Alan Walston Dsouza har vært både pleieassistent og helsefagarbeider på sykehjemmet på Vinderen. I St. Petersburg jobbet han som lege.

Fakta

Nedgang

Kommunene planlegger i underkant av 1 000 nye årsverk i 2011. Det er størst etterspørsel etter helsefagarbeidere og sykepleiere. Forventet antall nye årsverk tyder på at den sterke veksten som har preget de siste fire årene, ikke fortsetter.

Økonomi

Et høyere kompetansenivå vil være forbundet med økte kostnader for helsetjenesten.

Deltid og heltid

Sektoren er fortsatt preget av mye deltidsarbeid. Mønsteret er at de med lav eller ingen utdanning har lavest stillingsprosent.

Kilde: Årsrapport 2009, Omsorgsplan 2015. Utgitt november 2010.

KD henviser videre til Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) på spørsmål om Kompetanseløftet er en fiasko. Statssekretær Tone Toften i HOD svarer.

– Utviklingen i andel med høyere utdanning i omsorgstjenestene er positiv og i tråd med forventningene. Det tar fire år å bli helsefagarbeider. For flere av målene som er knyttet til utdanning er det derfor slik at vi ikke ser resultat av satsingene før etter noen år. Vi vet imidlertid at tilgangen på helsefagarbeidere er problematisk. Derfor er det satt i gang en rekke tiltak knyttet

til rekruttering av helsefagarbeidere, både i ungdomskullene og overfor voksne, sier statssekretær Tone Toften.

– Er kompetanseløftet en fiasko?

– Nei. Ulike sider av Kompetanseløftet 2015 har vært evaluert av forskningsinstituttene NIFU og NIBR. NIBRs undersøkelser viser at kompetanseløftet treffer godt og at kommunene er fornøyde både med informasjon og innretning. NIBR finner imidlertid at kommunene søker om mer midler enn det som ligger i tilskuddsordningen per i dag. Kommunene søker om støtte til ansatte som tar

grunn- og etter- og videreutdanning, sier hun.

– NIFU konkluderer med at den samlede årsverksinnsatsen i tjenestene har økt under kompetanseløftet, men at veksttakten er noe lav. Andelen som arbeider i større stillinger fortsetter å øke. Det er relativt store regionale og fylkesvise forskjeller i kompetanseprofil og -innsats. Det kan forklares ved strukturelle forhold og av utdannings- og arbeidstilbud i de enkelte fylker. NIFU peker også på den utfordringen som ligger i dagens voksenopplæringsmodell for helsefagarbeidere, sier Tone Toften, statssekretær i HOD.





– Ledere må ta

Lisbeth Normann, NSF-leder, er klar på at sykepleieledere i kommunene har et stort ansvar for å sikre kvalifisert personell på alle vakter. Tekst Kari Anne Dolonen og Ann-Kristin Bloch Helmers

Mosheim sykehjem:
Sykepleier
Begynnerlønn: 330 800
10 års ansenitet: 378 000
16 års ansenitet: 390 000



Kravet om å få ned andelen ufaglærte i pleie- og omsorg kommer fra politikere og fagforbund. Offentlige dokumenter sier at andelen utgjør om lag en tredjedel av alle årsverk i sektoren.

Forbundsleder i Norsk Sykepleierforbund (NSF), Lisbeth Normann, mener det er vanskelig å si nøyaktig hvor stor del av årsverkene som utføres av ufaglærte.

– Ut ifra stikkprøver som er gjort, ser vi at det er store variasjoner. Det vi vet er at vi finner størst andel ufaglærte i store kommuner som Oslo og Bergen, og andelen går ikke ned. I Oslo har det vært tilfeller hvor sykehjem drives med 80 prosent ufaglærte på vakt, sier Normann.

Lovkrav

– Hvilket ansvar har sykepleielederne i kommunehelsetjenesten for å få ned andelen ufaglærte?

– De har et stort ansvar. I helsepersonelloven står det tydelig at ledere har et faglig personlig systemansvar. Det betyr at sykepleieledere er ansvarlige for at tjenestene utføres på forsvarlig måte og at det er kvalifisert personell på jobb på alle vakter.

– Hva med argumentet om at det er umulig å få tak i kvalifisert personell?

– Sykepleieledere må da rapportere det opp i syste-

« Det er kommuner som får dette til.

Lisbeth Normann

met og sørge for at ledelsen høyere opp tar tak i problemene med å få tak i kvalifisert personell. Ansvaret for dette er både et politisk ansvar, et arbeidsgiveransvar og et virksomhetslederansvar. Selv om det kan være vanskelig å få tak i ønsket personell, ligger lovkravet like fast.

Normann mener at lønn og fagutvikling er to virkemidler som kan bedre denne situasjonen.

– Det er kommuner som får dette til, sier hun.

Lønn og fagutvikling

Anne Moi Bø er leder av NSF's Landsgruppe av Sykepleie-

ledere (NSFLSL). Også hun mener problematikken varierer stort.

– Å gi enkle svar på hvordan man kan få ned tallet, er vanskelig. Som leder av NSFLSL, har jeg forstått at problematikken er ulik fra sted til sted. Det kan se ut som om situasjonen i østlandsområdet er annerledes enn her på Vestlandet hvor jeg jobber, sier hun.

Men det er to områder hun likevel mener er viktig uansett situasjon og som er helt i tråd med Lisbeth Normanns løsninger.

– Det ene er å få flere heltidsstillinger i sektoren, det andre er å tilby høyere lønn. Hvis ikke dette kommer på plass, er det vanskelig å få søkere til ledige stillinger, sier hun.

Lederansvar

I kommunehelsetjenesten er det stort sett sykepleiere som er ledere på alle nivå. Hvilket ansvar har de for å sikre at de som er på jobb har fagutdanning?

– Regelverket sier at bemanningen skal ha en faglig dekning som er i samsvar med pasientenes behov. Det er et ledelsesansvar, sier Moi Bø.

– Er det slik i virkeligheten?

– Ja, det tror jeg. Det er mange dyktige sykepleieledere i kommuner rundt om som er svært opptatt av dette. Problemet er at vi ikke kan nekte å ta imot pasienter. Vi må ta inn så mange som kommuneadministrasjonen har bestemt. Mange steder er det få eller ingen søkere til ledige stillinger. I slike situasjoner har ledere i realiteten ikke noe valg. De må ta inn ufaglærte, sier hun.

Mosheim sykehjem:
Helsefagarbeider
Begynnerlønn: 281 000
10 års ansenitet: 337 000



ansvar

– Er det et holdbart argument at det ikke er mulig å få kvalifiserte søkere?

– Det er i hvert fall slik virkeligheten er for mange. Selv om politikere kutter i budsjetter, endres ikke kravene til kvaliteten på tjenestene vi gir. Det er et misforhold mellom ressurser og oppgaver, sier hun.

Moi Bø er selv leder ved Mosheim sykehjem i Stavanger.

– Har du mange ufaglærte ansatt?

– Nei. Hos oss har vi kun ufaglærte ansatt i små stillingsbrøker for å fylle helgebehovet. Vi har også to ufaglærte som er fast ansatt ettersom de har jobbet hos oss i mange år. Ellers ansetter jeg bare sykepleiere i hele stillinger dersom de ønsker det. Men det kan være vanskelig å få søkere til stillinger.

Moi Bø sier at tallet som regjeringen opererer med om at hvert tredje årsverk er ufaglært sikkert stemmer noen steder, men ikke over alt.

– Det er i hvert fall langt fra slik på sykehjemmet jeg jobber ved. Jeg har heller ikke hørt om andre sykehjem i Stavangerområdet hvor andelen er så stor, sier hun.

Økonomi

Dersom regjeringen skal nå sine mål og få økt andelen fagutdannete, økes også utgiftene.

– Dersom man bare skulle hatt fagutdannete, ville det blitt mye dyrere?

– Ja, det ville blitt litt dyrere, men ikke så mye. Lønnsforskjellene er ikke store. Det er andre ting som koster. Jeg skulle mer enn gjerne ansatt bare fagutdannete i 100 prosent stillinger, og på den måten kuttet ut de små helgestillingene der det ofte er ansatt ufaglærte, men det går ikke. Da ville mitt lønnsbudsjett økt med 90 prosent. Politikerne er ikke med på det. Dersom dette hadde vært en realitet, ville beboerne fått bedre kvalitet på tjenestene og sykefraværet ville gått ned, sier hun.

Det som koster er nemlig helgeturnusen.

– Sykepleiere skal ikke jobbe oftere enn hver tredje helg. Dersom jeg skal få nok hoder å dele helgene på med bare heltidsansatte, ville lønnsbudsjettet blitt nesten doblet. Når politikere i Stavanger nå i tillegg vil kutte i budsjettene, er det vanskelig å se at problemstillingen vil bli enklere, sier hun.

– Media forvrenger

Når hun ser enkelte medieoppslag, har hun vondt for å kjenne seg igjen.

– Medienes fokus er ofte ensidig negativt. Det gjør også noe med unge menneskers holdninger når de skal velge hvor de vil søke jobb. Hvem vil velge å jobbe i en sektor hvor det virker som om alt er forferdelig? Arbeid på sykehjem er både

« I forhold til regjeringens behovsanslag om ytterligere 12 000 nye årsverk i perioden 2008–2015 er veksttaket for lav.

« Andelen uten formell kompetanse er tilnærmet uendret de siste årene.

« Selv om det ikke finnes enkle løsninger på de komplekse rekrutteringsutfordringene, mener Helsedirektoratet at det fortsatt finnes virkemidler som ikke er tatt i bruk.

Sitatene er hentet fra Helsedirektoratets vurdering. Årsrapport 2009, Omsorgsplan 2015. Utgitt november 2010.

allsidig, faglig utviklende og spennende. Sykepleierne må ha høy faglig kompetanse for å ivareta et stort spekter av diagnoser hos beboerne og tiltak som iverksettes. Hos oss driver vi målrettet arbeid for å sikre den kompetansen vi trenger relatert til beboernes behov. Vi sørger for å ha spisskompetanse på blant annet slag og lærhalsbrudd, psykiatri, palliasjon og andre relevante områder. Dette gjør vi systematisk gjennom blant annet kompetanseplaner og medarbeidersamtaler. Mediene har et stort ansvar ettersom de påvirker det bildet folk har av sektoren, sier hun.

Arbeidsgiver

Helge Eide er områdedirektør i KS sin avdeling for interessepolitikk. Han mener det er viktig at ledere jobber systematisk for å rekruttere nye.

Han tror ikke kommunene «velger» bort fagutdannete når dette klart påvirker kvaliteten på tjenestene.

– Den helt vanlige problemstillingen er nok at kommunene ikke får tak i kvalifiserte søkere, selv om de forsøker. Uansett har arbeidsgiver et ansvar for at ansatte har den kompetansen som er nødvendig for at det skal kunne gis et faglig forsvarlig tilbud, slik loven krever.

Mosheim sykehjem:
Ufaglært

Begynnerlønn: 239 800
10 års ansenitet: 306 000

Politiske mål

Det er et politisk mål å få ned den høye andelen ufaglærte. Blant annet gjennom kompetanseløftet og Omsorgsplan 2015. Regjeringen ønsker å oppnå følgende fordeling:

- » 1/3 med helse- og sosialfag på videregående nivå (helsefagarbeidere/hjelpepleiere omsorgsarbeidere/aktiviteter m.v.)
- » 1/3 sykepleiere
- » 1/3 med annen høyskole- og universitetsutdanning (vernepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter, sosionomer, ernæringsfysiologer, psykologer, leger m.v.)



Ufaglært? Ligg unna

Sykepleiens under cover jobbsøkere ble blankt avvist uten fagkunnskap av bilverkstedene. Men mangel på faglig ballast var uproblematisk når det handlet om pleie av bestemor.

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

Hvor er det lettest å få seg jobb som ufaglært: På verksted eller på sykehjem? Sykepleiens uhyttelig stikkprøve ble utført ved at vi ringte rundt til tilfeldig valgte verksteder og sykehjem på Østlandet. Vi presenterte oss som ufaglærte på jakt etter jobb overfor fem verksteder og fem sykehjem. Vi sa vi var ufaglært, hadde vært hjemmевærende og passet barn i ti år, og nå ville ut på arbeidsmarkedet igjen.

Av relevant erfaring presenterer vi til verkstedene at vi er glad i biler og har skrudd litt på egen bil på fritida. Til sykehjemmene var planen å si at vi er glad i mennesker og har pleid bestemor i ny og ne.

– **Nei, nei, nei**

På første telefon til et tilfeldig merkeverksted blir vi møtt med konstant avvisning.

– Med den bakgrunnen ville du ikke fått jobb hos oss. Og, for å være helt ærlig, jeg tror ikke du får jobb på et annet verksted, heller.
– *Så jeg kunne ikke jobbet på verkstedet hos dere med min bakgrunn?*

– Nei. Det kreves mye mer her enn at man har skrudd litt i garasjen. Men vi trenger bilmekanikere, så det er ikke noe dumt yrke å utdanne seg til, er beskjeden.

Hos de fire andre er tonen den samme. Nei, det går ikke uten fagbrev. Noen tilbyr seg å undersøke om det er andre oppgaver vi kan utføre. Men ikke å skru bil.

– *Hei, jeg lurte på om det var mulig å få jobb hos dere. Jeg har vært hjemme med barn de siste årene. Men jeg er glad i å mekke bil på fritiden og har skrudd mye på en gammel Ford.*

– Har du fagbrev?

– Nei, det har jeg ikke.

– Da blir det vanskelig.

– *Finnes det ingen muligheter for å få jobb uten fagbrev?*

– Beklager, men sånn er det. Lykke til videre.

Hos verksted tre drar mannen i andre enden på det.

– *Jahaa. Nei, det tror jeg blir vanskelig. Det går i to hundre her om dagen. Jeg er redd for at det bare hadde blitt plunder. Vi er nok*

Samme stunt i 2004

I 2004 gjorde Hans Arne Pettersen og en sekretær ved NSF Oslo akkurat det samme som Sykepleien. De ringte fem bilverksteder og fem bydeler i Oslo.

– Jeg ringte bilverksteder og fikk ikke napp. Min kollega fikk tilbud om jobb på dagen over telefon, oppsummerer Pettersen, som fremdeles jobber i Norsk Sykepleierforbunds Oslo-kontor.

Før vi ringer, spør vi om han tror situasjonen har endret seg.

– Hvis ikke bydelene har tatt innover seg hvor viktig

det er med fagutdannet personell, vil det undre meg. Spesielt har det vært mye fokus rundt ansvaret som ligger i å drive faglig forsvarlig, sier han.

Sekretæren som ringte, søkte jobb i hjemmesykepleien.

– Her er det nok fremdeles lettere å få jobb som ufaglært enn på sykehjem. De har mer ressurser

der, sier Pettersen.

Når det gjelder å få jobb på bilverksted som ufaglært, tror han at det kan ha blitt lettere.

– Sist jeg leverte bilen min inn til service, måtte jeg vente lengre enn vanlig. Forklaringen var at de mangler folk. Det kan kanskje føre til at bilverkstedene senker litt på kravene, sier han.



panseret!

nødt til å ta inn folk som vi vet kan gjøre de oppgavene vi trenger å få gjort. Men du får ha lykke til!

– Ja, ja, ja

På telefon til det første sykehjemmet blir vi bedt om å sende både søknad og CV. Det samme skjer hos sykehjem to, og tre. Og fire. Men ikke sykehjem fem. Der har de nok ufaglærte for øyeblikket.

– Send meg en kortfattet søknad på mail, du, sier damen ved sykehjem to.

Vi vil vite om det å sende inn CV og søknad bare er en pen måte å avvise oss på, eller om vi faktisk har muligheter for å pleie syke eldre med vår bakgrunn. Så vi spør. Er det muligheter for jobb uten fagutdanning eller relevant arbeidserfaring?

– Å ja, det er det. Send meg en søknad, du, sier damen.

Ved sykehjem tre er det det samme.

– Jeg er ikke utdannet inne helse. Jeg har vært hjemme med barn de siste årene. Er det mulig for meg å få jobb hos dere?

– Du får nok ikke fast jobb, men ekstravakter bør ikke være noe problem.

Send meg en søknad, du, sier nok en hyggelig dame.

Ved neste sykehjem ser det veldig lovende ut. Vi setter i gang:

– Jeg er ikke utdannet inne helse. Jeg har vært hjemme de siste ti årene. Er det mulig for meg å få jobb hos dere?

– Det vil ikke være mulig for deg å få fast ansettelse, men du kan få kortvarige kontrakter. Kan du jobbe i sommer, forresten?

– Nei, jeg tenkte å begynne å jobbe fra høsten.

– Ta kontakt igjen til høsten. Det er ikke noe problem å få ekstravakter. Dersom du liker deg kan vi hjelpe deg med utdanning etter hvert, men da trenger du en del praksis først. Det er mange muligheter, sier den optimistiske damen.

Sykepleiens oppsummering:

Det ble altså ingen konkrete jobbtillbud per telefon, men inntrykker er likevel:

Det er lettere å få jobb med å pleie eldre (som for øvrig i snitt har seks diagnoser hver, og stadig blir eldre og skrøpeligere), enn å pleie biler.

Og mens standard spørsmål på verkstedene var om vi hadde fagbrev, var det ikke ett eneste av de fem sykehjemmene som etterspurte verken erfaring, motivasjon eller bakgrunn for øvrig. ■■■

Les også Lisbeth Normann på side 66.

5 på Stortinget

Tekst Kari Anne Dolonen

Er kompetanseløftet en fiasko?



Bent Høie (H), Helse- og omsorgskomiteen:

Kompetanseløftet har ikke tilstrekkelige virkemidler for å nå målene. Høyre har fremmet flere forslag for å gjøre det mulig å nå målet om mer kompetanse i Helse- og omsorgstjenesten i kommunene. Blant annet bedre etterutdannings tilbud til de ufaglærte som allerede er i tjenesten.



Laila Dånvøy (KrF), Helse- og omsorgskomiteen:

Det er i alle fall for dårlig oppfølging. Samhandlingsreformen vil kreve mer personell med høy utdanning, ikke minst sykepleiere og spesialsykepleiere. Sannsynligvis langt flere enn det som var foreslått i Omsorgsplan 2015.



Tore Hagebakken (Ap), Helse- og omsorgskomiteen:

Kompetanseløftet er på ingen måte noen fiasko. Den har gitt, og vil gi gode resultater videre. Årsverksinnsatsen økte med om lag 3 300 årsverk i 2010. Vi er dermed godt i gang med å oppfylle målet om 12 000 nye årsverk innen 2015. Tall fra SSB viser at om lag hele årsverksveksten i 2009 består av personell med helse- og sosialutdanning.



Trine Skei Grande (V), Kirke-, utdannings- og forskningskomiteen:

Jeg er bekymret, men jeg vil kanskje ikke bruke ordet fiasko ennå. Vi må begynne å ta på alvor at vi kommer til å ha altfor lite helsepersonell i fremtiden dersom vi ikke satser mer nå. Jeg har merket meg den positive trenden med økende søkertall til alle nivåer i videregående opplæring, men vil advare mot at det skal bli en sovepute. Vi har et stort potensial i nå flere unge som vil arbeide i omsorgsyrkene, og ikke minst tror jeg det er mye å hente på voksenopplæringsviden. Uansett tiltak er det helt avgjørende at vi som politikere bidrar til snakke opp statusen for disse yrkene.



Aksel Hagen (SV) Kirke-, utdannings- og forskningskomiteen

Når det gjelder helsefagarbeidere vet vi at det er for få søkere til utdanningen, for få begynner, for mange slutter underveis. Når det gjelder personell på høyskolenivå: Her står vi midt opp i et stortingsmeldingsarbeid som nettopp omhandler hva slags kompetanse og utdanninger vi trenger framover, og hvordan vi skal få god nok rekruttering inn i disse utdanningene.

«Beklager, men sånn er det. Lykke til videre.»

Sjef på bilverksted

Der ute

Les mer om:

- 47 Som å skrelle løk ›
- 48 Forut for sin tid i Nordfjordeid ›



sykepleien.no

› Reportasjer fra tidligere utgaver på sykepleien.no



DER UTE ICN-KONFERANSEN

Aldri før er så mange sykepleiere blitt intervjuet om sine arbeidsbetingelser.

Vil påvirke med

ICN på Malta

2 000 sykepleiere fra 133 land var samlet i Valletta på Malta i mai. Det internasjonale sykepleierforbundet (ICN) hadde konferanse.



RN4cast

- › Spørreundersøkelse i 16 land.
- › 12 land fra Europa. I tillegg USA, Botswana, Kina og Sør-Afrika.
- › 486 europeiske sykehus er med.
- › RN4cast står for Registered Nurse Forecast – et prognoseverktøy for sykepleiernes betydning.

Det er smug i Valletta, hovedstaden på Malta, konstaterer den amerikanske sykepleieforskeren Linda Aiken: – Norge er nesten på toppen!

Arbeidsbetingelsene for norske sykepleiere ser veldig bra ut, synes hun, mens hun lar seg fotografere i skyggen.

Aiken snakker om den aller største spørreundersøkelsen blant sykepleiere noensinne; RN4cast. Tusenvis av sykepleiere som jobber på sykehus i 16 land har svart på spørsmål om hvordan de har det på jobben.

Denne gigantforskningen skal dokumentere hvilken effekt sykepleierne har for pasientene.

Det er sykepleierkonferanse i regi av the International Council of Nurses (ICN), og Aiken har nettopp foredratt om verdien av personell. RN4cast bygger på hennes forskning. Gode arbeidsbetingelser for sykepleiere gir lavere dødelighet.

Lønn på tredjeplass

Aiken har i årevis forsket for å belegge at sykepleierne gjør en forskjell, som det heter.

Inne i konferansesalen har hun nettopp forklart at organiseringen rundt sykepleierne er vel så viktig som alt det tekniske for å oppnå gode resultater for pasientene. Hun har fortalt at den svære undersøkelsen er avgrenset til sykehusene fordi det er der de fleste jobber, og det er der pasientene har størst risiko for å bli feilbehandlet. Hun har presisert at lønn bare er på tredjeplass på listen over hva som gjør sykepleierne fornøyde i jobben. Viktigst for dem er →

SYKEPLEIER-AMBASSADØR: Effekten av økt bemanning er størst når arbeidsbetingelsene er gode, har den amerikanske sykepleieforskeren Linda Aiken funnet ut. Hun er visesekretær i RN4cast, som bygger mye på hennes tidligere forskning.

store tall

**«Mange norske sykehus
kan forbedre seg.»** Linda Aiken, USA





LÆR AV DE BESTE: Finn ut hva de beste sykehusene i Norge gjør, råder professorene Peter Griffith og Anne Marie Rafferty fra England.

«Det er risikofylt å redusere sykepleierbemanningen. Flere pasienter vil dø.»

Peter Griffith, England

arbeidsbetingelser og nok bemanning.

I dag er hovedpoenget at skal man ha best effekt av sykepleierne, må de ha gode arbeidsbetingelser. Når sykepleiere trives i jobben, er pasientene fornøyde med pleien. Forklaringen på at dette henger sammen er enkel: Sykepleierne er jo kontinuerlig sammen med pasientene.

– Godt arbeidsmiljø betyr mindre utbrenthet. Det gjelder i alle land og i alle kulturer. Dessuten blir pasient-sikkerheten større, sa Aiken.

Hun viste til tidligere forskning som sier at dødeligheten blir mindre med færre pasienter per sykepleier.

– Tenk nordisk

Her i gaten bak kongressenteret forteller Aiken, som er beundret i norske sykepleierkretser, at Norge skårer høyt på de fleste variable.

– Sammen med Sveits, legger hun til.

Aiken kjenner ikke alle lands resultater i detalj. Selv har hun ansvar for USAs undersøkelse. Men hun vet at Norge har god bemanning og topper statistikken over pasienter per sykepleier: Bare fire på én.

Hun har også fått med seg at norske sykepleiere opplever at ledelsen lytter til dem.

Men Aiken vil ikke rose male:

– Ikke alle sykehus har like bra resultater. Mange kan forbedre seg.

Om en måned kommer flere nordiske tall. Da kan Norge sammenlikne seg med Finland og Sverige, som også er med i RN4cast.

– Tenk nasjonalt og nordisk, sier hun og anbefaler å stille på konferansen i morgen klokken halv elleve.

Da kommer det flere europeiske detaljer om RN4cast.

– Ikke skad pasienten

Dagen etter glimrer Aiken med sitt

fravær. Hun har forlatt Malta og overlatt til fire europeiske forskere å servere de nyeste tallene om sykepleiernes arbeidsbetingelser.

To briter, en belgier og en spanjol, alle sykepleiere, utdyper Aikens poenger fra i går.

Det er flust av metodiske snubletråder når man skal sammenlikne sykehus og sykepleiere over landegrensene og stille samme spørsmål på ni språk. Kulturelle forskjeller er det mange av.

– Også innenlands, som nord og sør i Belgia, betyr belgiske Luk Bruyneel.

I tillegg til sykepleierne er 11 000 pasienter på 218 sykehus intervjuet mens de er inneliggende. Ingen av disse er norske.

Professor Peter Griffith fra Southampton siterer Florence Nightingale:

– Ikke skad den syke! Det er første bud når pasienter ligger på sykehus.

Hvor mange sykepleiere skal til for å unngå pasientskader? Et vesentlig spørsmål, synes Griffith og sier det er over 20 måter å skade pasienten på. Han nevner noen: Død, trykksår, infeksjoner, blødninger, fall og respirasjonssvikt.

Odds for pasientdød

Men påførte skader er tross alt relativt få. Derfor trengs det store mengder data for å utvikle risikomodeller.

– Det fins potensiell informasjon fra millioner av pasienter. Vi må bare registrere samme type data på ulike sykehus.

Griffith ønsker seg data som: Hvor lenge er pasienten på sykehus? Forlot pasienten sykehuset død eller levende? Slik kan man finne odds for pasientdød.

I salen venter mange spent på ferske dødelighetstall fra RN4cast. Griffith må skuffe dem. De er ennå ikke klare.

– Vent et par måneder, sier han til Sykepleien som henger seg på de fire forskerne.

De stopper opp i korridoren, mens sykepleiere fra hele verden haster fordi.

– *Hvordan kan Norge, som kommer så godt ut av det, bruke disse tallene til å forbedre helsetjenesten?*

– Selv om det er gode tall for bemanning, skal man være forsiktig med å trekke for bastante konklusjoner. Det må ses i en sammenheng. Hvilken pleie gis? Hva med resten av staben? Hvordan er skiftene organisert? sier Peter Griffith og anbefaler å studere hva de beste sykehusene gjør.

Sykehusene som har deltatt i RN4cast er anonyme, også de norske.

– *Vi skulle gjerne visst hvordan de ulike sykehusene kommer ut?*

Britene viser til dårlige erfaringer med å navngi sykehus fra tidligere undersøkelser:

– De som kom dårlig ut, brukte energien på å ignorere og bortforklare, i stedet for å forbedre seg, sier Anne Marie Rafferty, som er professor i London.

Stakkars grekerne!

– *Hva har overrasket dere?*

– Hellas, sier Rafferty.

Hellas er verstingen. Greske sykepleiere er mest misfornøyd med det meste; med lønn, yrke og status. De får flest pasientklager. I Hellas sier åtte av ti sykepleiere at de er utbrent. Tilsvarende tall for Norge er én av fire. Over halvparten av de greske sykepleierne er misfornøyd med sin nåværende jobb. Én av fem norske sier det samme.

– Selv om Irland har hatt samme

økonomiske krise som Hellas, har de ikke like dårlige tall, påpeker de.

Der føler «bare» fire av ti seg utbrent.

Griffith tror kulturforskjellene kan spille inn på svarene.

– Vi spør: «Liker du jobben?» «Neeiii», sier de noen steder, fordi det ligger i kulturen deres å svare slik.

Sykepleie som investering

– Det kraftigste budskapet er at det er risikofyllt å redusere sykepleierbemanningen. Flere pasienter vil dø. Det handler om å oppnå fortjeneste ved å investere i kvalifisert personell. Dette kan ingen neglisjere, sier Griffith.

– Det er som om vi sykepleiere er noen kameleoner som skal levere samme kvalitet uansett betingelser. Vi har ikke hatt fakta å slå tilbake med, sier Rafferty.

Hun mener RN4cast er dokumentasjon som kan brukes på alle nivå. Av den enkelte sykepleier, av enhetene, overfor politikerne.

– *Hvilke land har best utbytte av denne undersøkelsen?*

– Alle! sier de i kor.

Alle sykepleiere i alle land trenger nemlig å forklare ledere, byråkrater og politikere at kvalifiserte sykepleiere lønner seg.

Rafferty er bekymret for kutt i utdanningen i England.

– Her er sykepleiere et lettere mål enn legene. Jeg er redd vi vil mangle neste generasjon sykepleiere. Det som betyr noe når de skal vurdere om de vil bli i yrket, er hvordan de trives i klinikken.

Umotiverte spanjoler

Til tross for økonomisk krise i Spania, mener sykepleieforsker Teresa Moreno Casbas fra Madrid at det nå går litt bedre. Hun trekker fram at alle spanske sykepleiere har bachelorutdanning,

Spania klarer seg bedre enn Hellas, men én av tre spanjoler føler seg utbrent. Ingen av de største sykehusene får høye skår på arbeidsbetingelser.

– *Hvorfor det?*

– Franco bygde i sin tid flere svære sykehus. Sykepleiere kan jo ikke bli lykkelige på store sykehus.

Hun påpeker at når en sykepleier først er ansatt i Spania, er det for

Sykepleierne mener

Utdrag av tabeller fra RN4cast som ble lagt fram på Malta-konferansen.

Prosent av sykepleiere som rapporterer om:	Norge	Sverige	Finland	Hellas
Utbrenthet	24	29	22	78
Misnøye med jobben	21	22	27	56
Slutteplaner	26	34	49	49
Lav kvalitet på sykepleien på posten	0,5	3	0,4	6
Usikker på om pasienten kan klare seg selv	14	3	0,5	12
Usikker på om ledelsen vil løse problemer	39	22	24	36

Prosent av sykepleiere som er misfornøyd med:	Norge	Sverige	Finland	Hellas
Fleksibilitet i turnus	25	25	18	45
Muligheter for avansement	53	62	51	70
Selvstendighet i arbeidet	5	8	9	61
Yrkesstatus	22	23	31	67
Lønn	78	80	75	83
Utdanningsmuligheter	51	51	39	77
Ferie	30	32	21	54
Rettigheter ved sykdom	9	22	10	52
Studiepermisjon	41	31	19	56
Sykepleie som karriere	12	6	15	40

Kilde: www.rn4cast.eu

livstid og lønnen er gitt og kan ikke forhandles.

– Systemet gir ingen motivasjon til å gjøre en god jobb. Antallet pasienter per sykepleier er dessuten altfor høyt. De kan ha ansvar for over 30 pasienter.

Likevel har Spania flere sykepleiere enn de trenger. Svært mange er arbeidsledige. Flere jobber i Portugal og Frankrike. Samtidig kommer sykepleiere fra Latin-Amerika til Spania for å jobbe.

– Vi har ingen problemer med å rekruttere nye studenter.

– *Selv om det er vanskelig å få jobb?*

– De vet at de vil kunne jobbe midlertidig, som i sommerferien.

Med en arbeidsløshet på over 20 prosent, er det kanskje ikke rart at spanjolene vil bli sykepleiere. Mange jobber dessuten uoffisielt.

– Vi ser ingen på gata. Folk lever normale liv. Det betyr at svart arbeid er utbredt. Og mange sykepleiere bor hos sine foreldre, sier Casbas.



«Sykepleiere kan ikke bli lykkelige på store sykehus.»

Teresa Moreno Casbas, Spania

Tekst og foto Marit Fonn





«Hva klager dere for?», kan man spørre.

Ingeborg Strømseng Sjetne, Norge

NORSKE TALL: Ingeborg Strømseng Sjetne sitter med svar fra over fem tusen norske sykepleiere. Hun har merket seg at de ikke har særlig stor tillit til ledelsen.

– Ta den lave tilliten på alvor

RN4cast i Norge:

- › 5 455 sykepleiere fra kirurgiske og medisinske sengeposter og overvåkings- og intensivheter har svart.
- › 35 sykehus, 301 enheter.
- › Alle somatiske sykehus med mer enn 90 senger er med, unntatt ett.

Norske sykepleiere er mest fornøyd på jobben. Men tilliten til ledelsen er lav.

Bare én av tjue sier de er misfornøyd på jobb. I ingen andre land er det så få som sier de mistrives på selve arbeidsplassen.

Aller minst fornøyd er de norske sykepleierne med lønn.

RN4cast startet opprinnelig opp med 11 europeiske land, finansiert av EU. Norsk Sykepleierforbund (NSF) tok initiativ for å få Norge med og finansierte deltakelsen. NSF kontaktet Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Fra 2008 har seniorforsker Ingeborg Strømseng Sjetne, som også er sykepleier, vært prosjektleder for den norske delen av RN4cast.

Finnene jobber fullt

De norske resultatene kan ennå ikke publiseres. Men Sjetne har registrert ganske store forskjeller mellom de 35 sykehusene som er med.

– Er det en fare for at man kan bruke slik statistikk til det man vil?

– Ja, for eksempel at det er få pasienter per sykepleier i Norge. «Hva klager dere for?», kan man spørre.

Men tallene sier ikke noe om mengden støttepersonell.

Sjetne påpeker at innslaget av deltid er høyt i Norge. Under halvparten jobber full tid. I Finland jobber nesten alle fullt – 94 prosent.

– Forskjellen er påfallende. Men det finske helsevesenet er jo kjent for å være mer effektivt enn det norske og behandler mange flere.

Hun har også merket seg at norske sykepleiere har lav tillit til at foretaksledelsen løser problemer. Fire av ti mener det.

– Hvorvidt den lave tilliten er for tjent, vet vi jo ikke. Men det bør tas på alvor at så mange sykepleiere har den oppfatningen.

Sjetne synes det er betenkelig at fire av ti norske sykepleiere sier de ikke er trygge på at pasientene klarer seg selv når de er utskrevet fra sykehus.

– Samtidig sier de at de gjør en god jobb; bare en halv prosent sier sykepleien ved enheten er dårlig. Da lurer jeg på hvor langt de mener deres eget ansvar strekker seg.

Slike paradokser beskriver hvor

kinkig det kan være å tolke forskningsresultatene.

– Det kan for eksempel være naturlig å se svarene opp mot liggetid.

– For mye synsing

– Holder egentlig metoden når så mange land skal sammenliknes?

– I internasjonale studier blir det gjort metodiske kompromisser. Men man må alltid begynne et sted. Det er første gang en studie i et slikt omfang er gjennomført. Det er et viktig steg framover.

Sjetne mener at når så store ressurser brukes på helsevesenet i Norge, trengs mer kunnskap.

– I altfor stor grad er synsing og politikk grunnlag for beslutninger. Vi trenger både fakta og subjektive oppfatninger om helsevesenet, som vi har fått i RN4cast.

Sjetne vil snart publisere en enkel statistikk over norske sykehus.

– Grundige analyser gjenstår før det kan trekkes konklusjoner som er vitenskapelig holdbare.

Hun synes ikke det er overraskende at Norge gjør det bra.

– Når Norge er verdens beste land å leve i, ville det være rart hvis ikke det også skulle gjelde sykepleiere.

Annerledes katastrofe

Etter katastrofen i Japan, meldte 5 000 sykepleiere seg til frivillig ulønnet evakueringsarbeid.

Det er gått to måneder siden øst-Japan ble rammet av jordskjelv og tsunami 11. mars.

Nå er Setsuko Hisatsune, president i det japanske sykepleierforbundet, på Malta og forteller hvordan sykepleierne var på pletten etter den store na-

turkatastrofen. Sykepleierforbundet organiserte dette katastrofearbeidet.

– Vi bestemte oss øyeblikkelig for å delta når vi skjønnte at det ikke bare var et jordskjelv, sier hun.

I 1995 var Japan også rammet av et stort jordskjelv.



KVIKK RESPONS: Setsuko Hisatsune er fornøyd med egen aksjonsevne. – Men nå må myndighetene sikre beredskap for framtiden, der 24-timers sykepleie er inkludert, mener hun. I armene har hun en Florence Nightingale-bamse, symbolet for ICNs fond for utdanning til jenter.

– Vi lærte mye av det og laget beredskapsplaner. Men ingen var forberedt på tsunami.

Sykepleiere tatt av tsunamien

5 000 sykepleiere meldte seg. Transportsystemet var ødelagt. Sykepleierne kom først til hovedkvarteret i Tokyo, og ble derfra fraktet til katastrofeområdet i minibusser. Disse bussene ble finansiert av donasjoner fra sykepleierforbund i andre land, deriblant Norge.

Fra 21. mars til 30. april deltok 914 frivillige katastrofesykepleiere i 94 grupper i området. De samarbeidet med det lokale helsepersonellet. Men

tilstander. Infeksjonspasienter ble isolert på egne rom. Alvorlig syke ble transportert til sykehus.

Regjeringen må ta ansvar

Hisatsune ønsker nå at regjeringen skal stå for et stabilt system for beredskap. Et viktig budskap til myndighetene er at det trengs kvalifiserte sykepleiere 24 timer i døgnet i slikt arbeid.

– Jeg er stolt over at vi klarte å være så innovative, sier Hisatsune.

Hun understreker at koordinerende sykepleiere spilte en vesentlig rolle

– Sykepleierne måtte forflytte seg

«Jeg er stolt over at vi klarte å være så innovative.»

Forbundsleder Setsuko Hisatsune

mange kolleger var drept i katastrofen.

– I en liten by jobbet sju sykepleiere. Fem av dem ble tatt i tsunamien, forteller Hisatsune.

De frivillige dro inn i områdene utstyrt med vann og mat til dem selv, medisinsk utstyr og sanitærmateriell.

Skittent vann ble nyttig

Det gjaldt å improvisere og finne bygg som egnet seg som midlertidig akuttsykestue. En skole var tilskitnet av jord etter tsunamien, men ble likevel brukt som evakueringssenter. Knuste vindusruter ble erstattet med plast for å beskytte motvinden. Men da ble det varmt. En bil var havnet oppi et svømmebasseng, fylt med forurenset vann. Men det skitne vannet var likevel gull verdt; det ble brukt i toalettene, som hadde ødelagte sisterner etter jordskjelvet.

Nattskift ble organisert i samarbeid med lokale krefter. Behovet for psykisk helsehjelp var økende.

Sykepleierne behandlet alt fra diaré, feber og infeksjoner til dehydrering og lavt blodsukker. Pasientene ble delt inn i moderate og alvorlige

til stadig nye evakueringsområder: Ny dag, ny situasjon. Derfor var koordinering så viktig. Dette var annerledes enn annet katastrofearbeid vi hadde erfaring med.

En toppkvalifisert koordinator hadde hovedsete i Tokyo. Noen var i felten og kommuniserte inn hvordan behovene endret seg underveis.

– Dette var veldig karakteristisk for arbeidet.

Fra sør

– *Hvordan er det nå?*

– Fortsatt bor mange i evakueringsstasjonene. Men prefabrikkerte konstruerte hus er på vei i regi av regjeringen.

Hisatsune bor i Tokyo. Hun er fra sørlige Japan og har ikke mistet noen i katastrofen.

– Jordskjelvet kunne merkes også i Tokyo. Transportsystemet kollapset. Folk sov i soveposer i haller under jorden.

Selv besøkte hun sin mor på hjemstedet den dagen og merket ikke noe til det.

Tekst og foto **Marit Fonn**





NY GIV: De uteksaminerte sykepleierne orket ikke engang å begynne i yrket i 2004. Men kollegastøtte på helsesentre har gitt ny motivasjon, forteller Masitsela Mhlanga.

– Sykepleierne forlater ikke lenger Swaziland

Masitsela Mhlanga vurderte å bli bilmekaniker. Sykepleieryrket var altfor deprimerende.

I 2004 ble 40 nye sykepleiere uteksaminert i Swaziland. Alle forlot yrket i hjemlandet før de begynte. Enten gjorde de noe annet, eller de dro til andre land som sykepleiere.

– Det var deprimerende tider, forteller Masitsela Mhlanga på den internasjonale sykepleierkonferansen på Malta.

Mhlanga jobber i dag i helseministeriet, men i 2004 var han president i sykepleierforbundet.

Swaziland var hardt rammet av hiv-smitte. Én av fire i alderen 15 til 49 år hadde viruset.

Stress

Også Mhlanga holdt på å forlate yrket.

– Jeg vurderte å bli bilmekaniker.

Han hadde en venn som hadde bilverksted, han kunne sikkert få jobb der. Og biler var jo mye enklere å forholde seg til enn mennesker.

– Jeg hadde all grunn til å kaste inn håndkleet. Folk var syke av hiv og aids. Stadig flere sykepleiere ble smittet. De var stresset, de ble utbrente. Alt virket håpløst. Det gikk ikke en helg uten at vi måtte begrave en kollega.

Det var slik: I dag er du sykepleier. I morgen kan du være pasient.

– Det gikk på moralen løs. Vi manglet autoritet. Det plaget oss dessuten at vi også risikerte å smitte våre familier.

80 prosent av sykepleierne sa at det

var ikke lav lønn som gjorde at de ville forlate yrket, det var fordi de ikke ble verdsatt i yrket.

Hjelper hverandre

Mhlanga tok initiativ til det som skulle snu trenden i landet hans. Han foreslo å opprette omsorgssentre for helsepersonell, og fikk støtte fra det internasjonale sykepleierforbundet (ICN).

Det viste seg å bli en god investering: – De siste tre årene har ingen sykepleiere reist fra landet, sier Mhlanga, som ble sykepleier i 1995.

I flere år jobbet han på sengepost på hovedsykehuset i landet.

Swaziland har 1,2 millioner innbyggere og 6 000 sykepleiere.

– Endringen er stor, sier han.

– Når sykepleiere nå får hiv, er det alltid en kollega som sier: Jeg har det samme problemet. Kom til senteret.

Der opplever de både støtte og solidaritet og de får medisinsk behandling.

Mhlanga har ikke oppdaterte tall, men tror at antallet nyoppdagede tilfeller med hiv nå er synkende.

– Er dere fortsatt avhengig av andre lands finansiering?

– Ja, landets økonomi er elendig.

– Hva er utfordringen med å bekjempe hiv-smitte?

– Vi har ikke klart å ha et tydelig budskap. Vi kan ikke bare utpeke problemet og så lar det seg løse. Det dreier seg om kultur og vi kan ikke snakke åpent om seksualitet og at det er vanlig å ha mange seksualpartnere. Folk endrer ikke atferd lett.

Mhlanga mener likevel det er en nedgang i antallet tilfeller med nyoppdaget hiv, og ser lys i tunnelen.

– Vi har noen utfordringer, men ja, jeg er optimist.

First lady støtter kvinner og barn i Rwanda

Kvinner og sykepleiere har spilt en viktig rolle i nasjonsbyggingen, mener presidentfrue Jeannette Kagame.

Rwandas førstedame var en av attraksjonene på ICN-konferansen på Malta. Jeannette Kagame (bildet), gift med presidenten og firebarnsmor, er kjent for sitt engasjement for enker, foreldreløse og hiv-aids-arbeid.

– Sykepleiere har en spesiell plass i mitt hjerte. I et annet liv hadde jeg sannsynligvis vært en selv.

Det er 16 år siden landet ble utsatt for blodig folkemord. Paul Kagame ble president i 2000.

Fra traume til stabilitet

– I Rwandas frigjøringskamp spilte sykepleierne en viktig rolle. De jobbet utrettelig for å ta seg av skadete soldater og andre i kampområdene.

Folkemordet i 1994 kostet en million mennesker livet. En halv million barn ble foreldreløse. Mange kvinner ble enker. 3,6 millioner ble gisler i andre land.

– Samfunnet var traumatisert. Nå er landet stabilt og sikkert.

Kvinnene har vært viktige i Rwandas nasjonsbygging, mener Jeannette

Kagame. Et krav i Rwanda er minst 30 prosent kvinner i besluttsende organer.

– Vi har nå den høyeste andelen kvinner i nasjonalforsamling i verden; 56 prosent.

Hun hadde flere gledelige tall: Andelen som har helseforsikring økte fra 3 prosent i 2002 til 92 prosent i 2010.

Færre dør under fødsel

Regjeringen har bestemt at det daglig skal føres overslag over mødredødelighet – kvinner som dør under fødsel eller graviditet.

– Slik får vi navn og ansikt bak statistikken. Alle mødredødsfall og omstendighetene rundt dødsfallet skal meldes, sa Kagame, som talte rolig og alvorlig. Før døde åtte kvinner i forbindelse

– En av disse skal følge med gravide og babyer for å styrke mødre- og barnehelsen. I fjor startet vi med ny teknologi basert på mobiltelefoner, for å bedre kommunehelsetjenesten. Ved å sende sms, kan beskjeder formidles raskt.

Vil utdanne jenter

Nye livsforlengende medisiner gjør hverdagen lettere for de mange hiv- og aids-syke.

– På under ti år har vi klart å redusere prevalensraten fra 13 til 3 prosent. Det er takket være innsatsen for å hindre smitte fram mor til barn, mer testing og økende bevissthet blant de unge.

Kagame er svært opptatt av at jenter kan ivareta seg selv. Her er utdanning essensielt. For å gi sin støtte har hun derfor opprettet Imbuto Foundation.

– Jo mer utdannet en kvinne er, jo bedre helse vil familien ha. Og det er ingen tvil om at å utdanne kvinner og jenter er den beste måten å få til vedvarende nasjonsbygging.

Unge jenter blir nå vaksinert mot livmorhalskreft, og kvinner blir testet.

Kagame varmet salens sykepleiere med pene ord:

– Tenk dere er en verden uten sykepleiere. Det er som en kropp uten hjerte. Derfor må yrket støttes og styrkes. ■■■

Les også om når Kagame treffer en beundrer på side 44-45.

Tekst og foto **Marit Fonn**



«Alle mødredødsfall skal meldes.» Jeannette Kagame

med graviditet eller fødsel hver dag.

– Nå dør én per 36 timer. Men dette er fortsatt ikke akseptabelt, sa hun.

Kvinner har økende innflytelse i lokalsamfunnet, ifølge Kagame. Hun fortalte at i hver landsby velger innbyggerne tre helsearbeidere til å være ansvarlige for å overvåke folks helse.

– 70 prosent tid hos pasienten!

TILGJENGELIGE HELSETJENESTER MED GOD KVALITET var temaet for åpningsforedraget på ICN-konferansen, holdt av Diana Mason – sykepleier, forsker og redaktør fra USA.

Kvalitet innebærer mer effektive, fornøyde behandlingsteam:

– Vi må se på helheten, ikke bare sykepleierne. Og vi må ha det gøy på jobben. Hvis ikke, yter vi ikke maksimalt.

Mer tid til pasientene er også avgjørende for kvalitet:

– Noen sykepleiere bruker 50-60 prosent av tiden ved datamaskinene for å dokumentere. Vi vil ha minst 70 prosent av tiden i direkte pasientpleie.

Tilgang til helsetjenester betyr ofte også tilgang til transport.

– I u-land bor 40-60 prosent mer enn åtte kilometer fra helsetjeneste. Vi må derfor tale for deres transport behov. Men vi må også til dem, sa Mason og lanserte

begrepet m-helse.

Mobiltelefonen er et godt hjelpemiddel overalt.

– Tekstmeldinger når fram til distriktene. Og «apps» på smarttelefonen gir uante muligheter til å spre informasjon og utdanning, mente hun.

Mason fikk spontan applaus to ganger: Da hun roste de japanske sykepleierne for rask respons på naturkatastrofen som rammet dem i vinter, og da hun fortalte om ICNs fond for utdanning til jentebarn (www.fnif.no).





SØSTRE: Eunice Kimunai er tidlig ute denne dagen, 6. mai. På første rad venter hun på at Rwandas førstedame skal entre scenen på ICN-konferansen på Malta.

Kimunai var 17 år da hun dro fra Kenya til USA for å gå på college. Nå er hun sykepleier og holder på med doktorgrad i folkehelse. Hun vurderer å reise tilbake til Kenya for å jobbe og leve. Hun vet at hun trengs der.

Men nå håper hun på nærkontakt med et idol – the first lady of Rwanda – presidentens kone. Hun er her for å fortelle om sitt engasjement for kvinner, barn og helse.

Jeanette Kagame holder sitt foredrag. Kimunai filmer hele seansen. Hennes største ønske er nå å skaffe seg et bilde av de to sammen. Først sier vaktene nei. Så sier de ok. Vevre Kimunai får kontakt med høyreiste Kagame. De håndhilser. Kimunai får bildet sitt.

– Jeg er fra Afrika. Hun er fra Afrika. Det er som om vi er søstre. Og hun representerer oss internasjonalt, sier Eunice Kimunai etterpå.

– Hvordan føler du deg nå?
– Fulfilled!

Les mer om Kagame på side 43

Tekst og foto **Marit Fonn**

Har du spørsmål om lønn, rettigheter eller forsikring?

Send en epost til interaktivt@sykepleien.no.

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

Hva er riktig lønn?

Mange spørsmål som kommer til Sykepleierforbundet, handler om hvordan forskjellige typer vakter og overtid skal lønnes. **Kirsten Nesgård** svarer her på noen av dem:

Det første spørsmålet gjelder helgearbeid:

Jeg har ved flere anledninger jobbet mange søndager/helger etter hverandre, inntil fire stykker på samme arbeidsplass. Daglig leder har satt opp og godkjent vaktene, og alle har vært frivillige fra min side. Har jeg egentlig krav på overtid i de tilfellene der jeg har jobbet mer enn annenhver helg? Er det noe jeg i så fall kan kreve etterbetalt? Og hvordan er det med lørdagene, gjelder den samme regelen om annenhver helg der også?

NSF har i sin politikk nedfelt et prinsipp om at medlemmene ikke skal arbeide oftere enhver tredje helg. Dermed har man fastsatt en overordnet målsetting om at arbeidstidsordningene på dette punktet skal være bedre enn lovens minstestandard. Arbeidsmiljøloven har i § 10–10 bestemmelser om arbeid på søndag (helgedager). Der slikt arbeid er tillatt skal den som har utført søn- eller helgedagsarbeid ha arbeidsfri følgende søn- og helgedagsdøgn.

Arbeidsgiver og arbeidstaker kan avtale å gjennomsnittsberegne søn- og helgedagsarbeidet slik at det blir fri i gjennomsnitt minimum halvparten. Det kan likevel ikke inngås avtale som gir arbeidstakeren fri minst hver tredje søndag. Fire søn- eller helgedager er altså ulovlig, samme hvordan avtale som eventuelt er inngått.

Spørsmålet om overtidsgodtgjøring eller ikke kommer an på om man har arbeidet utover daglig eller ukentlig arbeidstid. Når det gjelder lørdagene er disse ikke regulert i arbeidsmiljøloven, bortsett fra at tiden etter

klokken 18.00 er regnet som søndag.

Når er beordring lov?

Jeg har et spørsmål i forhold til «beordring». Jeg ble ringt opp og beordret til å komme på jobb. Det jeg lurer på er i hvilke situasjoner arbeidsgiver har rett til å beordre sine ansatte på jobb? Og har jeg som ansatt rett til å si nei? Og hvordan lønnes man for å komme på jobb på kort varsel?

Begrepet vi benytter om denne situasjonen er «tilkalling», der arbeidstakeren befinner seg hjemme og blir tilkalt til overtidarbeid. I hovedtariffavtalen i KS og overenskomster i Spekter er bestemmelsene følgende: Overtidsarbeid som etter tilkalling ikke finner sted umiddelbart etter eller før den ordinære arbeidstid, godtgjøres som om arbeidet varte i minst to timer. Hvis arbeidet avbrytes, betales ikke ekstra for nytt overtidarbeid dersom dette påbegynnes innenfor de beregnede to timer. For øvrig regnes påbegynt halvtimer som halv time. Disse bestemmelsene gjelder ikke der den som tilkalles er del av vakt- eller beredskapstjeneste.

Arbeidstaker kan be seg fritatt for overtid- eller merarbeid når helsemessige eller vektige sosiale grunner taler for dette.

Betaling for overtid og bakvakt

Jeg jobber i redusert stilling som intensivsykepleier, og i turnusen sto jeg oppført på to nattevakter i løpet av en

uke. Jeg ble satt opp på ekstra dagvakt fra kl. 07.30 til 13.30 før jeg skulle på min første nattevakt kl. 21.30 samme kveld. Har jeg rett på 100 prosent overtid for den vakten?

I hovedtariffavtalen i KS og overenskomster i Spekter er bestemmelsene følgende: For det overtidsarbeidet som utføres de 2 første timene umiddelbart før ordinært skift begynner og 4 timene umiddelbart etter ordinært skift slutter betales med 50 % overtidstillegg. For dette overtidsarbeidet som ikke faller i nevnte tidssoner betales 100 % overtidstillegg.

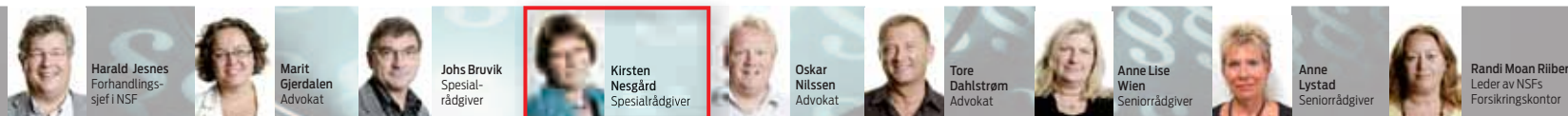
Hvis jeg har bakvakt fredagskveld, går det under helgebakvakt og ikke ukedagbakvakt?

En bakvakt, eller hjemmevakt fredagskveld vil etter vår mening vanskelig anses å tilhøre helg, med mindre det er gjort avtaler om dette lokalt. Sjekk derfor med tillitsvalgte.



Foto: Colourbox

Passer på paragrafene:



Inger Tveitstul

Alder: 57 år

Yrke: Veileder og bedriftssykepleier

Jobber: Veileder med eget firma

og som bedriftssykepleier i Hjelp24 i Tønsberg

Som å skrelle løk

Jeg vil ha folk til å finne løsningen selv.

En gang fikk jeg en kurv med tørket frukt og grønt av noen jeg hadde veiledet. Da ble jeg glad. Løken var blant annet et bilde på hva jeg hadde lært bort: Å skrelle bort lag på lag som man skreller en løk i virkeligheten. Det er ikke alltid problemet er det som synes utenpå.

Jeg har jobbet som veileder siden 1984. Hele tiden har jeg hatt en annen jobb ved siden av, enten som bedriftssykepleier eller psykiatrisk sykepleier. Akkurat nå jobber jeg 60 prosent som bedriftssykepleier i Hjelp24 og 40 prosent som veileder i eget firma.

Som veileder reiser jeg rundt på ulike arbeidsplasser. Jeg jobber mye med å veilede sykepleiere, barnevernsarbeidere og prester. Jeg blir ikke lei av denne jobben. Det er så mange forskjellige mennesker, og det engasjerer meg. Stort sett veileder jeg i grupper, der det handler om å utvikle seg både faglig og personlig. Jobben min er å skape et rom for refleksjon og undring der det er mulig å tenke nye tanker. Kanskje kan det frigjøre ressurser og skape nye muligheter.

Når deltakerne blir nysgjerrige på egen praksis, tennes gnisten i meg og vi får skapt en utviklingsprosess sammen.

Som veileder bruker jeg ulike metoder, men jeg må fornemme i øyeblikket hva som er riktig å bruke der og da. Jeg har blant annet utdanning i konfluent pedagogikk og gestaltveiledning, noe jeg mener er en god pedagogisk måte for å hjelpe den enkelte til å finne løsningen selv.

En rød tråd i arbeidet er det jeg kaller den anerkjennende dialogen. For meg handler det om å skape et klima der jeg og de jeg veileder anerkjenner og respekterer hverandre.

Jeg er tilhenger av øvelser. Det kan være i form av rollespill eller iscenesetting, men også tegning eller andre kreative metoder. Eller det kan være så enkelt at et menneske som kjenner at det sitter fast, får reise seg og gå over gulvet. Når det undervises teoretisk i et humanistisk fag, må det også kjennes på kroppen.

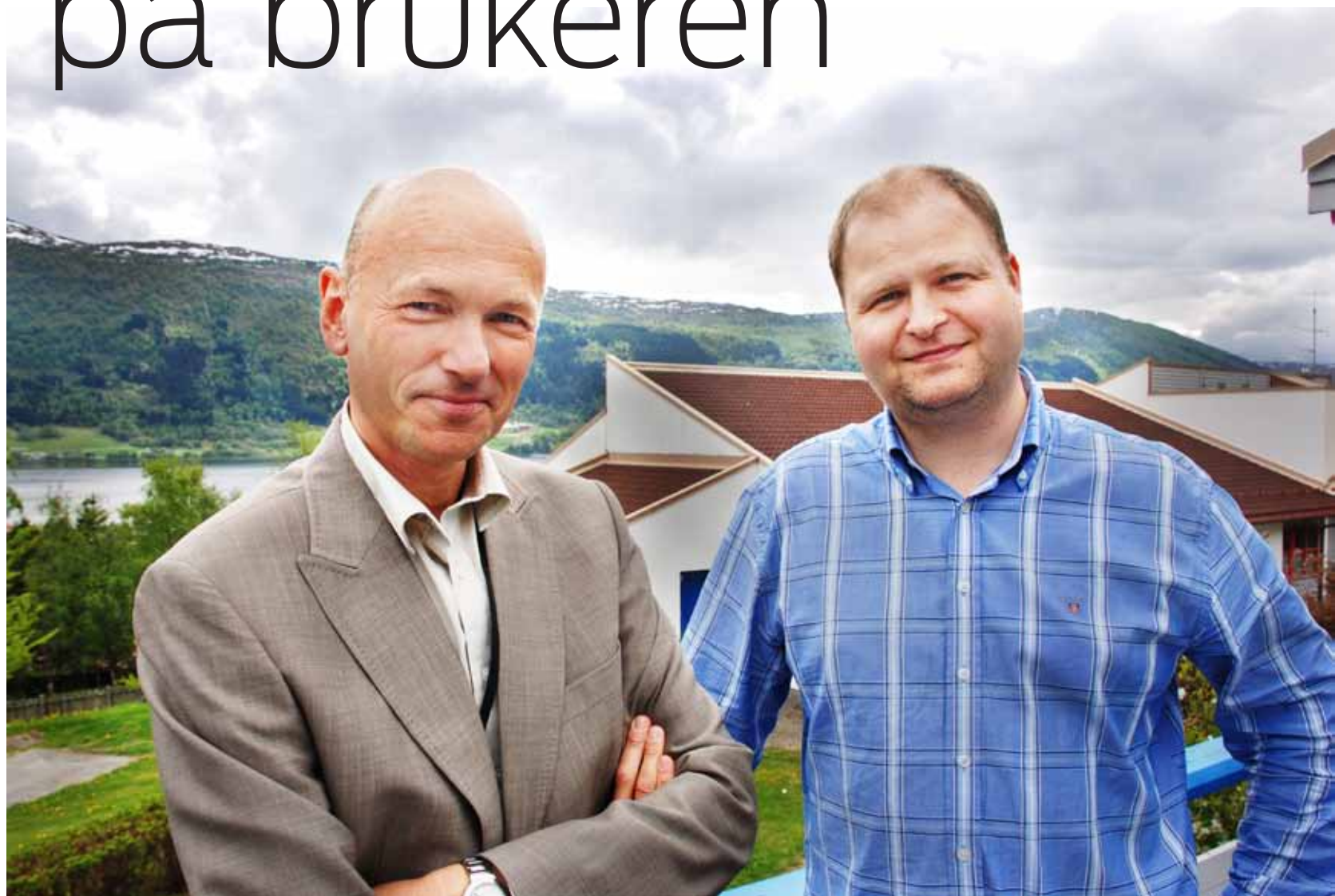
De fleste grupper er på mellom to og ni mennesker, og som regel møtes vi annenhver uke. Noen grupper går kontinuerlig. Andre opprettes med helt klare bestillinger, for eksempel i forhold til å få på plass en ny struktur i en organisasjon eller forbedre et arbeidsmiljø.

Noen saker kan være vanskelige å få tak i. Men selv om jeg i starten kan jobbe for å få fram hva det handler om, ender det som regel med at det er så mange saker å snakke om at vi ikke rekker halvparten. Stort sett er det mye energi og latter. Det aller beste er når noen sier «aha, nå skjønner jeg hvordan dette henger sammen». For meg er det ikke så nøye hva det er som henger sammen, det viktige er at de har oppdaget noe selv. ■■■

Fortalt til Nina Hernæs Foto Erik M. Sundt

Trond Aarre jobber for et mykere skille mellom første- og andrelinjetjenesten,

– Vi må snylte på brukeren



VENTETID: - Skal vi få mer fornøyde pasienter, vil en god start være å ta i mot pasientene når de selv ber om hjelp, sier avdelingssjef ved Nordfjord psykiatrisenter Trond Aarre (tv) og leder av voksenpsykiatrisk poliklinikk Erlend Mikal Haaland.

NPS

- › Nordfjord psykiatrisenter (NPS) er et distriktpspsykiatrisk senter og har ansvar for allmennpsykiatriske tjenester til voksne i Nordfjordområdet i Sogn og Fjordane.
- › Tilbudet består av to sengeposter, dagpost, voksenpsykiatrisk poliklinikk, ambulant akutt-team og musikkterapi.

Nordfjord psykiatrisenter (NPS) i Sogn og Fjordane kunne tidligere denne måneden invitere til markering av 20 års drift. Ikke for å komme med selvskrut, selv om mange mener det er grunn til det. NPS har siden starten i 1991 vært i eliteserien innen psykisk helsevern.

Avdelingssjef Trond Aarre er mer opptatt av å se framover.

– Vi har fått et omfattende samfunnsmandat i forhold til psykisk

syke. Vi har fått ressurser til å skjøtte dette ansvaret. Vi kan være bekjent av det vi har fått til, men aldri tilfreds.

Tenk nytt

Aarre etterlyser en helsetjeneste som er modig nok til å ta sjansen på nye og ukonvensjonelle arbeidsmetoder.

– Er stadig rop om flere ressurser i ferd med å gjøre psykisk helsevern handlingslammet? Kanskje vi bør spørre oss selv om mer av det

samme virkelig kommer til å føre oss framover. Kanskje er det et bedre alternativ å tenke nytt om hvordan vi arbeider og organiserer tjenestene våre. Snu tankegangen og spørre hvordan vi kan bruke de ressursene vi har på en bedre måte. Det skylder vi pasientene, og myndighetene som har gitt oss dette oppdraget.

Bruk brukerne

– Skal vi klare å fornye oss trenger

og kaller det «de glade gråsoner».

vi sårt impulser utenfra. Nye yrkesgrupper i psykisk helsevern kan tilføre oss nye perspektiver. Men aller størst nytte vil vi ha av å lytte til dem som bruker tjenestene og til de nærmeste samarbeidspartnerne våre, sier Aarre som mener det er mye verdifull kunnskap i det å bli vurdert utenfra.

– Vi er nødt til å snylte på brukeren. Vi trenger brukere som gir oss klar beskjed om hva de ønsker når det blir snakk om å omprioritere ressurser. Brukerne skal være aktive medløpere, når de kan det. Ikke passive mottakere.

– Når brukerne sier hvordan de vil ha det, er det få som tar sjansen på å fortelle dem at de ikke vet hva de snakker om.

Handle sammen

I Nordfjord var man tidlig ute med å invitere kommunenes lokale psykiatritjeneste, fastlegene, hjemmetjenestene og Nav til samarbeid.

– Når det oppstår uenighet om hvem som har ansvaret for en pasient, har vanligvis alle litt av det. Dersom vi kan godta dette som en arbeidshypotese, er det lurt å feie for egen dør før man prøver å oppdra andre, mener Aarre.

– På samme måte som brukerne kan være til uvurderlig hjelp når vi skal utforme tjenestene våre, kan samarbeidspartnerne gi oss verdifulle hint om hvordan vi bør utvikle oss dersom vi skal utgjøre et slagkraftig kollektiv, mener Aarre.

– Pasientene blir ikke helbredet etter fire ukers innleggelse. De må leve med sitt handikap i lang tid, kanskje resten av livet. Dette må være utgangspunktet når vi skal planlegge lokale tilbud. Hva trenger befolkningen i opptaksområdet? Hva finnes av ressurser? Hvem kan vi samarbeide med?

En stafett

Avdelingssjefen sammenligner samhandling med en stafett. Hver løper greier som oftest å løpe sin etappe. Det er i vekslingene det skjærer seg. Slik er det ikke bare i friidrett, men

også i helsestellet. Man må øve på eller redusere antall vekslinger.

Antall pasienter som ligger i senger på NPS er halvert siden 1996. De befinner seg ute i kommunene. Færre liggedøgn frigjør ressurser som kan brukes til andre tjenester. Det gjør det mulig å flytte mer av aktivitetene ut i kommunene i form av samarbeidsprosjekter.

– Samhandlingen med kommunehelsetjenesten vil bli langt bedre

dersom vi forlater kontorene våre og oppsøker samarbeidspartnerne våre på deres hjemmebane, mener Aarre.

I Nordfjord får kommunene tilbud om å disponere psykiater eller psykolog en dag i måneden. Kompetansen benyttes til hjemmebesøk, felleskonsultasjoner, vurdering av pasienter på eldreinstitusjoner, undervisning, veiledning, eller hva kommunen ellers måtte ønske. Tidsbruken er beskjeden, men samhandlingsgevinsten stor.

De gjennomfører også felles undervisning og fagdager, felles opplæring i nye behandlingsmetoder, hospiterting og utveksling av personell.

De glade gråsoner

Det skarpe skillet mellom første- og andrelinjetjenester har ofte skapt flere problemer enn det har løst. Selv trives Trond Aarre godt i dette skjæringspunktet, som han kaller «de glade gråsoner».

I boka «Manifest for psykisk helsevern», som Aarre gav ut i vinter, viser han i denne sammenheng til følgende eksempel:

«En pasient med særlig alvorlig sinnslidelse skulle, etter mange år og tallrike mislykkede forsøk, skrives ut til kommunal omsorg. DPSet hadde forberedt utskrivelsen omhyggelig og i nær kontakt med kommunen. Da dagen endelig var kommet, møtte pasienten og primærpsykepleieren opp i kommunen bare for å bli møtt med

undring. Kommunen hadde glemt å skaffe folk som kunne ha tilsyn med pasienten og så seg ikke i stand til å ta ansvaret. Vi oppfattet dette som et klart brudd på inngåtte avtaler. For å hindre at pasienten måtte returnere til DPSet, tok våre ansatte på seg vakter i den kommunale tjenesten over helga. Slikt strir mot den vedtatte ansvarsfordelingen, men den tjente saken. Og, som primærpsykepleieren korrekt påpekte,

«Åpningstida kan ikke avgjøre hvilke tilbud psykisk syke pasienter får.»

Trond Aarre

så var det ikke avgjørende for ham hvor han jobbet. Arbeide skulle han jo i alle fall.»

– Med et konsekvent blikk for hvilke tiltak som gagnar pasienten best, kan vi løsrive oss fra samhandlingsproblemer som er skapt av profesjonssentrerte og konserverende holdninger der tjenestene våre blir vurdert løsrevet fra sitt samfunnsmandat, påpeker Aarre.

Ambulant akutt-team

I 2009 opprettet NPS et ambulant akutt-team for å bedre tilbudet til dem som trenger akutthjelp. Det er et lavterskeltilbud uten henvisningsplikt. En telefon er nok.

– Vi kunne ikke sitte å se på at pasienter ble lagt inn ved akuttavdelinga ved sentralsykehuset i fylket, bare fordi de ble syke etter klokka 15.00. Det kan ikke være slik at åpningstida skal avgjøre hvilke tilbud psykisk syke pasienter får, forteller Aarre.

Nå har pasientene fått vakttelefon de kan ringe, og kvalifisert personell de kan snakke med. Teamet har lokaler ved NPS, men arbeidsplassen er ute i kommunene. De møter folk der det passer best for den enkelte. Det kan være i eget hjem, hos familie eller venner eller hos fastlegen. Eller på teamets kontor.

Ved å legge ned sengeplasser og flytte på stillinger klarte NPS å innføre tilbudet uten at det kostet noe.





SAMHANDLER: Nordfjord psykiatrisenter i Sogn og Fjordane kunne tidligere denne måneden markere 20 års drift.

«Er det holdningene eller kapasiteten det er noe i veien med?» Trond Aarre

Omleggingen har ført til nedgang i tallet på innleggelser ved senteret, uten at det har blitt flere innleggelser i akuttavdelingen på sentralsykehuset.

– Denne omleggingen viser to ting. For det første at vi kan påvirke forbruket av innleggelser, som er de dyreste helsetjenestene. For det andre kan vi, ved interne omprioriteringer, innføre tilbud som ikke hadde blitt noe av dersom vi skulle ventet på å få tilført ressurser, konkluderer Aarre.

Felles arena

Samhandling har siden psykiatrisenteret åpnet vært et satsingsområde. Som en del av dette har de bygget opp Nettverk for psykisk helsearbeid. Nettverket er et samarbeidsprosjekt mellom psykiatrisenteret, kommunene i Nordfjord og Nav. Målgruppen er alle som jobber med psykisk helse, Nav og brukerrepresentanter.

Sentralt i nettverksarbeidet står arrangement av fagdager og nettverksgrupper. Målet med fagdage er å gi teoretisk påfyll og kompetanseheving innen forskjellige tema. Det er opprettet fire nettverksgrupper med

representanter fra alle samarbeidspartnerne. Gruppene møtes hver 6. uke hvor erfaringsutveksling og forventninger til de ulike tjenestene er tema.

– Vi får innspill og ideer til å tenke annerledes, og vi får en helt annen forståelse av hvordan de andre arbeider, ifølge enhetsleder for ambulant team, May Kristin Sæther.

Ingen ventetid

– Dersom vi skal få mer fornøyde pasienter, må psykisk helsevern i større grad skje på brukernes premisser. Det vil være en god start å ta i mot pasientene når de selv ber om hjelp, sier Aarre.

I samarbeid med kommunehelsetjenesten og brukerorganisasjonene tilbyr NPS fra 1. februar polikliniske tjenester uten ventetid. Når det er bestemt at pasienten skal henvises, kan man enkelt og greit kontakte psykiatrisk poliklinikk og få time samme dag eller dagen etter.

– Meningen med nyordningen er ikke at flere skal henvises til spesialisthelsetjenesten, understreker Trond Aarre og leder av psykiatrisk poliklinikk Erlend Mikal Haaland.

– Men i de tilfeller der spesialkompetanse er nødvendig, ønsker vi å tilby denne kompetansen uten unødvendig venting. Dette innebærer at fastlegen ikke trenger å sende en tidlig henvisning for å sikre seg at pasienten får hjelp innen rimelig tid.

Ventelister gjør at fastleger lett tenker føre-var prinsippet. De medisinerer pasienten og sender en henvisning, for å sikre pasienten plass i køen.

– Har dere kapasitet til dette?

– Det krever ikke mer ressurser, for pasientene ville vi tatt imot før eller seinere likevel. Slik vi ser det, er den viktigste funksjonen til ventelistene at vi slipper å se kritisk på våre egne holdninger og arbeidsmåter, mener de to.

Skal kaka deles på flere, blir det mindre på hver. Men kaka blir ikke større av at folk må vente til neste måned før de får et stykke.

– Ved å etablere ventelister fratar man seg selv langt på vei forvalteransvaret og lar pasientene ta konsekvensene av manglende prioritering. Dersom vi ikke rekker over alle oppgavene, må det være vårt eget ansvar å stille oss slik at det viktigste kommer først.

Selv tror Aarre at ventelistene lar seg avvike straks i de aller fleste psykiatriske poliklinikker dersom det er vilje til det.

– Argumentet for ventelister er som oftest manglende kapasitet på grunn av for lite ressurser. Jeg er redd det i like stor grad skyldes uvaner og manglende refleksjon over hvilke signaler vi sender til de som trenger oss. At pasientene kan ta direkte kontakt og få et tilbud gir en helt annen følelse av å bli tatt på alvor enn å få brev med beskjed om at du står på ei venteliste.

– Er det holdningene eller kapasiteten det er noe i veien med, spør avdelingsjef Trond Aarre ved Nordfjord psykiatrisenter igjen. Et spørsmål han og NPS vil fortsette å stille seg selv og andre. ■■■

Tekst og foto **Bjørn Arild Østby**

Fag & bøker

UFORSVARLIG: Mange sykepleiere opplever at arbeidsforholdene i forbindelse med medisinutdeling på sykehus ikke er forsvarlig tilrettelagt. Foto: Scanpix.

Side
52

3
nye bøker

THE ARBINGER INSTITUTE
Konfliktens anatomi
Konfliktløsning i praksis

Denne boken skal hjelpe med å finne løsning på konflikter ved å se på rollen en selv spiller.



LENE KAABERBØL
OG AGNETE FRIIS

Et stille, umerkelig drap

Dette er andre bok i krimserien om Røde Kors-sykepleieren Nina Borg. Denne gangen handler historien blant annet om forfulgte folkeslag.



ANDRIES J. KROESE
Fint å bli eldre
med oppmerksomhetstrening – mindfulness

En bok om å leve her og nå, ved hjelp av oppmerksomhetstrening.





Marit Storli, høyskolelektor og cand.polit., Høgskolen i Sør-Trøndelag, Avdeling for sykepleierutdanning

Deler ut medisiner «ved E6»

Hardt arbeidspress, stress og underbemanning kan i verste fall gå ut over pasientsikkerheten.

Det er helt uholdbart at det skal være sånn E6 rundt folk som gjør i stand og leverer ut medisiner til pasientene ...» Denne uttalelsen kom fra en sykepleier i et fokusgruppeintervju om feilmedisinering. Hun var oppgitt over alle forstyrrelsene ved legemiddelutdeling. Deltakerne i intervjuet kom fra ulike akuttavdelinger i sykehus og samtlige nikket gjenkjennende til uttalelsen (1).

Stort ansvar

Utdeling av legemidler er en viktig arbeidsoppgave for sykepleiere som innebærer uttak av legemidler fra medisinskap, utblanding, utregning og utlevering av legemiddeldosene til den enkelte pasient. Det er avgjørende for resultatet av behandlingen at dette skjer på en korrekt måte. En feilplassering av komma kan bli et spørsmål om liv eller død. Dagens avanserte helsetjeneste har enorme terapeutiske muligheter, samtidig har legemiddelbehandling stort skadepotensial. I akuttavdelinger brukes store mengder høypotente legemidler hvor konsekvensene av unøyaktigheter kan være dødelig for pasienter. Legemiddelbehandling er en kompleks samhandlingsprosess hvor sykepleieren er siste ledd i behandlingsskjeden uten etterfølgende kontrollledd. Sykepleieren kan derfor bli gjort ansvarlig for feil som blir begått tidligere i behandlingsskjeden (2,3).

Liten innflytelse

I fokusgruppeintervjuene ga sykepleierne gjennomgående inntrykk av liten tro på at de kunne påvirke beslutninger og rammebetingelser i egen organisasjon. Selv om de ga tilbakemeldinger om for eksempel emballasjelikhet og fare for forvekslinger ved ulike legemiddelprodukter, opplevde de at legemiddelprodusentene ikke betraktet dem som verdifulle bidragsytere til produktutvikling og kvalitetssikring. Sykepleierne fortalte de måtte «mase» i mange år for å få medisinnrom, og dobbeltkontroll som sikkerhetsrutine ble kuttet ut da det resulterte i for stort arbeidspress på hjelpepleierne (1). Det er nærliggende å spørre hvordan øverste sykehusledelse og politiske myndigheter blir realitetsorientert og ansvarliggjort for rammebetingelser rundt utdeling av legemidler.

E6

Som forhenværende sykepleier og praksislærer i sykehus ble jeg ikke overrasket over å høre denne beskrivelsen av omgivelser som minner om E6. En sosiolog derimot, som intervjuet en av

gruppene, ble nok både overrasket og skremt over beskrivelsen av hva som særpreger omgivelsene for legemiddelutdeling. På slutten av intervjuet spurte han sykepleierne om hva de trodde kom til å skje med flysikkerheten om passasjerene fikk fri tilgang til cockpit? Dette spørsmålet har jeg reflektert mye over. I det følgende vil jeg derfor analysere og prøve å finne svar på: Hvorfor aksepterer sykepleierne å dele ut sterktvirkende medisiner i «Omgivelser som minner om E6»? Utgangspunkt for analysen er materialet fra de omtalte fokusgruppene, relevant litteratur og min egen yrkeserfaring.

Universelt mandat

Pasientsikkerhet er et overordnet mål i den norske helsetjenesten, men blir utfordret av tidspress, ufullstendig bemanning og kompetanse samt svakheter i rutiner og arbeidsmiljø (3, 4). De nordiske velferdsstatene kjennetegnes ved å være tilgjengelig for alle behov, mens grenser er fraværende og ressursene ikke i samsvar med ambisjonsnivået (5). I «Maktens samvittighet» (5) har jeg funnet flere analytiske perspektiver som kan bidra til å forstå hvorfor sykepleierne ikke protesterer på legemiddelutdeling «ved E6».

Å etablere ansvarsgrenser for profesjoner som arbeider tett på brukeren er vrient, særlig for en profesjon som er til stede 24 timer i døgnet. Leger er den eneste profesjonen som har evnet å sette grenser for sin tilgjengelighet i velferdsstaten. Sykepleierne derimot, har nærmest fått et universelt mandat siden velferdsstatens tjenester både skal være tilgjengelig for hele befolkningen og ikke koste noe.

Hardt press

Organisasjonsstrukturer begrenser hva ulike profesjonsgrupper har ansvar for. Men når det gjelder sykepleiere fungerer disse som lim i organisasjonen da det ikke er noen generell enighet og tydelig grense for hva som er deres jobb. I USA er det mer legitimt ikke å nå frem til alle, mens i Norge vil det nærmest være en nasjonal skandale om noen ikke får tilgang til en offentlig tjeneste. Dette skaper et voldsomt press på profesjonsutøverne (5). Ifølge Lipsky (6) er statsansatte profesjonsutøvere – eller grasrotbyråkrater, utøvere av politisk makt og skal gjennomføre prioriteringer som politikerne beslutter. Etisk vanskelige prioriteringer blir overlatt til de som arbeider nærmest pasientene da ingen med politisk ansvar ønsker å bli ansvarliggjort for upopulære valg. Grasrotbyråkratene utvikler strategier for

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

Søkeord:

- » Legemiddel
- » Medisinhåndtering
- » Arbeidsmiljø





å håndtere disse dilemmaene, og av og til må de «ta snarveier for å overleve».

Ifølge Chambliss (7) har sykepleiere i sykehus en spesiell funksjon som de selv ofte opplever som motsetningsfylt. De er underordnet, samtidig skal de både være omsorgsperson og profesjonell fagperson med ansvar for legemiddelutdeling. Det siste krever spesiell kompetanse og gir status. Chambliss beskriver hvordan sykepleiere i store sykehusorganisasjoner endrer seg fra å være moralsk bevisste til å bli rutinstyrte, med redusert evne til individuell behandling av pasienter. Travelhet og pressete situasjoner gjør at sykepleierne ikke stopper opp og reflekterer.

Maktens samvittighet

Lønning (8) beskriver samvittigheten som en universalfunksjon og et organ for sunn selvkritikk som verner om menneskets medmenneskelighet. Samvittigheten er kulturelt betinget siden den er sosialisert gjennom foreldre, familie, skole og utdanning. Skammen er selvforaktens nære slektning, og enkeltindivider som blir pådyttet skam fra de kulturelle omgivelsene skaper negative følelser. Skammen rommer skyld, selvbebreidelse, fostrer selvopptatthet og selvmedlidenhet (8, 9).

Ved feilmedisinering vil det ofte oppstå en umiddelbar reaksjon i samvittigheten hos den enkelte sykepleier. Denne reaksjonen kan være en form for sanksjonsangst da samfunnet innehar spesifikke forventninger til helsepersonell og sykepleierollen. Hjort (2:19) forklarer dette med etterkrigstidens drøm om en

perfekt helsetjeneste bemannet med perfekt helsepersonell. Dette kan påvirke sykepleiernes selvoppfatning slik at de prøver å fremstå som overmennesker som ikke gjør feil og tåler det meste. Avviksmeldinger og avvikshåndtering er verktøy som skal forebygge feilmedisinering, forutsatt at feil meldes. Å rapportere feil kan være vanskelig fordi det skaper dårlig samvittighet, spesielt i miljøer der feilhandlinger forties og betraktes som tabu. Leira (9) forklarer tabu som forbudt kunnskap. Feilhandlinger genererer lett dårlig samvittighet. Dette gjør det mulig å misbruke avviksmeldinger som en hersketeknikk, tatt i betraktning det asymmetriske forholdet mellom arbeidsgiver og arbeidstaker.

Åpen kultur

Dilemma kan skape grobunn for dårlig samvittighet som igjen forhindrer profesjonsutøverne i å kommunisere oppover i organisasjonen (5). Ifølge psykologen Paul Hauch (10:44) kan

En feilplassering av komma kan bli et spørsmål om liv eller død.

du, ved å påføre andre dårlig samvittighet eller skyldfølelse, få like sterk kontroll over dem som om du sto med en revolver i hånden. Er dette tilfelle, blir det lett å forstå den sterke kontrollen myndighetene får over sykepleierne ved å desentralisere

STORT ANSVAR: Legemiddelhåndtering er en kompleks samhandlingsprosess. Sykepleier er siste ledd i denne kjeden og kan derfor få ansvaret for feil, også dem som er begått av andre. Foto: Geir Kallestad/Scanpix.



prioriteringer og maktutøvelse. Profesjonsutøvere, og særlig en profesjonsgruppe som bærer på mye dårlig samvittighet, lar seg lett kontrollere og manipulere. Hjort (2) påpeker at det er viktig å skape en åpen kultur hvor ledelsen erkjenner menneskets feilbarlighet. Dette motvirker at avviksmeldesystemet dyrker frem dårlig samvittighet og tilhørende negativ kontroll.

Et kulturhistorisk perspektiv

Boken «Lydige slaver» kan belyse sykepleieprofesjonen fra et kulturhistorisk perspektiv. Den beskriver hvordan forrige generasjons sykehusmiljø for sykepleiere og elever var preget av autoritær disiplin og strengt sykehushierarki. Legene var «gudene» mens sykepleierne måtte være «lydige slaver» (11). Materialet fra fokusgruppene forteller om sykepleierne som tar ansvaret for legemiddelbehandling, mens legen har ansvaret (1). Ifølge Vike m.fl. (5) preges i særdeleshet sykepleiere av «ansvarsoversvømmelse» og skiller seg fra andre yrkesgrupper ved sterk moralsk

Dersom sykepleiere blir mer bevisst på at andre profesjoner også gjør feil, vil de få en sunnere holdning til at de selv gjør feil.

selvjustis og selvgransking. Ifølge Hernes (5) bidro utbygging av velferdsstaten til at kvinner som ansatte gikk fra å være styrt av menn til å bli styrt av Staten. Er det slik at mens det før var legen, så er det nå velferdsstaten med sin grenseløshet som representerer «plantasjeeieren» for de «lydige slavene»?

Kjønnsmyter

Så vel yrkesmytene som kjønnsmytene kan fungere som effektive orienteringsmekanismer for å illustrere hva samfunnet forventer av sykepleierne. Borchgrevink (12) reiser følgende spørsmål: Likestillingsloven er i pakt med gjeldende rettsoppfatning og jus i Norge, men er det riktig å si at den er i pakt med «native culture»? Er det ikke slik at likestillingens hensikt er brudd med en kultur? Kan kvinnedominansen i sykepleie, kombinert med en paternalistisk kultur med et strengt hierarki, bidra til at relasjonen mellom lege og sykepleier ikke organiseres som et likeverdig samarbeid? Likestilling handler ikke bare om å utjevne følger av biologiske forskjeller, men også om å fjerne begrensende kulturelle forventninger. I dette perspektivet blir kjønn en viktig analytisk dimensjon som kan bidra til å forstå sykepleiernes manglende protest mot å dele ut medisiner «ved E6».

Sikkerhetskultur

Sammenligninger av ulike profesjoner med stort ansvar for andres sikkerhet der majoriteten av utøverne enten er kvinner

eller menn, for eksempel piloter og sykepleiere, viser forskjeller i sikkerhetskultur.

Luftfarten er det store forbildet for helsetjenesten med tanke på sikkerhet (3, 4). Pilotens oppmerksomhet blir ikke forstyrret av passasjerer som ønsker drikke, trenger trøst eller hjelp til å kle på seg. Pilotene ville sannsynligvis heller aldri gitt passasjerene fri adgang til cockpit. Sykepleierne i fokusgruppene fikk ikke gehør da de ga tilbakemeldinger om utstyr som representerte en sikkerhetsrisiko. Konsekvensene var at de etter beste evne improviserte ved for eksempel å klippe av intravenøse slanger eller merke utstyret for å unngå feilmedisinering. Til sammenligning vil vel et fly med defekt høydemåler bli satt på bakken i stedet for at pilotene «begynner å mekke» på utstyret.

Stress

Sexton m.fl. (13) sammenlignet innvirkning av stress og tretthet hos personell i intensivbehandling og luftfart. Mens piloter innrømte og tok hensyn til at stress påvirker sikkerhet, innrømte helsepersonell i liten grad at stress var et problem. En artikkel i Aftenposten (14) viser at sykepleiere er de arbeidstakere som i jobbsammenheng er mest utsatt for tidspress og belastninger, men Sextons undersøkelse tyder på at de selv er lite bevisst på sammenhengen mellom stress og pasientsikkerhet. Myhre (15) hevder at årsaken til høy sikkerhet i luftfarten i første rekke er basert på et nitid arbeid med å utarbeide regler og prosedyrer, foruten trening på disse. Risikoområder har blitt kartlagt gjennom rapportering, og enhver hendelse som kan forventes har blitt analysert og ivarettatt i form av regler og prosedyrer. Grøndal (16) mener at systemperspektiver er bedre innarbeidet i luftfarten enn i helsevesenet. Dette gjør at personalet i luftfart er mer villig til å gjøre en innsats for å ivareta sikkerheten. Dersom sykepleiere blir mer bevisst på at andre profesjoner også gjør feil, vil de få en sunnere holdning til at de selv gjør feil. De vil i tillegg bli mindre selvbebreidende og få et mer realistisk syn på ansvars- og skyldforhold i forbindelse med feilmedisinering (2).

Avslutning

Den høye sykmeldingsstatistikken og opphopning av belastningslidelser hos helsepersonell tyder på at sykepleiere trenger å få redusert belastninger i jobben (14). Vike (17) omtaler helse- og sosialsektoren som arbeidslivets tredje verden. Forventninger til sykepleierne om å opptre som overmennesker svekker sannsynligvis pasientsikkerheten. Det er behov for en mer realistisk fremstilling av sykepleierollen, hvor det erkjennes at sykepleiere er underlagt de samme menneskelige begrensninger i evner og ufeilbarlighet som andre yrkesgrupper. Dette vil sannsynligvis også bedre pasientsikkerheten. Økt sikkerhet kan man oppnå gjennom å utvikle sikkerhetssystemene i form av bedre rutiner og prosedyrer samt forbedre den komplekse samhandlingsprosessen (3, 4). ■■■

LITTERATUR

1. Storli M. Feilmedisinering i sykehus – organisasjonskulturens påvirkning. *Vård i Norden* 2008; 3: 19–23
2. Baker H, Napthine R. Nurses & medication: A literature review. Australia: Australian Nursing Federation – Publications unit, 1994.
3. Hjort PF. Uheldige hendelser i helsetjenesten. Oslo: Sosial og Helsedirektoratet, 2004.
4. Aase K. Pasientsikkerhet – teori og praksis i helsevesenet. Oslo: Universitetsforlaget, 2010.
5. Vike H, m.fl. Maktens samvittighet. Om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2002.
6. Lipsky M. Street-Level Bureaucracy. Dilemmas of the individual in Public Service. New York: Russel Sage Foundation, 1980.
7. Chambliss DF. Beyond Caring. Hospitals, Nurses, and the social Organization of ethics. Chicago: Chicago University Press, 1996.
8. Lønning P. Ubehag, skam, skyldbevissthet, anger. *Nordisk tidsskrift for palliativ Medisin* 2003; 1: 36–41.
9. Leira HK. Det gode nærvær. Kulturens psykologiske betydning. Bergen: Fagbokforlaget, 2003.
10. Hauch P. Bygg opp din selvtillit. Oslo: Dreyers Forlag A/S, 1984.
11. Korsmo-Baugstø A. *Lydige slaver*. Bergen: Alma mater forlag A/S, 1995.
12. Borchgrevink T. Likestilling, det flerkulturelle demokratiets hodepine, i Sand i maskineriet, makt og demokrati i det flerkulturelle Norge. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2002.
13. Sexton BJ, Thomas EJ, Helmreich R L. Errors, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys. *BMJ* 2000; 320: 745–749.
14. Gimmestad J. På helsen løs for sykepleiere. Særlig utsatt for psykiske plager. Artikkel i Aftenposten 25. mars 2010.
15. Myhre G. Flypsykologi: menneskelige faktorer under operative forhold. Oslo: Universitetsforlaget, 2000.
16. Grøndal IL. Helsevesenet trenger en medisinsk havarikommisjon. *Tidsskrift Nor Lægeforen* 2002; 122:1238.
17. Dolonen KA. Pleie- og omsorgssektoren er arbeidslivets tredje verden. *Tidsskriftet Sykepleien* nr. 2/2010; 2: 58.



Kristin Kolloen, intensivsykepleier, intensivavdelingen, Sykehuset Innlandet HF, Hamar.

Pasienter på intensiv trenger oppfølging

Mange intensivpasienter sliter med angst og depresjon etter opphold på intensivavdeling.

Som sykepleier i intensivavdeling har jeg alltid lurt på hva pasientene som har ligget på respirator husker fra et intensivopphold. Jeg har fundert på hvordan de opplever pleien og hvordan de har det i etterkant av akutt kritisk sykdom. Dette temaet ble jeg enda mer opptatt av da jeg selv ble utsatt for akutt kritisk sykdom og ble intensivpasient.

Metode

For å finne relevant litteratur om emnet benyttet jeg følgende søkeord: intensiv care unit, intensive patient, intensive care, memory, memory disorder, patientparticipation, critically ill patients, acute posttraumatic stress syndrom, adaptation. Søkeordene ble søkt på hver for seg og i ulike kombinasjoner. Databasene jeg benyttet meg av i søkene var SweMed+, Embase, Medline, CIHNAL og PubMed.

Det har vist seg å være relevante sammenhenger mellom pasientens minner fra behandlingsforløpet og psykiske problemer i ettertid. Intensivoppholdet gir dyptgripende minner som setter spor (1). En systematisk kartlegging av pasientens subjektive opplevelse kan bidra til økt forståelse og ny sykepleiekunnskap. Forutsetningen for å utøve god sykepleie er sykepleierens evne til å sette seg inn i pasientens situasjon (2).

Pasientens minner

Flere studier beskriver pasientenes ubehagelige og stressende minner fra et intensivopphold. Man kan kategorisere minnene i ulike grupper: Factual memories (minner om reelle ting), sensation memories (følelser rundt det å være pasient) og emotional memories (psykologiske følelser). (2,3,4,5,6). Pasienten kan ha et reelt minne, for eksempel om tube som kan gjøre det vanskelig å snakke, som igjen kan gi angst og redsel.

Intensivsykepleieren må ha kunnskap om pasientens subjektive opplevelse for å vite hva og hvordan man kan forebygge. Eva Gjengedals undersøkelse fra tidlig på nittitallet viste at følgende opplevelser var vanlige hos intensivpasienter: tap av stemme, betydning av medmennesker, angst og utrygghet, endret tids-

perspektiv og endret kroppsfølelse (2). De vanligste minnene i Capuzza med flere sin studie inkluderte tuben, andre pasienter, å være ukomfortabel, ha vanskelig for å snakke, problemer med å puste, tørst, angst, mareritt og hallusinasjoner (3).

De fleste opplevde det som ekstremt plagsomt og veldig ubehagelig at tuben reduserte evnen til å kommunisere. I Samuelson med flere sin studie av erfaringer hos intensivpasienter husket de fleste det å være koblet til tuben og slanger, være tørst og problemer med å snakke som mest stressende (6).

Vonde opplevelser

Pasientene beskriver minner om frykt som hallusinasjoner, paranoide vrangforestillinger eller mareritt. Pasientene rapporterer ofte at disse minnene er svært reelle og vanskelige å skille fra virkeligheten (7). En pasient forteller at han levde i sin egen drømmeverden på intensiv, som han opplevde som helt reell (1). De fleste pasientene rapporterte en blanding av reelle minner og drømmer (8). Pasienter som har ligget på respirator har ofte hatt mareritt og hallusinasjoner (6). De husker gjerne ufullstendige minner og levende uvirkelige opplevelser som vrangforestillinger og hallusinasjoner (9). De rapporterer om mareritt, angst og panikk, problemer med å puste og følelsen av kvalning. Pasientene rapporterte også frykt knyttet til aktiviteter på intensiv, ansatte og medisinsk utstyr (4). Enkelte pasienter husker litt, andre husker mye og noen ingen ting fra et intensivopphold. Dette kan ha med graden av sedering å gjøre (3,6,10).

PTSD

Posttraumatisk stressyndrom (PTSD) relatert til opphold i intensivavdeling er basert på at intensivpasienten opplever forferdelige hendelser hinsides normal menneskelig erfaring (11). Vrangforestillinger og utvikling av PTSD har blitt et signifikant problem for mange pasienter i etterkant av intensivopphold (3,4,5,8,9,10,12,13,14). Utvikling av PTSD har blitt relatert til ulike uheldige opplevelser pasientene hadde på intensiv. Pasientenes erfaringer varierer fra få eller ingen minner til saklige

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

Søkeord:

- › Intensiv
- › Kritisk sykdom
- › Dokumentasjon
- › Stress



reelle minner. Andre igjen husker bare smerter, suging og mangel på søvn. Minner om mareritt, hallusinasjoner eller paranoide hendelser er framtrepende. Mange pasienter hadde skremmende vrangforestillinger som har gitt varige minner (9).

Gir dype spor

Studier viser at pasienter som er preget av erfaringer fra et intensivopphold risikerer å utvikle PTSD. Datainnsamling viser at erfaringene preger pasientene i alt fra fem dager til 12 måneder etter et opphold på intensivavdeling (3,4,5,8,9,10,12,13,14).

Storli med flere intervjuet pasienter ti år etter et intensivopphold og fant at minner om kroppsfølelse og emosjonelle følelser fremdeles var overraskende sterke. Studien konkluderer med at en periode med kritisk sykdom og opphold på intensivavdeling kan etterlate seg dype spor i pasientens liv (14). To uker etter intensivoppholdet er det høy risiko for at pasienten utvikler akutt PTSD som igjen kan utvikle seg til å bli kronisk dersom dette ikke blir fulgt opp. Pasienter som rammes av PTSD en til tre måneder etter intensivbehandling bør bli behandlet for ikke å utvikle kronisk PTSD (9).

Forebygging

Det er viktig å ta utgangspunkt i pasienterfaringer for å forebygge PTSD. I dette arbeidet er intensivsykepleierens lindrende- og rehabiliterende funksjon svært viktig. Dersom man ikke har lyktes i å lindre alle ubehagelige opplevelser fra en situasjon på intensivavdeling, må disse opplevelsene bearbejdes for at pasienten skal kunne rehabiliteres tilbake til et meningsfullt liv uten PTSD. Som intensivsykepleier har man ansvar for å bidra etter beste evne til å forebygge PTSD. Forebygging må til for å styrke helsen. Denne tenkningen innen sykepleie beskriver Aron Antonovsky (1923–1994) som salutogenese. Antonovskys modell fokuserer på forbindelsen mellom sammenheng, problemhåndtering og helse (15).

Informasjon

God kommunikasjon er viktig for å redusere stress i forbindelse med medisinsk behandling og de problemer intensivmiljøet skaper for pasienten. Informasjon kan bidra til å strukturere det kaoset pasienten opplever (16). Det er viktig å gi informasjon når

den vanlige hverdagen kan føles lang. Mange føler seg ensomme og savner ektefelle, pårørende og venner (6). Intensivsykepleieren kan bidra til å gi den vanskelige situasjonen pasienten er i mening ved å fokusere på de ressursene og kreftene pasienten har (19). Intensivsykepleieren kan også hjelpe til med å lindre den ubehagelige opplevelsen ved å trekke pårørende inn som en ressurs (16,20). Pasienter beskriver familiemedlemmer som viktige for å bekjempe sykdommen og komme tilbake til livet. Intensivsykepleieren kan bruke pårørende for å finne ut hva som er viktig i pasientens dagligliv. Hva kan være positivt for pasienten å fokusere på, og hva har han å se frem til?

Oppfølging

Opplevelse av mening kan motivere pasienten til innsats. Han kan motiveres til å kjempe, anstrenge seg og til å holde ut (14). Å være intensivpasient er en påkjenning og en opplevelse som sitter i kroppen resten av livet. Studier viser at oppfølging av pasientene er nødvendig for å hjelpe dem til å skille mellom virkelige og uvirkelige minner. Et oppfølgingsprogram vil gi kunnskap, samt imøtekomme pasientenes psykologiske behov. Sykepleier kan bidra til å aktivere pasientens mestringsstrategier gjennom informasjon og kommunikasjon med pasienter og pårørende (5,8,21).

Bruk av oppfølgingsenhet har økt sykepleieres forståelse for de konsekvenser et intensivopphold kan medføre. Oppfølgingsenhet har også gitt pasienter og pårørende hjelp til å bearbejde problemer og stress som følge av kritisk sykdom og intensivbehandling (22).

Dagbok

Dagbok fra intensivoppholdet hjelper pasientene og pårørende til å forstå tiden på intensivavdelingen (7,11). Dagboken kan gi informasjon som kan fylle det «tomrommet» i hukommelsen som ofte oppstår hos intensivpasienter. Dagboken blir da en kilde til å forstå kroppens erfaringer bedre, eller til å forstå erfaringer på en annen måte (22). Den kan også være et tiltak fra intensivsykepleieren som erstatter «minnehulet» i pasientens liv fra tiden på respirator, og kan være en kilde til å besvare pasientens spørsmål. Gjennomgang av dagboken sammen med en intensivsykepleier kan gjøre at det uforståelige blir forståelig og at ting faller på plass for pasienten (22).

Besøk på intensivavdelingen

Å dra tilbake til intensivavdelingen på besøk kan også være bra for pasienten. Ved «å føle rommet» faller erfaringene på plass og blir realistiske (1,22). Jeg synes selv at det å besøke avdeling i ettertid var en positiv opplevelse. Å se rommet var en ting, men det var også fint å møte personalet. Det å snakke med personalet ga meg en indre ro. Jeg ser to positive sider ved å dra tilbake til intensivavdelingen på besøk. I tillegg til at ting kan falle på plass for pasienten får personalet se en pasient de har kjempet for i live. Det er viktig i en hverdag med mye triste skjebner å se at ting kan gå bra. Det motiverer til å fortsette i jobben.

Det er viktig med ulike tiltak etter intensivbehandling for å forebygge at posttraumatisk stressyndrom oppstår, eller for å forebygge at syndromet utvikles dersom det allerede har oppstått. Det å behandle pasienter i en intensivavdeling gir konsekvenser. Man bør ikke se på behandlingen som avsluttet når pasienten utskrives fra avdelingen. Som intensivsykepleier bør man tenke på hva som kan bli konsekvensene av det man utfører og måten man utfører handlinger på. Man må også være behjelpelig med oppfølging av pasienten dersom det er et behov

Vrangforestillinger og utvikling av PTSD er et problem for mange pasienter i etterkant av intensivopphold.

en pasient ligger i respirator og gjenta informasjonen i ettertid for at pasienten skal oppnå forståelse og gjenvinne kontroll (17). Pasienter beskriver at kontinuerlig, velbalansert og profesjonell informasjon gir dem en form for kontroll. Ufullstendig og uforståelig informasjon kan gi angst og fortvilelse hos pasienten (17,18). Trygghet er viktig for å skape tillit (18). Noen pasienter greier ikke å skille mellom hva som er reelt og ikke reelt når de får vrangforestillinger mens de ligger på respirator (1,2,3,5,7,8,13.). De beskriver at personalets tilstedeværelse får dem til å føle seg trygge. Pasientene beskriver også at de blir stresset dersom personalet opptrer stresset (18).

Familie viktig

Å være intensivpasient kan føles meningsløst. Veien tilbake til

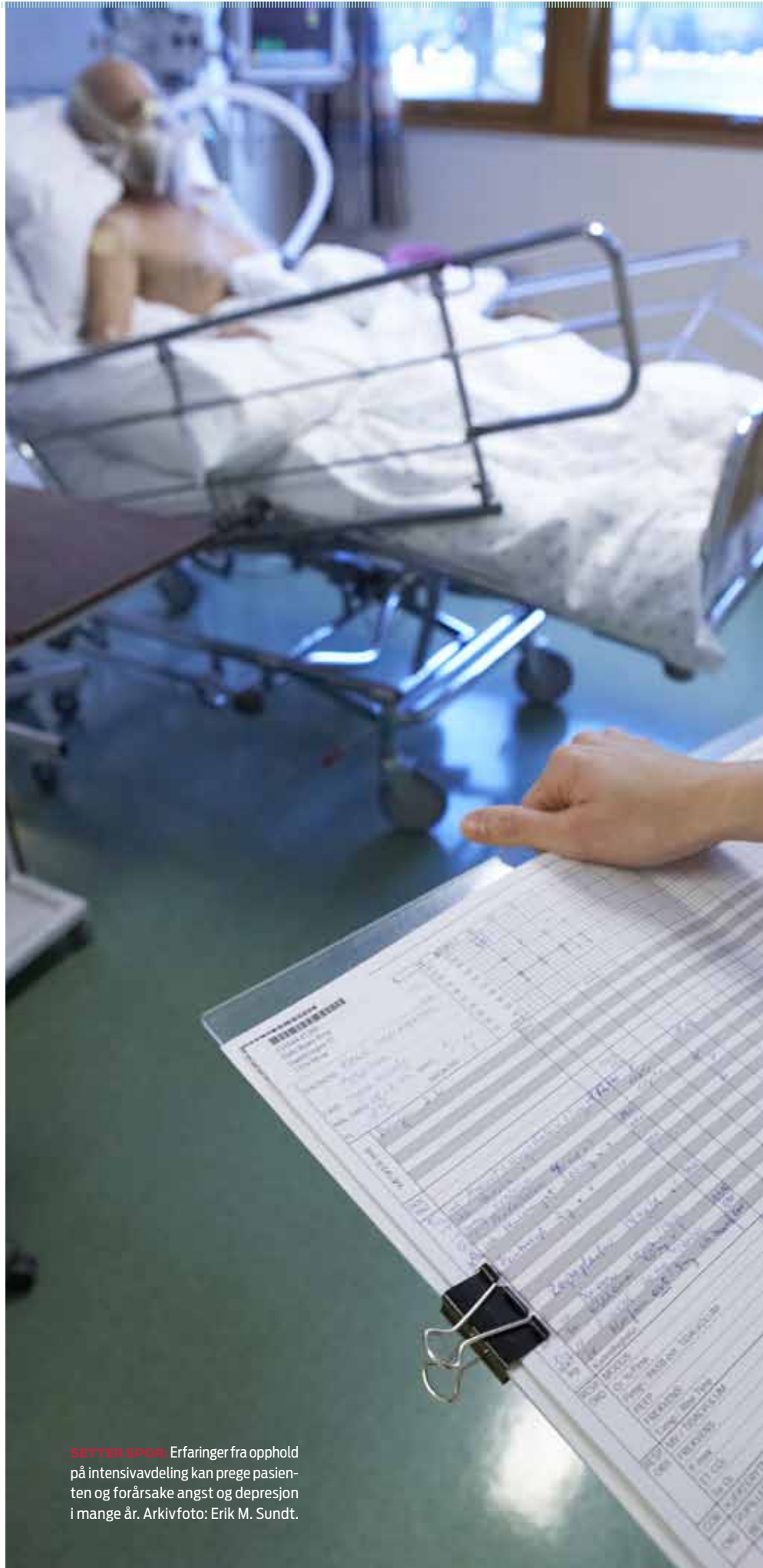
Å være intensivpasient kan føles meningsløst.

for det. Intensivsykepleieren har både fagkunnskap og erfaring som kan hjelpe pasienten i ettertid.

Konklusjon

Forskning viser at pasientene sitter igjen med erfaringer etter opphold på intensivavdeling som en intensivsykepleier kan dra nytte av i pleien. Intensivsykepleieren har et ansvar for å forebygge PTSD hos intensivpasienten. Jeg kjenner meg igjen i mange av de erfaringene pasientene beskriver fra jeg selv var intensivpasient. Det forsterker min oppfatning av at pasienterfaringer er viktig for kunnskapsutvikling hos intensivsykepleieren. Brukerkunnskap er en viktig del av det å jobbe kunnskapsbasert. Pasientene representerer en ressurs for helsepersonell som kan bidra til å øke deres kompetanse. Det å være intensivpasient setter spor!

Artikkelen har sitt utgangspunkt fra fordypningsoppgave i videreutdanning i intensivsykepleie ved Høgskolen i Gjøvik. ■■■



LITTERATUR

1. Storli S, Asplund K, Heggen K, Bengtsson J, Engelsrud G. Living with experiences and memories from being in intensive care: a lifeworld perspective. *Norsk Tidsskrift for Sykepleierforskning* 2004; 6(3): 22–37.
2. Gjengedal E. Pasientopplevelser som grunnlag for kunnskapsutvikling. I: Kirkevold M, Nortvedt F, red. Klokskap og kyndighet: Kari Martinsen innflytelse på norsk og dansk sykepleie. Oslo: Ad notam Gyldendal, 1993: 190–199.
3. Capuzzi M, Pinamonti A, Cingolani E, Grassi L, Bianconi M, Contu P, Gritti G, Alvisi R. Analgesia, sedation and memory of intensive care. *Journal of Critical Care* 2001; 16 (3): 83–89.
4. Granja C, Ernestina G, Augusta A, Orquidea R, Cgristina J, Antonio C, Altrmiro CP. Understanding posttraumatic stress disorder-related symptoms after critical care: The early illness amnesia hypothesis. *Critical Care Medicine* 2008; 36 (10): 2801–2809.
5. Løf L, Berggren L, Ahlstrøm G. ICU patients' recall of emotional reactions in the trajectory from falling critically ill to hospital discharge: Follow-ups after 3 and 12 months. *Intensive & Critical Care Nursing* 2008; 24 (2): 108–121.
6. Samuelson KA, Dag L, Bengt F. Stressful experiences in relation to depth of sedation in mechanically ventilated patients. *Nursing in Critical Care* 2007; 12 (2): 93–104.
7. Griffiths RD, Jones C. Filling the intensive care memory gap? *Intensive Care Medicine* 2001; 27 (2): 344–346.
8. Roberts B, Rickard C, Rajbhandari D, Reynolds P. Patients' dreams in ICU: Recall at two years post discharge and comparison to delirium status during ICU admission A multicentre cohort study. *Intensive Critical Care Nursing* 2006; 22 (5): 264–273.
9. Jones C, Richard DG, Gerry H, Skirrow PM. Memory, delusions, and the development of acute posttraumatic stress disorder-related symptoms after intensive care. *Critical Care Medicine* 2001; 29 (3): 573–580.
10. Treggiari M, Romand JA, David Y, Sreven AD, Jack G, Leonard H, Claudia pH, Noel SW. Randomized trial and light versus deep sedation on mental health after critical illness. *Critical Care Medicine* 2009; 37 (9): 2527–2534.
11. Griffiths RD, Jones C. Intensive care aftercare. Oxford: Butterworth Heinemann, 2002.
12. Cuthbertson BH, Aastair H, Mary S, Judith S. Post-traumatic stress disorder after critical illness requiring general intensive care. *Intensive Care Medicine* 2004; 30 (3): 450–455.
13. Samuelson KA, Dag L, Bengt F. Stressful memories and psychological distress in adult mechanically ventilated intensive care patients—a 2 month follow-up study. *Acta Anaesthesiol Scand* 2007; 51 (6): 671–678.
14. Storli SL, Anders L, Kenneth A. A journey in quest of meaning: a hermeneutic-phenomenological study on living with memories from intensive care. *Nursing in Critical Care* 2008; 13 (2): 86–96.
15. Antonovsky A. *Helbredets mysterium: at tale stress og forblive rask*. København: Hans Reitzel Forlag, 2000.
16. Dybvik K. *Respiratorbehandling: lærebok for sykepleiere*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS, 2000.
17. Christensen M, Hewitt–Taylor J. Patient empowerment: Does it still occur in the ICU? *Intensive & Critical Care Nursing* 2007; 23 (3): 156–161.
18. Wählin I, Ek AC, Idvall E. Patient empowerment in intensive care—An interview study. *Intensive & Critical Care Nursing* 2006; 22 (6): 370–377.
19. Stang I. *Makt og bemyndigelse: om å ta pasient- og brukemedvirkning på alvor*. 1. utgave 2. opplag. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS, 1998.
20. Moesmand AM, Kjøllesdal A. *Å være akutt kritisk syk: om pasientens og de pårørendes psykologiske reaksjoner og behov*. 2 utgave 1. opplag. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS, 2004.
21. Corrigan I, Karin AMS, Bengt F, Bibbi T. The meaning of posttraumatic stress-reactions following critical illness or injury and intensive care treatment. *Intensive & Critical Care Nursing* 2007; 23 (4): 206–215.
22. Storli SL, Lind R. (2009). The meaning of follow-up in intensive care: patients perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2009; 23 (1): 45–56.

SETTER SPOR: Erfaringer fra opphold på intensivavdeling kan prege pasienten og forårsake angst og depresjon i mange år. Arkivfoto: Erik M. Sundt.



Signe Valsset, pensjonert amanuensis, Institutt for sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo

Sykepleie må ha egne mål

Det psykososiale aspektet ved generell sykepleie er en viktig faktor i forebyggende og rehabiliterende helsetjenester.

Denne kronikken vil jeg diskutere hvorfor forebygging og rehabilitering er så sentralt i kampen mot vår tids største helseproblem; kroniske sykdommer, og fremheve hvilken nøkkelrolle sykepleierne har i dette tverrfaglige arbeidet. Jeg vil vise at det psykobiologiske aspektet av sykepleien blir viktig i det forebyggende og rehabiliterende arbeidet og diskutere dette i et historisk perspektiv.

Forebygging og rehabilitering

En rekke stortingsmeldinger har i den seinere tid pekt på behovet for større vekt på forebyggende og rehabiliterende virksomhet. Kommunehelseloven som trådte i kraft i 1984 omfatter også sykepleie. Rehabiliteringsmeldingen ble vedtatt i 1999. I St meld 47 (2008–2009) beskrives rehabilitering som: «Tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, der flere aktører samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukeren sin egen innsats for å oppnå best mulig funksjons og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse i samfunnet» (1, s. 62). Her er det ikke krav om behandling av sykdom, men om behandling av funksjons- og mestringsevnen hos kronisk syke og skadde.

Tverrfaglig samarbeid er bare mulig så lenge man har et eget fag med egne mål. Hva er så sykepleiens spesielle bidrag i dette samarbeidet? Sykepleiens helhetsspektiv er basert på omsorg for forskjellige grunnleggende behov; psykososiale og åndelige så vel som fysiske. Dette har blant annet bidratt til at man har fokusert på forebyggende og rehabiliterende arbeid i samhandlingsreformen.

To perspektiver

En undersøkelse utført av Norsk Sykepleierforbund har vist at sykepleierutdanningen har et helhetlig perspektiv på helse, mens praksis er preget av et medisinsk perspektiv. Hva er bakgrunnen for disse to perspektivene? I det medisinske perspektivet er sykepleiens komplementære funksjon mange steder redusert til fysisk observasjon og tilpasset stell, samt empati. Det medisinske perspektivet har tradisjonelt vært dualistisk. Det vil si at soma og psyke behandles hver for seg. I somatiske avdelinger konsentrerer man seg om å behandle kroppen. Dette har gjort medisinen i stand til å redde mange liv. Men kroniske sykdommer, som er vår

tids store helseproblem, lar seg ikke helbrede av det medisinske perspektivet.

Kroppens helbredende krefter

Det er nå over 100 år side Florence Nightingale sa at sykepleien skulle legge til rette for at pasientens egne helbredende krefter kunne virke best mulig. Dette perspektivet underbygges av professor Dubos, nobelprisvinner i medisin, som oppdaget antibiotika i 1939: «Moderne legevitenskap blir først virkelig vitenskapelig den dagen både leger og pasienter har lært å forholde seg til de kreftene i kroppen og sinnet som virker gjennom vis mediatric naturae, naturens helbredende krefter» (2).

Det er altså ikke bare sykdom som skal behandles, men kroppens og sinnets egne helbredende krefter. Vi vet at riktig kost og mosjon styrker kroppens egne helbredende krefter. Å styrke sinnets egne helbredende krefter er en viktig side ved sykepleiens bidrag i det tverrfaglige arbeidet. Vi vet at sosial støtte, omsorg til seg selv og sine nærmeste sammen med glede over natur og kultur, styrker disse helbredende kreftene.

Psykobiologisk stress

Langvarig psykobiologisk stress derimot, svekker kroppens egne helbredende krefter. Opplevelse av hjelpeløshet og fortvilelse over tid svekker også de hvite blodlegemene. Det kan for eksempel, ifølge professor Servan-Schreiber (2), bidra til inflammatoriske prosesser som får en kreftsvulst til å vokse. På dette grunnlaget kan man forvente at hjelp ved langvarig hjelpeløshet og fortvilelse kan bidra til å forebygge somatiske lidelser.

For å behandle psykobiologisk stress må empati og hjelp med problemløsning gå hånd i hånd. Å prioritere det ene på bekostning av det andre er forkastelig. Dette krever metoder som ikke hører inn under medisinen, men sykepleiens område. I tidligere tider, med langvarig sykehusopphold, fikk mange pasienter med bekymringer hjelp av sykepleierne. I dag tilfaller denne utfordringen sykepleiere i kommunehelsetjenesten.

Lært hjelpeløshet

Under gunstige betingelser utvikler barnet en generell forventning om å mestre livet. Under mindre gunstige betingelser kan

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

Søkeord:

- ▶ Sykepleierutdanning
- ▶ Sykepleiefunksjon
- ▶ Psykososial
- ▶ Sykepleiens historie



barnets selvtillit og selvrespekt skades. Dette kan igjen medføre at han eller hun utvikler en generell forventning om å mislykkes. Denne negative forventningen trenger ikke å ha sammenheng med personens reelle muligheter, men bunner i en subjektiv vurdering (3,4,5).

Generell forventning om å mislykkes som et resultat av en ugunstig sosialisering, blir kalt lært hjelpeløshet. Lært hjelpeløshet gir en sårbarhet hos dem som lider av dette som lett fører til psykobiologisk stress i møte med problemer de egentlig kan mestre. Disse undersøkelsene tyder på at subjektive oppfatninger og opplevelser kan ha stor betydning også for den fysiske helsen. Sykepleien har alltid fokusert på personens subjektive verden.

Omsorgssvikt

Arbeid er en viktig forutsetning for trivsel og helse. I noen tilfeller synes lært hjelpeløshet være en medvirkende årsak til trygding. Forståelse og hjelp til problemløsning og mestring av dagliglivet vil kunne bidra til nytt pågangsmot. I en kvalitativ undersøkelse av 30 unge uføre er konklusjonen at den viktigste årsaken er vanskelige oppvekstvilkår og omsorgssvikt i ung alder (6). Omsorgssvikt, spesielt i ung alder, svekker sinnets og kroppens egne helbredende krefter.

Kommunehelsetjenesten

Utfordringen for sykepleien i kommunehelsetjenesten er nå å utvikle et viktig psykososialt lavterskeltilbud til voksne og eldre. Mennesker som har fått en skadet selvtillit i sosialiseringprosessen risikerer å hangle videre gjennom skole, arbeidsliv og alderdom. De utgjør en helsemessig risiko i møte med nye vanskeligheter, for eksempel etter store og brå ressurstap, ved livskriser eller i forbindelse med kronisk sykdom. De trenger hjelp og støtte for å mestre en ny livssituasjon. Et psykososialt lavterskeltilbud til sårbare grupper er viktig for at samhandlingsreformen skal lykkes. Det ville også gitt et lenge etterlengtet praksissted for sykepleierutdanningen.

Medikamentavhengighet

Et psykososialt lavterskeltilbud fra sykepleiere i kommunehelsetjenesten kan bidra til å redusere behovet for beroligende medikamenter og sovelegemidler. I dag er det 100 000 medikamentavhengige i Norge. For en del er dette så alvorlig at de mister arbeidet og ødelegger familielivet. Ved psykiske kriser er det mange som medisinerer seg selv ved bruk av alkohol (7). Lettere psykiske problemer er den viktigste årsaken til trygd. Fastlegen behandler gjerne plager som bekymring, uro, søvnproblemer og psykobiologisk stress med beroligende medikamenter og sovelegemidler. Dette er vanedannende medikamenter med bivirkninger som ligner de symptomene de ble gitt for. Dette disponerer for langvarig bruk som gir avhengighet. I Sverige viser en undersøkelse at åtte av ti som søker hjelp for medikamentavhengighet fikk medikamenter i forbindelse med en livskrise. Fagfolk mener at studien også har relevans for Norge (Ibid.).

Den mest nyttige behandlingen mot medikamentmisbruk vil være forebyggende tiltak. I stedet for beroligende medikamenter mot bekymring, uro og søvnproblemer er det behov for et kompetent lavterskeltilbud der pasienten blir møtt med aktiv lytting, forståelse og hjelp til å løse problemer. Dette er utfordringer som hjemmesykepleieren har bedre forutsetninger for å møte enn fastlegen.

Eldres livskvalitet

Vi vet også at det er mange hjemmeboende eldre som plages av



HELHETLIG PLEIE: Alle- rede for 100 år siden mente Florence Nightingale at sykepleien skulle tilrettelegge for at pasientens egne, iboende ressurser fikk virke best mulig.

angst og depresjon (8). Forebyggende hjemmesykepleie på det psykososiale området er av avgjørende betydning også i eldreomsorgen. Angst og depresjon hos eldre kan lett forveksles med demens, som er den hyppigste årsaken til behov for sykehjemsplass. I tillegg til forebyggende tiltak, er det også et stort behov for rehabilitering av eldre. Dette gjelder ikke minst på det psykososiale området. Det er grunn til å anta at mangelen på rehabiliteringstilbud bidrar til tidligere behov for sykehjemsplass.

Hjemmesykepleien

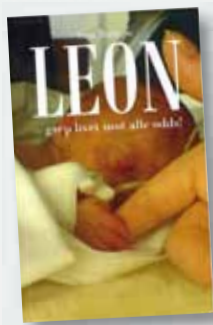
Vike (9) sier at hjemmesykepleien er en kamouflert ressurs i det norske helsevesen. Det offentlige har ifølge ham en implisitt forventning om at hjemmesykepleien skal være illojal mot sykepleiefunksjonen. Vike (Ibid.) hevder videre at ingen har villet ta ansvar for hjemmesykepleien. Hjemmesykepleiere kan gå år ut

Tverrfaglig samarbeid er bare mulig så lenge man har et eget fag med egne mål.

og år inn uten tilbud om etterutdanning. Hvis samhandlingsreformen skal lykkes må rammebetingelsene for hjemmesykepleien bli bedre. Dette krever flere hjemmesykepleiere. Helsesektoren trenger at hjemmesykepleien får et tilbud om en masterutdanning i forebyggende og rehabiliterende hjemmesykepleie. Det vil gi høyere status, og kanskje høyere lønn. Begge deler like viktig for rekrutteringen. ■■■

LITTERATUR

1. St.meld. Nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid.
2. Servan-Schreiber D. Kreft & terrenget ditt. Oslo: Arneberg forlag, 2010.
3. Rand P. Mestringsmotivasjon. En teori-studie. Oslo: Pedagogisk Forskningsinstitutt, Universitetet i Oslo, 1991.
4. Ursin H, Både E, Levine S. Psychobiology of stress: a study of coping men. New York: Academic Press, 1978.
5. Valset S. Det pedagogisk-terapeutiske aspektet av sykepleie. Publikasjonsserie nr.2. Oslo: Institutt for Sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo, 1987.
6. Olsen TS, Jentoft N, Jensen HC. Et liv jeg ikke valgte. Om unge uføre i fire fylker. FoU rapport nr.9/2009. Grimstad: Universitetet i Agder og Agderforskning, 2009.
7. Eliassen HEH. Intervju med prosjektleder i Sosial og Helsedepartementet. Aftenposten 22.5 og 29.5.2006.
8. Laake K, Pettersen AM. Hukommelsesvansker, angst og depresjon hos hjemmeboende eldre. Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens, 2003.
9. Vike H. Maktens samvittighet. Om politisk styring og dilemmaer i velferdsstaten. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2002.



Vera Rubicon

Leon – grep livet mot alle odds

Yrke: Butikkslakter

Bosted: Romerike i Akershus

– Jeg vil for hvordan det

Tre ganger fikk Vera Rubicon beskjed om å forberede seg på at sønnen ville dø. Men hun nektet.

Tekst **Nina Hernæs** Foto **Stig Weston**

Da Vera Rubicon var gravid, visste hun noe var galt. På hver kontroll ble terminen flyttet framover fordi fosteret var så lite. Hun følte det som om babyen krympet inne i henne. Hver gang fikk hun beskjed om at alt var bra. Plutselig var det ikke så bra lenger, og hun fødte ved keisersnitt i uke 30.

Ut kom Leon, 840 gram. Veldig liten, men helt perfekt. Vera Rubicon var livredd. Det ble raskt oppdaget at Leon hadde en stor hjerneblødning og han nesten ikke produserte blodplater. I tillegg hadde han et karakteristisk utseende som ga mistanke om syndrom. Legene ga ikke mye håp.

I denne situasjonen begynte Rubicon å skrive. Først skrev hun på Facebook om hva som skjedde, så begynte hun å blogge og nå er det kommet bok: «Leon – grep livet mot alle odds».

– Situasjonen var så intens, jeg hadde så mange tanker og følelser. Det boblet og kokte og måtte ut, forteller hun.

Og så var det en effektiv måte å holde familie og venner oppdatert på.

I tillegg tok hun og mannen en beslutning.

– Leon er annerledes. Vi diskuterte hvordan vi skulle forholde oss til det og valgte full åpenhet. På den måten tok vi brodden av folks usikkerhet. Jeg orket ikke tanken på å gå og trille og møte bekjente som ikke ville vite hva de skulle si. Å skrive om Leon har utelukkende vært positivt.

Men til tross for åpenheten, har hun også fått mindre hyggelige kommentarer som «du får nok et ordentlig barn en gang».

– Da blir jeg så sint, men så blogger jeg om det også. Skrivningen er terapi.

Etter de første kritiske dagene på sykehuset, stabiliserte situasjonen seg. Men Leon produserte fortsatt nesten ikke blodplater. Legene sa han kanskje ikke ville klare seg så lenge.

I boken skriver Rubicon om hvordan hun raste og var fortvilet. Men nektet å gi seg.

– Han skal ikke dø. Det var alt jeg tenkte.

Dag og natt satt hun ved sengen hans eller holdt ham på brystet. Fire måneder lå Leon på nyfødt intensiv.

– Jeg kjente alle rutiner og visste hvem som var på jobb. Og når man



telle var

er der så lenge, får man også med seg uhellene som skjer, sier hun.

– Vi lå på Ahus da sykehuset var helt nytt. Ikke alle rutiner var helt innarbeidet og det gikk litt på halv tolv. I ettertid ser jeg at sykepleierne var kjempeflinke. De stelte babyene og var psykologer for oss gjerne foreldre. Jeg har aldri oppført meg sånn før, men i den perioden var jeg hysterisk og gråt. Skjedde det feil, ble jeg en drage.

– Og dette forteller du om?

– Ja, jeg er ikke redd for noe. Jeg vil fortelle hvordan det var.

Etter hvert fikk Leon diagnosen Ja-

Trousseau syndrom, som medfører at blodplatene ikke fungerer helt som de skal. Han vil alltid ha økt risiko for livstruende blødninger.

– Men vi lever et vanlig liv, selv om vi har et funksjonshemmet barn. Vi har det bra, sier Vera Rubicon.

Når hun ser tilbake, synes hun legene var vel raskt ute med dårlige beskjeder.

– Jeg følte de svartmalte litt. Hver gang jeg forsøkte å finne noe å klamre meg til, sa de «det går ikke». De tenkte nok at det var feil å gi meg falske forhåpninger. Men jeg opplevde at de ikke ga meg noe positivt å se fram til.

Skjedde det feil, ble jeg en drage.

cobsen syndrom, antakelig som den eneste i Norge. Rubicon og mannen trålet nettet og satte sammen en perm med informasjon. Den ble også brukt av leger og sykepleiere.

– De hører på meg, og det er veldig positivt. Sykepleierne sier gjerne til legene at «dette er en mamma som kjenner sønnen sin. Lurer du på noe, spør henne». Det er viktig at jeg som mamma får den anerkjennelsen. På nyfødt intensiv fikk de meg til å føle at jeg var den viktigste mammaen av alle og at min baby var spesiell. Sånn tror jeg de behandler alle, og det imponerer meg.

I dag er Leon to og et halvt år. Han går i barnehage og har lært å krabbe. På grunn av hjerneblødningen har han nedsatt syn. Syndromet gjør sannsynligvis at han har lærevansker. I tillegg har han blødningstilstanden Paris-

Kom Leon seg over en kneik, var det bare å vente på neste. Men jeg klarte ikke å forestille meg at Leon skulle dø.

Hun har også tenkt på graviditeten, da hun følte at noe ikke stemte.

– Jeg skulle ønske jeg var blitt tatt på alvor, men hadde jeg fått vite hvor syk han var, ville jeg blitt mest redd. Jeg bærer ikke nag.

– Hva tror du Leon vil synes om boken?

– Jeg har tenkt på det og håper han blir stolt. Jeg utleverer ham jo, men det er som baby. Jeg synes det er viktig å fortelle denne historien og det skal jeg forklare ham.

– Hva synes mannen din om skrivingen?

– Han vil helst være i fred og liker ikke å bli tatt bilde av. Men han stiller opp. Han sier: «Vera, du må huske det, dette gjør jeg fordi jeg elsker deg». ■■■



Foto: Colourbox

Boken i mitt liv

JEG HAR DEN MED MEG OVER ALT. Den er mørk brun og av skinn. Måler 9,5 x 16 cm og er nokså slitt i kantene. Vekten kan variere noe. I dag veier den 239 gram. Den brettes på midten. Den har ingen tittel, ingen har skrevet den, ingen har lest den og ingen har brydd som om å anmelde den.

Likevel – det er en bok og den inneholder noe av det viktigste i livet mitt. Jeg har hatt flere tidligere, men de har raknet i sømmene. Det har ikke vært lønnsomt å reparere dem. Den jeg har nå fikk jeg i gave av min kone. Jeg bruker den hver dag. Ofte får den røff behandling, presset som den er mellom skinken og utsiden av baklommen på buksen min.

Den bærer i seg min identitet. Jeg er livredd for å miste den. Hvis jeg ikke finner den blir jeg fortvilet. Det har hendt at jeg har ringt til politiet fordi jeg ikke fant den. Da den endelig kom til syne lå den under en haug med aviser.

Ingen bok bærer i seg så mye av livet mitt som denne boken. Den som knekker koden på kortene som jeg oppbevarer i de tette lommene på den ene permen, vil kunne få vite mye mer om meg enn jeg setter pris på. Og vil kunne spandere på seg lange reiser, og dyre varer.

Noen ganger er det mynter i den lille lommen på venstre perm. Den prøver jeg å holde tom. Den har et lite hull som gjør at femtøringer og kronestykker ”renner ut”. Det gjør ikke noe. De er likevel ikke verdt så mye. Likevel plukker jeg dem opp når de triller bortover gulvet i matbutikken der jeg pleier å handle.

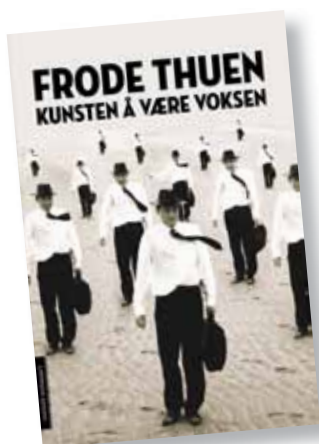
Denne boken som har aldri har stått i noen bokhylle, men har levd under usselige forhold og trange dongeribuksers åk, er jeg vidunderlig glad i. Den er hjertet i mitt samfunnsliv. Den viser hvem jeg er og hvilken evne jeg har til å leve i en materiell verden. Uten dens innhold ville jeg ha vært en fattig stakker.

Takk for pris for at jeg har den og har husket å ta den med meg dit jeg dro og dit jeg vil dra.

Jeg priser deg – du min Sedlebok.



KH Mygaard



Kunsten å være voksen

Av Frode Thuen
Cappelen Damm AS, 2011
320 sider
ISBN: 978-82-02-30885-8
Anmelder: Karl-Henrik Nygaard,
rådgiver

Ærlig om voksenliv

ANMELDELSE: Å være voksen er en kontinuerlig prosess. Den starter rundt tjuårsalderen og avsluttes når vi dør. Den utgjør storparten av livet vårt og dens faser er svært forskjellige. Hvordan vi opplever og ser på det å være voksen er avhengig av kulturen vi lever i og den historiske epoken vi er en del av.

Vi lever i et samfunn som preges av det sosiologen Zygmunt Bauman kaller flytende modernitet. Det er preget av manglende grenser der menneskenes identitet er like flytende som samfunnet selv. I denne moderniteten må mennesket selv skape sin identitet. Den kommer ikke lenger av seg selv eller som arv fra tidligere generasjoner.

Psykologen Frode Thuen bruker

blant annet Baumanns begrep når han i denne boken tar for seg voksenhetenes ulike faser og utfordringer i et samfunn i kontinuerlig forandring. Det er ingen vitenskapelig bok eller lærebok han har skrevet. Kildene han har oppgitt, er hentet fra så vel psykologi, sosiologi, økonomi som skjønnlitteratur. Thuen skriver godt og engasjert. Språket er lettlest og setningene strukturerte og korte. Det gjør boken og stoffet lett tilgjengelig for lesere uten spesialkompetanse innen de nevnte områdene.

Temaet opptar meg og jeg kjenner meg godt igjen i mange av de beskrivelsene og eksemplene Thuen bruker når han redegjør for identitet, kjærlighetens rolle, det å være foreldre, arbeidstaker og konsument. Han får

meg til å reflektere over mitt eget liv og min rolle som voksen mann. Dette forsterkes ved at Thuen bruker seg selv som eksempel på en engasjert måte. De personlige eksemplene oppleves ærlige. Eksemplene og historiene fra egen praksis som psykolog anskueliggjør også godt utfordringene i voksenrollens ulike faser.

Med denne boken, tidligere artikler i andre bøker om psykologi og samlivsspalte i A-magasinet, er Frode Thuen etter min mening, en av våre fremste formidlere av moderne psykologi. Evnen til å popularisere stoffet er det få som behersker så godt. Boken har en god oversikt over litteratur som forfatteren har basert seg på. Det gir inspirasjon til videre lesning. Jeg savner imidlertid et stikkordregister.

Å skrive er et spørsmål om å finne små nok ord til store nok følelser.

Hans Børli



Menns seksualitet

Av Haakon Aars
310 sider
Cappelen Damm Akademisk, 2011
ISBN: 978-82-02-30364-8
Anmelder: Kjetil Skotte, sykepleier
og frilansjournalist

Superaktuelt om vanskelig tema

ANMELDELSE: Menns seksualitet er like mangfoldig og spennende som kvinners, og her er boka som beviser det. Spesialist i klinisk sexologi og psykiater Haakon Aars, presenterer et tema som for mange i helsevesenet oppleves vanskelig og tabubelagt. Både pasienter og helsepersonell kan kvie seg for å ta opp seksualitet i forbindelse med sykdom og samliv, men med denne boka i bakhånd kan kanskje en del usikkerhet og manglende kunnskap reduseres betraktelig.

Haakon Aars tar opp en rekke interessante og viktige emner rundt menns seksualitet, emner som burde angå fagfolk i stor grad. Hvordan kan for eksempel fysisk og psykisk sykdom påvirke seksualiteten? Eller hvordan kan helsepersonell forholde seg til

funksjonshemmedes seksualitet?

Boka er superaktuell siden den også omtaler situasjonen for hivsmittede i dag, transvestittisme, og ikke minst homoseksualitet. Aars går inn på historiske sider ved mannlige homoseksualitet og presenterer ny statistikk og de nyeste begrepene, for eksempel «Menn som har sex med menn» (MSM). I boka beskrives også viktige temaer som ereksjonssvikt og for tidlig sædavgang og hvordan dette kan snakkes om, undersøkes klinisk og eventuelt behandles medikamentelt.

Underveis har Aars tatt med en rekke spørsmål stilt til et helsenettsted der han er ekspert som gir svar, som: Hvordan møter sykepleieren den mannlige pasienten, som kanskje er homoseksuell eller foretrekker

sadomasochisme? Aars debatterer temaet og presenterer framgangsmåter og hjelpemidler. Han understreker viktigheten av at menns seksualitet blir tatt opp, og at også pårørende kan ha spørsmål og behov for å bli møtt.

Dette er en flott måte å presentere aktuelle problemstillinger på, og mye blir ufarliggjort, som for eksempel om penis' størrelse har noe å si – et tema mange er opptatt av. Det er imponerende gjort. Haakon Aars' måte å skrive om mannlige seksualitet på er respektfull, omtenksum og svært oppklarende. Dessuten er boka lettlest, luftig og oversiktlig.

Jeg mener boka er særdeles aktuell og lærerik for helsepersonell innenfor alle fagområder og på alle nivåer. Ikke minst bør den inngå i pensum på sykepleierutdanningene.



Mona Grytten

Alder: 51 år

Stilling: Spesialsykepleier i onkologi, Radiumhospitalet.

Favoritt: iPod

I denne spalten intervjuer vi sykepleiere om deres favoritt på jobben. Hvilket hjelpemiddel er din favoritt? Skriv til interaktivt@sykepleien.no

– Så enkel at jeg forstår den

– Det er godt å stenge verden ute og bearbeide tankene til musikk. Tekst og foto **Laila S. Berg**

Mona Grytten har arbeidet på Radiumhospitalet i 19 år. Daglig møter hun alvorlig syke kreftpasienter, og det er hun som følger opp de gode eller dårlige nyhetene. Det første møtet med pasienten opplever hun som veldig viktig, da møter hun mennesket bak kreftsykdommen.

Hvorfor er iPoden din yndlingsdupe-ditt?

– Først og fremst fordi jeg har fått den i femtiårs gave av mine tre barn. Jeg ble veldig glad da jeg fikk den. Jeg har liten teknisk innsikt i sånne duppeditter, men den er så enkel at jeg forstår den. Så er jeg så heldig at jeg kan gå til og fra jobb, og da synes jeg at det er deilig å stenge verden ute med min iPod. Jeg har fylt den med min musikk. Jeg kan bli glad og oppstemt, rolig, eller jeg kan begynne å gå forttere til musikken.

Hvor mange effekter har den?

– Sikkert mange flere enn det jeg har kommet frem til. Men jeg kan ta bilder med den, ta opp video, lytte til musikk å høre på radio. Jeg kan også ta opp bøker.

Hvorfor betyr den så mye for deg?

– Fordi jeg har fått den av barna. Når jeg går fra jobb, spesielt når det har vært tunge dager, med mange tunge budskap, er det deilig å ta øretelefonene på, stenge verden ute og bearbeide tankene til musikk. Da føler jeg at det som er tungt flytter seg ut, så kommer det andre ting inn.

Hva bruker du den mest til?

– Klassisk musikk og opera. Jeg hører

gjærne på Andrea Bocelli, han synger nydelig. Grieg er også fin. For tiden hører jeg også mye på *Fantom of the Opera*, av Andrew Lloyd Webber. Og så liker jeg veldig godt Queen.

Hva liker du best med designet?

– At den er enkel, god å holde i og bra å ha i lomma. Den er grønn og til å bli glad av. Ja, den er rett og slett fin.

Hva er den største utfordringen på jobben?

– Det er å overbringe en dårlig nyhet.

Hva inspirerer deg mest?

– Pasientene, uten tvil. Jeg synes det å møte mange forskjellige mennesker er givende. På poliklinikken er det et kort møte den første gangen. Jeg kjenner jo litt til sykdomshistorien, men møter der og da mennesket bak sykdommen. Det første møtet er veldig viktig. Å få snakket og få etablert kontakt, det inspirerer meg. I jobben min har jeg mange utfordrende samtaler, og en del praktiske ting jeg skal gjøre.

Viktigst i det første møtet?

– Å skape tillit. Et fast håndtrykk, øyekontakt, et smil. Jeg prøver å bli kjent med vedkommende, å huske hvem de er ved neste møte. Jeg forbereder meg alltid for møtet så jeg vet hvordan sykdommen er i sin utvikling.

Når fikk du din første iPod?

– Til 50-årsdagen. Jeg hadde ønsket meg en slik veldig lenge.



GRØNN GAVE: Mona Grytten fikk ipoden av barna til 50-årsdagen.

Quiz

Tekst **Nina Hærnes**
og **Ellen Morland** Foto **Colourbox**

Er du en kompetent sykepleier?

Test kunnskapene med vår aktuelle og nådeløse quiz!

1 Hva står IE for?

- A Intramuskulære enheter
- B Intravenøse enheter
- C Europeiske enheter

2 Hva er amøbiasis?

- A En amøbe med forkjærlighet for sykepleiere
- B Uvanlig oppatthet av amøber
- C En infeksjonssykdom

3 Hvem regnes som grunnlegger av den moderne anatomien?

- A Andreas Vesalius
- B Hippokrates
- C Kopernikus

4 Hva er impetigo?

- A Vondt i ryggen
- B Brennkopper
- C Delvis impotens

5 Hvilken del av tarmen rammes ved cøliaki?

- A Tynntarmen
- B Tykktarmen
- C Blindtarmen

6 Hvem er ny leder for Statens autorisasjonskontor for helsepersonell?

- A Anne Herseth
- B Anne Hafstad
- C Bente G.H. Slaatten

7 Hva er IPLOS?

- A Internasjonal sykepleierorganisasjon
- B Internasjonale pleiere for lønn, omsorg og sympati
- C Et nasjonalt helseregister

8 Hva er et annet navn på regnbuehinnen?

- A Coloriss
- B Siriss
- C Iris

9 Når ble vaksinasjon mot kopper påbudt i Norge?


- A 1950
- B 1890
- C 1810

10 Hvem oppdaget rabiesviruset?

- A Louis Pasteur
- B Edvard Jenner
- C Alexander Fleming



SETTER FARGE PÅ ØYET: Men hva er et annet ord for regnbuehinnen?

-  **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: 1C Europeiske enheter, 2C En infeksjonssykdom, 3A Andreas Vesalius, 4B Brennkopper, 5A Tynntarmen, 6A Anne Herseth, 7C Nasjonalt helseregister, 8C Iris, 9C 1810, 10A Louis Pasteur.

FAG NYHETER

Pugg på mobilen

Gyldendal har laget sin første akademiske app.

Tekst **Nina Hærnes**

Applikasjonen er myntet på sykepleierstudenter som øver til eksamen i medikamentregning. Ved hjelp av app'en kan de løse grunnleggende regneoppgaver og eksamenssett på mobilen.

– Vi ønsker å møte studentene der de er, sier Ingvil Gaasland, som er redaktør for digitale medier i Gyldendal.

I første omgang lanseres app'en på Iphone, men vil komme på andre typer smarttelefoner etter hvert.

Medikamentregning er en eksamen med høy strykprosent. Christine Hauge Alsing, som er sykepleierstudent og har vært med å prøve ut app'en for Gyldendal, tror det å bruke mobilen til å pugge kan være til hjelp.

– Jeg har mobilen med over alt, og

det å gjøre noen regneoppgaver tar kun få minutter. Det er effektivt bruk av tid, for eksempel når jeg sitter på bussen, sier hun.

Thea Victoria Lunde Wennerberg er enig.

– Dette gir en mulighet til å prøve og feile uten at det får konsekvenser, og jeg får vite hvordan jeg ligger an til eksamen, sier hun.

Oppgavesettene i grunnleggende regning tar tre minutter å løse. Eksamenssettene er normert til tre timer, men det er mulighet til å ta pause underveis. Resultat opplyses ikke før hele eksamenssettet er «levert».

Gyldendal regner foreløpig ikke med å tjene store penger på app'en, men vurderer å lage andre typer akademiske app'er etter hvert. ■■■

Ikke så ren med refill

Håndvask med såpe og vann er et universelt hygienearåd. Men all såpe er ikke like bra. En ny studie fra USA viser at flytende såpe kan bli forurenset med bakterier. Det gjelder såpe i dispenserere, der dispenserne ikke byttes, men fylles opp med ny såpe. Disse dispenserne kan være sårbare for oppvekst av bakterier.

Kilde: forskning.no



Foto: Colourbox

Trenger innvandreringdom
egne helsetjenester? Side 72

Dugnad og deltid
og Spekter. Side 82

Heller 12 enn
8 timers dag. Side 68

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 KARI MARTINSEN

«Når man er syk,
er man i sine sansers vold.»

76

DILEMMA PER NORTVEDT

«Sett i en global målestokk, er det
kanskje umoralsk å snakke om at vi
har mangel på helseressurser i Norge.»

74



NSF HAR ORDET

Forbundsleder Lisbeth Normann

Stilling: Forbundsleder i NSF

E-post: lisbeth.normann@sykepleierforbundet.no

Rom for «de ufaglærte» i helsetjenesten?

Vi blir lett anklaget for å drive profesjonskamp.

Det skal ikke mange ordene fra vår side om behovet for formell kompetanse i sykepleiefaget i de ulike deler av helsetjenesten, før jeg og resten av Sykepleierforbundet anklages for profesjonskamp. Jeg opplever stadig at våre innspill om at sykepleie skal være en kvalitetstjeneste, omdefineres til å være en kamp for å presse den enkelte ufaglærte ut av sykepleietjenesten, og aller helst erstattet med en sykepleier. Parallelt med dette legger myndighetene opp til en utvanning av krav til fagspesifikk kompetanse gjennom innføring av profesjonsnøytralt lovverk.

Kompetanse handler om evnen til å klare en oppgave eller et yrke i møte med komplekse krav, situasjoner og utfordringer. Kompetanse bygger på kunnskap, erfaring, ferdigheter og holdninger. En vanlig forventning er at utdanning gir kunnskap og kompetanse. Hensikten med å opprette og organisere en utdanning er at den skal sette den utdannede i stand til å utføre og løse en oppgave – et arbeid; med større innsikt, på en bedre og tryggere måte, bære ansvar, og om mulig med en større grad av pasientsikkerhet.

Samhandlingsreform og ny nasjonal helse-



MISFORSTÅS: Det dreier seg ikke om profesjonskamp når sykepleierforbundet vil ha ned andelen ufaglærte, skriver Lisbeth Normann. Foto: Colourbox

pasientene fordrer ofte spesialistkompetanse både innen sykepleie og andre fagfelt. I kommunesektoren er bildet mer sammensatt, men skal en tro tilbakemeldinger fra medlemmer, og oppslag i media er sykehjemmene noe mye mer enn «heldøgns botilbud med tilsyn», det burde i alle fall være slik. Vi er selvsagt enige i at man ikke trenger treårig bachelorutdanning innen sykepleie for å følge sykehjemsbeboere på kjøpesenter og kino, slik noen hevder. Samtidig er vårt inntrykk at det ikke akkurat er den typiske sykehjemsbeboer vi her snakker om. Vi er imidlertid bekymret for legemiddelbehandling (jfr Helsetilsynet), observasjon- og handlingskompetanse knyttet beboernes komplekse og sammensatte behov ved sviktende helsetilstand.

Hvor finner vi så rommet for «de ufaglærte» i denne virkelighetsbeskrivelsen? Mange som i dag er hjelpepleiere, sykepleiere, leger og andre helsepersonellgrupper startet sin karriere som pleiemedhjelper eller pleieassistent. Ett års praksis var viktig for flere av oss for å finne ut om det var dette vi ville, om dette kunne passe og for å innfri opptakskrav til utdanning. Assistentrollen var tydelig, med et krav om samhandling og veiledning fra de med fagutdanning, og avgrenset i tid.

NSF mener det bør være et rom for medarbeidere i helsetjenesten som ikke er faglærte innen sykepleie for definerte assistentfunksjoner og praktisk bistand, og forutsetter at ledere ivaretar sitt systemfaglige ansvar i forhold til dette. NSF mener at faglærte er den beste medisiner – og at «de ufaglærte» bør få tilpassete utdanningstilbud til beste både for arbeids- og fagmiljø, og for styrket pasientsikkerhet.

Ett års praksis var viktig for flere av oss for å finne ut om det var dette vi ville.

plan peker på behovet for økt satsing på pasientsikkerhet og andre kvalitetsperspektiv. Det samme gjør rekrutterings- og kompetanseutfordringer knyttet til endret alderssammensetning i befolkningen, flere kronikere og med det også et annet sykdomspanorama. Midt oppe i dette retter ansvarlige helseledere søkelyset på problemer med økonomisk bærekraft og manglende «gevinstrealisering» (kvalitet).

NSF har som overordnet politikk at det er pasientens situasjon og behov for sykepleie som skal være grunnlaget for bemanning og

kompetansesammensetning. Vi mener at det er kravene til faglig forsvarlighet, kvalitet og pasientsikkerhet som skal være styrende. Bemanning og kompetansesammensetning basert på tradisjon, definerte sengeantall og stoppeklokker bør være et tilbaketrukket stadium.

I sykehusene har kravene til kompetanse innenfor alle fagområder økt i takt med pasientgrunnet, medisinsk teknologisk utvikling og kravet om kunnskapsbasert praksis. Stadig flere pasientgrupper får poliklinisk/dagbehandling, og kompleksiteten hos de inneliggende

Sykepleie, rekruttering og eldreomsorg

Cicero kalte alderdommen «livets høst». Avhengighet av andre mennesker er alderdommens største trussel i vår kultur. I dagens helsetjenester blir sykepleie ofte sett på mer som en kostnad enn noe som kan knyttes til verdiskapning. I tiden som kommer vil forskning bevise nettopp at økt sykepleiebemanning er kostnadsbesparende på lang sikt.

Når folk i Bodø skal rangere hvem som er mest nyttige i samfunnet, peker de på helsearbeidere, lærere og politifolk. Folk er enige i at de som jobber med helse og omsorg, og de som jobber med kunnskap gjør de viktigste jobbene.

De fleste tror at det er en sykepleier som kommer når «hjemmesykepleien» kommer. En ny rapport viser at dette ikke er tilfelle. I en helt vanlig helg er nesten 40 prosent av de som jobber ufaglærte (uten helsefaglig utdanning). Om lag 40 prosent er hjelpepleiere/helsefagarbeidere og om lag 20 prosent er sykepleiere. Dette sier noe om lav grunnbemanning av sykepleiere, og kanskje burde man fått nasjonale standarder på antall sykepleiere på sykehjem og hjemmetjenester?

Ufaglærte har sikkert lyst til å jobbe med gamle, pleietrengende, kreftsyke eller de med psykiske lidelser. De gjør en viktig innsats. De har likevel ikke kompetanse om hva som er disse pasientenes særskilte behov, diagnoser, forebygging av helse, alderdomssvekkelse, demens og lindrende behandling. De har ikke kunnskap nok til å observere og iverksette tiltak riktig. Sykepleiere skal administrere, observere og rapportere en mengde medisinske behandlingsforløp, da de fleste sykehjemspasienter og

hjemmeboende har mange sykdommer, diagnoser og svekkelser. Dette er ingen forsøk på profesjonskamp. Dette er fakta.

Har helsearbeideren på din bestefars sykehjem tre år på videregående skole eller fire år på høyskole med spesialisering som sykepleier innen geriatri? Det er egentlig nyttig å vite, for det er opplagt at det er stor forskjell på disse gruppene. Med samhandlingsreformen vil kommunene få et enda større ansvar for flere pasienter med komplekse og behandlingsskrevende tilstander. Det gjør ikke utfordringene mindre.

Hva er omsorg? Det er et allment begrep. Personlig omsorg er en ting som omhandler selve livet i seg selv, at man bryr seg, tilstedeværelse og empati. Det er det lille ekstra. Profesjonell omsorgskompetanse er noe helt annet, det er kompetanse som spesialist. Som handler om utredning, oppfølging, rehabilitering. Det handler ikke bare om eldreomsorg. Det handler om kreftomsorg, rusomsorg etc. Sykepleiekompetanse er nøkkelen for å ivareta svært hjelpetrengende pasienter med komplekse tilstander i eget hjem. Sykepleiere er spesialister på omsorg.

Jens Stoltenberg sa: «Vi skal ha en eldreomsorg der folk opplever at de har innflytelse på egen hverdag, og der det er innhold og opplevelser i dagene». Han skulle få eldreomsorgen til «å skinne». Hvem synes eldreomsorgen skinner?

Det skal være godt å bli gammel i Norge. Fra 1. januar 2011 fikk vi Verdighetsgarantien og befolkningen krever også informasjon om hvilken helsetjeneste de får og hvilken kvalitet de kan forvente. For å bedre situasjonen i kommunene når det gjelder kvalifisert

bemanning i pleie- og omsorgstjenesten er det behov for flere sykepleiere, økt lønn, tilbud om heltidsstillinger, veiledningskompetanse, faglig utvikling og forskning.

Å tilby nyutdannede sykepleiere i Bodø full ansiennitet og et tillegg på 40 kroner per time i ferien kunne sikret god og forsvarlig sykepleierdekning i ferieperioden. En kommunal utradisjonell tenkning rundt sommeravvikling, der alle er ute og konkurrerer om de samme vikarene, kunne langt på vei hjulpet. Å være innovative og offensive her kunne vært tjenlig, det ville også kunne redusert bruken av vikarbyrå og ville gitt reell konkurranse om sykepleiere.

Politikerne har sluttet å snakke om sykepleiere, helsefagarbeidere, fysioterapeuter og andre yrkesgrupper. Alle profesjoner innen helse og omsorg har nå blitt slått sammen til ett; helsearbeider. Betegnelsen sier ikke noe om utdanningsgrad eller spesialitet. Det er faretruende!

Stadig får sykepleierne løfter og høyløst ros, men når løftene skal innfris finnes plutselig ingen ansvarlig. Kvinner med inntil fire års høyere utdanning i snitt tjener 412 000 kroner i året, mens menn tjener 521 900 kroner. Kvinner taper med andre ord vel 110 000 kroner i året på at det ikke er likelønn. Selv om man ser små fremskritt i riktig retning i likelønnskampen, så var det ikke konkurranse som skapte den høye standard sykepleierne har i dag, men folkets egne krav og ønsker om nærhet til faglig basert hjelp.

Tor Erlend Nordhuus,
hovedtillitsvalgt Norsk Sykepleierforbund, Bodø

Riskhospitalet



Heller 12 enn 8 timers dag

Jeg har som mulig fremtidig arbeidstaker i det norske helsevesenet fulgt med på debatten angående såkalt fleksibel arbeidstid eller ønsketurnus. De to hovedpunktene som blir brukt mot lengre arbeidsdager av blant annet Lisbeth Norman i Sykepleierforbundet er at menneskets reaksjonstid senkes ved arbeidstid på lengre enn 8 timer og at antallet ulykker øker med arbeid over 8 timer. Hun nevner «en rekke studier» uten å referere til noen av dem.

Som et barn av to sykepleiere har jeg sett og følt på kroppen hva turnusarbeid, som det kalles i helsevesenet for å slippe å betale tilleggene assosiert med skiftarbeid, gjør med folk og familie. Å ha en far eller mor som ligger og sover hele dagen fordi de har vært oppe om natten betyr enten at foreldrene dine tar seg en for mye, eller at de er sykepleiere. Jeg husker hvordan mamma og pappa ikke var helt seg selv i dagene etter nattevaktene, og spesielt imellom dem. Det var heller ikke snakk om å kunne legge seg ned på med en gang for min mor. Hun skulle følge meg og min søster i barnehagen først. Jeg husker ennå de grå, bleike nattevaktsfjesene til mine forel-

dre som kjefet for ingenting, og det har jeg også sett på meg selv etter nattevakter. Det tar dager å hente seg inn igjen. Det går ut over helsen, kostholdet, søvnrytmen og forholdet til de nærmeste.

En annen viktig faktor er hjemmearbeid, eller «domestic work» som det kalles i studien «Health and safety problems associated with long working hours: A review of the current position» av Anne Spurgeon i Occupational and Environmental Medicine.» Det nevnes at selv om kanadiske kvinner i helsevesenet kun jobbet i snitt 32 timer i uken, hadde de høyere insidens av utbrenthet enn menn. Det ble sett i sammenheng med rundt 19 timers ekstra «ubetalt» husarbeid de i snitt utførte. Videre nevnes det en studie fra Sverige som gikk over 20 år, der en så økt insidens av hjerte/karsykdommer hos kvinner men ikke hos menn som jobbet overtid.

Alle arbeidstakere er ulike og har forskjellige preferanser. Noen liker nattarbeid. Andre skyr det. Selv om likestilling er en fanesak, er vi fremdeles fundamentalt ulike som kvinner og menn i arbeidslivet, noe de nevnte studiene bekrefter.

Videre kan en selvfølgelig si at her har mannen et ansvar for å dele husarbeid slik at arbeidsmengden i hjemmet blir lik.

En av de store svakhetene med diskusjonen rundt arbeidstid i helsevesenet, og derunder de argumentene som blir brukt for å beholde en 8 timers arbeidsdag, er at studiene som er gjort som viser økt produktivitet og trivsel med 8 timers arbeidsdager er blitt gjort på fabrikker og i tradisjonelle industrisettinger. Dette er milevis unna arbeidshverdagen til en gjennomsnitts sykepleier i dagens helsevesen, både med tanke på det sosiale aspektet ved jobben, hyppigere pauser, og mindre monotont arbeid. At en arbeider med og for mennesker er utvilsomt en annen viktig faktor.

Personlig er det langt mer stressende å tenke at jeg skal jobbe senvakt, være ferdig kl. 22.00, være hjemme i 23.00-tiden, kanskje sovne 24.00 hvis jeg er heldig, stå opp 05.30 for å rekke tidligvakt som begynner 07.00. Er jeg heldig blir det 5,5 timers søvn. En slik senvakt mellom mange tidligvakter ødelegger døgnrytmen for flere dager fremover. Der jeg tidligere sovnet 22.00 og fikk

SIDEN SIST Siden sist inneholder korrigererte og nye synspunkter på fakta gjengitt i tidligere utgaver. Vil du hjelpe? Kontakt oss på interaktiv@sykepleien.no

Ureflektert om ultralyd

Spørsmålet om staten skal tilby tidlig ultralyd til alle gravide er komplisert, både medisinsk, samfunnsøkonomisk og ikke minst etisk. Selv er jeg usikker på hva som er rett. Martine Aurdals «Refleks» i Sykepleien 5/2011 er nyttig, fordi den illustrerer hvordan dårlige argumenter dominerer ultralyddebatte.

Aurdals overskrift er «Min kropp, mitt valg». Dette klinger godt, men ignorerer en viktig innvending mot et statlig tilbud om tidlig ultralyd: Mange av dem som har barn med funksjonshemming forteller om en kamp mot byråkratiet for å sikre barnet sitt rettigheter og tjenester. Kvinner som får påvist noe galt med fosteret gjør ikke et fritt, upåvirket valg – de må også skjule til hva de kan vente av støtte fra storsamfunnet. Ved å etablere en screening som har som hovedeffekt å påvise feil hos fosteret, vil staten gi

et tydelig signal om hva den forventer av den gravide. De som likevel velger å fullføre svangerskapet kan føle at de tar en sjanse.

Aurdal skriver at «kritikerne [av ultralyd-forslaget] vil nekte kvinner retten til å vite ...». Dette er feil ordbruk: Ingen har foreslått å forby tidlig ultralyd. Det er også helt urealistisk at man ville kunne forhindre kvinner som ønsker det å få utført denne undersøkelsen. Snare tvert om; fremtiden vil antakelig gjøre gentesting tilgjengelig nærmest på postordre. Myndighetenes kontroll over dette feltet vil bli svekket.

Hun sier videre at kritikerne «... ikke stoler på hvordan kvinnene vil bruke denne informasjonen.» Det er motsatt: Vi vet hva kvinnene vil gjøre – ni av ti som får påvist Downs syndrom hos fosteret vil velge abort. Dersom samfunnet aktivt tilbyr alle gravide tidlig ultralyd, vil en direkte konsekvens være at fostre med Downs syndrom sorteres bort, slik som i

Danmark. Det at kvinner alt i dag bestiller privat ultralyd medfører også en form for sortering. Men det blir annerledes dersom samfunnet organiserer dette og gir det sin godkjenning: Det er først da vi kan snakke om et sorteringssamfunn.

Det påstås at tidlig ultralyd kan bedre overlevelsen for fostre med hjertefeil. Da Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten drøftet dette spørsmålet 11. april, konkluderte de med at det per i dag ikke er kunnskapsgrunnlag for disse påstandene. Kanskje vil det bli sånn i framtiden, men foreløpig er dette framtidsvyer.

Aurdal avslutter slik: «Nå er det fattige, unge kvinner i distriktene som må klare seg uten [tidlig ultralyd].» Men det er ingen dokumentasjon for at det faktisk er de mest ressurssterke kvinnene som i dag benytter seg av tidlig ultralyd. Mange vitnesbyrd viser at nettopp slike kvinner velger bort denne muligheten,



7.5 timers søvn frem mot en tidligvakt, har nå den biologiske klokken stilt seg inn på 24.00 med påfølgende søvntap. Disse tingene er det vanskelig å studere fordi folk er så ulike.

På den andre siden har jeg erfaring med medlevertturnus, der en er på jobb fra 10.00 på mandag til 10.00 på onsdag i en barnevernsinstitusjon. Kontakten en får med beboerne er en helt annen enn der de har treskiftsordning. Det er mindre utagering, mer ansatt-trivsel, noe som er helt grunnleggende i et yrke som baserer seg på medmenneskelig kontakt. Godt humør smitter – og det gjør stress også. Sykepleiere som går raskt i gangen, trøtte etter nattevakter og lei av å være borte på ettermiddagene når de andre er hjemme, overfører stresset til pasientene i alt de gjør enten de vil eller ikke.

For å oppsummere vil jeg trekke inn «Work shift duration: a review comparing eight hour and 12 hour shift systems.» av Smith et al, publisert i Occupational and Environmental Medicine. Holdepunktene for at 8 timers arbeidsdag er mindre stressende enn 12 timers dag, er ikke til stede. De ser faktisk lavere stressnivå hos 12-timersgruppene.

Lengre arbeidsdager fører også på sikt til mindre reisetid – et ikke uviktig stressmoment for mange. Med medlevertturnus reiser du en gang til jobb og en gang fra jobb på en uke, med en reisetid på cirka en time. Med en standardturnus i helsevesenet og 100 prosent stilling har du i snitt ti reiser til og fra jobb, og avhengig av hvor nærme du bor og køforholdene, kan dette bli lange timer med stress både til og fra jobb. Det skjønner jeg godt. På en dobbeltvakt senker skuldrene seg betraktelig. En har god tid. Bli godt kjent med pasientene, skal være der hele dagen, og får god kontinuitet i pleien. Informasjon som ikke kan overleveres i et kort elektronisk notat til stille rapport, blir til mer individuell og spesialisert pleie til den enkelte pasienten.

Dagens arbeidsmiljølov er basert på gårsdagens forskning og gårsdagens arbeidsforhold. Ny forskning på de spesifikke yrkene trengs før en kan gå bastant ut og si hva 8 eller 13 timers arbeidsdager gjør med folk. Når en, slik NSF og Norman gjør, uttaler seg, og til en viss grad har makt til å bestemme hvordan folks arbeidshverdag ser ut, bør en være sikker på at en syner rett. I dette

tilfellet er jeg redd NSF forhindrer at mange som ønsker det får en mer stabil arbeidssituasjon, mer tid med familie og venner, og mer overskudd på jobben. Noe som til slutt blir til et bedre helsetilbud i en presset sektor med overforbruk av vikarer og ufrivillig deltid.

Hva er mest forsvarlig – en svensk vikar som skal ha sin første nattevakt på en kirurgisk avdeling uten opplæring, eller faste ansatte som har lyst til å forlenge arbeidsdagen og har mer tid med familie og venner?

Hilsen en fremtidig arbeidstaker som heller vil jobbe to dager i strekk enn turnus, Asle Bøe

www.sykepleien.no

Du kan si din mening om aktuelle saker på sykepleien.no



fordi de innser de ulemper og vanskelige valg denne kunnskapen kan medføre.

For distriktskvinnene er problemet at det ikke finnes nok gynekologer og jordmødre der de bor – så de kan ikke engang regne med å få jordmorkontroll under svangerskapet, eller få føde i hjembyen sin. Dette har vi hatt årevis på å organisere – uten å lykkes fullt ut. Det er illusorisk at Aps forslag om tidlig ultralyd til alle automatisk vil bedre dagens situasjon: Kvinner i distriktene vil antakelig også i framtiden måtte reise inn til de store sentrene dersom de ønsker dette helsetilbudet.

Det er ikke rart at forslaget om tidlig ultralyd til alle gravide har fått vind i seilene, når det backes opp med slike argumenter. Men dersom vi skal føre en seriøs diskusjon må vi først få fakta på bordet.

Morten Horn, overlege

Oslo Universitetssykehus og humanetiker

DIAGNOSEN: NATTEVAKT



Illustrasjon: Oda Valle

Rettighetsfesting til besvær

Fredag 14. mars 2011 ble det overlevert 4000 underskrifter til helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen. Underskriftene var samlet inn av Mitt Liv-alliansen, til støtte for rettighetsfesting av Brukerstyrt personlig assistanse (BPA). Historien viser at kampen for rettighetsfesting for denne brukergruppen har vært preget av forhåpninger og skuffelser.

I høringsnotatet til ny kommunal helse- og omsorgslov, utgått fra departementet i midten av oktober 2010, framgår det at regjeringen nok en gang går imot rettighetsfesting av BPA. Dette til tross for at det gjentatte ganger er gitt positive signaler fra politisk ledelse.

Da Trondheim kommune skulle avgi sin høringsuttalelse til lovforslaget, ble det også klart at utfordringene på dette området ikke bare ligger hos statlige myndigheter. Ingen av flertallspartiene i Trondheim støttet rettighetsfesting av BPA, verken

i helse- og velferdskomiteen eller i formannskapet.

I statsbudsjettet for 2006 foreslo regjeringen Bondevik 2 en lovfesting av retten til BPA. I forbindelse med valget fikk vi et regjeringsskifte, og på spørsmål om den nye helse- og omsorgsministeren ville følge opp dette, svarte Sylvia Brustad følgende den 17. oktober 2005: «Jeg vil vurdere hvor omfattende tjenestetilbudet skal være før det gis rett til å få tjenesten organisert helt eller delvis som brukerstyrt personlig assistanse.»

Allerede ved slutten av året 2005, gis det tydelige signaler om at et lovforslag med sikte på rettighetsfesting vil komme. Fem og et halvt år seinere, ser det derimot ut til at regjeringen ved helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen, for øvrig av samme partitilhørighet som Brustad, velger å gå i motsatt retning.

I høringsnotatet til ny kommunal helse- og omsorgslov er BPA rett nok omtalt som en god ordning,

og at det derfor er sannsynlig å tro at kommunene vil fortsette å velge BPA etter individuelle og helhetlige vurderinger, men departementets konklusjon er knusende: «På bakgrunn av det som kom fram i høringen i 2007 og behovet for en bærekraftig langsiktig utvikling vil departementet ikke tilrå at det lovfestes en individuell rett til BPA.» Og det er dette som får NHF, NFU, ULOBA og rundt 4000 andre støttespillere til å reagere. Det er kanskje ikke spesielt påfallende at de fleste kommuner i høringsrunden i 2007 var negative til en rettighetsfesting av BPA, men bekymringsverdig er det når brukernes behov og langvarige innsats skyves til side. Når man dessuten bruker kostnader til både administrasjon og til selve tjenesten som et argument imot rettighetsfesting, så har man samtidig gitt uttrykk for at prisen for BPA er høyere enn verdien av brukernes frihet til å styre sitt eget liv. Slikt bør man ikke gjøre.

Det er vanskelig å forestille seg hvordan man kan måle verdien av at mennesker får større muligheter til å delta på flere samfunnsarenaer. I tillegg viste en rapport fra 2003, utført av ECON Analyse, at BPA ikke nødvendigvis er en kostnadsdrivende ordning for kommunene. Da bør man også utvise varsomhet når man bruker økonomi som argument.

I høringsrunden fra 2007 framgår det at flere organisasjoner ser på rettighetsfesting av BPA som en tydeliggjøring av BPA som et frigjørings- og antidiskrimineringsverktøy på alle livsområder. Dette er en god beskrivelse av hva BPA skal være. Et verktøy som lar mennesker med assistansebehov få delta i samfunnet på lik linje med de som ikke har det samme behovet for assistanse. Et hjelpemiddel som kan bidra til at hvert enkelt individ kan bruke sin selvstendige rett til selv å organisere sin egen hverdag. En form for hjelp til selvhjelp, som setter hver enkelt i stand til å ivareta sine egne behov på en best mulig måte. En skal heller ikke glemme det faktum at organiseringen av BPA, hvor brukeren selv er arbeidsleder, gir både arbeidstrening for brukeren og relasjoner mellom mennesker.

De ulike brukerorganisasjonene har kjempet en lang kamp allerede, og skal man tro høringsnotatet fra oktober 2010, så er kampen fortsatt ikke slutt.

Rett i underkant av 21 000 mennesker er tilhenger av Mitt Liv på Facebook. Et ikke ubetydelig antall. Disse menneskene jobber for samme mål; rettighetsfesting av BPA når ny kommunal helse- og omsorgslov skal behandles denne våren. En lovfestet rett til at mennesker med et assistansebehov skal få organisere sitt eget liv. Retten til å styre sin egen hverdag, og retten til å leve det samme fullverdige livet som mennesker uten assistansebehov.

Elin Marie Andreassen, Trondheim FrP, 2.-kandidat

Lanseringsseminar med tema:

Fremtidens operasjonsrom

Sykepleien Forskning lanserer nr. 2-2011 på Høgskolen i Sør-Trøndelag, 15. juni, K-2, 3.etg, Øya helsehus, Mauritz Hansens gt. 2, Trondheim, fra kl. 11.00 – 12.00.

Hovedartikkelen i dette nummeret er skrevet av førsteamanuensis Augusta Irene Kvam mfl.

Program:

- 11.00 – 11.05: Velkommen ved redaktør Anners Lerdal
- 11.05 – 11.45: Augusta Irene Kvam snakker om «Forekomst av mikroorganismer på apparatur som flyttes ut og inn på operasjonsstuer».
- 11.45 – 12.00: Kommentar fra intensivsykepleier og helsefaglig rådgiver Aud Hiller fra Fagavdelingen ved St. Olavs Hospital.

Ta med matpakken! Vi serverer kaffe/te.



NSF MasterCard – medlemskort og kredittkort i ett og samme kort



**Er du lei av at lommeboka flommer over av kort?
Nå har du mulighet til å få et kort som erstatter både
medlemskortet ditt og eventuelle
kredittkort du måtte ha.**



3 % sparerente

Alle som har NSF MasterCard kan åpne en tilleggskonto for sparing. Kontoen disponeres i nettbanken. Du får p.t. hele 3 % sparerente fra første krone!

Flere gode grunner til å samle alt på ett kort:

- Kredittkort er det sikreste betalingsmiddelet på reise
- Inntil 45 dager rentefri betalingsutsettelse også på minibankuttak
- Gratis sms-varsling av transaksjoner
- Gebyrfrie varekjøp
- Gratis reiseforsikring når minimum 50 % av transportkostnadene er betalt med kortet
- Gebyrfri nettbank
- Kortet har ingen årsavgift

NSF MasterCard – ett kort, mange muligheter

Nominell kredittrente: 19,90 %
Effektiv kredittrente: kr 50 000 – 22,83 %,
kr 25 000 – 23,85 %, kr 10 000 – 26,95 %

Søk om kortet på
www.sykepleierforbundet.no/mastercard

**NSF MasterCard –
et produkt fra DnB NOR Bank ASA**



Instituttleder ved Institutt for psykiatri, Universitetet i Oslo, Lars Lien.

Trenger noen som lytter

Innvandrerungdom har ikke behov for egen psykiatritjeneste, men trenger trolig at skolehelsetjenesten opprettholdes, særlig påvideregående skole.

Man hører ofte at innvandrerungdom kan ha behov for andre psykiske helsetjenester på grunn av økt sykkelighet eller mindre forbruk av tilgjengelige helsetjenester. Stemmer det?

Når det gjelder det første punktet kan ungdomsdelen av helseundersøkelsen i Oslo (HUBRO) gi noen svar. I den undersøkelsen målte vi den psykiske helsen hos ungdom i 10. klasse da de var 15-16 år gamle, på alle ungdomsskoler. Det var 7 300 deltakere hvorav en firedel var innvandrere. Det var små forskjeller mellom norske og ungdom med innvandrerbakgrunn, mens kjønnsforskjellene er betydelige. Dette er i tråd med en rekke andre nasjonale og internasjonale studier.

Om vi derimot går inn og ser på ulike grupper, ser vi at det er store forskjeller avhengig av foreldres opprinnelsesland. Det er ungdom fra Øst-Asia som skiller seg mest markant ut, sammen med gutter fra Øst-Europa og gutter og jenter fra Midtøsten/Nord-Afrika. Men det er også store interne forskjeller blant «norsk» ungdom. Ser vi på selvrapportert økonomisk situasjon i familien og psykisk helse, er det store forskjeller mellom de med dårlig, god og svært god råd.

Når det gjelder symptomer på atferdsproblemer er forskjellene større enn for symptomer på angst og depresjon. Leila Torgersen

Ungdom ønsker helsetjenester som er lett tilgjengelige.

har sett mer inngående på dette i sitt doktorgradsarbeid. Hun finner at innvandrerungdom er underrepresentert i mild kriminalitet, det er ingen forskjell i alvorlig kriminalitet, men overhypighet av voldskriminalitet blant gutter med innvandrerbakgrunn (Nova rapport nr. 5/05).

Bruk av helsetjenester

Det er få norske studier av forbruk av helsetjeneste blant innvandrere. En studie viste at det ikke var forskjell i innleggelsesrate i psykiatriske akuttavdelinger, men at innvandrergruppen var sykere ved innleggelsestidspunktet (Berg og Johnsen, Tidsskriftet 2004: 634-6). Studier fra USA viser etniske forskjeller i helsetjenesteforbruk blant ungdom. Størst er variasjon i bruk av polikliniske tjenester hvor den hvite befolkningen bruker mer enn de

andre etniske gruppene. Ellers viser studier fra USA at holdningen til psykiatrisk behandling ikke er forskjellig mellom ulike etniske ungdomsgrupper. I våre egne studier fra Oslo så vi at innvandrerungdom var overrepresentert ved bruk av skolehelsetjenesten og underrepresentert ved bruk av fastlege.

Dobbelt stigmatiserende

Ut fra dette skulle det ikke være behov for en egen organisering av helsetjenesten til innvandrere, men problemet er at vi mangler kunnskap om hva slags helsetjenester ungdom ønsker, bortsett fra at de ønsker tjenester som er lett tilgjengelig og med høy grad av fortrolighet.

Andre forhold som også taler mot en egen tjeneste for innvandrerungdom er at en slik tjeneste kan virke dobbelt stigmatiserende siden vi vet at psykisk sykdom er mer tabubelagt i innvandrer miljøet.

Dessuten kjenner vi til eksempler fra andre helsetjenester at særtjenester fritar den ordinære tjenesten for ansvar. Som en siste faktor er det viktig å påpeke at innvandrerungdom ikke er en ensartet gruppe.

Behov for annet innhold

Ungdom med innvandrerbakgrunn kan ha svært forskjellig erfaring fra det ikke innvandrere har, særlig i form av opplevelser fra opprinnelseslandet, men også ved å tilhøre to kulturer. Språk og kulturforståelsen vil variere avhengig blant annet av oppholdslengde.

I henhold til ungdomsdelen av HUBRO-undersøkelsen har 36 prosent av ungdommene fra Øst-Europa opplevd krig og følgene av krig på nært hold. Tilsvarende har 30 prosent fra sørlige Afrika, og 18 prosent fra Midtøsten/Nord-Afrika. Tall fra den samme undersøkelsen viste at mens 25 prosent av de norske foreldrene hadde høyere universitetsutdannelse var det tilsvarende for innvandrergruppen 8 prosent. I den andre enden av skalaen var det motsatt; 3 prosent av norske foreldre hadde bare grunnskole eller mindre, mot 22 prosent for innvandrerforeldre. Ifølge svenske undersøkelser er forholdet til foreldre og andre autoriteter ofte et vanlig konflikttema. Enkelte hevder at siden innvandrerungdom ikke finner seg til rette i verken foreldres eller den norske kulturen, danner de egne subkulturer.

Disse forhold kan tyde på at det er behov for en mer kultursensitiv helsetjeneste for ungdom med innvandrerbakgrunn. Først



må vi definere kultur. Og kultur kan defineres som den komplekse helhet av kunnskaper, trosformer, kunst, moral, jus og skikker, foruten alle øvrige ferdigheter og vaner et menneske har tilegnet seg som medlem av et samfunn.

Kultursensitiv helsetjeneste

Det er en rekke forhold som er viktige for å gi en kultursensitiv helsetjeneste. Her skal jeg kort nevne tre forhold.

Det ene er at det er en fare ved å gjøre kultur til faste egenskaper og kategorier da akkulturasjonsprosessen endrer innvandreres kulturelle verdier over tid, noe som er utpreget i ungdomstiden med økende grad av integrering. Faren for helsepersonell er at de glemmer individet og behandler en representant for en kultur. På den andre siden er det også et spørsmål i hvilken grad helsepersonell fanger opp og registrer kulturelle dimensjoner.

Videre er det avgjørende å ha forståelse for at innvandrerungdom i større grad kommer fra en kollektivistisk kultur hvor det noen ganger er viktigere å følge familiens forventninger enn helsepersonells individuelt rettede råd og veiledning.

Det tredje punktet er at innvandrere i større grad bruker mer konkrete symptomer som for eksempel uro i magen på emosjonelle vansker. Det er også viktig å få forståelse for pasientens egen forklaring på hvorfor han/hun er blitt syk, særlig psykisk sykdom kan være ulikt forstått i ulike kulturer (mer psykologi/biologi i vest og religion/spiritualitet i sør/øst).

Hva kan vi så gjøre konkret for å skape en mer kultursensitiv helsetjeneste? Nasjonal kompetanseenheter for minoritetshelse (NAKMI) har utarbeidet en egen veileder for hvordan helsepersonell bør forholde seg til innvandrere, men vi vet lite om dette er relevant for ungdom. Når det gjelder behandling handler det mye

om respekt, forståelse for stigma rundt psykisk sykdom, forstå den religiøse betydning og familierelasjoner og tensjoner rundt det.

Den andre siden er også viktig, det vil si at innvandrerungdom får økt sin kompetanse for å kunne forebygge psykiske plager. Vellykkete kurs for ungdom i Bærum og Larvik over temaene identitet og tilhørighet til flere kulturer bør bli nasjonalt tilgjengelig. Videre er det viktig å utdanne innvandrerungdom til å bli gode helsearbeidere.

I EU har de startet et initiativ som heter «Migrant friendly hospitals» hvor en rekke sykehus i ulike land deltar. De gjennomførte først en behovsanalyse og kom fram til at de viktigste områdene for forbedring var å minske språkbarrierene, gi mer kulturelt adekvat pasientinformasjon og opplæring, og øke den kulturelle forståelsen og kompetansen til personalet, samt besøk av familien, kulturelt akseptabel mat og religiøse behov.

Fagfolk de kan stole på

Ungdom ønsker lett tilgjengelige helsetjenester med fagfolk de kan stole på og som har evnen til å lytte. For innvandrerungdom spesielt er det sannsynligvis viktig å stanse nedbyggingen av skolehelsetjenesten særlig på de videregående skolene. Videre er det viktig å ha forståelse for de spesielle utfordringer innvandrere står i som for eksempel at de tilhører to kulturer og kan ha andre uttrykk for psykisk smerte.

Helsepersonell har behov for økt kompetanse i møte med ungdom fra innvandrer kulturer og det er behov for mer forskning omkring innvandrerungdoms møte med helsetjenesten. Innvandrerungdom må ta del i utforming av helsetjenesten. Mental helse opprettet for mange år siden egne ungdomslag. Nå har de første spirene til egne lag for innvandrere slått rot. ■■■

TILGJENGELIG: Innvandrerungdom ønsker lett tilgjengelige helsetjenester med fagfolk de kan stole på og som har evnen til å lytte. Foto: Colourbox.



DILEMMA

Per Nortvedt om fordeling av verdens helseressurser

Navn: Per Nortvedt

Bakgrunn: Professor ved seksjon for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo

E-post: p.nortvedt@medisin.uio.no

Har vi rett til å klage?

Uansett hvor mye vi bruker på helse, vil det ikke være nok.

Hvorfor må vi prioritere? Kan vi ikke bare ta oss råd til de mest nødvendige og grunnleggende helsetjenester i et land som er et av verdens rikeste? Hvorfor må vi stille spørsmål ved folks rett til å kreve en behandling de mener er nødvendig for seg og til og med nekte folk en slik behandling med henvisning til kostnader og nytte? Hvorfor er det helsekøer, ventelister på sykehjem, stoppeklokkeomsorg i hjemmesykepleien i et land som er så rikt? Vi som jobber

80-åring ti gode leveår med kirurgi. Skal jeg da ikke gjøre det?

For 40 år siden døde mange i nyrekø, fordi tilgangen på donornyrer var lav og fordi dialysekapasiteten generelt var lav. I dag er det ingen aldersgrense for dialyse og gamle. Veldig syke pasienter blir fraktet 2–3 ganger i uken fra sykehjem til sykehus for å få livsforlengende dialysebehandling.

Antakelig er det riktig som også utvalgsleder Lønning alltid pleide å si, at man kan ikke bevilge seg ut av helsekøene eller prioriteringsproblemene. Man må velge hva man skal si nei til av behandling og helsehjelp.

Ekstremt urettferdig fordeling

For det andre: Selv om landet vårt hadde vært så styrtrikt at man kunne mangedoblet helsebevilgningene, ville det vært en riktig prioritering? Ikke minst, ville det vært riktig moralsk og etisk? Etter mitt syn nei! Et samfunn har også mange andre behov å ivareta enn folkets helsebehov. Vi kan bare nevne utdanning, infrastruktur, sosialomsorg osv. Og kanskje enda viktige: Er det riktig at vi som har vært så heldig at vi er født i en bestemt historisk epoke, i et lite land, som tilfeldigvis har store oljeforekomster på sin kontinental sokkel, skal bruke alle pengene på oss selv? For litt over 100 år siden var Norge et av Europas fattigste land, med en enorm barnedødelighet. I dag svømmer vi i en overflod vi ikke har arbeidet for eller gjort oss fortjent til. Burde vi ikke dele mer av vår rikdom?

I verden i dag brukes ca. 90 prosent av helse og forskningsressurser innenfor medisinsk og helsefaglig forskning til 10 prosent av verdens befolkning (det såkalte 90/10 gap). Det er en ekstremt ujevn og urettferdig fordeling av de globale helseressursene. Burde vi da ikke bruke mindre på helse og gi bort mer til de som trenger

det? Sett i en slik global målestokk, er det kanskje umoralsk å snakke om at vi har mangel på helseressurser i Norge.

Grunnen til at man må prioritere er ikke bare at ressurser er begrensede og man må ta mange sosiale og samfunnsmessige hensyn innenfor den nasjonale fordelingen av goder. En viktig grunn er også den globale ressursituasjonen og den urettferdige fordelingen av verdens helseressurser.

Noen fakta om prioritering

Norge bruker i dag over 200 milliarder kroner på helse, hvorav cirka 80 milliarder til spesialisthelsetjenesten. Det betyr blant annet at Norge rangerer høyest blant sammenlignbare OECD-land i helsekroner per innbygger. Tall fra OECD for 2006 viste at helseutgiftene i Norge lå nesten 60 prosent over gjennomsnittet, mens andelen av BNP var noe under OECD-gjennomsnittet. Vi bruker for eksempel nærmere 40 prosent mer av nasjonalbudsjettet til helse enn det Sverige og Finland gjør. (Se: <http://www.ssb.no/helsesat/>)

Personellmangelen er kronisk

70–80 prosent av helsebudsjettet går til lønn og drift. Legg merke til dette. Lønnsutgiftene spiser altså mye av helsebudsjettet. Til tross for økte ressurser er personellmangelen kronisk.

For 30–40 år siden klaget man over mangel på sykepleiere. Jeg arbeidet ved slutten av 1970 og begynnelsen av 1980-tallet på en liten nevrokirurgisk postoperativ avdeling med 12 senger, hvorav 4–5 plasser for respirator og intensivpasienter, inkludert barn (fram til 1980). Vi var to sykepleiere på kvelds- og nattevakt (ikke alle med spesialutdanning) og vi var to hjelpepleiere (i dag kalles de helse- og omsorgsarbeidere). Vi kunne ha 5–6 dårlige pasienter, pasienter med store nakke- og

Kanskje må vi i større grad tenke og se ut over vår lille andedam.

med medisinsk etikk må svare på disse spørsmålene som konstant stilles, endog av enkelte politikere. Her er noen mulige svar:

Tilbudet styrer etterspørselen

For det første er premisset for spørsmålene feil. Antakelig er det riktig som tidligere helseminister Hernes har sagt: Tilbudet styrer etterspørselen på helsetjenester. Det betyr at det er få grenser for hvor mye av Norges nasjonalbudsjett man kunne bruke på helse, likevel ville det vært udekkete behov.

Det er mange eksempler på dette. Da jeg arbeidet som anestesisykepleier i 1983, var det aldersgrense for bypass hjerteoperasjoner på 60 år. Og den grensen var fast. I dag er det ingen slik aldersgrense, og man opererer personer over 80 år med gode resultater. I tillegg er mortaliteten for en ellers frisk 80-åring i dag ikke mye lavere enn en 40-åring. En klinikkoverlege sa følgende: Jeg kan gi en funksjonsfrisk

Andre faste bidragsyttere



Professor i sykepleie ved Universitetet i Nordland **Berit Støre Brinchmann**



Leder Rådet for sykepleieetikk **Marie Aakre**

ryggmargskader, samt vanlig oppvåkingspasienter etter operasjon. Vi fikk inn trafikkulykker og hodetraumer. Hjelpepleiere hadde omsorg for respiratorpasienter under veiledning av sykepleier. Vi gikk tredelt turnus, med 2 kveldsvakter i uken og 7 nattevakter hver 6. uke. Vi arbeidet annenhver helg. Var det verre eller bedre før?

Levealderen øker

Det er også verdt å bemerke at levealderen i Norge stadig øker, også for menn, mens barnedødeligheten er en av de laveste i hele verden. I dag kan vi gjøre mer for de fleste, også de alvorligst syke. Befolkningens målte livskvalitet og helse har aldri vært høyere. Likevel klager mange over dårlig helse, opplever å ha et dårlig liv og mange fysiske og psykiske plager.

Aktiviteten ved somatiske sykehus har økt med 13 prosent mellom 1990–2000. Døgnplasser er redusert med 20 prosent. Det er verdt å merke seg at liggetiden ved sykehus er radikalt kortet ned de siste årene og kan ikke sammenliknes med 1970–80 tallet i det hele tatt. Da kunne en pasient med en vanlig hjernerystelse ligge i sengen på et sykehus i en uke. I dag blir de ikke engang lagt inn!

Begår vi menneskerettsbrudd?

Hvor vil jeg med dette? Jo, kanskje må vi i større grad tenke og se ut over vår lille andedam. Kanskje bør vi enda mer diskutere hva vi kan gjøre og hvordan vi kan bidra til å redusere den globale ulikheten og den globale fattigdommen. Den tysk-amerikanske moralfilosofen Thomas Pogge har beskrevet fattigdommen i verden som vår tids viktigste menneskerettighetsanliggende, og hevder at de rike landene begår historiens største menneskerettsbrudd gjennom sine bidrag til å opprettholde den globale urettferdigheten. ■■■



ULIKHETER: Bør vi tenke mer globalt når vi tenker på hvordan vi skal prioritere i helsevesenet, spør Per Nortvedt. Bildet er fra New Jesuhwang helsesenter i Gambia, der et barn blir vaksinert mot malaria. Arkivfoto: Erik M. Sundt.



Til refleksjon

- › Hvordan kan det ha seg at Norge bruker så mye mer på helse enn våre naboland i Skandinavia?
- › Hvis dere er enig at den globale urettferdigheten mht. fordeling av helseressurser er uetisk, hva kan man gjøre med dette? Hvorfor tolereres en slik tilstand år etter år uten at noe gjøres?
- › Var det verre før? Hvorfor klager vi så mye nå da, på personellmangel, på mangel på ressurser osv.?

Send din mening på epost til interaktivt@sykepleien.no, eller skriv til Sykepleien, boks 456 Sentrum, 0104 Oslo. Reaksjoner fra leserne trykkes i neste nummer.

www.sykepleien.no

Flere dilemma på [sykepleien.no](http://www.sykepleien.no) under fanen interaktivt.



TETT PÅ

Kari Martinsen

Hvorfor: 13. mai ble hun utnevnt til ridder
1. klasse av den kongelige norske St Olavs Orden
for sin innsats innen sykepleiefaget.
Yrke: Professor ved Haraldsplass diakonale
høgskole i Bergen og Høgskolen i Harstad.
Utdanning: Psykiatrisk sykepleier, magister i
filosofi og dr.philos. i historie
Alder: 68 år

Ridder av det runde ord

Kari Martinsen er kvinnen bak omsorgsbegrepet.
I stedet for å lukke fenomener med snevre definisjoner,
åpner hun dem opp. Nå er hun nyslått ridder.

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



Kari Martinsen er i en uvant situasjon. Professoren og sykepleieteoretikeren kan godt stå i diskusjoner. Hun tåler å være blant de få mot de mange, slik vi kjenner henne fra kritikken mot «evidensialismen» på 2000-tallet og mot den positivistiske amerikanske sykepleierforskningen på 1970-tallet. Der skulle alt telles og måles og kontrolleres.

Men nå skal all oppmerksomhet vendes mot henne. Hun er utnevnt til ridder 1. klasse av den kongelige norske St Olavs Orden, og skal hylles for sin innsats i sykepleierfaget.

Ridderkorset er rangert som nummer tre av 47 kongelige norske dekorasjoner. Tidligere bare mottatt av tre sykepleiere, så vidt vi kjenner til: Marie Aakre, Halvor Fossum Lauritzen og Cathinka Guldberg.

Sykepleien synes dette kvalifiserer til et portrett og ringer Martinsen akkurat mens hun sitter og skriver om Marx i takketalen sin. Vi får lov å komme fire dager før hun mottar medaljen, og avtaler at vi skal få overvære litt av undervisningen på Haraldsplass diakonale høyskole i Bergen og så snakke sammen etterpå.

– Jeg må jo si at jeg gruer meg litt, det er uvant å være slik i oppmerksomheten som person, skriver hun til Sykepleien i en e-post i forkanten av intervjuet.

«Kari Martinsen har bidratt til at vi er tenkende vesener.» Frank Oterholt



BERGENSBESØKET BLIR HYGGELIG i varm vårsol, og vi får tid til både å observere undervisning, spise lunsj sammen, intervju og fotografere på de fire timene. Tre dager etter at Martinsen har fått intervjuet til gjennomlesing, trekker hun seg. Når vi spør hva hun konkret reagerer på, slik at vi eventuelt kan endre det, vil hun ikke diskutere det.

– Hele tonen er umusikalsk og kjapp og jeg kjenner meg ikke igjen, får vi vite i en e-post.

I stedet foreslår hun at Sykepleien intervjuer henne på nytt eller trykker hennes egen takketale. Resultatet blir at dette er et portrett uten Kari Martinsens egne ord fra intervjuet.

Når vi besøker henne, foreleser hun for studentene som tar videreutdanning i palliativ omsorg. Ingen power point-presentasjon. Bare sammenstiftede ark hun henter stikkord og sitater fra. Noen av ordene skriver hun på tavlen med linjer og buer mellom.

– Når man er syk, er man sårbar og ekstremt tett på sansingen. Man er i sine sansers vold, sier hun.

Hun formidler sine lange tankerekker med korte setninger. Spør stadig studentene. Stemmer ikke det? Er ikke pasientene deres sårbare? Studentene svarer og kommer med egne erfaringer.

– Dette blir en digresjon, men det var dere som førte meg ut i det. Jeg hadde egentlig tenkt å snakke om travelhet, sier hun på overtid og kaster et blick på klokken så salen humrer.

Digresjonen er en historie om den danske filosofen og teologen Knud Ejler Løgstrup. Helt til slutt avrunder hun med å sitere Herdis Alvsvåg:

– Å være nærværende er å være langsom i de korte møtene.

Alvsvåg er også sykepleieteoretiker og har skrevet kapittelet om Kari Martinsen i boken «Sykepleieteoretikere» som tar for seg toneangivende sykepleierteoretikere fra hele verden, og som er oversatt fra engelsk til dansk i år. Der er Martinsen den eneste norske som er omtalt. Alvsvåg og Martinsen har navnene sine på samme kontordør på Haraldsplass og står oppført med samme privatadresse i Bergen.

Seks ganger i året i to-tre uker om gangen deler Martinsen husvære med en familie i Harstad også. Hun er ansatt i en 50 prosents professorstilling der og har 20 prosent på Haraldsplass.

Til tross for at Martinsen er halvt nord- og vestlending i dag, snakker hun selv pen oslodialekt fra Bestum. Begge foreldrene var økonomer og engasjerte seg i motstandsbevegelsen under krigen. Moren jobbet i Riksskattestyret og var med på å innføre momsen.

MANGE MENER MARTINSEN er Nordens fremste sykepleieteoretiker. Professor Marit Kirkevold ved Universitetet i Oslo sier hun har hatt stor gjennomslagskraft i Norden og at hun har innført og beskrevet omsorgsbegrepet og satt ord på betydningen av og kompleksiteten i relasjonen mellom hjelper og hjelpetregende.

Også lederen av Norsk Sykepleierforbund (NSF), Lisbeth Normann, har latt seg influere av Martinsens tenkning.

– For meg har Kari Martinsens teorier betydd veldig mye,

særlig da jeg hadde tatt embetseksamen og begynte å lese sykepleieteori for alvor, sier hun.

– Hennes omsorgsteori satte ord på de viktige tingene slik at det fikk en betydning for pasientene. Hvis du som sykepleier ikke er i stand til å møte den enkelte pasient individuelt, så blir det heller ikke god sykepleie. Martinsen sier vi må ha mot nok til å gå inn i møtet med den enkelte pasient. Det kan høres enkelt ut, men er vanskelig, sier Normann, og understreker at hun synes medaljen er velfortjent.

MARTINSEN HAR IKKE ALLTID vært like godt likt av NSF-ledelsen. I et portrettintervju på Forskning.no og på Wikipedia kan vi lese om hennes traumatiske konflikt med NSF som varte i mange år. På 1970-tallet kritiserte hun amerikansk sykepleierforskning for å være for lite opptatt av det levende og ga ut boken «Pleie uten omsorg» sammen med sosiolog Kari Wærness. Da hun også var kritisk i debatten rundt sykepleieutdanningen og hevdet at sykepleieryrket alltid har stått i konflikt mellom omsorgen for de syke på den ene siden og utviklingen av sin profesjon på den andre siden, rant det over for NSF. Motstanderne stemplet henne som marxistisk. Hun ble bedt om å trekke seg fra organisasjonen av forbundsleder Helga Dagsland, noe hun aldri gjorde. På institutt for sykepleievitenskap ved Universitetet i Oslo boikottet de bøkene hennes.

Hun fikk en offentlig unnskyldning fra NSF i 1993 i anledning lansering av boken «Klokskap og kyndighet», som ble utgitt i forbindelse med hennes 50-årsdag. Selv om evidenskritikken Martinsen har kommet med, blant annet i Sykepleiens spalter, egentlig er det samme som positivismekritikken på 70-tallet, bare med nye ord, er det ingen som kan forestille seg at NSF skal utestenge henne igjen. Bølgene gikk høyere den gangen. I dag vanker det i stedet blomster og gratulasjoner fra forbundet i forbindelse med ridderutnevnelser.

– Hovedkritikken mot Kari Martinsen har vært at hun er tungt tilgjengelig, for filosofisk og for lite praktisk orientert. På den annen side har mange sykepleiere i utdanning og praksis nettopp funnet ideene hennes relevante og viktige for praksis. Verkene hennes har også inspirert til forskning, men i mindre grad enn man kunne forvente, tatt i betraktning den gjennomslagskraft tenkningen hennes har hatt blant sykepleiere og andre helseprofesjoner, sier Marit Kirkevold.

En av Martinsens meningsmotstandere i diskusjonen rundt evidensbasert praksis, er professor Monica Wammen Nortvedt ved Senter for kunnskapsbasert praksis ved Høgskolen i Bergen.

– Jeg setter stor pris på diskusjonene med Kari. Vi spiser ofte lunsj sammen og da diskuterer vi både evidens og andre temaer – ja, vi er faktisk ofte enige også. I våre offentlige debatter har vi oftest fokus på det vi er uenige om, og da kan det jo se ut for tilhørerne som om vi er uenige om alt.

Nortvedt synes evidensdiskusjonene har bidratt til at de er blitt tydeligere på hva de står for.

– Svakheten er at vi fremstår som splittet og det har vi ikke råd til. Vi er altfor få som holder på med forskning innen sykepleiefaget, og vi burde stå mer samlet til pasientenes beste. Men vi trenger selvsagt akademiske debatter, og det har Kari bidratt til, sier hun.

I FORELESNINGSPAUSEN på høyskolen på Haraldsplass flokkes både lærere og studenter rundt Martinsen.

– Vi er heldige som har henne her, sier en av de ansatte og forsikrer at studentene ikke synes hun er vanskelig å forstå siden hun nå bruker mye mer kliniske eksempler enn før og samtaler mye med studentene.

– Kari Martinsen har bidratt til at vi er tenkende vesener. Hun er veldig lite innrammet og vil åpne begreper og fenomener i stedet for å lukke dem gjennom avgrensede definisjoner, sier Frank Oterholt, leder av sentralt fagforum i NSF.

Han synes hun har vist vei gjennom vanskelige landskap og at hun har vært en kritisk venn av sykepleierne.

– Hun er ikke veldig sykepleierorientert. Hun er jo filosof og viser heller hvordan tenkningsgrunnlaget påvirker oss. Hun har vært en foregangskvinne i ikke å være populist, fastslår Oterholt.

«Kari Martinsen har innført og beskrevet omsorgsbegrepet.» Marit Kirkevold

Det er litt som om Kari Martinsen kommer fra en annen tid. De fleste av de tyske, franske og danske filosofene, sosiologene og teologene hun nevner i sine bøker og forelesninger ble født på 1800-tallet. Språket hun fører bærer preg av det – her er det ikke mye Facebook og Twitter, eller Cochrane og Medline, for den del. I stedet er det om den barmhjertige samaritan og travelheten eller at kroppene er blitt avfortryllet i det moderne samfunnet.

Hun er takknemlig å sitere fordi hun tar seg god tid når hun snakker. Da hun i Sykepleien i 2010 ble spurt i en enquete om hva som stresset henne, var svaret:

– Jeg stresser ikke, jeg tar det langsomt og løper ikke. Jeg kan bli ganske trøtt, men klarer å hente meg inn igjen. Travelheten er nesten blitt et statussymbol. Sier jeg at jeg har god tid, ser folk på meg som om jeg har blitt gal. Ordet stress har en dårlig klang for meg, en kan faktisk bli stresset av å bruke ordet for ofte.

AV ALLE MARTINSENS faglige inspiratorer er Knud Ejler Løgstrup (1905-1981) blant de mest betydningsfulle. Martinsen traff aldri Knud før han døde, men den tyske hustruen, Rosemarie, møtte hun, og var på besøk hos henne flere ganger før damen døde i 2005. Løgstrup diskuterte alltid sine tekster med henne før han utga noe.

I Danmark lanseres for tiden en bokserie om Knud Ejler Løgstrup og ulike temaer. Martinsen ble bedt om å skrive om Løgstrup og sykepleien, som skal utgis på norsk til neste år.

Hun har skrevet mange bøker, men bare én er oversatt til engelsk. Marit Kirkevold mener Martinsen hadde vært mer kjent ute i verden om hun ikke hadde valgt Sykepleien som hovedkanal når hun skulle publisere artikler.

– Men etter at hennes filosofi er gjort tilgjengelig på engelsk, har interessen og anerkjennelsen fra internasjonalt hold økt. På den annen side, ved å velge Sykepleien som hovedkanal for formidlingen av sitt akademiske arbeid, har hun understreket sin forankring i praktisk sykepleie snarere enn i vitenskapen, sier Kirkevold. ■■■





Man kan fort regne et fenomen som «utforsket» når man har gjort noen kartlegginger.

Seniorforsker Arbeidsforskningsinstituttet **Ann Cecilie Bergene**

Kan man stole på

Tidligere i vår gikk forskere ved Arbeidsforskningsinstituttet og Fafo hardt ut mot hverandres forskning. Hva mener forskerne om oppdragsforskning?

– Er det grunn til å advare mot oppdragsforskning?

Line Eldring: Nei! Men all forskning bør være gjenstand for kritisk granskning, uansett hvem som utfører den. Og alle forskere, enten de jobber med anvendt forskning eller grunnforskning, må til en viss grad håndtere ytre press og kryssende forventninger. Dette medfører selvsagt at oppdragsgivere noen ganger blir skuffet eller forarget på grunn av uventede konklusjoner. Derfor har vi som et ufravikelig punkt i våre prosjektkontrakter at resultatene alltid skal publiseres – enten oppdragsgiver liker dem eller ikke. Det er allikevel et problem dersom all forskning skjer i form av oppdrag – det kan føre til at enkelte problemstillinger eller grupper utelates fra forskningen, fordi ingen bestiller eller betaler forskning som angår disse. Derfor vil alle oppdragsforskere være opptatt av at det også skal finnes alternative muligheter for prosjektfinansiering. På Fafo er vi for eksempel svært bekymret for at arbeidslivsforskningen de siste årene ser ut til å være nedprioritert i Norges forskningsråd.

Ann Cecilie Bergene: En fare med oppdragsforskning er at man fort kan regne et fenomen som «utforsket» når man har gjort noen kartlegginger. Dessuten avhenger det av oppdragsgiver og kontrakt; i den grad man inngår konsulentkontrakter bør man advare mot oppdragsforskning hvis det ikke fremgår av rapporten at perspektivet og vinklingen er bestilt på forhånd. Utover

det er det ingen grunn til å advare mer mot oppdragsforskning enn annen forskning.

– Er oppdragsforskere gode kilder for å få mer kunnskap om det som foregår i arbeidslivet?

Line Eldring: Ja! Norske oppdragsforskere forholder seg til de samme forskningsetiske retningslinjene som forskere ved universitetet, og har ofte den fordelen at de er tettere på det som foregår i arbeidslivet. Arbeidslivsforskerne på Fafo jobber både med langsiktige prosjekter finansiert av forskningsrådet, og med både store og små prosjekter på oppdrag av partene i arbeidslivet, ulike myndighetsorganer og andre. Dette gir en god vekslning mellom prosjekter som gir mulighet for langsiktig kompetansebygging på sentrale felt, og prosjekter med mer dagsaktuelle problemstillinger. Etter min mening kommer mye av den beste og mest relevante arbeidslivsforskningen i Norge nettopp fra oppdragsforskere.

Ann Cecilie Bergene: Ja, det vil jeg si, men man må alltid være reflektert på hva slags type kunnskap man er ute etter og hva slags type kunnskap man kan få innenfor rammene satt av både metodevalg og økonomi. For eksempel er det stor forskjell på kunnskap om overflatefenomener, som vi kan få gjennom kartlegging, og kunnskap om årsakssammenhenger, som krever teori og å gå i dybden på en måte som er sjeldent, men ikke umulig, i oppdragsforskningen. Oppdragsforskere er like godt kvalifiserte som andre forskere, og de har et stort empiritilfang og bred erfaring.

– Er norsk fagbevegelse for snever i forhold til forskning rundt nye utfordringer i arbeidslivet, som for

Det kan føre til at enkelte problemstillinger eller grupper utelates fra forskningen.

Forsker Fafo **Line Eldring**

oppdragsforskning?

eksempel sosial dumping og bemanningsbransjen?

Line Eldring: På Fafo har vi gjennom de siste årene gjennomført en hel rekke av prosjekter om disse temaene, mange av dem på oppdrag av fagbevegelsen. Flere forbund og organisasjoner har vært svært opptatt av disse problemstillingene, og var blant de første som tok initiativ til å sette i gang forskning på området. Når det er sagt, så er det selvsagt slik at ikke alle deler av fagbevegelsen har engasjert seg like mye, noe som kan skyldes både mangel på interesse og mangel på midler til å finansiere forskning. Men vi har de siste årene merket at stadig flere arbeidstakerorganisasjoner prioriterer dette området, og nå jobber vi for eksempel med et prosjekt om sosial dumping i helsesektoren, på oppdrag av Norsk Sykepleierforbund.

Ann Cecilie Bergene: Jeg mener norsk fagbevegelse er for snever i hvilke problemstillinger de stiller og typer oppdrag de gir til forskere. Dette hviler for så vidt også på økonomi; store prosjekter som går i dybden på årsakssammenhenger vil ta lengre tid og koste mer penger. Jeg mener for øvrig at norsk fagbevegelse bør lære av kreative initiativ i andre land, for eksempel av hvordan det europeiske bedriftsrådet (EWC) i GM søkte om midler i EU sammen med forskere. Dette ble et state-of-the-art prosjekt som innebar både kunnskapsutvikling, kunnskapsutveksling og nye strategier basert på disse.

– Er arbeidsgiverne bedre til å sette dagsorden for arbeidslivsforskningen?

Line Eldring: Nei, det er overhodet ikke vårt inntrykk. Når det gjelder forskning knyttet til

sosial dumping, arbeidsinnvandring og bemanningsbransjen har arbeidstakersiden vært langt mer aktiv, selv om det også har vært et visst engasjement på arbeidsgiversiden. I 2004 var både arbeidstaker- og arbeidsgiverorganisasjoner med på å etablere Fafo Østforum, som siden da har stått for en løpende kunnskapsformidling på dette feltet.

Ann Cecilie Bergene: Jeg mener arbeidsgivere i større grad stiller spørsmål for å gjøre proaktive endringer og ikke bare beskrive det bestående. Før bedrifter gjennomfører endringer ligger det som regel forskning bak. Dersom fagforeningene bare baserer seg på å reagere mot disse endringene og ikke selv initierer forskning, blir det mye brannslukking. Hvis brannslukkingen i tillegg er basert på en overflateforståelse av fenomenet, og ikke de grunnleggende mekanismene, kan man ende opp med å slukke brannen på kort sikt, men at den ulmer og blusser opp igjen. Med andre ord; man må sørge for å forstå hvorfor brannen startet i utgangspunktet. Ett eksempel her er hvordan fagforeningers første strategi mot nye endringer ofte er å gå inn for totalforbud. Istedenfor å prøve å forstå hvorfor vikarbyråer oppstod som fenomen, og dermed involvere seg i de underliggende prosessene, var LOs svar å starte kampanjer for at vikarbyråer burde forbys. Ulempen med en slik strategi er at man mister kontakten med teten dersom man taper kampen; når vikarbyråer er et faktum og man har nektet å forholde seg til dem, mangler man kunnskap og man må kjempe for å bli en aktør som blir hørt. ■■■

Tekst **Bjørn Arild Østby** Foto **Erik M. Sundt**





REFLEKS

Gjesteskribent Anders Folkestad

Navn: Anders Folkestad

Yrke: Leder i Unio

E-post: anders.folkestad@unio.no

Dugnad på deltid

Arbeidsgiverforeningen Spekter veit å sette ting på spissen. Og dei veit å sette søkelyset på viktige forhold: sjukepleiarar trimmar og går på kafe i staden for å jobbe.

Arbeide i helsesektoren blei for litt sidan omdøpt til å vere med på dugnad. Skal ein vere med på dugnad, kan ein ikkje bruke krefter på å trene. I alle fall ikkje om du er dame. Og heller ikkje drikke kaffi. Det er tvert imot skadeleg for dugnad på heiltid, meiner eller meinte visst Spekter.

Somme blei litt forundra då direktør Anne-Kari Bratten sende meldingar i denne leia via Dagsrevyen. Til og med Bratten sjølv blei forundra. Ho kunne ikkje forstå at nokon kunne misforstå henne. Det kom illsinte reaksjonar. Somme gjekk over streken. Men at sms-boksen blei overfull, prova vel berre at for mange har for lite å gjere ...

Ord kan verke sterkt. Og ord og bilde på Dagsrevyen kan bli ekstra sterke.

Tillitsvalde burde også gå på dugnad, heller enn å forhandle, kunne ein få inntrykk av. I alle fall viss dei vil forhandle om betaling for arbeidstid. Kjepphestar som gjeld arbeidstid må settast på stallen, har vore ei hyppig melding frå Bratten og andre arbeids-

Vi ser ingen forslag om nordsjølønn.

gjevarrepresentantar. Og så selar dei stadig på sin eigen fleksibilitetshest og rir i veg.

Men så var det denne hersens arbeidsmiljølova. Der er så vanvittig mange paragrafar og detaljar. Og det verste er jo at både tilsette og medlemmer kan finne på å gjere seg nytte av slike gammaldagse greier. Reglar om arbeidstid og vern. Slikt kan jo vere til hinder for kreative dugnadsordningar.

Og arbeidslivet – i alle fall helsesektoren – er avhengige av slike kreative ordningar – for damene er jo både på sats og på kafe.

Men har ikkje Spekter og Bratten eit poeng? Det er ei kjensgjerning at deltid er utbreidd blant kvinner, og særleg i helse- og omsorgssektoren. Er det ikkje berre rimeleg å kalle ei spade ei spade? Det store omfanget av deltid blant kvinner i arbeids-

livet er ei ulempe både for lønn, likelønn og likstilling.

Medan eg må prioritere denne artikkelen i staden for å gå på sats, høyrer eg i NRK: Kvinner i helsesektoren vil arbeide deltid, ikkje heiltid. Og ein sjukepleiar som forklarar overgangen frå heiltid til deltid med betre tid til venner og trim. Ærleg nok.

På nytt blei vinklinga kvinners negative (?) holdning til arbeid køyrd fram. Eller rettare, heiltidsarbeid. Så spørst det: Ligg feilen hos damene? Ligg feilen i arbeidslivet? I den heildøgnsopne helsesektoren? Eller ligg feilen hos menn, som også er del av ein kultur og ein tradisjon der mennene er hovudforsørgjar, arbeider mest og tener desidert mest?

Men vinklinga kunne også ha vore heilt annleis. Til dømes: «Fleire tvinga til ufrivillig deltid». Det er også ein del av det statistikken kan fortelje. Første kvartal 2011 var det tett på 70 000 personar, dei fleste kvinner, som blei tvinga til deltidsarbeid. Frå 2009 til 2010 var det ein vekst i denne gruppa på 6000.

Det går altså feil veg. Fleire blir påført deltid, sjølv om dei ønskar å arbeide meir. Dette burde vere mogeleg å gjere noko med. Arbeidsgjevarane seier dei treng fleire og det er tverrpolitisk semje om «arbeidslina». Er det verkeleg rigide arbeidstidsordningar som held slike ressursar på vent? Eller ser vi krisemaksimering som heller er retta mot meir fleksibilitet enn fleire i arbeid? Kanskje er det berre rett og slett klassisk strid om prisen på arbeidskrafta – særleg i døgnbaserte jobbar. Vi har sett fleire forslag om nordsjøturnus, men ingen forslag om nordsjølønn.

Eg undrast. Er kamp mot verneregjar i arbeidsmiljølova verkeleg arbeidsgjevarane sin hovudstrategi for å gjere helsesektoren meir attraktiv? Er det kamp mot organisasjonar og tillitsvalde som skal utløse den arbeidskrafta som trengst?

Vi har i alle fall sett meir vellukka rekrutteringsstrategiar. Ei strategiomlegging hadde vore bra. Også for debatten både om dugnad og deltid; om arbeid og arbeidstid.

Øvrige gjesteskribenter 2011:



Cathrine Sandnes
er redaktør av tidsskriftet
Samtiden



Martine Aurdal
Leder av samfunns-
avdelingen i Dagbladet



Ingvar T. Skjerve
Sykepleier og forfatter



Kristin Heggen
Professor i helsefag,
Universitetet i Oslo